

Porträttet
**Yvonne
Dellmark**

Sidorna 42-46



**Möt
Sarah Jevré
Björn Ekman
Camilla Starck**

Sidorna 4,6,7



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 1/2020



Vårdprotesterna växer

Sidorna 10-20

Avtalsrörelsen igång

Sidan 21

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 och 20 mg (F). **Indikation:** Förebyggande av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack. **Dosering:** rekommenderad dos 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. För patienter med nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15–49 ml/min) är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. Rekommenderad dos för patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som genomgår PCI (perkutan koronarintervention) med stentläggning: Det finns begränsad erfarenhet om användning av reducerad dos, 15 mg Xarelto en gång dagligen (eller 10 mg Xarelto en gång dagligen för patienter med måttligt nedsatt njurfunktion [kreatininclearance 30–49 ml/min]) med tillägg av P2Y₁₂-hämmare i högst 12 månader till patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som behandlas med oral antikoagulation och som genomgår PCI med stentläggning. **Kontraindikationer:** Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling

med andra antikoagulantia. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska 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 antingen tillförsel av ett specifikt medel för reversering av faktor Xa-hämmare (andexanet alfa), som motverkar den farmakologiska effekten av rivaroxaban, eller ett specifikt prokoagulant medel, såsom protrombinkomplexkoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplexkoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa), övervägas. Datum för senaste översynen av produktresumén oktober 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 fass.se.

PP-XAR-SE-0431-2 Januari 2020

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

Xarelto®
rivaroxaban

LEDARE

Sjukhusläkaren 1/2020

Varför ska man göra något enkelt, när man kan göra det så vackert komplicerat?

I filmen Benjamin Buttons otroliga liv åldras huvudpersonen baklänges, men för oss andra spinner Klotho livets tråd och utan Iduns äpplen kapas den ena telomeren efter den andra till den dag då vi spelar schack med döden.

Ungefär lika krånglig som inledningen av denna ledare upplever jag de regler som styr pensionen, vilket är huvudtemat för detta nummer av Sjukhusläkaren. Inte helt osökt kom jag nu att tänka på ett av mina tyska favorituttryck: "Warum soll man es einfach machen wenn man es so schön komplizieren kann?"

Av förklarliga skäl är intresset för pension svalt eller rentutav kyligt tidigt i karriären för att så sakteliga variera kraftigt från fortsatt kyligt till brännande hett fram till den dag då man går och köper prinsessstårten till pensionsfikat och pensionen är fait accompli. Detta trots att många beslut längs vägen och en mer långsiktig strategi kan ha mycket avgörande inverkan på pensionens storlek under mycket lång tid.

Det var inte längesedan som en betydande andel av den svenska läkarkåren nästan uteslutande var anställd inom landstingen och gick i pension på sin 65-årsdag. Men omvärlden är föränderlig och idag är arbetsmarknaden betydligt brokigare. Cirka 40 procent av

läkarkåren arbetar vidare efter 65. För varje decennium blir medellivslängden i Sverige ungefär ett år högre och från i år har man börjat höja anställningsskyddet till 68 år och 2023 höjs gränsen till 69. Samtidigt höjs succesivt ribban för att få ta ut allmän pension från 61 till 63.

Ett hållbart arbetsliv så att man både kan och vill arbeta längre på hel- eller deltid är till nytta för många fler än individen själv. Tänk all den erfarenhet, kontinuitet och specialkunskaper ett yrkesliv byggt upp till nytta för patienter och yngre kollegor som kan behöva antingen råd, stöd eller avlastning.

Tyvärr är det i dessa dagar då varslen haglar tätt just denna grupp som kan komma i kläm. Jag instämmer till fullo i professor Eva Vingårds nyliga kommentar i Läkartidningen där hon konstaterar att "Det är ett organisatoriskt misslyckande att välutbildade läkare som har god hälsa och i grunden älskar sitt arbete slutar för att arbetsförhållandena är för dåliga".

Om man med kloka aktiva val sett om sin pension i tid ökar också möjligheten att göra andra val. Man kanske vill ta ut del av sin pension lite tidigare, gå ner i tid och fokusera på de mest meningsfulla arbetsuppgifterna men ändå fortsätta vara yrkesverksam långt längre än 65.

Det finns gott om både språngbrädor och fallgropar som fler borde ta sig till

livs. Vad kan exempelvis parallella anställningar ha för inverkan eller byte av arbetsgivare utanför regionerna några år före pensionen ha för betydelse.

Jag slår gärna ett slag för löneväxling till pension för de som redan ordnat sitt boende och har en slant över var månad. Man kan även gå ner i tid om man tar ut allmän pension utan att den förmånsbestämda tjänstepensionen påverkas nämnvärt om man även börjar ta ut en del av tjänstepensionen eftersom beräkningen läses på det högre löneläget innan man gick ner i deltid.

Måhända lite väl sammanfattat vill Sjukhusläkarna verka för att man har kul på jobbet och en guldkant på ålderns höst när det väl är dags att lägga kniven eller stetoskopet på hyllan.



BENGT VON ZUR-MÜHLEN
Förste vice 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

Om sjukvårdssystem och speciallösningar

Hälso- och sjukvården omnämns ofta som ett "system". Det är nog inte helt fel, men vad betyder det egentligen och har det alltid varit så?

I begynnelsen varde en rapport, en stor och viktig en. Det nya årtusendet var ungt och WHO:s flagskeppsrapport The World Health Report med titeln Health Systems: Improving Performance hade just lättat ankar. Det var inte första gången någon diskuterade hälso- och sjukvårdssystem (Milton Roemer var en tidig pionjär), men det var första gången WHO gjorde det, på en sådan här hög nivå.

WHO tyckte säkert att de varit väldigt duktiga (vilket de på många sätt också varit) då de i rapporten dels definierade vad sjukvårdssystem egentligen är ("ett lands alla aktiviteter vars huvudsyfte är att förbättra hälsa", typ) och dels hade en fin figur som förklarade hur ett sådant system såg ut. Figuren var enkel för att inte säga lovligt naiv. Den består av sju fyrkanter förbundna med pilar från vänster till höger. Vad som motiverar förbindningarna framkommer inte särskilt väl av den omgivande texten. En grupp fyrkanter kallas "Funktioner" (systemet styr, skapar resurser, finansierar och levererar vårdtjänster) och en annan grupp rubriceras "Mål" (systemet ska vara Responsivt, Rättvist och främja Hälsa).

Om WHO hade nöjt sig med den här oförargliga bilden och menlösa texten hade nog allt varit frid och fröjd. Tyvärr gick författarna vidare och lade

till en lista som rankade världens hälso-system från bäst till sämst. WHO:s hälso-rapporter ska alltid godkännas av alla länder under årsmötet och att presentera en ranglista där inte alla länder kom etta kunde förstås bara sluta på ett sätt. Ett stort portugisistalande land i Sydamerika hotade med att inte godkänna rapporten. Och danskarna upprördes över att Sverige hamnade högre än dem. Efter lite diplomati (där bl a "lillebror talades tillrätta...") godkändes rapporten och den kan ses som startskottet på en omfattande forskning och diskussion om vad som utgör ett hälso- och sjukvårdssystem och hur sådana kan förbättras.

Det underlättade nog också att man för brassarna förklarade att osäkerheten i måtten var så stor att Frankrike som kom på första plats lika väl kunde ha hamnat på plats 82. WHO har sedan dess avhållit sig från att rangordna länders hälso- och sjukvårdssystem, vilket är bra då sådana övningar är bland det mest meningslösa man kan ägna sig åt.

Vidare så fanns det i WHO:s rapport från 2000 inget som hette patienter. Information var något som bara antogs finnas och vårdpersonal kunde tydligen petas in där det passade. Det var många som tyckte att det här kändes lite tomt, så 2007 publicerade WHO en ny rapport där de här sakerna fanns med som egna fyrkanter och där Funktionerna nu kallades för systemets "Byggsstenar".

Det var inte en revolutionerande rapport, men två år senare kom en ny

publikation med titeln Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Det här var ett stort steg i rätt riktning då den faktiskt fokuserade på själva systematiken och vad det innebär att det faktiskt är ett system vi talar om.

I rapporten från 2009 finns givetvis också en fin figur. Systemets olika delar hänger nu samman i en cirkel och man förklarar också noggrannare hur dessa faktiskt utgör ett system. Och framförallt så finns det en fyrkant i mitten som heter Människor. Det tog alltså knappt 10 år för världens hälsomyndighet att upptäcka att det finns sådana inom hälso- och sjukvården. Hur lång tid det ska ta för svenska huvudmän att göra detsamma får vi väl se.

Att tänka systematiskt är svårt, men nödvändigt om man vill försöka förbättra sjukvården. Det pekar också på det meningslösa med att försöka finna speciallösningar på enskilda problem. Att t ex införa listningstak kan anses lovvärdigt, men det kommer sannolikt att få andra effekter än de man i första hand tänkte sig. Men det finns faktiskt ytterligare en aspekt på detta som troligen bidrar till att just sjukvårdsreformer sällan blir annat än symtombehandlingar, och det tänker jag ta upp i min nästa krönika.



Björn Ekman, hälsoekonom

NYHET!

Dolerin®

500 mg paracetamol/150 mg ibuprofen
för akut smärtlindring



INGÅR NU I LÄKEMEDELSFÖRMÅNEN*

*Gäller 50 förpackningen



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, F (50 fp), EF (30 fp), 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 symptomen. 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 och pris, 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

KARO
PHARMA



För akut
smärtlindring

Dolerin®
paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

”Det är orimligt i ett upplyst samhälle att inte informera om riskerna med kusingifte”

”Om jag hade vetat att risken var högre att få ett sjukt barn hade jag inte gift mig med min kusin. Varför sa ingen något?”

Det var modern till en av mina patienter på BUP som ställde den frågan under min randning som ST-läkare. Hon och dotterns pappa var första gradens kusiner och äktenskapet hade arrangerats av familjen. Deras barn hade en utvecklingsstörning.

Alla vill vi att våra barn ska vara friska. Därför kan man tycka att information om riskerna med kusingifte borde utgöra en självklar folkhälsofrämjande och samhällsnyttig insats.

I nuläget lyser dock sådana rekommendationer med sin frånvaro från myndigheternas sida. Socialstyrelsen skriver i materialet Reproduktiv hälsa ur ett folkhälsoperspektiv: ”Bland förstföderskor över 35 år är det något större risk för fosterdöd, för dålig fostertillväxt och för att barnet föds för tidigt.” Man informerar om risker med äldre mödrar men inte om riskerna med kusingiftern.

I en stor studie i Bradford 2013 sökte man svar på varför en oväntat hög andel barn

av pakistanskt ursprung dog eller föddes med kongenitala avvikelser. 31 procent av skadorna hos barnen kunde förklaras av att föräldrarna var kusiner. Risken för kongenitala avvikelser var fördubblad om föräldrarna var kusiner (3 procent respektive 6 procent).

I Enhanced genetic services project i Birmingham 2014 såg man att risken för död födsel och barndöd till följd av autosomalt recessiva defekter var 40 gånger förhöjd för mödrar av pakistanskt ursprung jämfört med för mödrar med europeiskt ursprung.

I Pakistan uppskattas cirka 70 procent av äktenskapen ske inom släkten.

Föräldrar som är första gradens kusiner delar cirka 12,5 procent av sina arvsanlag, men i släkter som praktiserat kusingifte i flera generationer och där traditionen sedan länge är samhällsnorm kan den siffran vara högre och därmed också riskerna.

Kusingifte är en del av hederskulturen, där giftermål inom släkten anses gynnsamt för familjens rykte och heder. Att gifta sig inom släkten kan vara förväntat och bestämt sedan födseln. Ibland accepteras det av parterna som underkastat sig familjens normer och ibland gör man motstånd. I värsta fall mördas den som vägrar. Ibland går parterna med på något de egentligen inte vill. Sedan 2014 är det straffbart

med upp till fyra års fängelse att utöva äktenskapstvång. Antalet domar är få men antalet anmälningar ökar varje år. 2018 anmäldes 131 fall i Sverige.

Jag menar att en folkhälso-upplysande strategi kring riskerna med kusingifte skulle bidra till att hindra fortplantandet av hederskultur i Sverige. Den som inte vill gifta sig med sin kusin skulle känna mer stöd från samhällets sida i att säga ”nej”. De som inte hotas med våld kunde själva ta fighten med familjen lättare.

Hederskulturen är ett fenomen där utövare även är offer och det finns ingen uppsida för någon. Alla förtjänar upplysning och att göra välgrundade val när man bildar familj. Annars kan det drabba inte bara barnet utan hela familjen på ett allvarligt sätt. Alla i Sverige förtjänar bättre.

Norska regeringen skriver på sin hemsida: ”It is not against the law for cousins to get married but it is important to note that if the parents are related to each other there is an increased risk of having children who are ill or have congenital deformities and of stillbirths, cot deaths and children with reduced life expectancies.”

Det är orimligt i ett upplyst samhälle att inte informera om riskerna med kusingifte. En väsentlig andel av befolkningen har dessutom ursprung i länder där kusingifte är vanligt. Det är orimligt att vi inte använder oss av den kunskap som finns för att förhindra att barn dör eller blir sjuka och att hederskultur styr människors liv. Jag hoppas att vi framöver ser ändring, för allas väl.

Camilla Starck

Altruist eller ego?

Som ni kanske läst om tidigare här i Sjukhusläkaren är jag engagerad i ett nystartat projekt på Zanzibar. Detta drivs helt ideellt och vi är tre initiativtagare, alla narkosläkare.

Vi är totala nybörjare och amatörer inom välgörenhets- och biståndarbete, men vi har det senaste året kommit en bra bit på väg och behövt, inte minst för oss själva, svara på ett flertal frågor för att definiera vad vi håller på med. Vi snitslar med andra ord vår egen väg medan vi hankar oss fram och det enda ledsagande ljuset längs vägen är vår inre kompass samt goda råd från andra med mer erfarenhet.

Det första som vi behövt fråga oss själva är vad vårt projekt egentligen ska innehålla? Välgörenhet eller utbildning? Eller båda? Och vilka krafter ska få driva oss – altruism, våra egna intressen eller en blandning av dessa?

För att över huvud taget kunna närma sig detta behöver man nog veta vad ordet välgörenhet egentligen innebär. På Wikipedia är definitionen följande:

”Välgörenhet (eller filantropi) är privat allmännyttig verksamhet. Den bedrivs för att hjälpa behövande personer av enskilda eller juridiska personer som ideella föreningar, allmännyttiga stiftelser och religiösa samfund. Den som genomför arbetet kallas bistånds- eller hjälparbetare.”

Idén med vårt projekt är ju förstås att vi i slutändan ska hjälpa behövande personer, dvs. patienterna på Zanzibar. Och vi gör det ideellt och är numera inom ramen för en stiftelse. Så långt är allt bra.

Hur hjälper vi då? Vi gör det indirekt genom att öka kunskapen, kompetensen och förmågorna hos narkospersonalen på sjukhuset. Tanken är att daglig bedsideundervisning med fokus på patientsäkerhet och rutiner i slutändan skall få morbiditet och mortalitet att minska på sjukhuset. Men är vi då definitionsmässigt biståndsbetare? För många (inkl oss själva) är dock driv-



kraften inte bara att hjälpa behövande utan också att själva öka sitt kunnande genom att se och handlägga fall som sällan dyker upp på våra svenska sjukhus. Vi blir förstås också bättre narkosläkare av att ta hand om fler komplicerade kejsarsnitt, större akuta blödningar och fler svåra luftvägar.

Nu krånglar det till sig – kan projektet då verkligen kallas välgörenhet i ordets rätta bemärkelse eller skor vi oss på Zanzibars fattiga befolkning för egna intressens skull?

Frågan behöver besvaras varje dag och i varje enskilt moment vi utför, och svaret måste alltid vara att vår viktigaste uppgift är att hjälpa andra. Om vårt fokus släpps från denna kärnfråga måste vi omedelbart packa ihop projektet och åka därifrån.

Så Ja! De som åker till Zanzibar med oss kan räkna sig som biståndsbetare. Med ömsesidigt lärande som arbetsverktyg.

En annan fråga vi ställt oss är vad som egentligen driver oss? Är vi altruister eller bara självuppfyllda egon med drivkraft att slå oss för bröstet och vilja visa upp att vi är duktiga? För det första måste man veta vad altruism innebär, vilket på Wikipedia definieras som:

”Altruism (medmänsklighet, oegennytta, osjälviskhet) är i motsats till egoism att hjälpa andra utan att önska något i gengäld.”

Svaret blir nog att altruister är vi inte. Vi drivs inte av att bara ge utan att få något tillbaka. Tanken vi har är ju bl.a. att perioden då en ST-läkare är där

ska vara så givande och så lärorik att den t.o.m. ska kunna räknas som en randning i ”Anestesi med begränsade resurser”. Balansen är inte lätt – vi vill alltså hjälpa behövande samtidigt som det ska öka vårt egna lärande. Altruist eller ego? Gränsdragningen är hårfin om det senare väger tyngre än det första får man en fadd smak i munnen och vips är vi en vit kolonialmakt som utnyttjar sin ställning och använder de mest utsatta för egen vinnings skull.

Så hur vet vi att det vi gör verkligen är rätt och hur kryssar vi oss fram bland dessa grynnor? För det första kan vi inte säga att vi VET att det vi gör verkligen ÄR rätt. Vi är som sagt både nybörjare och amatörer, men det faktum att narkoskliniken på Zanzibar faktiskt har efterfrågat våra tjänster gör att vi har börjat segla i en kurs som känns bra.

Vi har tillsammans med dem utformat en plan vilket får oss att tro att vi är på väg åt rätt håll. Vi har förstått att med små medel kan man få till en stor förändring med stora konsekvenser för patienterna.

Klinikchefen efterfrågar kunskap och vill inte att vi kommer med varken arbetskraft, maskiner eller metoder som gör dem beroende av oss och av utrustning de inte har.

Däremot kan kunskapen bestå, om den förvaltas rätt, oavsett livslängden i projektet. Som klinikchefen själv uttryckte det: ”Knowledge is knowledge.”

Stiftelsen Life Support Foundation är ett bra bollplank för oss. De har varit närvarande och aktiva i Östafrika i snart två decennier och gjort en liknande resa som den vi nu påbörjat. De har ställt sig dessa frågor och noggrant kryssat sig fram och står nu bakom oss i vår övertygelse om att vi är på väg åt rätt håll.

Stöd gärna vårt projekt genom att swisha ett bidrag till 1234610804 och märk ditt bidrag ”Zanzibar”.

Sarah Jevrém

"Inte hållbart att enskilda ska dra hela lasset själva"

Läkaren och forskaren Markus Waldén kräver att regionerna inrättar forskningsöverläkartjänster på mindre sjukhus



Markus Waldén, ortoped och idrottsläkare i Hässleholm, får numera efter överenskommelse med sin chef forska inom ramen för sin överläkartjänst. På grund av situationen på arbetsplatsen forskar han dock till stor del på sin fritid.

▼ Tydligt definierade och finansierade forskningsöverläkartjänster skulle förbättra situationen för såväl många läkare som kliniker på mindre sjukhus, betonar han.

Sedan början av 2000-talet arbetar ortoped och idrottsläkaren Markus Waldén på Hässleholms sjukhus. Han skrev sin avhandling, som i korthet handlar om skadeproblematik inom elitfotboll, under sin tid som ST-läkare på ortopedi. Förutom kurserna som han tog bedrev han dock all forskning på sin lediga tid.

– Det funkade, men det är givetvis inte optimalt. Det håller under en begränsad period, men inte under en livslång karriär, säger han.

I dag arbetar han som överläkare på ortopedi och får efter en överenskommelse med verksamhetschefen sedan förra året bedriva forskning en dag i veckan inom ramen för sin tjänst. Kliniken finansierar således hans forskning, men i praktiken forskar han fortfarande mycket på sin fritid.

En ansträngd ekonomi, schema-

luckor som måste fyllas – kort sagt: vardagen på arbetsplatsen – medför att han ofta ägnar del av forskningstid åt kliniskt arbete.

– Jag jobbar på flera sätt som forskningsöverläkare redan i dag, men det är inte tillräckligt stabilt. Jag tycker att man borde kalla min tjänst vid rätt namn, definiera den tydligt och samtidigt se till att finansieringen blir säkrare, säger han.

– Region Skåne borde öronmärka pengar, så att det inte landar på moderkliniken som det gör i dagsläget. Det skulle innebära att klinikledningen inte behöver känna att "men vi har ju köer där, eller underskott där". I stället kan den använda pengarna till att anställa någon mer. Det är så lätt att allting blandas ihop i den allmänna budgeten.

Markus Waldén är en produktiv forskare och publicerar, antingen som författare eller medförfattare, mellan fem och tio vetenskapliga artiklar per år. Men han betonar att det inte är främst för sin egen skull som han är engagerad i frågan om forskningsöverläkartjänster.

Verksamhetsområde Ortopedi på Hässleholms sjukhus är en relativt stor klinik på ett litet länssjukhus. Kliniken bedriver egen forskning och anställer när möjligheten ges forskarutbildade personer utifrån, men alla anställda som forskar eller har intresse för forskning har dock inte samma upplägg som Markus Waldén.

Om forskningsöverläkare införs som befattning skulle sjukhusets förutsättningar att behålla och anställa läkare med forskningskompetens förbättras markant. Arbetsplatsen skulle helt

enkelt bli mer attraktiv, framhåller han.

– Det skulle bli en enorm morot och samtidigt förbättra mycket för de mindre sjukhusmiljöerna. Vi har ju även ett stort utbildningskrav på oss. Framför allt våra ST-läkare har ganska höga krav på sig att göra vetenskapliga arbeten och driva kvalitetsprojekt, och då behöver vi ha rätt kompetens för handledning på sjukhuset. Det är inte bara universitetssjukhusen som behöver det, säger han.

Verksamhetsområde Ortopedi i Hässleholm bedriver sedan ett antal år universitetssjukvård. Markus Waldén säger att han och några kollegor bedriver "high volume, low budget-forskning", vilket har lett till att man uppfyller kriterierna.

– Vi hade aldrig blivit utsedda till universitetssjukvårdsenhet om vi inte hade gjort jobbet innan. Vi har å ena sidan på sätt och vis visat hur bra det kan fungera utanför universitetet – utan att vi har haft forskningsöverläkartjänster, å andra sidan vet jag ju hur vi har fått arbeta för att få det att fungera, säger Markus Waldén.

Frågan om forskningsöverläkare är inte direkt ny, och har i omgångar behandlats inte minst på Läkarförbundets fullmäktigemöten. Nu senast i november ville Sjukhusläkarna, mot bakgrund av att andelen forskande läkare minskat under en längre period, få gehör för en motion i frågan.

Fullmäktige beslutade dock att i stället jobba för fler så kallade kombinationstjänster, alltså tjänster där en region står för den kliniska delen och ett universitet för forskningsdelen. Men Markus Waldén säger att det inte räcker.

– Forskningen behöver breddas och bedrivs på fler ställen. Med befattningen forskningsöverläkare skulle det bli betydligt smidigare för läkare utanför universitetssjukhusen att bedriva forskning.

Adam Öhman



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



NU ÖPPNAR ANMÄLAN!

Kom ihåg att anmäla dig till Sveriges största kongress med ST och fortbildning i fokus



STORT KURSUTBUD

Försäkringsmedicin (b4)
Läkemedel - klinisk farmakologi (b3)
Smittskydd och vårdhygien (a3)
Sjukdomsförebyggande arbete (b2)
Patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete (a4)

Handledning (a1/16)
Palliativ medicin (b5)
Ledarskap (a1/6/17-18)
Kommunikation (b1/13-15)

VÄLKOMMEN TILL MALMÖ
1-4 SEPTEMBER 2020

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE

Stockholmsuppropet växer och sprider sig till övriga landet

■ Hittills har mer än 19 000 personer engagerat sig i Stockholms sjukvårdsupprop, som startades efter att Stockholms tre största sjukhus meddelat att de ska skära ner markant på personalstyrkorna – och initiativet växer i snabb takt.

■ Nu planerar ST-läkaren Laura Björnström, en av initiativtagarna, och hennes kollegor en ny demonstration och i Göteborg, Skåne, Linköping och Jämtland/Härjedalen har liknande upprop startats (Se sidan 18).

” Så fort något inträffar blir stora delar av verksamheten korridorvård ”

▼ ST-läkaren Laura Björnström, som arbetar på Södersjukhuset, beskriver situationen på akutmottagningarna i Stockholm som mardrömslik, både för personalen och patienterna. Under veckor när läget inte är kaosartat blir det tydligt att marginalerna är små. Så fort något inträffar – ett it-haveri, ett influensautbrott eller en blixthalka – blir stora delar av verksamheten i praktiken korridorvård, patienter tvingas vänta åtskilliga timmar på akuten och de svårast sjuka får inte rätt vård.

– Vi får liknande vittnesmål från

andra håll, exempelvis från Danderyds sjukhus och Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Det är ett extremt pressat läge med oerhört mycket patienter. Vårdplatserna räcker inte till, och väntan både på vårdplats och på att få träffa läkare är enormt långa, säger Laura Björnström, och fortsätter:

– Det finns stora studier som visar att vårdskadorna ökar mycket när pati-

Fortsättning nästa uppslag>>>

Nu planerar initiativtagarna en ny demonstration

”Varslen måste dras tillbaka”



Foto: Stefan Nilsson

” Det är hånfullt mot oss anställda och patienterna att envist hävda att patientsäkerheten inte är hotad ”

enter ligger på fel avdelning. Ligger man på akuten ligger man ju definitivt på fel avdelning, och vi måste hela tiden ta hand om nya patienter som kommer in. Det är fruktansvärt att se hur patienterna lider.

Efter trettonhelgen, som var extremt pressad på Sös-akuten, sade två av hennes läkarkollegor upp sig på stående fot, och fler är inne på en liknande bana. Samtidigt har personalomsättningen på omvårdnadssidan varit påtagligt stor.

– Många är uppgivna. Det hade varit en annan sak om politikerna faktiskt lyssnade, men det är uppenbart att de inte har samma bild av verkligheten.

Förutom att fler än 19 000 personer har engagerat sig i Stockholms sjukvårdsupprop har ungefär 4 500 vårdanställda i staden ställt sig bakom en åsiktstext på uppropets hemsida där det betonas att vården måste rustas upp, inte ner. Varslen på Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus måste, enligt gruppen, dras tillbaka med omedelbar verkan.

Så här står det bland annat i åsiktstexten på uppropets hemsida:

”Beslutsfattarna i Stockholmsregionen har en strategi som går ut på att vården ska flyttas ut från sjukhusen och närmare patienter, till vårdcentraler, hemsjukvård och specialistmottagningar. Men primärvården är redan pressad. (...) En omställning till mer nära vård måste föregås av stora satsningar på primärvården. (...) Omställningen kan omöjliggöras genom varsel på akutsjukhusen.”

– Problemen med vårdplatsbrist är ju inte direkt nya, och situationen överlag blir inte bättre när man drar ner ännu mer på personalen. Frågan är större än varslen, men steg ett är att dra tillbaka dem. Det är hånfullt mot oss anställda och patienterna att envist hävda att

patientsäkerheten inte är hotad och att varslen är nödvändiga, säger Laura Björnström.

Kort tid efter att regeringen tillsammans med samarbetspartierna Liberalerna och Centerpartiet meddelat att välfärden ska få ytterligare 5 miljarder i år – varav 1,5 miljarder till regionerna – gick oppositionspartierna ut med att de enats om en extra ändringsbudget med satsningar på 7,5 miljarder kronor, en ändring som har stöd av en majoritet i riksdagen.

Från både miljöpartistiskt och socialdemokratiskt håll har det hörts röster om att neddragningarna och varslen nu kan ställas in. Irene Svenonius (M), finansregionråd i Stockholm, har dock meddelat att sjukhusens budgetar inte kommer att påverkas av ett extra tillskott. I stället ser hon framför sig att pengarna ska göra det lättare för patienter att komma till vårdcentraler, öppna fler närakuter och fler geriatriska vårdavdelningar.



”Inte aktuellt att stoppa varslen”

Anna Starbrink (L), hälso- och sjukvårdsregionråd (bilden), är inne på en liknande linje.

– Den ekonomiska utvecklingen för Stockholm ser inte ljus ut. Vi måste anpassa verksamheterna utifrån våra ekonomiska förutsättningar. Sjukhusen måste fullfölja sitt arbete med att minska kostnaderna och göra den omställningen. Vi ser över kostnaderna i våra vårdval, och vi behöver se hur vi långsiktigt stärker primärvården, säger hon.

– Det här är pengar som innebär att vi slipper göra nya besparingar det här året. Men det är inte aktuellt att stoppa varslen. Det är styrelserna som bestämmer över det.

”Stockholm bygger en vård för de friska”

Laura Björnström ger dock inte mycket för det resonemanget.

– Kommer pengarna på riktigt vårdcentralerna till gagn är det en sak, men vi uppfattar att närakuterna till stor del blir vård för de friska. Vi hävdar att Stockholm håller på att bygga en sådan vård, en vård för patienter med privata sjukförsäkringar och inte för de som har störst behov, säger hon.

Nu planerar initiativtagarna bakom Stockholms sjukvårdsupprop att anordna en ny demonstration den 29 mars. Samma dag planeras en marsch i Göteborg. Manifestationen som gruppen ordnade i december mobiliserade cirka 3 000 personer, parallellt med ett liknande möte i Göteborg, vilket har gett mersmak.

Laura Björnström och hennes kollegor avser dessutom att hitta nya sätt att sprida vittnesmål som har samlats in. De tittar inte minst på möjligheten att dramatisera vittnesutsagor.

– Vi kämpar på för patienternas skull, men vi får se hur länge folk orkar.

Adam Öhman



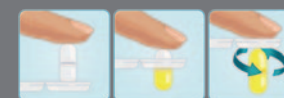
Svårt att svälja tabletter? Lugn.

MEDCOAT® hjälper dig!

► MEDCOAT® Tablettöverdrag (lätt att använda för alla åldrar) gör tabletten hal, välsmakande och lättare att svälja.

► Studier visar att 98% upplevde att det var lättare att svälja tabletter med MEDCOAT®.

► Drageringen löser snabbt upp sig i ventrikeln och har inga kända interaktioner med läkemedel.



Personer som har svårt att svälja tabletter kan nu få MEDCOAT utskrivet **kostnadsfritt**. Prata med din läkare eller sjuksköterska.

**INGÅR
I LÄKEMEDELS-
FÖRMÅNEN**





”Patientsäkerheten är inte hotad”

”Vi får höra det om och om igen. Vid varje neddragning, varje stängning, varje avsked och oavsett hur mycket mer som lastas på vårdpersonalens allt färre ryggar. Men vi vet att det inte stämmer.”
Så skriver Stockholms sjukvårdsupprop på sin hemsida.
Den 5 februari, senaste dagen hemsidan uppdaterats, fanns 373 vittnesmål. Här är några av dem:

Vittnesmål från akuter

Patienten hittades likstel bakom ett draperi på akuten

” En patient hittas avliden på akutmottagningen på morgonen när morgonskiftet började. Hen var stabil vid ankomst. Blev lagd på ett bås där hen sedan dragit för draperierna. På grund av överbelastning på akutmottagning hade ingen hunnit titta till hen innan morgonen, då var hen kall och hade begynnande likstelhet. Ett halvår senare genomfördes neddragning av bemanningen på akutmottagningen i besparingssyfte, de uppgav att patientsäkerheten ej var hotad. /Läkare, akuten

Fanns bara plats för en av två svårt hjärtsjuka

” Blir uppringd av personen med platsansvar på sjukhuset då jag jobbar på akuten. Endast en plats kvar på hjärtavdelning och jag har önskat plats för 2

Ibland har man tur och det går bra, men inte alltför sällan kommer patienterna tillbaka försämrade eller avlider

” Det händer mig varje skift att jag bedömer att patienter behöver läggas in men eftersom det inte finns platser försöker jag hitta andra lösningar. Ibland har man tur och det går bra men inte alltför sällan kommer patienterna tillbaka försämrade eller avlider. En onödig död, en onödig förlust för anhöriga och en onödig ångest hos mig. /Läkare, akuten

patienter. Den ena har en pågående hjärtinfarkt, den andra har en grav hjärtsvikt och är instabil i syresättning och blodtryck. Vem ska få platsen och vem ska vänta kvar på akuten till nästa dygn? /Läkare, akuten

Överbelagt överallt i hela Stockholm Tvingas skicka hem patienten som gråter

” Äldre patient kommer in pga tilltagande orkeslöshet och sjukdomskänsla. Klarar sig inte hemma längre. Men prover, värden och röntgen är normala. Det är överbelagt överallt, i hela Stockholm. Inklusive geriatrik. Tvingas skicka hem patienten, som gråter och säger att hen inte klarar sig. Överdigt. Värsta är att patienten återkommer två dygn senare pga blivit liggande hemma och nu fått ett svårt sjukdomstillstånd av detta. /Läkare, akuten

Hinner inte komma i tid Patient blir medvetslös av syrgasbehandling

” Patient som inkommer på grund av andningsbesvär. Är vid ankomst helt stabil i vitalparametrar, men behöver syrgas. Då jag är ensam läkare på akutmottagningen och inte har tid att bedöma patienten fortsätter sjuksköterskan administrera syrgas till patienten i enlighet med ambulansens behandling. När jag hinner komma till patienten ca 30-60 min senare är hen medvetslös på grund av för höga halter av koldioxid i blodet (en komplikation av syrgasbehandling). /Läkare, akuten

30 patienter ligger utan översyn på hjärtakuten Två med pågående hjärtinfarkt

” Ensam läkare som bemannar hjärtakuten på natten. En patient dras som internlarm och jag medföljer på akutrummet. Utanför ligger 30 patienter utan läkar- eller sjuksköterskeöversyn (då de också är på larmet), varav 2 patienter med pågående hjärtinfarkt. /Läkare, akuten

Tiden går innan patient med hjärtinfarkt behandlas Får på grund av det gravt nedsatt hjärtfunktion

” Patient som söker för bröstsmärta. Placeras i väntrum och får vänta länge på att EKG tas. Ingen läkare bedömer EKG, noteras först efter flera timmar att patienten har en pågående hjärtinfarkt. Pga detta fick patienten i efterföljande gravt nedsatt hjärtfunktion. /Läkare, akuten

Fler vittnesmål nästa uppslag >>>





”Patientsäkerheten inte hotad”

Vittnesmål från akuter

Äldre patient skickades hem Kom tillbaka på återbesök Då fanns vårdplats, men tyvärr var det för sent

En äldre patient sökte till akuten för feber och ont i ryggen. Hen hade inga kroniska sjukdomar, var pigg för sin ålder och klarade sig i hemmet helt utan hjälp. Infektionssproverna var mycket höga, men patienten kunde gå och var inte helt förvirrad. Vid en rimlig platssituation hade patienten kunnat läggas in för övervakning ett dygn eller två, för att se till att antibiotikan man valt fungerade väl.

Detta är i synnerhet viktigt hos äldre som är sköra. Istället skickades patienten hem med tabletter och uppföljning med återbesök om tre dagar, det var det bästa akutläkaren då kunde ordna med. När jag träffade patienten på återbesöket hade antibiotikan inte haft effekt, infektionen hade stängt av njurarna och patienten var mycket illa därnär. Nu fick hen en vårdplats, men tyvärr var det för sent. Patienten dog några dagar senare. /Läkare, akuten

Ung patient i behov av intensivvård måste bli kvar på akuten över natten i brist på plats, vilket betyder livsfara för patienten

En ung patient kommer in medvetslös till akuten. Medvetlösheten bedöms bero på att hen har tagit droger. Patienten är så gravt medvetslös att hen inte kan hålla luftvägen fri och öppen. Patienten har ett självklart behov av intensivvård men på

Äldre får ligga kvar på akuten i livets slutskede

Jag har inget specifikt fall utan flera exempel där äldre patienter tvingas kvar på akuten för vård i slutskedet av livet på grund av vårdplatsbrist. Patienter som tvingas vara kvar på akuten för intensivvård på grund av brist på intensivvårdsplatser. Vinter efter vinter kommer patienter och fyller våra lokaler på akuten, influensa och magvirus som trängs ihop med andra patienter (äldre, patienter med nedsatt immunförsvar) och smittar då de väntar på enkelrum på avdelningar. På akuten har vi ingen möjlighet att isolera dem. /Läkare, akuten

Allvarlig saltbalansrubbing åtgärdades inte på 6 timmar

Patient som inkommit för 6h sedan pga allvarlig saltbalansrubbing, högt kalium med EKG-förändringar. Prov togs i samband med ankomst men ingen såg svaren varför saltbalansrubbingen ej åtgärdats på 6h. /Läkare, akuten

grund av platsbrist blir patienten kvar på akuten hela natten. På akuten har man inte möjlighet att övervaka patienten i den utsträckning som behövs vilket betyder livsfara för patienten. /Läkare, akuten

Vittnesmål från vårdavdelningar

Intensivvårdsläkare nerringd av läkare som behöver hjälp med svårt sjuka patienter, men det finns inga vårdplatser

Arbetar som läkare på hjärt-intensiven. Både läkare från akuten och avdelningar ringer med instabila patienter; pågående tillstånd med vätska i lungorna, svåra lunginflammationer, hjärtinfarkter som får behandlas inadekvat och provisoriskt då hjärtintensiven eller vårdavdelningar ej kan ta emot ytterligare patienter. /Läkare vårdavdelning

Patientfarligt att låta uppvakningsavdelningen vara sjukhusets intermediärvårdsavdelning

Varje vecka läggs patienter på uppvakningsavdelningen i brist på intensivvårdsplatser. 'Uppis' är såklart bättre än att skrivas ut till vårdavdelning, men här kan en nyutexaminerad sjuksköterska jobba till skillnad från en vidareutbildad intensivvårdssköterska. Det är patientfarligt.

Uppvaket kan inte vara sjukhusets "intermediär avdelning" (avdelning med högre övervakningsmöjlighet) i brist på sådana platser, då personalen på uppvaket inte har den kompetens som krävs. Men så blir fallet ofta, då en sjukare patient behöver intensivvårdsplatsen. Tills den på uppis blir sämre och trängs ut någon annan från intensivvården... /Läkare, vårdavdelning

Larmen har duggat tätt, men vårdplatskrisen har bara förvärrats



▼ Här några av Sjukhusläkarens förstasidor.

▼ Inget av larmen ledde till något.

Mådde dåligt nästan varje vecka över hur de allra sköraste och sjukaste patienterna skickades hem för tidigt

Hög press från akuten ledde till att jag mer eller mindre blev tvingad från överläkare att byta från intravenös antibiotika till antibiotika i tablettform trots att infektionsläkaren avrått. Resultatet blev att många patienter (samtliga äldre och sköra) skickats hem för tidigt, många kom tillbaka till akuten inom några dagar försämrade. Andra skickades hem i förtid trots att inte hemtjänst var beredd att ta emot. Mådde dåligt nästan varje vecka över hur de allra sköraste och sjukaste patienterna skickades hem då de inte kunde prata för sig medan yngre och friskare fick stanna för att de stod på sig. /Läkare, vårdavdelning

Patient hade lagts in för att påbörja utredning, men skrevs ut utan att undersökningen gjordes

På avdelningen träffade jag en patient som lagts in för att påbörja utredning av en kronisk sjukdom. Man misstänkte en akut episod av sjukdomen och man kan då ta prover, och ibland sätta in behandling tidigt. Jag tänkte genomföra undersökningen själv, men detta hanns inte med eftersom jag tackte för en kollega som var sjuk. Nästa dag upptäckte jag att patienten skrivits ut av överläkaren, en halvtimme efter att jag gått hem, utan att undersökningen gjorts. Det fanns många svårt sjuka patienter på akuten som behövde sjukhussängen mer. /Läkare, vårdavdelning

80-årig patient väcks kl 03.00 på natten och flyttas skrikande och förvirrad med transportbår till annan avdelning. Är det värdig och god sjukvård?

Kl 03.30 flyttas patienter som somnat för natten på sin avdelning till en annan ny avdelning eftersom andra patienter behöver deras platser. En av dem, en äldre patient, skriker och är förvirrad av situationen. Hen har varit frisk hela sitt liv fram till nu. Betalt skatt hela sitt liv. Är det värdigt att flyttas på en transportbår mellan två avdelningar kl 03 på natten? Är det god sjukvård när man är över 80 år? Patienten vårdas för en invärtesmedicinsk sjukdom och placeras nu på kvinnokliniken (helt annat specialitetsområde). Kl 03 på morgonen. /Läkare, vårdavdelning

Patienter som var på väg att tippa över till att bli intensivvårdskrävande fick ligga kvar på akuten

Som intensivvårdsjour på vårt sjukhus ingår att gå och bedöma patienter på akuten, avdelningar etc som är dåliga och potentiella kandidater för intensivvårdsplats. Under en sådan jour nyligen fanns det redan från början inga intensivvårdsplatser, och vi var tvungna att prioritera att ta emot patienter som annars skulle dö eller få svåra men, och tvungna att låta de som var på gränsen och kanske snart skulle tippa över till att bli intensivvårdskrävande ligga kvar på akuten med råd om övervakningsgrad som inte kommer vara möjlig att genomföra eftersom läkarna och personalen ofta är upptagna på andra larm eller med andra patienter. /Läkare, vårdavdelning

Sjukhusläkaren pejlade vårdplatsläget

För att få en färsk bild av vårdplatsläget samlade Sjukhusläkaren in ögonblicksbilder från länets akutsjukhus fjärde veckan i januari.

▼ På Södersjukhuset fanns vid ett specifikt tillfälle under den aktuella veckan – vecka fyra – 583 disponibla platser med rätt bemanning, om man räknade in platser på intensivvårdsavdelning (IVA), postoperation och patienthotell.

På sjukhuset finns totalt 653 fastställda vårdplatser som det finns beslut om, inklusive tekniska platser som exempelvis på IVA. Enligt beräkningar från chefsläkarhåll är vanligtvis cirka 15 procent av vårdplatserna stängda, vilket främst hänger ihop med bristen på sjuksköterskor.

▼ **Capio S:t Görans sjukhus** har 345 fastställda vårdplatser plus åtta platser på IVA. I samband med Sjukhusläkarens nedslag under vecka fyra fanns 334 disponibla platser plus åtta IVA-platser. Vid tillfället var 70 patienter på akutmottagningen, varav fyra väntade på vårdplats. Sjukhuset ligger med cirka 101 000 patienter på akutmottagningen per år i toppen bland akutsjukhusen i Sverige.

– Det har ökat de senaste åren. Samtidigt väntar vi fortfarande på våra nybyggnationer, som ju ska vara klara 2021, säger chefsläkare Måns Belfrage.

– Det var några riktigt besvärliga dygn under trettonhelgen i samband med IT-störningar på andra sjukhus i regionen. Jag har förståelse för oron i sjukvårdsuppropet. Många är rädda både för sin egen och sina kollegors

skull och för patienternas skull. I nuläget är det ju inte klart var alla patienter ska tas om hand i och med omstruktureringen av patienter från akutsjukhus till andra vårdgivare.

▼ **Karolinska universitetssjukhuset** har totalt 1 433 fysiska vårdplatser, och utifrån gällande avtal för 2020 har ledningen gjort bedömningen att sjukhuset ska ha 1 150 öppna vårdplatser, inklusive tekniska platser som exempelvis på IVA. Alltså 80 procent.

Medeltalet för disponibla vårdplatser under vecka fyra (tisdag till torsdag) var 1 097 stycken. I samband med Sjukhusläkarens nedslag fanns 74 patienter på akutmottagningen i Huddinge, varav 17 patienter väntade på vårdplats. På akutmottagningen i Solna fanns 10 patienter, varav två väntade på vårdplats.

▼ **Danderyds sjukhus:**

Vid tidpunkten under vecka fyra då ögonblicksbilden inhämtades fanns 104 patienter på akutmottagningen, varav sex patienter väntade på inläggning.

– Patienterna blir kvar på akuten betydligt längre nu än tidigare, säger Richard Fletcher, medicinskt ansvarig överläkare.

Det är, i likhet med på andra håll, inte ovanligt att patienter får vänta mellan åtta och tio timmar på akuten. Cirka 50–60 procent av patienterna är i genomsnitt klara på akuten under fyra timmar.

Vid tidpunkten fanns 547 disponibla vårdplatser (av 567 budgeterade) inklusive platser på IVA, förlossningen, BB och de nya geriatrikavdelningarna. I tolv fall handlade det om BB-hotellplatser som var bemannade av barnmorskor.

▼ **Södertälje sjukhus:**

Tillförordnade chefläkaren Bengt

Cederlund uppger att man haft det lugnare än vanligt under veckan – 100-procents beläggning, men inga övernattare på akuten. Sjukhuset hamnar regelbundet i situationer där alla fysiska platser beläggs, vilket motsvarar 121 procents beläggning av disponibla vårdplatser.

Det skapar en tuff situation.

– November och december var de sämsta månaderna någonsin gällande övernattningar på akuten – trots att vi har ökat antalet vårdtillfällen med 11,5 procent på två år, och det inom budget. Vi har aldrig haft övernattningar på akuten på det här sättet tidigare, säger Bengt Cederlund.

Vid nedslaget fanns 40 patienter på akutmottagningen. Tre väntade på vårdplats, varav en hade väntat i tolv timmar. Akutmottagningen har upp till 180 besök per dygn, men den relativt nybyggda mottagningen är dimensionerad för 130 patienter.

Södertälje sjukhus har budgeterat för 185 vårdplatser under år 2020.

Under den aktuella veckan fanns 183 disponibla vårdplatser inklusive BB- och IVA-platser.

Enligt avtal ska sjukhuset i år öka produktionen med ytterligare 6,9 procent, totalt sett, för att få full produktionsbaserad ersättning, medan budgetuppräknningen är en procent.

– Våra vårdresurser räcker inte för att vi ska klara vårt uppdrag som ökar kraftigt, säger Bengt Cederlund.

▼ **Norrtälje sjukhus** har vid full bemanning 96 vårdplatser plus tre IVA-platser, men har emellanåt mellan 8 till 16 platser stängda på såväl helger som vardagar beroende på hur situationen ser ut. När tidningen kontaktade sjukhuset väntade inga patienter på vårdplats.

Adam Öhman

FAKTA | Överbeläggningar och utlokaliseringar

▼ SKR har i uppgift att registrera och publicera fakta om överbeläggningar och utlokaliseringar för att visa på bristen av vårdplatser. Vid denna tidnings pressläggning var inte SKR:s statistik klar för januari 2020 så vi redovisar hur situationen var två månader bakåt och motsvarande månad (jan) 2019 för att ge en bild av läget på några av de större sjukhusen.

Karolinska Överbeläggningar i procent:

Jan. 2019: 10,6

Nov. 2019: 8,9

Dec. 2019: 7,3

Utlokaliserade patienter i procent:

Jan. 2019: 6,4

Nov. 2019: 6,4

Dec. 2019: 5,6

Södertälje Överbeläggningar i procent:

Jan. 2019: 7,7

Nov. 2019: 6,1

Dec. 2019: 3,8

Utlokaliserade patienter i procent:

Jan. 2019: 5,6

Nov. 2019: 2,8

Dec. 2019: 3

Capio S:t Göran Överbeläggningar i procent:

Jan. 2019: 3,4

Nov. 2019: 1,7

Dec. 2019: 2,4

Utlokaliserade patienter i procent:

Jan. 2019: 0,5

Nov. 2019: 0,3

Dec. 2019: 0,3

”Antalet fastställda vårdplatser säger väldigt lite om behoven – det är imaginära tal”

Johan Styrudd, ordförande för Stockholms läkarförening, menar att det finns alldeles för få budgeterade vårdplatser i Stockholm, vilket är ett medvetet sätt att både spara pengar och snygga till siffrorna. Antalet disponibla platser är tidvis så lågt att patientsäkerheten är hotad, betonar han.

▼ – Vi har en beläggningsgrad som är över hundra procent hela tiden. Det hör vi från många håll. Våra medlemmar får ta ett extremt stort ansvar.

Johan Styrudd menar att antalet fastställda, budgeterade vårdplatser egentligen säger väldigt lite om hur behoven på sjukhusen ser ut.

– Det är imaginära tal, ett planeringsinstrument. Det är ju antalet disponibla platser som är intressant. Hur många platser finns det att använda på måndag morgon när man kommer till arbetet?

Man har dragit ner siffran på fastställda platser bara för att man ska spara pengar, och att det ska se bättre ut, enligt Johan Styrudd. Regionen har för länge sedan kommit under gränsen för vad som är rimligt att ha, säger han, och poängterar att det är svårt att verkligen få en korrekt bild av vårdplatsläget i Stockholm.

– SKR vill ge en bild av att vi har hög kvalitet och hög patientsäkerhet – att vi inte alls är drabbade av att det är ett osäkert läge. Men de står ju inte själva nere på golvet och ser hur kvaliteten och patientsäkerheten drabbas.

Sjukhusläkaren har försökt att få en muntlig intervju med ansvariga på Sveriges kommuner och regioner men bara fått ett svar av Fredrik Lennartsson, chef för avdelningen för vård och omsorg på SKR, via ett mejl som kommer från presstjänsten.

I mejlet svarar han att SKR delar bilden av att en varaktigt allt för hög beläggningsgrad och fluktuationer i tillgängliga vårdplatser utgör en stor utmaning för hälso- och sjukvården:

– Denna bild måste kunna förmedlas samtidigt som vi konstaterar att svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och är patientsäker. Men ska behovet av vård i dag och i framtiden kunna hanteras krävs inte bara åtgärder i akutsjukvården. För att säkerställa att utskrivningsklara patienter kommer hem så snart som möjligt och att kroniskt sjuka bereds möjlighet att undvika slutenvård krävs samverkan mellan regioner och kommuner och en vilja att utveckla arbetssätten.

Johan Styrudd säger att han är besviken på att man inte tar akut-krisen på större allvar.

– Vi har kommit under ribban för vad som är ett rimligt antal vårdplatser för att hålla en hög kvalitet och patientsäkerhet. Nu hänger allting bara på att de enskilda läkarna känner ett väldigt stort ansvar för sina patienter. Den dagen alla läkare inte känner så kommer det här att rasa som ett korthus, säger han.

– Att bygga upp vårdkedjor med kommuner kommer bara att hjälpa en liten patientgrupp.

Adam Öhman

” Vi vill visa allmänheten vår verklighet, våra arbetsförhållanden – när de medel som finns på arbetsplatsen inte räcker till måste vi göra något ”

Inspirerade av sjukvårdsuppropet i Stockholm sjösatte Ingrid Ohlson, sjuksköterska, facklig representant och skyddsombud på akutmottagningen vid Skånes universitetssjukhus i Malmö, Skånes sjukvårdsupprop den 4 februari, tillsammans med kollegan Anders Willysson, skyddsombud vid akutmottagningen i Lund.

– Syftet med initiativet är att samla

in vittnesmål från vårdpersonal för att utan filter visa allmänheten hur allvarlig situationen är, säger Ingrid Ohlson.

Hon säger att sjukvården i Skåne lider av en ond cirkel som drabbar såväl personal som patienter. Problemen känns igen från många andra håll: Vårdplatsbrist, patienter som blir kvar på akuten alldeles för länge, patienter som inte får rätt vård, sjuksköterskor som säger upp sig med ännu färre vårdplatser som följd...

– Alla har rätt till en jämlik vård,

men det kan vi inte bedriva i dag. Om en patient kommer in två timmar för sent kanske platserna redan är slut, och då får man inte samma vård som andra, säger Ingrid Ohlson.

Hittills finns initiativet på sociala medier. Men det är inte omöjligt att gruppen anordnar en protestmarsch eller liknande längre fram.

– Vi vill visa allmänheten vår verklighet, våra arbetsförhållanden. När de medel som finns på arbetsplatsen inte räcker till måste vi göra något.

” Vi har nått smärtgränsen för vad som krävs för att kunna bedriva en fungerande sjukvård runt om i landet ”

Sedan tidigare finns Göteborgs sjukvårdsupprop, som startades inför protestmarschen i staden i december. Gruppen, som också är aktiv i sociala medier, arbetar för en rättvis vård, rimlig arbetsmiljö för vårdpersonal och tryggad patientsäkerhet.

Initiativtagarna planerar att börja samla in och sprida vittnesmål på liknande sätt som uppropet i Stockholm.

Vi har nått smärtgränsen för vad som krävs för att kunna bedriva en

fungerande sjukvård runt om i landet, säger Sven Svedmyr, specialistläkare i internmedicin på Sahlgrenska universitetssjukhuset och en av initiativtagarna till Göteborgs sjukvårdsupprop.

– Vården får för lite pengar. Politikerna har systematiskt monterat ner den gradvis under över 10 år, och det är inte bara en sida av politiken som har gjort det – alla partier har

gjort det. Det drabbar både patientsäkerheten och den medicinska kvaliteten.

Likartade initiativ har även tagits i Linköping och Jämtland Härjedalen, där cirka 3 500 personer vid skrivande stund har ställt sig bakom en namninsamling i protest mot försämrade arbetsvillkor för anställda inom vården.

– Det är bra att det startas upprop på andra håll. Vi behöver en enad front. Problemen finns ju inte bara i Stockholm och Göteborg.

AVTALSRÖRELSEN IGÅNG

Läkaryrket ska kunna utföras på heltid utan hälsan som insats

Läkarförbundet är i en ny avtalsrörelse. Tidningen Sjukhusläkaren har i tidigare nummer tydliggjort den oregistrerade arbetstiden, den obetalda övertiden samt den omfattande totalt regelvidriga sammanblandningen av ofrivillig övertid och flexitid, där dessutom många många flexitimmars helt enkelt nollas, alltså bara tas bort, vid avräkningsperioden slut. Hur är detta möjligt? Hur kan man så totalt undervärdera insatserna från den högsta medicinska kompetensen i vården.

Stockholmsuppropet, startat av två ST-läkare, är en annan vinkel där man ger en bild av vad som händer vid resursbrist, ett tillstånd som delas med de flesta akutsjukhus i landet. När det inte finns tillräckligt med vårdplatser, inte tillräcklig kompetens på rätt vårdnivå, när IVA-platserna inte räcker till, när patienter ständigt omprioriteras mot varann eller bara förvaras med sämre tillsyn på akutmottagningen, medan all vårdpersonal ständigt försöker räcka till trots att förutsättningarna är ohållbara och prioriteringar görs långt utanför gränserna för vad som är god vård.

Vår löneförhandling sker med SKR, tidigare SKL alltså, som är både intresseförening för självstyrande regioner och kommuner men också arbetsgivarpart när det kommer till löneförhandlingar. Utan läkare stannar vården men vi vill inte att läkaryrket ska utföras med hälsan som insats, eller att yrket bara går att genomföra på deltid. Våra krav täcker in olika faser av en läkares karriär.

Vi vill se ett långt avtal men bara om det är en bra procentsats per år. Vi följer

fortsatt nivån med industrin, det så kallade märket, men det kan komma att ändras framöver. Kanske är det dags att istället följa ett tjänstemannamärke?

Läkarförbundet har hittills strävat mot nivå med industrins utfall, det sk ”märket”. Men framöver är det kanske mer strategiskt att följa nivån för tjänstemän som administratörer, utvecklare och konsulter.

I år yrkar vi 3 procent. 3 procent kan låta lite men tänk att detta gäller hela kollektivet. Vi vill att alla läkare ska lönerevideras årligen, även AT-läkare och också att medstud-avtalet ska räknas upp ordentligt.

Avseende arbetstid så kan man idag schemalägga kl 07-21, men då arbetsinnehållet förändras efter kl 17 eftersom de flesta i personalen lämnar och går hem och sjukhuset alltså är i jourläge, så anser vi att en mer rimlig schemaläggning är kl 07-17 och att allt därutöver ska betraktas som just jour.

Vi vill dessutom höja jourfaktorn till 1,5 efter kl 17 på vardag och för helg till faktor 2. Avseende beredskap A och B, som tillkom i en svunnen tid då man hade personsökare, förväntas man idag att svara ganska omedelbart i telefon. Så oavsett inställelsetid, som ju bestäms lokalt utifrån den aktuella jourkompetensen, anser vi att alla bör ha ersättning enligt beredskap A och att B avskaffas.

Vi vill också se en höjning av bunden beredskap måndag till fredag kl 07-16 till faktor 0,2, fredag kl 16 till måndag kl 07 samt kl 16 vardag före helgdag till kl 07 vardag efter helgdag till faktor 0,35. För jourer har vi som tidigare krav att gravida läkare ska undantas från jour på egen begäran, liksom äldre läkare från nattarbete och att vi vill se ökat

inflytande över komputtag.

Det finns ett avsevärt problem med obetald övertid och oregistrerad arbetstid och vill därför ha ett partsgemensamt arbete för detta. Det gäller också förutsättningar för läkare som är chefer där vi vill se en bättre löneutveckling och villkor.

Vid resor till mer än en arbetsplats skall dessa företas på arbetstid och vi vill också att huvudarbetsplatsen anges i anställningsavtalet.

Dessutom vill vi ha kompletterande löneersättning för tio dagar per år vid vård av barn samt möjlighet att lokalt avtala om måltidsuppehåll istället för obetald rast. Vi vill också att många ska arbeta längre och lyfter därför frågan om delpension exempelvis 80-90-100 (80 procents tjänstgöring, 90 procents lön och 100 procents pension) vilket bör rymmas inom den normala budgeten och underlätta för en person att vilja vara kvar längre.

Många av oss har lokala avtal och lokala avtal kan skrivas om de är bättre än de centrala. Det görs ofta eftersom både arbetsgivare och arbetstagare har verksamhetens bästa i fokus. Vi hoppas att också SKR nu har verksamhetens bästa i fokus. Vi är redo för förhandling.



KARIN BÅTELSON
ordförande
i Sjukhusläkarna

Häng med på vår guidning genom pensionsdjungeln! **Vi börjar med grunderna**

Tjänstepensionen har störst betydelse för din pension

– men se upp för fällorna längs vägen och i slutet av pensionsdjungeln där du kan gå på några riktiga minor

Av Anna Sofia Dahl

Låt oss börja från början. Dagens pensionssystem är uppdelat i tre delar – den allmänna pensionen, tjänstepensionen och det privata pensionssparandet.

▼ Den allmänna pensionen är kort uttryckt det du ser i ditt orangea kuvert. Den förvaltas av pensionsmyndigheten.

Tjänstepensionen regleras i kollektivavtal och betalas av din arbetsgivare. Det finns flera olika avtal och vilket du tillhör bestäms utifrån vilken sektor du arbetar inom. (Se grafiken på nästa sida) och vilket år du är född.

Det privata pensionssparandet sköter du helt själv.

Eftersom tjänstepensionen är den del som har störst betydelse för de flesta läkare är det också där du kan göra störst skillnad.

Merparten av Sjukhusläkarnas medlemmar omfattas av tjänstepensionsavtalet KAP-KL – det vill säga det avtal som gäller för dig som arbetar inom kommun/regionsektorn och är född



Läs på om pensionen i god tid för att kunna göra så genomtänkta val som möjligt. Det menar Shewen Aziz, pensionsansvarig hos Sveriges läkarförbund, är en av de viktigaste sakerna att tänka på gällande pensionen.

1985 eller tidigare. 1998-2005 hette avtalet PFA och innan dess PA-KL.

För dig som arbetar inom kommun och region, men är född 1986 eller senare, gäller avtalet AKAP-KL – som är en helt premiebestämd tjänstepension där arbetsgivaren sätter av en summa varje kvartal.

KAP-KL är däremot till störst del en förmånsbestämd pension för dig som

tjänar över 7,5 inkomstbasbelopp, det vill säga 41 750 kronor i månaden (2020), vilket innebär att pensionen utgör en andel av din lön. Anledningen till att gränsen går vid just 7,5 inkomstbasbelopp har att göra med att det är där den allmänna pensionen har sitt tak.

KAP-KL innehåller också en premiebestämd del, vilket innebär att arbetsgivaren sätter av 4,5 procent av hela din lön oavsett lönenivå.

Den förmånsbestämda delen av KAP-KL baseras på tre ben – tidsfaktor, genomsnittlig slutlön och födelseår – som avgör hur stor din tjänstepension blir.

Så räknas din pension ut i KAP-KL

Låt oss börja med tidsfaktorn. För att maximera den delen krävs det att du har arbetat 30 år inom kommun och region och arbetar inom sektorn fram till du börjar ta ut din förmånsbestämda pension. Du kan alltså inte slå dig till ro när du har arbetat 30 år inom kommun och region. Anledningen är att det, om du avslutar din anställning tidigare utan att avgå med pension för att exempelvis

Fortsättning nästa uppslag >>>

PENSIONEN – en snabbguide



EGET SPARANDE

Frivilligt sparande som du gör själv i bank eller via försäkringsbolag.

TJÄNSTEPENSION

Pension som betalas in av din arbetsgivare och regleras i kollektivaavtalet, eller direkt med dig som anställd. Varje arbetsgivare står för sin del och har avtal med olika tjänstepensionsbolag. Du kan alltså ha din tjänstepension på olika ställen. Den ser olika ut beroende på inom vilken sektor du arbetar och vilket år du är född.

ALLMÄN PENSION

En inkomstgrundad del av pensionen som kommer från staten och sköts av Pensionsmyndigheten. Består av inkomstpension (●) och premiepension (●). Det är den allmänna pensionen du ser i ditt orangea kuvert.

TJÄNSTEPENSION – OLIKA AVTAL

Vilket avtal för tjänstepension du tillhör beror på vilken sektor du arbetar inom och vilket år du är född.

ANSTÄLLD INOM KOMMUN OCH REGION

Född 1985 eller tidigare
KAP-KL

Född 1986 eller senare
AKAP-KL

PRIVATANSTÄLLD TJÄNSTEMAN

Född 1978 eller tidigare
ITP2

Född 1979 eller senare
ITP1

STATLIGT ANSTÄLLD

Född 1987 eller tidigare
PA16, Avd 2

Född 1988 eller senare
AP16, Avd 1

● **KAP-KL** En till störst del förmånsbestämd pension, vilket innebär att pensionen bestäms utifrån en andel av din lön, från det att du tjänar mer än 41 750 kronor (2020). Arbetsgivaren sätter även av 4,5 procent av hela din månadslön upp till att du tjänar 167 000 kronor i månaden (2020). Du tjänar in den premiebestämda delen av pensionen mellan 21 och 68 års ålder (LAS-åldern) eller så länge anställningen består. Den förmånsbestämda delen tjänar du in mellan 28 och 65 år.

● **AKAP-KL** En premiebestämd pension, vilket innebär att arbetsgivaren sätter av 4,5 procent av din månadslön upp till 7,5 inkomstbasbelopp (41 750 kronor 2020). Tjänar du mer än 41 750 kronor (2020) i månaden sätter arbetsgivaren dessutom av 30 procent av de lönedelar som överstiger den gränsen. Du börjar tjäna in pensionen från första arbetsdagen. Fortsätter du jobba efter 68 år (LAS-åldern) sätter arbetsgivaren av 4,5 procent av din månadslön, oavsett hur mycket du tjänar, så länge anställningen består.

● **ITP2** Består av både en förmånsbestämd och en premiebestämd pension. Den förmånsbestämda delen innebär att du får en viss procent av din slutlön (där både tjänstetid och lön spelar in för storleken på pensionen). Du börjar tjäna in förmånsbestämd pension vid 28 års ålder och fram till du är 65 år. Den premiebestämda delen (ITPK) innebär att arbetsgivaren betalar in två procent av din lön från att du är 28 år.

● **ITP1** ITP1 är en premiebestämd pension där arbetsgivaren sätter in 4,5 procent av din lön upp till 41 750 kronor i månaden (2020). På lönedelar över den gränsen sätter arbetsgivaren in 30 procent. Du börjar tjäna in din pension vid 25 års ålder och fram till 65 år.

● **PA16, Avd 1 och Avd 2** PA16, Avd 1 innebär att arbetsgivaren sätter av sex procent av din lön upp till 41 750 kronor i månaden (2020). Övertiger din lön den gränsen sätter arbetsgivaren in 31,5 procent på de lönedelar som överstiger. Pensionen är uppdelad i tre delar, varav en är valbar. Du börjar tjäna in din pension när du börjar arbeta och fram till 68 år (LAS-åldern). PA16, Avd 2 är också uppdelad i tre delar, där en del är förmånsbestämd. Arbetsgivaren sätter också av 4,5 procent av din lön. Du tjänar in pensionen mellan 23 och 65 år.



"Man får helt enkelt försöka anpassa valen till hur man tror att ens arbetsliv ska vara, men det är ändå 30-35 år framåt i tiden. Vi från Läkarförbundet kan aldrig rekommendera hur du ska göra, men vi kan ge dig den information du behöver", säger Shewen Aziz, pensionsansvarig hos Sveriges Läkarförbund. Foto: Stefan Nilsson

gå till privat sektor, istället räknas en livränta. Och livräntan är lägre än så kallad förmånsbestämd ålderspension (FÅP).

De 30 anställningsåren behöver dock inte vara på rad och du behöver inte ha arbetat som läkare. Även visstidsanställningar och vikariat räknas in, men de måste ha varit längre än tre månader.

– KAP-KL bygger på en arbetsmarknad när man inte flyttade på sig lika ofta och var i samma sektor hela yrkeslivet. Lång och trogen tjänst gav en högre pension, säger Shewen Aziz som ansvarar för pensionsfrågor på Sveriges läkarförbund.

Det andra benet, den genomsnittliga slutlönen, har också stor påverkan på din tjänstepension och räknas fram utifrån årslöner under den så kallade

beräkningsperioden. Beräkningsperioden är de nio sista åren av din senaste anställning hos din arbetsgivare.

De två sista åren stryks och av de sju återstående används de bästa fem åren för att räkna ut en genomsnittlig slutlön; pensionsunderlaget.

En viktig aspekt att ha med sig är att det enbart är den senaste anställningen som räknas. Har du bara jobbat fem år hos din sista arbetsgivare blir beräkningsperioden alltså istället tre år, eftersom de två sista åren stryks.

Det är nu det blir lite bökigt. Utifrån antalet tjänstgöringsår räknas en tidsfaktor ut. 30 år ger en tidsfaktor på 1,0 medan exempelvis 25 år ger 0,83 (25/30). Pensionsunderlaget multipliceras med den förutbestämda procentsats som ditt födelseår ger som därefter mul-

tipliceras med tidsfaktorn.

Om du är exempevis är född 1955 ger det 59,29 procent (Se tabell sidan 26) och andelen används därefter för att räkna ut hur mycket av den genomsnittliga slutlönen över 7,5 inkomstbasbelopp du får i förmånsbestämd tjänstepension.

– Om du byter sektor kanske du får en lägre pension inom KAP-KL jämfört med din prognos, men tanken är att du då ska tjäna in annat tjänstepensionskapital från någon annan sektor. Man måste självklart överväga mellanskillnaden mellan det förlorade intjänandet och det intjänandet du får från

Fortsättning nästa uppslag >>>

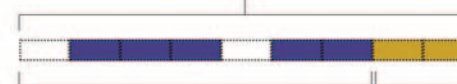
KAP-KL – en snabbguide

• Gäller för dig som arbetar inom kommun eller region och är född 1985 eller tidigare. En till störst del förmånsbestämd pension, vilket innebär att pensionen bestäms utifrån en andel av din lön (över 7,5 inkomstbasbelopp (ibb)). Den premiebestämda delen innebär att arbetsgivaren sätter av 4,5 procent av hela din lön. Du tjänar in den premiebestämda pensionen mellan 21 och 68 år (eller så länge anställningen består). Den förmånsbaserade delen tjänar du in mellan 28 och 65 år.

BERÄKNINGSPERIODEN

– vad innebär 9-7-5?

Beräkningsperioden är sammanlagt nio år och räknas bakåt från beräkningspunkten.



Av de sju år som återstår (efter att de två sista åren räknats bort) används de fem år då du haft högst inkomst för att beräkna din genomsnittliga slutlön.

De två sista åren innan du går i pension räknas bort.

! Beräkningsperioden görs på din sista anställning hos arbetsgivaren. Har du arbetat fem år där tas två av dem bort och den genomsnittliga slutlönen beräknas istället på tre år.

! Om du är född i januari blir beräkningsperioden förskjuten ett år bakåt. Vill du gå i pension vid 65 räknas alltså beräkningsperioden från 64 och bakåt.

! Varje arbetsgivare står för sin del. De tidigare arbetsgivarna står alltså för den del som motsvarar intjänandet där.

ÖVRIGT

– smått och gott om KAP-KL

PENSIONSGRUNDANDE LÖN: I korthet räknas all utbetald lön in, alltså även jour- och beredskapsersättning. Vid ledighet på grund av föräldraledighet, sjukdom/olycka/arbetsskada eller fackligt förtroende uppdrag räknas lönebortfallet som pensionsgrundande lön.

DÅ RÄKNAS TIDEN: Du tjänar in din tidsfaktor även under föräldraledighet och sjukskrivning. Även visstidsanställningar och vikariat som är längre än tre månader räknas och du behöver inte ha arbetat som läkare.

OLIKA ARBETSGIVARE: Tänk på att varje arbetsgivare ansvarar för sin del, även om det är inom samma sektor. Arbetar du deltid hos olika arbetsgivare under beräkningsperioden kan du alltså gå miste om den förmånsbaserade delen i tjänstepensionen från dem, eftersom din lön måste överstiga 7,5 inkomstbasbelopp hos varje arbetsgivare.

KAP-KL:S TRE BEN

– det här påverkar din förmånsbestämda pension

FÖDELSEÅR

Födelseår handlar om att du kan få mellan 55 och 60 procent, beroende på när du är född, av din genomsnittliga slutlön över 7,5 inkomstbasbelopp.

TIDSFAKTOR

Tidsfaktor handlar om hur länge du har arbetat inom KR-sektorn. 30 år är max och ger en kvot på 1,0. Har du arbetat 25 år inom sektorn får du istället en kvot på 0,83 (25/30). För att få full tidsfaktor krävs det också att du arbetar inom KR-sektorn fram till att du börjar ta ut den förmånsbestämda pensionen.

GENOMSNTLIG SLUTLÖN

Din genomsnittliga slutlön bestäms utifrån din lön under den så kallade beräkningsperioden. Den förmånsbestämda tjänstepensionen beräknas på de lönedelar som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp (ibb).

Lönedelarna över 7,5 ibb av din genomsnittliga slutlön multipliceras med det angivna procenttalet, som bestäms av ditt födelseår, som därefter multipliceras med kvoten från tidsfaktorn.

PARALLELLA ANSTÄLLNINGAR

– en fallgrop inom KAP-KL

En av fallgroparna i KAP-KL kallas parallella anställningar. Enkelt uttryckt handlar det om att du har haft två aktiva anställningar samtidigt. Om det sker börjar du om på nu kula gällande tidsfaktorn hos den nya arbetsgivaren. Du får alltså inte räkna samman tjänsteåren, vilket vanligtvis sker i KAP-KL. Det gör i sin tur att din tidsfaktor vid uträkningen av din förmånsbestämda tjänstepension hos den nya arbetsgivaren blir lägre.

Magnus har arbetat 15 år i Region Skåne. Han får ett nytt jobb i Region Blekinge, men de två anställningarna överlappar. Han arbetar ytterligare 15 år hos Region Blekinge och när det är dags att gå i pension upptäcker han att tjänstepension blir lägre än förväntat. När han klev i fallgropen med parallella anställningar fick han inte fick ta med dig den intjänade tiden han haft hos Region Skåne. Tidsfaktorn hos Region Blekinge blir därför 15 år, vilket innebär en kvot på 0,5 (15/30), istället för 30 år, vilket ger en kvot på 1,0.

Fotnot: I uträkningen av din förmånsbestämda tjänstepension hos din gamla arbetsgivare finns givetvis dina 15 år kvar och ligger till grund för hur mycket du ska få från dem.



Illustration: Lina Schneider

ett annat håll, men man ska inte låsa sig vid ett system eller på ett scenario. Det kan ju bli så att man flyttar i framtiden, säger Shewen Aziz och fortsätter:

– Man kan också förhandla om tilläggspremie från arbetsgivaren om tjänstepensionen blir lägre – alltså att arbetsgivaren betalar in extra i pension för att kompensera den totala behållningen. Då räknar man ut hur mycket man skulle ha fått inom exempelvis kommun och region respektive den privata sektorn och jämför totalsummorna.

Man ska dock komma ihåg att varje arbetsgivare står för sin del. Däremot kan man tillgodoräkna sig tiden från ena arbetsgivaren över till nästa. Det som kan få konsekvenser för tillgodo-

räkandet av tid är parallella anställningar, något som Shewen Aziz beskriver som en av fallgroparna i nom KAP-KL. (Se sidan 30).

Kortfattat innebär en parallell anställning att två anställningar överlappar varandra i mer än 30 kalenderdagar. Gör två anställningar detta kan det få konsekvensen att man inte ”får med” sig tiden från första arbetsgivaren och tiden inte tillgodoräknas in i intjänandet hos nya arbetsgivaren.

Att byta jobb tätt inpå pensionen kräver också en del eftertanke pensionsmässigt. Shewen Aziz menar att det både kan finnas faror, men också fördelar med det.

Eftersom beräkningsperioden, alltså den period din genomsnittliga slutlön beräknas på (inom KAP-KL) alltid baseras på din senaste anställning hos arbetsgivaren, hos kommun eller region, kan de val du gör i slutet av karriären göra stor skillnad.

Om du till exempel erbjuds ett arbete med betydligt högre lön, men bara har ett fåtal år kvar av arbetslivet, innebär det att du får en högre genomsnittlig slutlön. Men också att du är mer sårbar om du skulle behöva gå ner i tid.

Men det aldrig går att säga att det blir det ena eller det andra per automatik, eftersom pensionen baseras på så många olika faktorer under hela yrkeslivet. Det beror ju på hur man arbetat bakåt, säger Shewen Aziz.

Att tänka på om du jobbar åt bemanningsföretag

En annan fråga som Shewen Aziz märker en ökning av är bemanningsföretag, även om utvecklingen avstannat något sedan momsfrågan växte sig större. Hon menar dock att det tidigare primärt handlat om bisysslor snarare än heltidssysselsättningar för de allra flesta och att det därför hittills inte haft så stor påverkan. Men även här finns det en brasklapp som är viktig att ha i bakhuvudet.

– De flesta bemanningsföretag har inte har kollektivavtal och då tjänar man inte in någon tjänstepension överhuvudtaget. Då krävs det ett eget sparande och det gör du på redan

skattade medel, säger hon och fortsätter:

– Det är också viktigt att komma ihåg att man som behovsanställd bara är anställd under de arbetspass som man arbetar. För att komma upp i den förmånsbaserade tjänstepensionen, där du har störst behållning, behöver du ha en anställning som är tre månader eller längre.

Vad gäller då om du vill börja ta ut din pension? Den allmänna pensionen tjänar du alltid in så länge du arbetar, oavsett om du tar ut pension på deltid eller jobbar heltid.

När det gäller den förmånsbestämda delen i tjänstepensionen inom KAP-KL slutar du tjäna in den om du börjat ta ut den. Dock fortsätter du att tjäna in den premiebestämda delen, det vill säga 4,5 procent av hela din lön.

Viktigt att komma ihåg att du inte kan pausa utbetalningarna när de väl har börjat betalas ut. Det partiella uttaget kan öka, men inte minska, på grund av skatterättsliga regler.

Den allmänna pensionen är mer flexibel, där du både kan öka, minska och helt pausa från ditt pensionsuttag.

– Enligt avtalet står det att när du tar ut pension ska tjänstgöringsgraden minskas i motsvarande mån. Det vill säga att om du tar ut 20 procents tjänstepension kan du inte jobba mer än 80 procent, säger Shewen Aziz.

När du tar ut allmän pension påverkas sjukersättningen

En annan viktig del som skiljer sig mellan uttag av tjänstepension respektive allmän pension handlar om hur du räknas i civilsamhällets ögon.

– Om du börjar ta ut allmän pension räknas du som pensionär och det kan komma att påverka andra ersättningar, till exempel sjukersättningen om du blir sjuk, säger Shewen Aziz.

Hon vill också poängtera att det finns annat som är viktigare än pensionen.

– Tänk på pensionen, men lev inte för den. Man måste orka leva här och nu. Även om du kan tänka på vad du kan göra för att ha det bekvämt den ska det inte vara på bekostnad av hela ditt yrkesliv.

AKAP-KL – en snabbguide

- Gäller för dig som arbetar inom kommun eller region och är född 1986 eller senare. En premiebestämd tjänstepension som innebär att arbetsgivaren sätter av 4,5 procent av din lön upp till 7,5 inkomstbasbelopp, vilket motsvarar 41 750 kronor i månaden 2020. På de lönedelar som överstiger det avsätter arbetsgivaren istället 30 procent, upp till 30 inkomstbasbelopp (167 000 kronor i månaden 2020). Du börjar tjäna in pensionen från din första arbetsdag och fram till 68 år (AS-åldern). Jobbar du efter det sätter arbetsgivaren av 4,5 procent, oavsett hur mycket du tjänar, så länge anställningen pågår.

TRYGGHET ELLER RISK

– var kan jag placera pengarna?

Du kan själv välja om du vill placera tjänstepensionen inom AKAP-KL i traditionell pensionsförsäkring eller i fondförsäkring. Den största skillnaden är att det är en förvaltare som sköter dina pengar i den traditionella försäkringen, medan du i fondförsäkringar själv kan välja hur dina pengar ska placeras.

! I den traditionella försäkringen är du garanterad en lägsta tjänstepension. Den garantin finns inte i fondförsäkringar. Där styrs värdet av hur dina valda fonder utvecklas.

Du kan välja bland följande tjänstepensionsbolag för traditionell försäkring i KAP-KL och AKAP-KL:

● Alecta ● AMF ● KPA ● Skandia

Du väljer bland följande tjänstepensionsbolag för fondförsäkring i KAP-KL och AKAP-KL:

● AMF ● Lärfonder (Folksam)
● Danica ● Nordea
● Folksam LO ● SEB
● Handelsbanken ● Swedbank
● KPA ● Länsförsäkringar Fondliv

ÖVRIGT

– smått och gott om AKAP-KL

PENSIONSGRUNDANDE LÖN: I korthet räknas all utbetald lön in, alltså även jour- och beredskapsersättning. Vid ledighet på grund av föräldraledighet, sjukdom/olycka/arbetsskada eller fackligt förtroende uppdrag räknas lönebortfallet som pensionsgrundande lön.

PLUS OCH MINUS: Eftersom AKAP-KL bygger på ränta-på-ränta-effekten spelar deltidarbete tidigt i karriären en större roll än vad det kan ha i ett förmånsbestämt system. Däremot kan du senare i karriären gå ner i tid utan att det har någon dramatisk påverkan på din pension, vilket det har i ett förmånsbestämt system.

MÅNGA BÄCKAR SMÅ

– så byggs din tjänstepension upp

Varje kvartal sätter din arbetsgivare av 4,5 procent av din lön, upp till att du tjänar 41 750 kronor i månaden (7,5 inkomstbasbelopp 2020). På de lönedelar som överstiger den gränsen sätter arbetsgivaren av 30 procent (upp till 30 inkomstbasbelopp). I AKAP-KL är det alltså den slutgiltiga livslönen som spelar störst roll för din tjänstepension.

EXEMPEL:

Månadslön: 53 000 kronor

Plus 30 procent av 11 250 kronor
(53 000 – 41 750) = 3 375 kronor

4,5 procent på lönen upp till 41 750 kronor/månaden = 1 879 kronor

= totalt sätter arbetsgivaren in 5 254 kronor i tjänstepension.

! I AKAP-KL finns möjligheten att komma överens med arbetsgivaren om att justera gränsvärdet för 7,5 inkomstbasbelopp (ibb) efter din sysselsättningsgrad. Detta är dock ingen rättighet.

JOSEF

Josef arbetar deltid hos två arbetsgivare och har en månadslön på 53 000 kronor hos båda. Han har kommit överens med båda om en justering av brytpunkten för 7,5 ibb och går därför inte minste om de 30 procent som avsätts på lönedelar över gränsvärdet.



Illustration: Lina Schnauder

Arbetsgivare A – sysselsättningsgrad 70 procent

Pensionsgrundande månadslön: 37 100 kronor (70 procent av 53 000 kr)
Justerat gränsvärde för 7,5 ibb: 29 225 kronor (70 procent av 41 750 kr)
Arbetsgivare A betalar in följande tjänstepensionspremier:
4,5 procent av 29 225 kronor = 1 315 kronor
30 procent av 7 875 kronor (37 100 – 29 225) = 2 363 kronor
Totalt betalar arbetsgivare A in 3 677,5 kronor

Arbetsgivare B – sysselsättningsgrad 30 procent

Pensionsgrundande månadslön: 15 900 kronor (30 procent av 53 000 kr)
Justerat gränsvärde för 7,5 ibb: 12 525 kronor (30 procent av 41 750 kr)
Arbetsgivare A betalar in följande tjänstepensionspremier:
4,5 procent av 12 525 kronor = 564 kronor
30 procent av 3 375 kronor (15 900 – 12 525) = 1 012,5 kronor
Totalt betalar arbetsgivare B in 1 576,5 kronor

= totalt sätter arbetsgivarna A och B in 5 254 kronor i tjänstepension.

Nationalekonomen Mikael Elinders råd:

Sätt dig in i hur pensionssystemet fungerar så tidigt som möjligt, annars kan det gå illa i onödan

Studier visar att det råder en utbredd okunskap om tjänstepensionen bland svenska folket. Och även om man inte behöver förstå pensionssystemet till fullo menar Mikael Elinder, docent i nationalekonomi, att det är viktigt att veta tillräckligt för att undvika fallgroparna.

▼ Mikael Elinder, docent i nationalekonomi vid Uppsala universitet, menar att det handlar om att det är ett beslut som du lika gärna kan ta en annan dag – det gör ingen skillnad om du sätter dig in i pensionen idag eller imorgon. Det gör att man tenderar att skjuta på det år efter år.

– Däremot spelar det väldigt stor roll om du gör det idag eller om tio år, framförallt om du börjar spara nu eller sen.

Han har, tillsammans med kollegan Johannes Hagen, skrivit SNS-rapporten "Den komplexa tjänstepensionen" där de undersökt vad svenskar vet om sin tjänstepension. Och resultatet visar på en utbredd okunskap.

– Det är tydligt att folk upplever det som väldigt komplicerat. I pensionssystemet finns det väldigt många termer som låter ungefär likadant och om man bara sätter sig in i det po om po



Både yngre som äldre läkare bör sätta sig in i hur pensionssystemet fungerar så fort som möjligt, menar Mikael Elinder. De äldre för att undvika fällorna speciellt i slutet av yrkeslivet där storleken på pensionen avgörs, de yngre för att förstå värdet av att arbeta heltid tidigt och få hög lön för att kunna utnyttja ränta-på-ränta-effekten.

Nationalekonomen Mikael Elinders studie visar på utbredd okunskap bland svenska folket som kan straffa sig hårt

är risken att man glömt allting till nästa gång, säger han.

Istället tycker han att man ska sätta

sig ostört i ett antal timmar framför minpension.se, där all historik finns samlad och det är möjligt att göra en prognos för den framtida pensionen, för att försöka skaffa sig en uppfattning om hur pensionssystemet fungerar.

– En hel del kan man förstå, men det kommer också dyka upp frågor som man inte kan ta reda på. Det viktigaste är att man förstår de grova bitarna, säger han och fortsätter:

– Man behöver till exempel inte förstå exakt hur den förmånsbestämda delen i tjänstepensionen räknas ut, men man behöver veta att man exempelvis inom KAP-KL kan förlora mycket på att gå ner i deltid under de sista åren innan pension.

Det finns också en anledning till att pensionssystemet är komplicerat, enligt Mikael Elinder. Varje regel bottenar i goda skäl och fyller en funktion, men det gör inte systemet mindre svåröverskådligt.

– Pensionsmyndighetens ambitionsnivå har varit att få alla att förstå de absolut viktigaste grundstenarna: att man ska jobba – ju fler år man jobbar, desto bättre pension får man – och att det är viktigt att jobba vitt. Men de flesta som är oroliga för sin pension vill veta hur mycket de får ut, vilka de viktiga valen som man kan göra är, om man har placerat pengarna rätt och om man borde spara privat.

Han tror också att den förflyttning som skett i samhället, där individen nu förväntas ta ett större ansvar för sin egen situation, spelar in.

– Vi kommer från en välfärdsstat där vi har haft ett kompakt skyddsnät för

individen utan stora fallgropar.

Men idag kan vi råka illa ut om vi inte tar ansvar för vår egen pension, även om man inte blir lämnad att svälta kan man bli väldigt överraskad över hur dåligt man får det. Den här omställningen var vi inte riktigt förberedda på.

I takt med att medellivslängden ökar sjunker också pensionsutbetalningarna. Idag ska pengarna helt enkelt räcka betydligt längre än tidigare.

– Man kan ju vara pensionär i 40 år om man går i pension tidigt och lever länge. Det betyder att det är 40 årslöner som ska sparas in på ett eller annat sätt under de år man jobbar.

När är det dags att börja tänka på pensionen?

– Ju tidigare man börjar pensionsspara, desto bättre är det ur pensionssynpunkt eftersom de pengarna som man sparar tidigt genererar ränta under väldigt lång tid. Med det sagt ska man också komma ihåg att det finns många andra saker som är viktiga i livet.

Jag brukar generellt säga att det är superaktuellt att ta i tu med pensionen när man har en stabil situation på bostadsmarknaden, när man har tagit sig igenom de stressiga småbarnsåren och är etablerad på arbetsmarknaden. Det gör stor skillnad att börja spara när man är 40 jämfört med när man är 50 år.

Men Mikael Elinder påpekar också att den som arbetat som läkare hela yrkeslivet egentligen inte behöver göra så mycket för att få en okej pension. I princip kommer personen att få maximal utdelning i det allmänna pensionssystemet och dessutom har de allra flesta läkare en bra tjänstepension.

Snarare menar han att det handlar om att ha koll på några praktiska trix när man börjar närma sig pensionsåldern – så som att man kan bli hårt bestraffad om man går ner till deltid eller byter sektor under de sista nio åren i KAP-KL.

– För de flesta läkarna handlar det mer om att fundera på vilken levnads-

standard man vill ha efter pensionen. Man ska komma ihåg att man kan bli väldigt gammal och man kan vara frisk i väldigt många år. Har man haft en hög inkomst under yrkestiden kan det bli ett kraftigt fall i inkomsten när man går i pension om man inte stoppar undan lite under de goda åren, säger han och fortsätter:

– För den som har en bra ekonomi finns det stora frihetsgrader i pensionssparandet. Man kan amortera på boendet, så att man bor billigt, spara i aktier om man vill det eller köpa ett sommarhus så att man har låga semesterkostnader.

Men vad händer då om regionernas dåliga ekonomi går så långt att de i princip går i konkurs och inte kan betala ut pensionerna?

Enligt Mikael Elinder är det inget man som anställd behöver oroa sig för.

– Den risken är näst intill obefintlig. Allt kan hända i livet, men det är inget jag skulle oroa mig för som anställd.

ETT STÖD I ARBETET MED HÄLSOFRÄMJANDE LEVNADSVANOR

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.se

Här är minorna som kan förstöra din pension



Parallella anställningar

▼ En av fallgroparna i KAP-KL är det som kallas parallella anställningar. Enkelt uttryckt handlar det om att du har haft två aktiva anställningar samtidigt under en period som överstiger 30 dagar.

Det kan vara klokt att inte ha någon överlappning alls mellan anställningarna och därmed följa huvudregeln i avtalet. Undantagen om 30 dagar och hel ledighet (Se sidan 40) kräver att arbetsgivaren rapporterar in det på rätt sätt.

För att inte riskera att hamna i fallgropen alls är det därför bäst att avsluta den ena anställningen ena dagen och påbörja nästa tidigast dagen efter.

Om du har råkat trampa i fallgropen börjar du om på ny kula

gällande beräkning av anställningstid hos den nya arbetsgivaren. Du får alltså inte räkna samman tjänsteåren, vilket vanligtvis sker i KAP-KL.

Det gör i sin tur att din tidsfaktor vid uträkningen av din förmånsbestämda tjänstepension hos den nya arbetsgivaren blir lägre.

Låt oss säga att den fiktiva läkaren Lena, som är född 1955, har arbetat 15 år i Region Skåne. Hon får ett nytt arbete i Region Blekinge, men de två anställningarna överlappar varandra i mer än 30 dagar. Lena arbetar 15 år hos Region Blekinge och när det nu är dags att gå i pension upptäcker hon att hennes tjänstepension blir lägre än vad hon förväntat sig.

Anledningen är att Lena, när hon gick på minan med parallella anställningar, inte fick ta med sig den intjänade tiden hon haft hos Region Skåne när den förmånsbestämda pensionen beräknas i region Blekinge.

Hennes anställningstid hos arbetsgivaren Region Blekinge räknas därför separat i stället för tillsammans med anställningstiden i Region Skåne. En av poängerna vid beräkning av förmånsbestämd pension är dock att få räkna all anställningstid i kommun- och regionsektorn utifrån den lön man har i slutet av yrkeslivet eftersom den oftast är högre än tidigare löner. Om anställningstiderna istället räknas separat riskerar pensionen att bli lägre.

I uträkningen av Lenas förmånsbestämda tjänstepension hos Region Skåne finns givetvis hennes 15 år kvar och ligger till grund för hur mycket tjänstepension hon ska få från dem. När hon avslutade sin anställning i Region Skåne beräknades en livränta (arbetsgivarens pensionsåtagande för Lena). Den ligger naturligtvis kvar och "väntar" till dess att Lena ansöker om pensionsuttag.



Deltidsanställningar hos flera arbetsgivare samtidigt under dina sista pensionsgrundande år

▼ En annan konsekvens av parallella anställningar som kan påverka din förmånsbestämda tjänstepension är att arbeta deltid hos fler arbetsgivare under den viktiga beräkningsperioden.

Anledningen är att anställningarna eller lönerna inte läggs samman vid uträkningen av pensionen. Så trots att du sammanlagt arbetar heltid kan du riskera att gå miste om den förmånsbestämda delen i KAP-KL från de arbetsgivare du har under beräkningsperioden.

Eftersom varje arbetsgivare står för sin del och den förmånsbaserade tjänstepensionen gäller för dig som tjänar över 7,5 inkomstbasbelopp (41 750 kronor 2020) kan din lön hos en eller båda

arbetsgivarna helt enkelt bli för låg.

Låt oss använda den fiktiva läkaren Lena igen. Lena arbetar 60 procent i Region Stockholm och 40 procent i Region Uppsala. Hos båda arbetsgivarna har Lena en månadslön på 75 000 kronor, det vill säga att hon får 45 000 kronor från Region Stockholm och 30 000 kronor från Region Uppsala.

Eftersom brytpunkten för 7,5 inkomstbasbelopp går vid 41 750 kronor (2020) blir lönedelarna som överstiger den 3 250 kronor hos Region Stockholm och 0 kronor hos Region Uppsala.

Om hon istället skulle ha arbetat hos en arbetsgivare under beräkningsperioden skulle lönedelarna som överstiger

brytpunkten varit 33 250 kronor.

Har du arbetat heltid hos tidigare arbetsgivare och haft en lön över 7,5 inkomstbasbelopp där kommer du dock att få förmånsbestämd tjänstepension från dem.

Om du arbetar deltid och därefter går upp till heltid igen när du kommer in i den viktiga beräkningsperioden påverkas inte din förmånsbestämda tjänstepension negativt av tidigare deltid.

I AKAP-KL finns det en möjlighet att komma överens med arbetsgivarna om att justera brytpunkten efter sysselsättningsgrad. Det är dock ingen rättighet, utan kräver en överenskommelse mellan varje arbetsgivare och dig.



Minan som yngre läkare med AKAP-KL bör se upp för

! ▼ I AKAP-KL går det att ha två anställningar samtidigt utan att förlora tjänstepension, men det är faktiskt inte en rättighet skriven i sten.

Det är en möjlighet som parterna enats om, men du måste själv försäkra dig om att båda arbetsgivarna går med på det och betalar in sin procentuella andel.



Låga årslöner eller deltid de sista åren

Gäller alla som har KAP-KL och förmånsbestämd tjänstepension



Ytterligare en mina du kan gå på är att gå ner i tid under beräkningsperioden. Anledningen är att det inte är din livslön, utan de sista nio åren av ditt arbetsliv som spelar störst roll för din förmånsbestämda tjänstepension.

▼ Lena, den fiktiva läkaren, har arbetat hårt hela yrkeslivet i

Region Gävleborg och känner sig sliten. I januari i år fyller hon 60 år och har bestämt sig för att gå ner i arbetstid fram till pensionen.

Hon har en månadslön på 75 000 kronor i grunden och efter att hon gått ner till 80 procent har hon 60 000 kronor i månaden.

Om Lena arbetar deltid från det att hon är 60 år och fram till pension vid 65 år kommer hennes genomsnittliga slutlön och därför också hennes förmånsbaserade tjänstepension bli lägre än om hon arbetat heltid under samma period.

Genomsnittlig slutlön vid heltidsarbetet: 900 000 kronor (75 000 kronor i månaden)

Genomsnittlig slutlön vid deltidarbete mellan 60 och 65 år: 828 000 kronor (69 000 kronor i månaden).

Varje årsskifte räknas dock en så kallad årsskifteslivränta ut och den förmånsbestämda pensionen kan inte bli lägre än denna. Det är en "livrem", men är inte lika stor som om hon arbetat heltid fram till pensionsavgång.

Inom KAP-KL finns dock möjligheten att gå i pension vid 61 år och en månad. Om Lena istället tagit den möjligheten och gått ner till 80 procent de två sista åren (60 och 61) hade hennes genomsnittliga slutlön inte påverkats.

LÖNEVÄXLING – en snabbguide

Löneväxling är ett avstående av lön till förmån för pensionsavsättning. Du säger helt enkelt nej tack till en del av din lön nu för att istället ta ut den när du är pensionär. För att det inte ska få negativa effekter på socialförsäkringarna bör man inte efter löneväxlingen ha en bruttolön under 8,07 inkomstbasbelopp, det vill säga 44 923 kronor i månaden (2020).

VARFÖR?

– det här innebär löneväxling

Eftersom arbetsgivaren inte behöver betala arbetsgivaravgifter (däremot en så kallad särskild löneskatt som är lägre) för den lön som ingår i löneväxlingen bjuder många på ett antal procent extra (vanligtvis mellan 5 och 7 procent). Det vill säga: om du löneväxlar 1 000 kronor och har ett avtal där arbetsgivaren bjuder på 6 procent kommer arbetsgivaren istället att sätta in 1 060 kronor i pensionspremier.

Från och med 2018 kan löneväxling ske till en separat försäkring till samma utbud och avgifter som gäller för den "vanliga" tjänstepensionen. Om inget val görs hamnar de löneväxlade pengarna i samma försäkring som din premiebaserade tjänstepension.

Till skillnad mot ett eget pensionssparande handlar löneväxlingen om pengar som du inte skattat för. Det gör du istället då du börjar ta ut tjänstepensionen. På så sätt kan löneväxling göra skillnad för om du betalar hög eller låg marginalskatt.

Löneväxling är tänkt som ett långsiktigt åtagande och är ingenting som du ändrar månad till månad.

RÄNTA PÅ RÄNTA

– så växer pengarna

Så här växer pengarna om du löneväxlar 1 000 kronor i månaden och arbetsgivaren bjuder på 6 procent extra (det vill säga att instättningen blir 1 060 kronor i månaden) i 30 år. Tabellen visar utfallet beroende på vilken genomsnittlig avkastning ditt sparande ger per år. Sparar du 1 060 kronor i månaden på ett konto utan någon avkastning har du 381 600 kronor efter 30 år.

Avkastning 2 procent/år: Efter 30 år har du 526 351 kronor
Avkastning 4 procent/år: Efter 30 år har du 741 935 kronor
Avkastning 6 procent/år: Efter 30 år har du 1 065 957 kronor
Avkastning 8 procent/år: Efter 30 år har du 1 556 253 kronor
Avkastning 10 procent/år: Efter 30 år har du 2 301 598 kronor

Det finns ett antal räknesnurror på internet där du själv kan se hur ditt eventuella sparande kan växa.

TÄNK PÅ

– smårt och gott om löneväxling

SKA DRAS PÅ BRUTTOLÖNEN: Löneväxling bör ske på din bruttolön, det vill säga innan skatt. Eftersom avtalsförmåner och tjänstepension räknas på din inkomst innan löneväxlingen påverkas inte de inte negativt.

INGEN RÄTTIGHET: För att få löneväxla förutsätts det att det finns en överenskommelse mellan dig som arbetstagare och arbetsgivaren. Byter du arbetsgivare måste du få till ett nytt avtal.

UPPSÄGNINGSTID: Du behöver också beakta vad som händer om du blir sjuk och den eventuella uppsägningstid som kan finnas i avtalet om löneväxling. Kontrollera också så att uppsägning kan göras när som helst på året.

FÖR FRAMTIDEN: Kom ihåg att du inte kommer att kunna röra de pengar du löneväxlar innan du går i tjänstepension.

EJ RETROAKTIVT: Löneväxling kan bara ske på framtida lön, man kan alltså inte löneväxla retroaktivt.

ANN-BRITT

– vad blir skillnaden?

Ann-Britt har gått i pension och får 60 000 kronor i månaden (21 000 kronor i allmän pension och 39 000 kronor i tjänstepension från KAP-KL).

Under 30 år har hon löneväxlat 1 000 kronor i månaden och den genomsnittliga avkastningen har varit 8 procent. Ann-Britt har bestämt sig för att ta ut den delen av den premiebaserade tjänstepensionen under 15 år och kommer därför att få ytterligare 8 646 kronor i månaden under den perioden. Sammanlagt får hon alltså 68 646 kronor i pension fram till hon är 80 år.



Illustration: Lina Schnauffer

FRÅGOR & SVAR

Vilken lön är pensionsgrundande?

▼ All utbetald lön räknas in, alltså även jour- och beredskapsersättning.

Vid föräldraledighet, sjukskrivning eller tid till fackligt förtroendeuppdrag räknas lönebortfallet som pensionsgrundande lön. Dock ej den eventuella jour- och beredskapsersättning som du då går miste om.

Om du går ner i tid av annan anledning är det lönebortfallet inte pensionsgrundande.

Du tjänar även in din tidsfaktor i KAP-KL under föräldraledighet och sjukskrivning. Däremot räknas normalt inte tjänstledighet utan lön eftersom du då inte är i tjänst.



Hur ska man tänka kring komptid om man närmar sig pensionen?

▼ Först och främst: komptid är menat som återhämtning från arbete och den bör användas till just detta. Men den som har sparade timmar kvar under beräkningsperioden i KAP-KL kan fundera på om hen antingen kan använda den för att gå ner i tid utan att den genomsnittliga slutlönen påverkas eller för att höja den genomsnittliga slutlönen under ett antal år.

Vilka vanliga missförstånd finns gällande pensionen?

▼ Att alla har tjänstepension oavsett om kollektivavtal finns eller inte.

▼ Att tjänstepensionen ser likadan ut oavsett sektor.

▼ Att man inte behöver tänka på pensionen innan det är dags.

▼ Att det krävs djupa matematiska kunskaper för att förstå pension. Att pension är svårt.

▼ Att pension är något som löser sig av sig självt.



Illustration: Lina Schnauffer

Vad händer om jag blir arbetslös?

▼ Du tjänar inte in någon tjänstepension när du är arbetslös, men de pengar du tjänat in finns självklart kvar. Om du får a-kassa räknas det som en inkomst och ger pensionsrätter i den allmänna pensionen. Däremot är ersättning från en inkomstförsäkring inte pensionsgrundande.

Hur mycket behöver man jobba för att det ska vara ett tjänstepensionsgrundande år?

▼ Man behöver inte arbeta en viss procent, men i KAP-KL räknas enbart anställningstid för anställningar som varat tre månader eller längre.

Vad händer med min tjänstepension om regionen är i ekonomisk kris?

▼ I AKAP-KL är det pengar som avsätts varje kvartal till en försäkring som inte kan tas tillbaka av arbetsgivaren. I KAP-KL är den förmånsbestämda delen en pensionsrätt du tjänat in, det är alltså inga pengar som sitter på ett konto

och inväntar din pension. Den premiebestämda delen avsätts årligen till en försäkring och kan inte tas tillbaka av arbetsgivaren. Att anställda inom offentlig sektor blir utan sin pension skulle kräva att det sker något exceptionellt.

FRÅGOR & SVAR

Är det någon skillnad när det gäller villkoren för allmän pension och tjänstepension?

▼ Den allmänna pensionen tjänar du alltid in så länge du tjänar beskattningsbar inkomst, oavsett om du tar ut den allmänna pensionen på deltid eller jobbar heltid. Du kan också ta ut din allmänna pension, men fortsätta att jobba heltid och fortsätta att tjäna in din tjänstepension.

När det gäller den förmånsbestämda delen i tjänstepensionen inom KAP-KL slutar du tjäna in den om du börjat ta ut den. Dock fortsätter du att tjäna in den premiebestämda delen, det vill säga 4,5 procent av hela din lön.

Viktigt att komma ihåg att du inte kan pausa utbetalningarna när de väl har börjat betalas ut. Det partiella uttaget kan öka, men inte minska, på grund av skatterättsliga regler.

Du fortsätter då dock att tjäna in den allmänna pensionen. Den allmänna pensionen är på så sätt mer flexibel, där du

både kan öka, minska och helt backa tillbaka från ditt pensionsuttag.

För tjänstepensionen är det antingen in eller ut som gäller. Enligt avtalet står det att tjänstgöringsgraden ska minska i motsvarande mån mot det du tar ut i pension. Det vill säga att om du tar ut 20 procents tjänstepension kan du inte jobba mer än 80 procent.

En annan viktig del som skiljer sig mellan uttag av tjänstepension respektive allmän pension handlar om hur du räknas i civilsamhällets ögon. Om du börjar ta ut allmän pension räknas du som pensionär och det kan komma att påverka andra ersättningar, till exempel sjukersättningen om du blir sjuk.

Det är viktigt att tänka på att hand-

förmånsbestämd pension (livränta) måste också göras hos tidigare arbetsgivare. Ansökan om uttag av premiebestämd pension görs hos försäkringsgivaren.



Har du väl börjat tulla på tjänstepensionskassan kan du inte tjäna in mer även om du fortsätter att jobba.

läggnings tiden efter ansökan om att ta ut pension är upp till sex månader. Du kan alltså få vänta ett halvår innan du kan få ut dina pensionspengar till fullo.

Hur gör jag för att inte tjänstepensionen ska påverkas för mycket om jag under beräkningsperioden i KAP-KL känner att jag måste trappa ner?

▼ Om du är 61 år och en månad och går i pension i pensionssyfte, alltså inte fortsätter jobba, kan du få tiden fram till 65 år tillgodoräknad.

Låt oss säga att du arbetat sammanlagt 28 år inom kommun och region-sektorn när du fyller 61 och

går i pension räknas din tidsfaktor ändå upp till 30 år.

Det görs då en uträkning av tjänstepensionen vid 61 år.

Den genomsnittliga slutlönen beräknas nio år bakåt från det att du går i pension, det vill säga vid 61 års ålder med 30 år i tidsfaktor.

Hur gör man praktiskt för att gå i pension?

▼ Man kontaktar sin senaste arbetsgivare för att ansöka om att gå i pension. Den allmänna pensionen kontaktar man Pensionsmyndigheten för. Ansökan om uttag av

Hur länge betalas pensionen ut? – och vad kan jag styra själv?

▼ Premiebestämd tjänstepension kan man tidigast ta ut från 55 år. Den delen kan man bestämma uttagstid på, vilket sker enligt överenskommelse med försäkringsgivaren. Du kan välja att ta ut den premiebestämda delen av tjänstepensionen i 5, 10, 15 eller 20 års tid. Om inget aktivt val görs är default att utbetalningen löper på livsvarigt och betalas ut månatligen.

Den förmånsbestämda delen av KAP-

KL betalas ut alltid ut livslångt från det att du går i pension, men du kan bestämma hur mycket du tar ut i procent. I avtalet står det att du ska minska arbetstiden i motsvarande grad, det vill säga att du bara kan arbeta 75 procent om du vill ta ut 25 procent i tjänstepension. Du kan öka det partiella uttaget, men aldrig minska eller pausa. Utbetalningen startar automatiskt när du är 67 år och en månad.

Kan man byta mellan KAP-KL och AKAP-KL och tvärtom?

▼ Om du tillhör KAP-KL kan du byta till AKAP-KL, men det är inte någon rättighet som du kan åberopa och du kan aldrig byta tillbaka igen hos samma arbetsgivare. Däremot går det att byta från AKAP-KL till KAP-KL igen om du byter arbetsgivare.

Om man redan har många tjänsteår inom KAP-KL är det dock viktigt att tänka på att tjänstepensionen vid ett byte delas upp i två olika säckar – en för KAP-KL och en för AKAP-KL.

Uträkningen av den slutgiltiga tjänstepensionen för KAP-KL baseras då på hur mycket du skulle ha fått utifrån löneläget då du byter, och ränta-på-ränta-effekten blir inte blir lika gynnsam för den som sent kommer in i AKAP-KL.

För den som redan tidigt vet om att hen inte kommer att arbeta inom kommun/regionsektor i framtiden kan det dock vara ett alternativ att överväga det premiebestämda AKAP-KL. Om du funderar på att byta gör du klokt i att kontakta pensionsrådgivaren i din region eller Läkarförbundets pensionsexperter, eftersom svaret på frågan om det är gynnsamt är väldigt individuellt.

Partsgemensamma "informationspaketet" har tagits fram som är viktigt att läsa före beslut om byte. Informationen

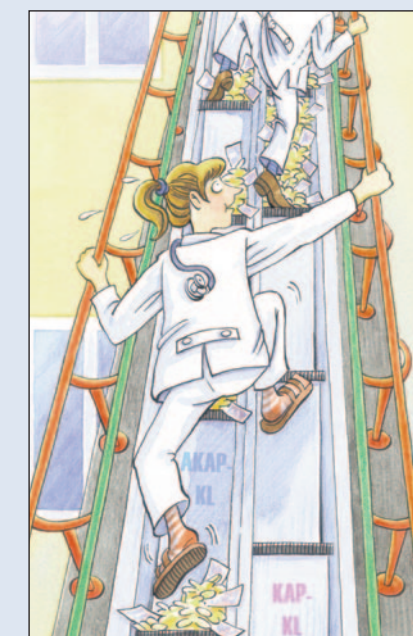


Illustration: Myran

Se upp innan du tar steget. Istället för uppåt kanske det bär nedåt, som i trappan upp till Lustiga Huset på nöjesfältet Gröna Lund i Stockholm.

finns på Offentliganställdas förhandlingssråds (OFR) hemsida. OFR har också förslag på uträkningar som man kan använda, men det är alltså ingen rättighet.

Du som tillhör AKAP-KL, det vill säga är född 1986 eller senare, kan däremot aldrig byta till KAP-KL.

Hur påverkas min tjänstepension om jag arbetar i olika sektorer?

▼ Eftersom tjänstetid påverkar hur stor tjänstepensionen blir i både KAP-KL (kommun/regionsektor) och ITP2 (privat sektor) är det just den delen som man behöver vara uppmärksam på.

Det är nämligen omöjligt att maximera anställningstiden i två olika avtal och samtidigt arbeta heltid – du kan enbart tjäna in förmånsbestämd tjänstepension mellan 28 och 65 års ålder i KAP-KL. Både inom KAP-KL och ITP2 är nämligen 30 år den anställningstid som ger maximal förmånsbestämd tjänstepension. En anställningstid som är kortare än 30 år ger kort uttryckt en lägre kvot (tidsfaktor) i uträkningen av vad du får ut i tjänstepension, vilket påverkar den negativt.

Det ska tilläggas att det är möjligt att förhandla om en tilläggspremie från den nya arbetsgivaren, som är tänkt att väga upp det tapp du gör om du inte stannar kvar i den andra sektorn. Det är dock en förhandling som görs i varje enskilt fall och är inte en rättighet som du kan åberopa.

När kan jag gå i pension och vad innebär den ändrade pensionsåldern?

▼ Från 2020 höjs lägsta åldern för att ta ut allmän pension från 61 till 62 år. Är du född 1958 eller tidigare påverkas du dock inte av detta. Det finns också planer på att 2023 höja till 63 år och 2026 höja den gränsen till 64 år.

FRÅGOR & SVAR

Hur länge kan jag jobba och vad händer efter 65 år?

▼ Från 2020 har du enligt Lagen om anställningsskydd, LAS, rätt att som anställd arbeta fram till att du är 68 år. Från och med 2023 kommer gränsen att höjas till 69 år. Men det finns ingenting som hindrar dig och din arbetsgivare att komma överens om att du får fortsätta längre än så. Om du fortsätter att jobba efter 65 år tjänar du fortsatt in pensionsrätter i den allmänna pensionen.

Inom KAP-KL tjänar du in den premiebestämda delen fram till 67 år eller så länge anställningen består. Den förmånsbestämda delen tjänar du som längst in till du fyllt 65 år.

Inom AKAP-KL fortsätter arbetsgivaren att sätta av 4,5 procent av din lön upp till 7,5

inkomstbasbelopp och 30 procent på de lönedelar som överstiger den gränsen fram till LAS-åldern, 68 år 2020. Fortsätter du att arbeta efter 68 år sätter arbetsgivaren av 4,5 procent av hela din lön, oavsett hur mycket du tjänar, så länge anställningen består.

Om du väntar med att ta ut pensionen ökar den månatliga utbetalningen både inom den allmänna pensionen och tjänstepensionen.

Från och med 66 år får du också en lägre skatt på dina inkomster. Viktigt att komma ihåg är dock att du inte får A-kassa eller sjukersättning efter att du fyllt 65 år. Det finns också begränsningar i sjukpenningen efter att du fyllt 65 år.

Hur många dagar per år måste man jobba för att det ska vara tjänstepensionsgrundande?

▼ I AKAP-KL finns det ingen kvalifikationstid, eftersom det är premie på den kontant utbetalda

lönen. I KAP-KL behöver man ha en anställning som varar minst tre månader.

Oantastbar livränta, vad innebär det?

▼ Om du som anställd med intjänad förmånsbestämd pension, exempelvis KAP-KL, slutar din anställning innan pensioneringen har du istället rätt till livränta som motsvarar den förmånsbestämda pension du tjänat in då du slutar. Sedan räknas den upp med prisbasbeloppets förändringar år per år. Det innebär också att du är garanterad minst den pension du vid varje årsskifte har tjänat in och den kan aldrig bli lägre än det du tjänat in vid någon tidigare tidpunkt.

Hur fungerar efterlevandeskyddet?

▼ Det finns fler olika efterlevandeskydd, men för dig som arbetar inom kommun eller region ingår ett så kallat återbetalningsskydd i din premiebestämda tjänstepension.

Återbetalningsskydd innebär att din familj (make/maka/sambo och barn) får ditt sparade pensionskapital när du dör. Om din död sker efter att du gått i pension får din familj det värde av kapitalet som återstår, de övertar alltså dina utbetalningar.

Om du inte har någon familj eller om din familj skulle klara sig ekonomiskt om du dör kan du fundera på att ta bort återbetalningsskyddet. Om din död sker innan du går i pension och du fortfarande är

anställd betalas pensionskapitalet ut under fem år.

Därutöver finns tre delar:

1. Efterlevandepension i KAP-KL och i AKAP-KL är det Familjeskydd.
2. återbetalningsskydd.
3. TGL-KL (Tjänstegruppliv). Din pension blir då något högre, eftersom du får ta del av de arvsvinster som kommer från andra försäkringstagare som avlider innan de tar ut sitt kapital. De som har återbetalningsskydd får alltså inte ta de av pengarna. Du kan också välja att lägga till återbetalningsskyddet igen, om din familjesituation förändras.

Om du dör före 67 års ålder och är

anställd inom kommun eller region ingår det också en så kallad tjänstegrupplivförsäkring i tjänstepensionen. Den består av tre delar – ett grundbelopp, barnbelopp och begravningshjälp. Hur mycket som utbetalas beror på din ålder när du dör, hur mycket du har arbetat och vilka de efterlevande är.

Om du arbetar inom privat sektor ingår inte efterlevandeskyddet i din tjänstepension, däremot ingår en tjänstegrupplivförsäkring. Du kan välja att teckna ett så kallat återbetalningsskydd eller familjeskydd om din familj inte skulle klara sig ekonomiskt om du dör. Men tänk på att din pension då blir lägre.

Vilka är de största skillnaderna mellan KAP-KL och AKAP-KL?



För yngre läkare i AKAP-KL som inte har en förmånsbestämd pension som äldre läkare i KAP-KL har, så gäller det att börja tjäna pengar tidigt så att det blir ränta på ränta på de årliga pensionsinsättningarna innan det är dags att gå i pension.

▼ Man kan enkelt uttryckt säga att olika perioder i yrkeslivet är olika viktiga inom de två avtalen.

För anställda som omfattas av KAP-KL är de sista nio åren innan pension viktigast. Således påverkar till exempel föräldraledighet, deltidsarbete eller längre sjukskrivning tidigt i karriären inte din tjänstepension nämnvärt. Däremot påverkas den negativt av att du går ner i arbetstid under de sista åren innan pension.

Inom AKAP-KL gynnas ränta-på-ränta-effekten av att du tidigt i karriären kommer upp i en hög lön och arbetar heltid under stora delar av din karriär. På så sätt påverkas tjänstepensionen mer av deltidsarbete tidigt i karriären.

Sjuk- och föräldraledighet påverkas inte negativt. Det är samma intjänande

som om man inte är sjuk eller föräldraledig.

Tjänstepensionen påverkas inte lika mycket av att du går ner arbetstid i slutet av karriären som i KAP-KL, eftersom det är livslönen som är viktigast för hur pensionen blir.

Ytterligare en skillnad är att du i AKAP-KL har möjlighet att ha flera arbetsgivare samtidigt utan att det påverkar din tjänstepension negativt. Detta är dock ingen rättighet och du måste kontrollera så att båda arbetsgivarna är med på upplägget.

Tänk också på att lön från olika arbetsgivare inte läggs samman i andra sociala förmåner, så som sjukersättningen, vilket kan medföra att du inte kommer över de gränsvärden du skulle ha gjort om du haft en anställning.

Vad betyder det att jag har en intjänad pensionsrätt innan 1997?

▼ Den sommar anställd inom offentlig sektor före 31 december 1997 och hade fyllt 28 år har också en så kallad intjänad pensionsrätt (IPR), vilket innebär att du tjänat in pension enligt de äldre pensionsbestämmelserna. Pen-

sionsrätten baseras på ett genomsnitt av din pensionsgrundande lön före 1997 och den tid du arbetat innan 31 december 1997. Den betalas ut livsvarigt, men tidigast från 61 år och som senast 67 år.

Vilka fallgropar finns det inom kombinationsanställningar?

En äkta förenad anställning, som det idag heter, består av en statlig anställning där den statliga arbetsgivaren fakturerar regionen för den kostnad som motsvarar den del läkaren arbetar kliniskt hos regionen. Regionen betalar arvode till läkaren (lön) men betalar pensionskostnaden till statliga arbetsgivaren via fakturan. Det är alltså det statliga pensionsavtalet PA16 som gäller för dessa anställningar.

En fallgrop är eventuellt om man tror sig ha en förenad anställning, men egentligen har två deltidsanställningar. En äkta förenad anställning har vissa särskilda krav och är en reglerad anställningsform.

Spelar det någon roll när på året jag är född?

▼ Januari barn hinner inte jobba in i januari sista året innan pension. De får alltså aldrig räkna med sitt 65:e år utan måste därför tänka från 64 år och nio år bakåt, vilket kan vara bra att ha i bakhuvudet.

Om jag har jobbat utomlands, vad gäller då?

▼ Har du arbetat utomlands gäller reglerna som det landet har. Tjänstepensionssystemet är svenska regler för arbete utfört här i Sverige.

Fallgropen parallella anställningar – en följd av snåriga bestämmelser

Cecilia Curtelius Larsson, pensions- och försäkringsexpert hos Offentliganställdas förhandlingsråd (OFR), menar att frågan om parallella anställningar ständigt är aktuell och att man kontinuerligt lyfter den med motparten SKR.

Varför införde man en sådan regel?

– Man har inte fört in fallgropen i avtalet, den är snarare en följd som har blivit vid tillämpningen av avtalets bestämmelser. När man jobbar inom

kommun/regionsektorn får man räkna all anställningstid bakåt, men det finns också en bestämmelse som säger att arbetstagaren kan tillgodoräkna sig tid som högst motsvarar kalendertiden. Det vill säga att man inte

kan räkna med samma tid två gånger, vilket i sig är rimligt. Sen finns det också en huvudregel som säger att tid från en tidigare anställning räknas med i senare anställning endast om den tidigare anställningen avslutats innan den nya tillträds. Det vill säga att man avslutar den ena anställningen ena dagen och påbörjar den andra tidigast dagen efter.

Däremot finns det undantag från detta, dels den så kallade 30-dagarsregeln och dels regeln som säger att det är okej med en överlappning om man är helt ledig från den gamla anställningen.

– Just de här bestämmelserna är väldigt komplexa att tillämpa och när man praktiskt har börjat tillämpa avtalet har den blivit på det här sättet. Varför den har blivit som den har blivit är inte helt klart. Men vi från arbetstagsidan menar att konsekvensen inte blivit utifrån partsavsikten.

Hur många är det som har hamnat i den här fallgropen?

– Det är inte så många som dyker upp och vi vet inte hur stort mörkertalet är. De som reagerar är i allmänhet läkare och det har nog att göra med att det är lättare att se skillnad om det handlar om flera tusen i månaden än om det rör sig om ett antal hundra kronor.

– Det som känns väldigt frustrerande med parallella anställningar är de fall där personen har hamnat i fällan när de under tjänstledighet gått in och jobbat ett jourpass hos sin gamla arbetsgivare för att hjälpa till.

Vad har ni gjort för att få rättsida på det här?

– Det vi har gjort är att vi 2015 tog upp det i pensionsnämnden för att få till en tolkning. Där nådde vi fram till viss del gällande att komma till rätta med undantaget som rör hel ledighet. Där har vi förtydligat att det inte spelar någon roll om den hela ledigheten under överlappningen är med eller utan lön. Men vi har märkt att även den tolkningen har varit svår att tillämpa, eftersom det beror på hur arbetsgivaren rapporterar till administratörerna, alltså till KPA Pension eller Skandikon.

– Vi har frågan uppe med jämna mellanrum med vår motpart SKR och begär att vi ska lösa den här fallgropen. Och vi hoppas att vi ska få gehör för att hitta en lösning. Vi behöver gemensamt lösa frågan tillsammans.

Vad kan göras tills en lösning är på plats?

– Allra säkrast är arbetstagsaren följer huvudregeln, dvs att avsluta sin anställning ena dagen och tillträda den nya anställningen tidigast dagen därpå.

Därför vill vi inte tänka på pensionen

Enligt Martin Hedesström, docent i psykologi vid Göteborgs universitet, som forskar om beslutsfattande och ekonomisk psykologi, finns det en rad psykologiska faktorer bakom vår ovilja att tänka på pensionen.

▼ – Dels är vi förlustaversiva, det vill säga att vi värderar förluster högre än vinster. I kombination med nutidsbias, alltså att vi värderar vår situation idag högre än hur den kan bli i framtiden, gör det att vi skjuter upp exempelvis sparande, säger han.

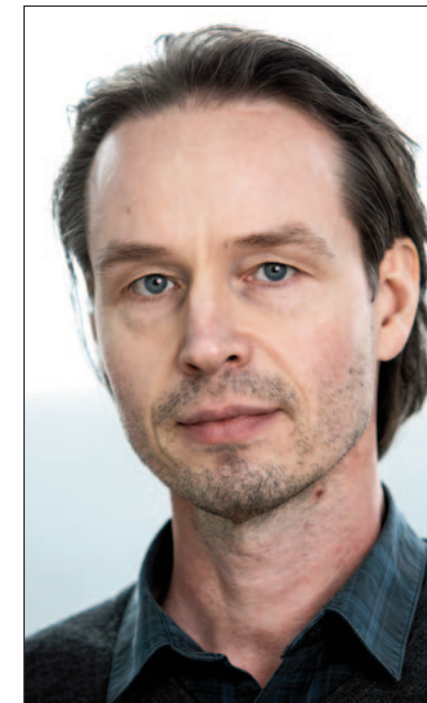
Eller kort uttryckt: att vår nuvarande spenderbara lön minskar när vi pensionssparar väger tyngre än att vi får mer pengar att spendera som pensionär.

Han gör en parallell till klimatfrågan.

– Det här med nutidsbias genomsyrar väldigt mycket. Vi lever här och nu och lägger mindre vikt vid vad som kommer att hända. Det kan vara rationellt att tänka så, i viss mån ska man sätta högre värde på här och nu, men vi gör det i överdriven utsträckning.

Tröskeln att börja pensionsspara kan också kopplas till att vår nuvarande situation är vår referenspunkt, och att det är utifrån den punkten som vi värderar förluster och vinster. Detta skapar, i kombination med förlustaversion, det som inom psykologin kallas status quo bias.

– Vi vill gärna förändra den situa-



Psykologen Martin Hedesström menar att det finns många psykologiska faktorer som gör att vi människor ogärna vill tänka på tiden som pensionär. Foto: Johan Wingborg.

tion vi har just nu, även om det leder till både vinster och förluster, säger Martin Hedesström och fortsätter:

– Så ett tips är att börja spara delar av löneökningar, eftersom vi är mer okej med en lägre ökning än en reell minskning.

Andra faktorer som spelar in är inertia, vilket innebär ett motstånd mot att ta tag i saker och i vanligt språkbruk kan kallas prokrastinering, samt en filosofisk idé om att vi består av multipla versioner av jaget.

– Dels jag, så som jag är idag, dels

mitt forna jag, så som jag var i barndomen. Men också mitt framtida jag, till exempel jag som pensionär. Både mitt forna jag och mitt framtida jag ser vi lite på avstånd, nästan som om det är en annan person. Det kan göra att vi inte bryr oss lika mycket om vårt framtida jag som det nuvarande.

Martin Hedesström berättar om ett psykologiskt experiment som rör pensionssparande där man skapat två avatrar – en som ser ut som personen gör idag och en som ser ut som personen som pensionär. Genom ett reglage kan personen se hur de båda jagens humör skiftar beroende på hur mycket pengar som sparas till pensionen.

– Om jag sparar mycket nu och får mindre kvar av lönen blir mitt nuvarande jag ledsen, medan mitt framtida jag blir glad och tvärtom. På så sätt ska man kunna se att det finns ett jag i framtiden som man måste bry sig om. I experimentsituationen visade det sig göra att vi blir mer benägna att spara mer, säger han.

För att komma över tröskeln till sparat menar han att det kan vara en god idé att sätta sig ner och reflektera över hur man vill ha det som pensionär. Helt enkelt försöka föreställa sig en vanlig dag och vad man kan tänkas vilja göra.

En annan aspekt som kan spela in är att vi idag behöver ta betydligt fler val än vad man gjorde för 100 år sedan.

– Det kan göra att vi mättas på val och kan hos vissa människor skapa en apati. En bra strategi för att undvika det är att leta efter val som är tillräckligt bra och nöja sig med det. Då sparar man både tid och energi.

SSTH

Är du intresserad av trombos och hemostasfrågor?

Välkommen till SSTH Symposium 14
Göteborg 2-3/4 2020

www.ssth.se





Min drivkraft är att skapa förutsättningar så att det går att göra ett bra arbete som läkare överhuvudtaget



Yvonne Dellmark om...

... förändringen av läkarrollen

Av Anna Sofia Dahl

Hon är en evig tidsoptimist som ibland låter envisheten ta för mycket energi. För Yvonne Dellmark är det självklart att försöka förändra det som inte fungerar, även om dygnets timmar inte räcker till.

▼ När Yvonne Dellmark klev på ordförandeposten för Karolinska universitetssjukhusets läkarförening hade hon aldrig kunnat ana vad de närmaste fem åren skulle föra med sig. När arbetet med att förändra verksamhetsmodellen för NKS påbörjades, kort efter att hon tillträtt, togs det första steget mot dagens turbulenta situation. Och efter det har stormarna kring sjukhuset avlöst varandra.

– Vi har hela tiden tänkt ”nu kan det inte bli mycket värre, nu måste det bli lugnare så att vi får jobba ifred”. Men det bara accelererar.

Mitt i virvlarna har Yvonne Dellmark och hennes kolleger gång på gång tagit strid för läkarkårens räkning, gjort det som har varit möjligt för att få rätsida på situationen och framfört de problem som man sett.

– Det är turbulent att stå där mitt i. Jag försöker komma ihåg att jag och alla som är engagerade runt mig inte kan göra mer än vårt bästa. Vi är inte mer än människor. Även om man alltid vill göra mer får man ibland ta ett kliv tillbaka och fundera över om vi faktiskt har gjort det vi kan, säger hon och fortsätter:

– Vi har framfört väldigt mycket



Yvonne Dellmark har varit ordförande för Karolinska universitetssjukhusets läkarförening sedan 2013. Under de turbulenta år som varit har hon och hennes kollegor hållit ställningarna och framfört konstruktiv kritik, som gjort att det inte blivit riktigt så illa som det kunnat bli. Foto: Stefan Nilsson.

konstruktiv kritik som inte har beaktats, vilket är väldigt frustrerande. Men det vi faktiskt har åstadkommit är att motverka en del försämringar, det har inte blivit riktigt så dåligt som det

kunde ha blivit. Ibland får man vara nöjd med det också.

Hur gör du för att orka med turbulensen?

– Det är viktigt att sätta en gräns för

sin egen person. Om man inte själv mår bra kan man inte hjälpa andra på ett bra sätt. Jag har försökt förmedla till mina ombud att om man engagerar sig när ingen annan vill så blir det en hundra-

procentig förbättring med allt man gör. Den inställningen har nog räddat mig en

Fortsättning nästa sida >>>

▼ ”Tidigare har läkarrollen varit ett uppdrag som slutförts oavsett hur långtid det tog. Då innebar arbetet ett uppdrag som gick att utföra med god kvalitet. Idag är uppgifterna så många att det inte går att göra ett bra arbete i allt.

Den yngre generationen är som kollektiv bättre på att sätta gränser. De tar inte automatiskt på sig en extra uppgift utan att fråga vad som kan tas bort istället. De äldre försöker oftare att räkna till allt även när det är omöjligt för att inte patienterna eller någon kollega ska bli lidande.

När de som nu täcker upp och fångar det administratörerna inte tänkt på i sina flödesscheman, inte orkar längre, vad händer då med vården?

Vår kunskap som breda specialister går inte att bevara utan utbildning och fortbildning. Morgondagens specialister kommer sannolikt att bli mycket kunniga inom ett smalt område, med mindre baskunskaper. Vem ska då gå bakjour? Vem kan se hela patienten?”

... uppdraget

▼ ”En klinisk heltidstjänst idag är ett orimligt uppdrag. När vården styrs av det som mäts och ger ekonomisk ersättning tappar man bort allt annat som är viktigt för att få vården att fungera både idag och imorgon, undervisning, handledning och forskning.

När vi bokas 40 timmar i veckan till det mätbara och försöker att göra allt det andra inklusive de samtal som behövs för att vi ska kunna känna att vi gör ett bra arbete – på obetald övertid, då sliter det för mycket på oss. Läger man till det våra orimliga arbetstider med jour och en arbetsmiljö som inte är anpassad för vårt arbete förstår man att få orkar i längden”.

Fortsättning nästa uppslag >>>

del, även om jag egentligen inte är ett bra exempel på att jobba lagom mycket.

För även om det fackliga arbetet tagit allt mer tid vill Yvonne Dellmark inte släppa hela kärnan i hennes yrkesval – patientkontakten och möjligheten att hjälpa patienterna. Idag har hon kvar tio procents kliniskt arbete som reumatolog på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. En förmiddag i veckan som hon både beskriver som ”för lite” och något hon ”egentligen inte har tid för”.

– Men det är ju därför jag håller på med det fackliga arbetet – min drivkraft är att skapa förutsättningar så att det går att jobba som läkare överhuvudtaget och göra en bra insats för patienterna. Då handlar det om vår arbetsmiljö, vår kompetens, att man ska ha mandat att faktiskt fatta rätt beslut för patientens räkning. Vi kommer längre och längre ifrån det.

Just den där känslan att vilja påverka, inte bara prata om vad som borde förändras, har funnits med så länge Yvonne Dellmark kan minnas.

– Det är självklart för mig. Om man inte är beredd att förändra något, kan man släppa det helt. Då spelar det ingen roll vad man säger.

Den inställningen syns också om man tittar på Yvonne Dellmarks cv, även om engagemanget gått både upp och ner under åren..

Under läkarutbildningen var hon ”kärhyperaktiv” och var ledig från studierna för att vara kårordförande under ett år. I mitten av AT:n engagerade hon sig i SYLF och blev ordförande för föreningen i Örebro i ett par år. Efter flytten till Stockholm runt 2010 blev hon klinikombud och kort därefter ledamot i styrelsen för Karolinska universitetssjukhusets läkarförening. Nu har hon suttit på ordförandeposten sedan september 2013 och har sedan dess också valts till ordförande för SACO-rådet i Stockholm och 1:e vice ordförande i Stockholms läkarförening.

– För mig är det engagemanget där man är och står just nu som har varit viktigt hela tiden. Då finns det inte så många vägar att gå om man jobbar som

läkare – antingen engagerar man sig fackligt eller så försöker man bli chef, säger hon och fortsätter:

– Som fackligt ombud måste man veta vem man ska bli arg på, annars kan man inte göra rätt saker. Och eftersom vi har kunskapen om vem som har mandat och vilka som beslutar om vad kan vi försöka påverka de som bestämmer. Där har vi som facklig organisation en unik möjlighet som cheferna faktiskt inte har. De måste följa besluten och har en mycket snävare ram för vad de kan göra. Sen är det ibland väldigt trögt att jobba fackligt, men om vi inte gör någonting vet vi att det blir väldigt mycket sämre.

Att Yvonne Dellmark blev just läkare är en slump som låg i slutet av en ”lång och krokig väg”. Efter gymnasiet började hon jobba extra på lasarettet i Köping, läste en biträdeskurs, utbildade

sig till undersköterska och arbetade ett par år på akutmottagningar i Stockholm. När lusten att läsa vidare kom var siktet inställt på sjukvården, men en annan del än där hon befinner sig idag.

– Ganska länge tänkte jag att jag skulle bli distriktssköterska. Men så träffade jag en kandidat som skulle vikariera som distriktsläkare, som kanske inte var den bästa förebilden, och tänkte att om han kan bli läkare så kan jag också det, säger hon och skrattar.

När valet av specialitet kom var tanken att hon skulle bli njurmedicinare, men att veckopendla till Örebro där hon gjorde sin ST, med två små barn i Stockholm blev till slut för bökigt. Istället sadlade hon om till reumatolog och började jobba på Karolinska universitetssjukhuset.

– Jag har alltid dragits åt situationer och specialiteter där jag får titta på helheten för en individ. För mig är det här med att individualisera och person-

centrera vården väldigt naturligt. Nu har jag förmånen att arbeta på en klinik där vi faktiskt har ett PAL:skap och jag får följa min patient.

Trots sitt stora engagemang för läkarkårens frågor är hon inte en av de som säger att de är läkare. Snarare kliver hon in och ut ur läkarrollen.

– Av någon anledning har jag snubblat över akuta tillstånd i mitt privata liv också. När det händer brukar barnen säga att jag får på mig min läkarröst. Jag ändrar tonläge och tar initiativet på ett helt annat sätt, ser till att saker händer och fattar beslut på sekunden om det behövs. Då blir jag läkare – det kan jag känna själv.

I grunden menar hon att hon snarare är mer avvaktande och ser hellre att alla jobbar tillsammans mot ett mål.

– Så är det i mitt fackliga arbete också, jag har inget behov av att själv vara den som driver frågorna. Jag ser mig själv snarare som en samordnare

och det är helt nödvändigt att andra får driva sina hjärtefrågor för att vi ska få ett bra slutresultat gemensamt.

Om man gör en sökning på Yvonne Dellmarks namn i mediearkivet får man fyra träffar från 2013. För 2019 dyker det istället upp drygt 200 artiklar. Att synas i tv-rutan, höras i radio eller citeras i dagspressen har blivit vardag.

– När vi såg hela mönstret i det som började hända med Boston Consulting Group och hur man hanterade data skrev vi ett ganska stort antal debattartiklar som publicerades. Då var det vi från föreningen som drev det. Men efter att Anna Gustafsson och Lisa Röstlund från Dagens Nyheter började skriva om vår situation är det allt fler som hör av sig och vill att vi ska uttala oss, säger hon och fortsätter:

– Men om man ska vara helt krass är det ett misslyckande i den interna kommunikationen när vi går ut med något i media. Om man ska åstadkomma förändring lokalt måste man samtala med de chefer som har mandat att fatta beslutet. Och där börjar vi ju alltid. Men när vi inte når fram och det handlar om en för oss viktig fråga måste vi gå vidare och väcka opinion på något sätt.

Och hon tycker att det är viktigt att våga kliva fram och göra förenings röst hörd.

– För mig hör det till engagemanget. Om man ska komma någonstans måste man kunna framföra konstruktiv kritik och våra förslag.

Däremot är det viktigt att vi framför just saklig kritik och det är vi från läkarföreningen väldigt noga med att göra, säger hon och fortsätter:

– Det som är svårt med att vara talesperson är att man inte har så många meningar på sig att säga det som är viktigt för alla. Det kommer alltid finnas någon som inte är nöjd med det du just har sagt och det gäller att hitta en medelväg där man själv känner att man ändå har stått upp för det som är möjligt.

Fortsättning nästa sida >>>

Yvonne Dellmark om...

... skillnaderna mellan könen

”Än så länge är det ganska stor genusskillnad i övrig personal och det är fortfarande olika förväntningarna på en beroende på om man är kille eller tjej. Som man kan du säga att du ska gå och hämta på dagis och ingen kommer att ifrågasätta det, men om du säger det som kvinna förväntas du ha löst de uppgifter som återstår innan du går. Det är också stor skillnad på hur vi gör när vi ber om hjälp. En man ber bara om hjälp, medan en kvinna ofta automatiskt förklarar varför man behöver hjälpen. Det där tar ett par minuter varje gång och om du gör det flera gånger om dagen så blir det ändå ganska mycket extra tid. Då kan man fundera på vem som kan arbeta mest effektivt.”

... vi nått punkten för förändring

”Vi är inte riktigt där än. Men om det inte ändras något drastiskt snart så kommer det här inte att fungera. Då är det mer frågan om i vilken form sjukvård återuppstår.

Man hade en plan för Framtidens hälsa och sjukvård, som man fattat beslut om 2012 i Region Stockholm, men det är ganska många delar i den planen som inte har gått att realisera på som tänkt.

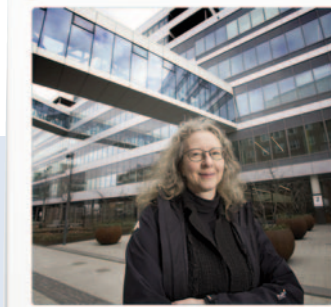
Nu när det är tydligt att det inte går att genomföra fortsätter man i alla fall, istället för att ta ett steg tillbaka och reflektera. Antingen vill man förstöra all landstingsdriven vård för att skapa utrymme för annat. Och om man tänker sig att det ska vara ett privat alternativ och privata försäkringar så är vi på rätt väg. Om man vill ha en gemensamt finansierad sjukvård, där alla har rätt till vård måste vi göra på något annat sätt.

Hur den vården ska drivas tycker jag fortfarande är en öppen fråga, men mycket talar för att delar behöver förstärkas. Inte allt, för då hamnar ledningen alldeles för långt ifrån den verksamhet som ska bedrivas. Oavsett vilken väg som tas måste måste professionen få medverka mer i besluten.”



Stormarna kring Karolinska universitetssjukhuset har de senaste åren avlöst varandra. För att orka med det hektiska tempot när det snurrat på som värst har Yvonne Dellmark tagit ett steg tillbaka. ”Det är viktigt att sätta en gräns för sin egen person”, säger hon.

Yvonne Dellmark om...



... Kunskapsbaserad vård och digitalisering

▼ "Som läkare ser man gärna att vi ska få ett schysst journalsystem som tar ut det vi behöver och förskriver remisser och recept. Det administratörerna ser är standardiserade journalmallar så att det ska få lätt att ta ut data som de kan styra vården på. Det är något helt annat och här pratar vi helt förbi varandra.

Om journalen ska vara standardiserad och fyrkantig kan vem som helst utan medicinsk utbildning fylla i den och få fram en algoritm som säger vilken behandling du ska få. Men det blir inte bra. Alla de här vårdprogrammen bygger på att du har en diagnos och inget

annat som gör att du inte kan följa programmet. Det som är läkarkonsten är att kunna individanpassa sjukvården, till den patient som inte passar i mallen. Man behöver en mänsklig dialog för att komma fram till den bästa behandlingen för varje individ och den kommer inte att vara till 100 procent efter vårdprogrammet.

Kunskapsbaserad vård låter jättebra, men när man tittar på det och ser att det handlar om standardiserade vårdprogram kan man bli mörkrädd. För i längden blir det inte bra för patienten och det främjar inte framtida kompetens."

... varslen i Stockholm

▼ "Även om vi inte vet hur det kommer att se ut skapar det en stor frustration. Man ska enligt ledningen styra verksamheten efter budgeten och inte efter verksamhetens behov. Om man har haft tre läkarrader där alla har haft fullt upp så tror man det helt plötsligt ska räcka med två. Det skapar inga förutsättningar för att göra ett bra jobb.

Många kollegor börjar krokna och fundera på om man verkligen ska vara kvar när det bara blir försämringar och man inte kan göra ett bra jobb för patienten.

Min bild är att vi tappar kompetens till andra arbets-

givare. Det händer nu. När varslet väl genomförs tror jag att vi har tappat fler än vad man egentligen hade tänkt sig och det kommer att få stora konsekvenser för verksamheten.

När jag var engagerad i SYLF i Örebro la man ett varsel på 200 läkare, det slutade med att man omplacerade fyra ST-läkare. Alla nyblivna specialister som antog att de skulle få sluta flyttade. De väntade inte på något besked. Det gjorde att det under lång tid efteråt fanns ett glapp som påverkade alla jourlinjer och all verksamhet."

... vad som behöver göras

▼ "Man måste våga prioritera bort den vård som inte är helt nödvändig. Det vi har framfört är att Stockholm har för många vårdnivåer. Stockholm är helt unikt på det sättet. Vi har egenvård, primärvård, närakuter, digital sjukvård, vanliga akutmottagningar och högspecialiserad akutmottagning. Och den som ska prioritera och skicka patienter rätt i det här systemet är en sjuksköterska på telefon. Det funkade inte.

I de länder man brukar jämföra sig med när man pratar om den högspecialiserade vården, har de en helt annan utbyggd primärvård. Där är det husläkaren som bestämmer vilken vårdnivå du ska till. Då är du redan läkarbedömd och hamnar på rätt ställe från början. För att vi ska komma dit måste vi utbilda många fler distriktsläkare och se till att de som finns vill stanna. Innan man har gjort det kan man inte förändra systemet, för patienterna måste få vård någonstans.

Närakuterna slukar jättemycket resurser just nu, utan att tillföra något medicinskt värde. Det vi behöver är fler vårdplatser och där resonerar SKR väldigt bakvänt. Man tittar på statistiken och ser att antal vårdtillfällen har minskat, bli effektivt men det beror ju på att vi inte har platser att lägga patienterna på. Inte att patienterna inte finns. Det här har vi sagt i fler år, men nu har det nått en punkt där vi inte kan vårda patienterna längre. Vi bara flyttar runt dem i ett slags bräckspel. Det är värdefullt för både patienter och personal. Det hindrar vården från att bli effektiv och kostar en massa pengar."

Rättsläkare riktar skarp kritik mot att regeringens utredning dröjer

Mer än ett år har gått sedan Statens medicinsk-etiska råd (Smer) uppmanade regeringen att tillsätta en oberoende granskning för att se över de medicinska åldersbedömningarna av asylsökande ensamkommande barn. I april förra året meddelade regeringen att en utredning skulle tillsättas – men det har fortfarande inte skett.

▼ Cyniskt och inte värdigt en rättsstat, menar Tommie Olofsson (bilden), tidigare avdelningschef på Rättsmedicinalverket i Uppsala.

– Att någon utredning inte tillsatts överraskar mig inte längre. Efter alla turer har jag förstått att detta inte handlar om vetenskap eller att göra rätt, det handlar om politik. De medicinska åldersbedömningarna utgör medlet för att nå ett outtalat politiskt mål. Ett mål som uppenbarligen är viktigare än att regeringen tillsätter en opartisk utredning, säger Tommie Olofsson. Anna Ybo, överläkare i rättsmedicin, är av samma åsikt.

– Skamgränsen är nådd för länge sedan. Det är pinsamt för Sverige. Som medborgare och som professionell blir man skräm av att det går till så här. Sverige säger sig vara en rättsstat. Alla ska behandlas lika, även flyktingar ska bli behandlade korrekt. Och det här är allt annat än korrekt. Man undrar om det verkligen är sant. Man tänker att sånt här – att man struntar i vad exper-



– Skamgränsen är nådd för länge sedan menar Anna Ybo och Tommie Olofsson.

tisen säger – bara händer i totalitära stater, men icke, säger Anna Ybo.

Rättsmedicinalverkets åldersbedömningar i asylärenden, som myndigheten utför på uppdrag av regeringen, har fått skarp kritik i omgångar. En lång rad forskare har kritiserat metoden – som i korthet bygger på röntgenundersökningar av visdomständer och magnetkameraundersökningar av knäleder – och betonat att den har bristfälligt vetenskapligt stöd.

En annan kritik som återkommande har ventilerats handlar om att rättsläkarna inte har rätt kompetens för att göra bedömningarna.

Under hösten 2017 och efterföljande vår drabbades Rättsmedicinalverket (RMV) i Uppsala av ett flertal avhopp. Under våren 2018 slutade tre specialistläkare inom rättsmedicin och en ST-läkare i protest mot de medicinska åldersbedömningarna. De var från början åtta anställda läkare på enheten. Efter protesterna tilldelades rättsläkarna Tommie Olofsson, Anna Ybo, Fredrik Tamsen, Ann-Sofie Cecilia, Håkan Sandler och Jacob Andersson förra våren Sjukhusläkarnas pris Årets Visslare för att de slagit larm.

Även Svenska Läkaresällskapet och

Barnläkarföreningen har krävt en utredning.

Riksdagsledamot Christina Höj Larsen (V) har vid ett flertal tillfällen, senast i december, formellt frågat justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S) om när utredningen ska tillsättas, och fått till svar att det kan ske när "beredningen är avslutad". Enligt uppgifter till Sjukhusläkaren drar tillsättningen av utredningen till stor del ut på tiden på grund av att Socialdemokraterna och Miljöpartiet är markant oense om hur direktiven för utredningen ska formuleras.

Christina Höj Larsen KU-anmälde i oktober Morgan Johansson. Hon anser att hans svar på hennes frågor har varit osakliga och otillräckliga, vilket utgör ett allvarligt hinder för riksdagens möjlighet att utöva sin funktion som kontrollmakt.

– Jag tycker att man är ovarsam med barns och ungas asylrätt. Det är barnen och de unga som har fått betala ett mycket högt pris. Det är oerhört allvarligt, och gör mig både arg och ledsen, säger Christina Höj Larsen.

– Följden av att man drar ut på tiden på detta sätt blir ju att man kan fortsätta med den här rättsosäkra bedömningen. Om man senare konstaterar att metoden inte var rättssäker har många ungdomar hunnit fylla 18 år, och då spelar det inte längre någon roll. Det kommer inte lika många ensamkommande till Sverige längre, men det har ingen betydelse. Bedömningen har samma tyngd för individen.

Sjukhusläkaren har utan framgång försökt få en intervju med Morgan Johansson, som via sin pressmordnare hälsar att beredningen pågår.

Ambulansbolag klarar inte målen – får ändå fortsatt förtroende

Målet är att 90 procent av patienterna ska få ambulanssjukvård inom 20 minuter – men i större delen av Skåne tvingas ungefär var femte patient vänta längre än så. Trots att Samariten

Ambulans AB gång på gång noterar siffror långt under målet har den privata lösningen fått fortsatt förtroende. Nu kräver kritiker att politikerna börjar ta siffrorna på allvar.

▼ Driften av ambulanssjukvården i Skåne är indelad i fyra ambulansdistrikt. Ansvaret är fördelat mellan Region Skåne (distrikt 1 och 3, Malmöområdet respektive Helsingborg och nordvästra Skåne), Premedic AB (distrikt 4, Kristianstad och östra Skåne), samt Samariten Ambulans AB (distrikt 2, Lund-Landskrona-Mellansköne).

Fästän Samariten Ambulans AB under avtalstiden gång på gång har varit långt ifrån att klara centrala målsättningar gav politikerna förra året bolaget klartecken att fortsätta. Avtalet om att sköta ambulanssjukvården i distrikt 2 förlängdes och gäller nu i ytterligare ett år.

En central målsättning, det så kallade 90 procentsmålet, innebär att minst 90 procent av invånarna i Skåne ska nås inom 20 minuter vid ett Prioritet 1-uppdrag, det vill säga ett uppdrag som handlar om akut livshotande symtom som kräver undersökning, vård och behandling på hämtplats och under transport.

Men under förra årets tre första



På flera håll i Skåne når inte Samaritens ambulanser fram på utlovade utryckningstider vid livshotande "Prioritet 1-uppdrag".

kvartal nådde Samariten denna målsättning endast i cirka 80 procent av fallen, enligt SOS Alarms verksamhetsrapport för Skåne och den aktuella perioden.

Inte på en enda ort i distriktet nådde Samariten 90 procentsmålet. Orter som Höör (60 procent), Svalöv (64 procent) och Sjöbo (68 procent) ligger särskilt lågt i statistiken. Även Kävlinge ligger lågt (77 procent) – trots att bolaget har fått extra miljoner för att klara målet i just Kävlinge och Svalöv.

– Allting är ett skrivbordsupplägg, både från regionens och ambulansens sida. Alla vet exempelvis att ingen är hemma i Kävlinge och Svalöv på dagarna. Det är främst nattetid som man får larm. Men man har inte anpassat och fördelat fordonsflottan för det, säger en ambulanssjuksköterska verksam i distrikt 2 som vill vara anonym.

Regionen klarar inte heller målen i sina distrikt, men ligger bättre till än Samariten. Premedic, som har ett avtal som sträcker sig fram till 2023, noterar de svagaste siffrorna i statistiken.

– Om var fjärde eller var femte patient inte får den vård som den behöver kan man själv räkna ut konsekvenserna. En person med hjärtstopp som inte får hjälp inom 20 minuter får

inte en rimlig chans. Det är uppenbart att politikerna känner till att man inte når målen – men de bryr sig inte om det, säger ambulanssjuksköterskan.

En annat centralt mål handlar om så kallad anspänningstid, det vill säga tid från utlarmning till uppdragets starttid. Vid prioritet 1-uppdrag ska anspänningstiden vara som mest 90 sekunder. Här är det tydligt att många stationer återkommande inte lyckas att nå målet, däribland i Lund, Ystad, Löddeköping, Hörby, Sjöbo, Svalöv och Ven.

– Men det målet säger inte särskilt mycket, egentligen. När man kvitterar ut säger ingenting om när bilen faktiskt rullar iväg, säger Åke Neman, huvudskyddsombud för Vårdförbundet i distrikt 2.

I de fall ambulanserna inte kommer fram i tid kan larmcentralen ta hjälp av räddningstjänstpersonal, som åker ut till den sjuke eller skadade personen för ett första omhändertagande. Räddningstjänstpersonalens förutsättningar är dock, som bekant, begränsade.

Ulf Kanfjäll, verksamhetschef på Samariten, säger att de låga siffrorna främst beror på de yttre förutsättningarna. Distrikt 2 består till stor del av glesbygd.

– Siffrorna för distriktet har inte förändrats i någon högre grad än andra områden, om man tittar på de senaste tjugo åren. Det spelar ingen roll vilken leverantör du sätter i dessa områden, säger han.

Samtidigt kände ni ju till både målsättningarna och att det var glesbygd i samband med upphandlingen. Varför lovar ni att ni ska klara en sak, när ni inte gör det?

– Man måste se till helheten. Jag kan inte svara mer än så. Vi strävar hela tiden efter att vara så snabba som möjligt.

Turerna kring ambulansdriften i Skåne har varit många. Socialdemokraterna gick till val 2014 med ett löfte om att ta tillbaka all ambulansverksamhet

till Region Skåne. Partiet vill se ett mer sammanhållet system med mindre sårbarhet, har man meddelat.

Mot bakgrund av det tog regionen 2018 över driften i Malmöregionen som tidigare sköttes av Falck. Och samma år beslutade det dåvarande rödgröna styret, med stöd från Sverigedemokraterna, att även distrikt 2 skulle tas tillbaka. Det skulle ske den 1 februari 2020.

Men i början av förra året sköt regionen dock fram övertagandet, och avtalet med Samariten förlängdes till februari 2021. Hälso- och sjukvårdsnämnden motiverade, med hänvisning till att övergången i Malmö hade präglats av en del problem, beslutet med att man ville ge regionens verksamhet mer tid att ta över driften på ett planerat sätt.

Turerna stannar dock inte där. I somras stod det klart att regionen inte

kommer att ta över driften överhuvudtaget. Sverigedemokraterna hade ändrat sig, och i stället valt Alliansens linje.

– Det har varit enklare med bemaningen, till exempel under semestern, i de upphandlade distrikten. Det är bra med en blandning av privat och offentlig verksamhet. Har man allt i egen regi är det svårt att jämföra, säger regionrådet Niclas Nilsson (SD).

Men varför tar ni inte siffrorna på större allvar?

– Givetvis är tanken att man ska nå målen, men regionens verksamhet når inte heller alla. Vi tar siffrorna på allvar. Sen får vi se vem som vinner upphandlingen. Det vet vi ju inte i dagsläget.

En ny upphandling är alltså på gång. Ambulanspersonal som Sjukhusläkaren har varit i kontakt med beskriver en osäkerhet kring framtiden. De anställda får arbetsro under ett antal månader, men

de relativt korta och otydliga upphandlingarna ger varken trygghet eller långsiktighet, något som bekräftas av Åke Neman på Vårdförbundet.

– Det är av yttersta vikt att man gör ett så detaljerat upphandlingsunderlag som möjligt. Ju mer flytande kraven är, desto sämre blir det ju. Det har länge varit luddiga krav som har varit föremål för mycket tolkning, säger han.

– Det krävs realistiska mål som faktiskt mäts och följs. Politikerna måste ta det här på allvar. Men det krävs också att man har förutsättningar att nå målen, inte minst utanför storstäderna. Här finns det mycket att göra i fråga om inte minst dimensionering, transportlogistik och dirigeringslogistik. På sikt behövs en centraliserad ambulanssjukvård, men fram till dess behövs mer tydlighet.

Adam Öhman

Sjukhusläkarens tävlingar i visioner och värdegrunder

Vinnare och bidrag publiceras i nästa nummer av Sjukhusläkaren



Nu har tiden gått ut för att sända in nya bidrag till Sjukhusläkarens tävlingar i visioner och värdegrunder.

▼ Vinnare och utvalda bidrag kommer att publiceras i nästa nummer av Sjukhusläkaren, men ni

kan redan nu få några smakprov av fyndiga julvisor, snapsvisor och lime-rickar och mycket annat på Sjukhusläkaren.se. där det kommer fler som ännu inte är publicerade.

För de musikaliskt intresserade finns Uffe Hylins härligt säregna

acapella där han sjunger kanon med sig själv. Missa inte den!

Du hittar den och alla andra alster under rubriken: **"Här är de första bidragen till vår visions- och värdegrundstävling."**

Efter kritiken – Nöjda tongångar om nationella patientsäkerhetsplanen

Den första nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet började vid månadsskiftet att gälla. Under arbetsprocessen har planen kritiserats för att vara luddig i fråga om olika aktörers ansvar och mandat – något som den har blivit betydligt mer tydlig kring. Nu krävs ledarskap och samordning för att goda kunskaper inte ska stanna lokalt.

▼ Det betonar Karin Pukk Härenstam, ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk kvalitet.

Handlingsplanen, som Socialstyrelsen har tagit fram på uppdrag av regeringen, behandlar grundläggande förutsättningar för en säker vård, samt fem prioriterade områden med ett 30-tal nationella åtgärder.

Planen, som gäller 2020–2024, lyfter fram att kunskapen om patientsäkerhet måste öka inom hälso- och sjukvården, att arbetet måste förbättras genom analyser av vad som orsakar vårdskador, samt att det förebyggande arbetet måste utvecklas.

Vad gäller grundläggande förutsättningar som måste säkras anger handlingsplanen inte minst en god arbetsmiljö, tillräckligt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens och ett tydligt ledarskap.

Beträffande nationella åtgärder lyfts bland annat samordning mellan huvudmän och lärosäten kring kompetensförsörjning, arbete med att ta fram introduktionsprogram för vårdpersonal och förbättrade insatser för analys och utbildning.

Nu går bollen vidare till regionerna och kommunerna. Tanken är att de

utifrån planen ska utveckla egna handlingsplaner.

Under processen med att ta fram handlingsplanen har en rad kritiska synpunkter mot centrala delar av planens tidigare utformning ventilerats. Inte minst under höstens remissrunda.

Svenska Läkaresällskapet, som har välkomnat initiativet med en nationell handlingsplan, framhöll i sitt remissvar att planen inte var tillräckligt konkret för att regioner och kommuner faktiskt ska kunna använda den. Läkaresällskapet efterlyste därför en distinkt beskrivning av hur förutsättningar och fokusområden omsätts från ord till handling, samt över de olika aktörernas mandat, ansvar och möjligheter. Här är det tydligt att Socialstyrelsen har tagit fasta på synpunkterna.

– Planen är konkret i en mängd frågor. Den ger inte minst en bra orientering i vad olika myndigheter och organisationer har för uppdrag i dag och hur ansvarsfördelningen ser ut framåt, säger Karin Pukk Härenstam, som också är patientsäkerhetsforskare och barnläkare.

Svenska Läkaresällskapet underströk i sitt remissvar även att professionerna och deras organisationers betydelse för

patientsäkerhetsarbetet måste belysas mer. Även i dessa delar är den nya handlingsplanen relativt tydlig.

– Det faktum att man så tydligt skriver fram vilka förutsättningar som krävs för en säker vård – inte minst ledningens engagemang – ger stöd åt professionerna på ett bra sätt, säger Karin Pukk Härenstam.

Hon betonar att det är centralt att det fortsatta arbetet krockar vid befintligt arbete om orden de facto ska bli handling. Professionerna måste i detta sammanhang spela en aktiv roll.

– Det krävs ett ledarskap och en samordning i de här frågorna för att goda kunskaper inte ska stanna regionalt eller kommunalt, säger Karin Pukk Härenstam, och tillägger att det faktum att planen är framtagen med bred förankring bådär gott inför framtiden.

Synnöve Ödegård, forskare med mångårig erfarenhet inom patientsäkerhetsområdet, och Irene Tael, beteendevetare med 30 års erfarenhet från forskningsarbete, tillsyn och forskning, har under processen också efterlyst mer klarhet i handlingsplanen. De välkomnar att strukturen i planen har förbättrats. Exempelvis att olika nivåers ansvar med tillgång till säkerhetsexperten och resurser för forskning och utveckling har förtydligats, samt vikten av en hållbar arbetsmiljö. Samtidigt saknar de en beskrivning av säkerhetsutvecklingen.

– En utgångspunkt i senare forskning skulle innebära en annan syn på de utpekade prioriteringsområdena, framhåller Synnöve Ödegård.

Adam Öhman

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®

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

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



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, aktuella priser samt produktresumé, Amgen november 2019, se www.fass.se³

AMGEN[®]

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

1. TLV.se 2. <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> 3. Repatha produktresumé, Amgen november 2019.