

Sjukvården behöver
ökad nationell styrning

• 4-5



Porträttet
Anna Rask-
Andersen

• 38-43

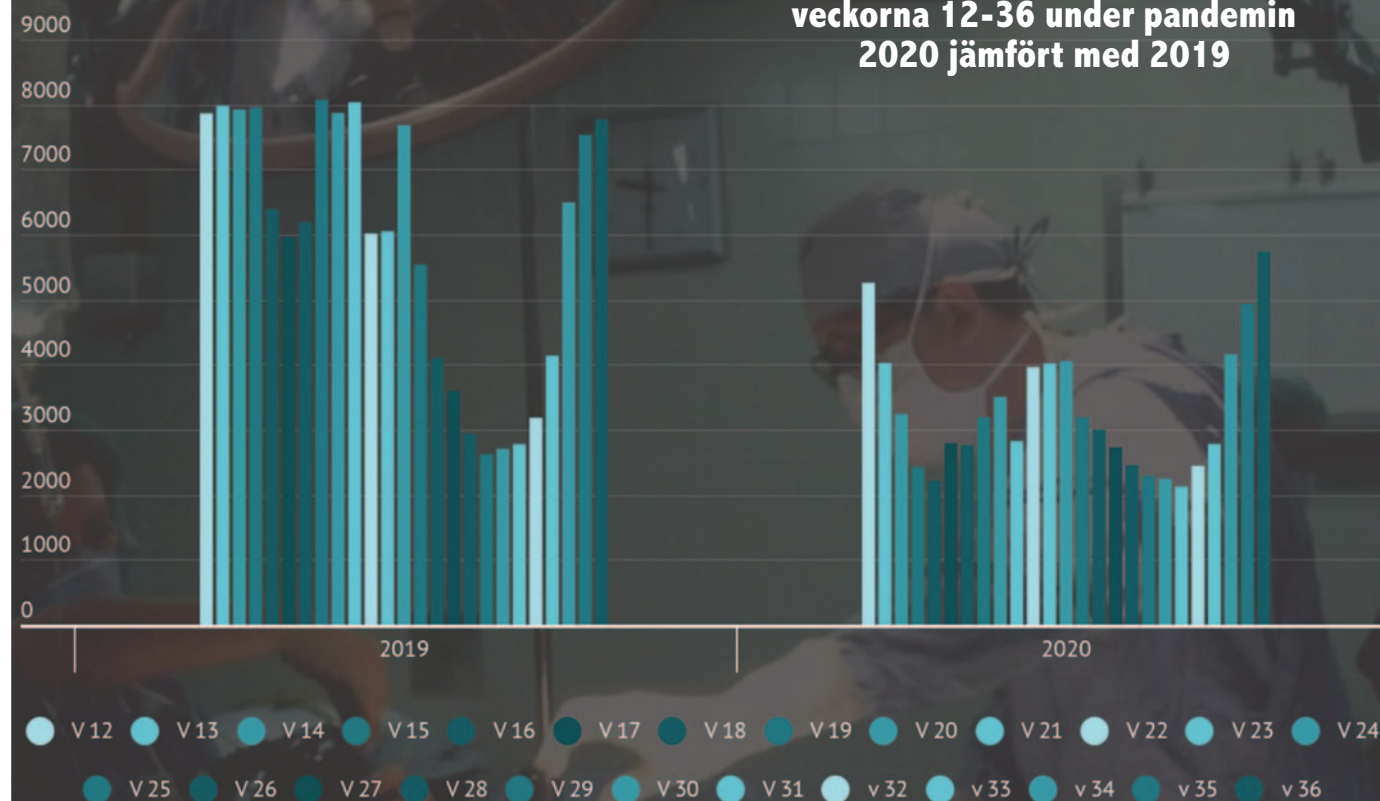


Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 4/2020

Så stor är operationsskulden **65 000**

färre elektiva operationer gjordes
veckorna 12-36 under pandemin
2020 jämfört med 2019



Och nu då?

Grafik: Anna Sofia Dahl

Blir det professionalismens
återkomst eller back to
business as usual? • 22-35





Sjukhusläkaren 4/2020

SJUKHUSLÄKAREN DIN TIDNING

I DETTA NUMMER:

TEMA | OPERATIONSSKULDEN



Sidorna 10-18

TEMA | PANDEMIN, LEDARSKAPET OCH FRAMTIDEN



Sidorna 22-36

Övrigt:

- **Ledaren av Karin Båtelson**4-5
- **Krönika:** Bengt von Zur-Mühlen.....6
- **Krönika:** Camilla Starck8
- Varslet på Södersjukhuset: "De unga har utnyttjats" ..21-22
- **Porträttet:** Anna Rask-Andersen38-43
- AT-krisen.....44
- **Krönika:** Bertil Hagström45
- Från facklig till chef till facklig igen.....46-49
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna50

Du har väl inte missat Sjukhusläkarens app?

I den hittar du reportage, granskningar, nyheter och krönikor – snabbt och smidigt i mobilen!
Du hittar den där appar finns!

Redaktionen:

▼ **Christer Bark**, chefredaktör, redigerare, reporter.
christer.bark@sjukhuslakaren.se
▼ **Anna Sofia Dahl**, redaktionschef, reporter.
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
▼ **Adam Ohman**, reporter.
adam.ohman@sjukhuslakaren.se
Annonser:
Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se 08-10 39 20



*ROCKET AF. NOAK = peroral antikoagulantia icke-vitamin K-antagonist.

Referenser: 1. Xarelto produktresumé, oktober 2019. 2. Produktresumé Pradaxa, Eliquis, Lixiana.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01AF01). 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 (per-kutan 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 förknippad 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 skrivning vänligen läs produktresumén på fass.se.

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

XARS0215 – Bilbo

NYHET

OFEV® (nintedanib) – det första och enda läkemedlet godkänt för behandling av systemisk skleros-associerad interstitiell lungsjukdom (SSc-ILD)¹

BLICKA
FRAMÅT

Minska försämringen
av lungfunktionen
och bromsa sjukdoms-
utvecklingen nu^{1,2}

- ✓ **Bromsar sjukdomsutvecklingen**
OFEV minskade den årliga försämringen av FVC med cirka 44 % jämfört med placebo^{1,2}
- ✓ **Säkerhets- och tolerabilitetsprofil i linje med behandling av idiopatisk lungfibros (IPF)¹⁻³**
- ✓ **Doseras morgon och kväll**
En kapsel 150 mg, två gånger dagligen¹



*Årlig minskning av FVC (primärt effektmått): OFEV -52,4 ml/år, placebo -93,3 ml/år, absolut reduktion 41 ml/år (95% KI 2,9-79,0), $p < 0,05$.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé, fass.se. 2. Distler O, et al. N Engl J Med 2019;380:2518-28. 3. Richeldi L, et al. N Engl J Med 2014;370(22):2071-82.

Förskrivningsinformation: **OFEV®** (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. Indikationer: Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF) och systemisk skleros associerad interstitiell lungsjukdom (SSc-ILD) hos vuxna. Kontraindikationer: Graviditet. Ska inte användas vid överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. Varningar och försiktighet: Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Blödning och tromboemboliska händelser. Amning ska avbrytas. **Boehringer Ingelheim AB**, tel: 08-721 21 00. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 04/2020.



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

” Sjukvården behöver mer nationell styrning och mer professionell autonomi

Sjukhusläkarna vill inte att staten ska driva sjukhus, men vi efterlyser ökad statlig styrning och samordning. I spåren av coronakrisen sätts behovet av detta på sin spets. Vården ska vara solidariskt finansierad efter var och ens förmåga och ges till var och en efter behov, oavsett bostadsort eller andra skillnader. De med störst behov ska ha företräde. Vi ser också att professionalismens återgång och driv, som blev tydligt under pandemin, är en förutsättning för att kunna skapa den bästa och mest effektiva vården.

Regionerna styr sig själva

När pandemin eskalade till synes okontrollerat på vissa ställen och hotade i andra berättar många regionföreträdare att det inte var så lätt att få hjälp från andra regioner. När man utsatte personal för en enorm press med tuffa scheman, krav på övertid och indragna semestrar ansåg vissa regioner att krisavtalet var bra medan andra inte ens aktiverade det när det blev riktigt tufft. Vissa regioner skickade eller tog emot patienter medan andra satt och väntade med tomma vårdplatser, fast man hörde från andra sidan gränsen om överfulla avdelningar och hårda prioriteringar. Tillgången på läkemedel skiftade och skickades inte alltid vidare. Man byggde coronasjukhus på flera ställen i landet där vissa inte ens behövde tas i bruk.

Detta är förväntat. Regionledningar ska skydda sina medborgare och är valda för att skapa så bra sjukvård som möjligt för alla inom den egna regionen. Det är deras uppgift. Dessutom varierar folkmängd och skatteunderlag stort och behoven överstiger vida resurserna och då blir det inte jämlikt utan stor variation mellan enskilda regioner. Då behöver vi ökad nationell styrning och samordning.

Vårdköer

Efter pandemin har vi en enorm puckel av uppskjuten vård, cirka 45 procent färre operationer har utförts under de senare månaderna jämfört med samma period förra året. Det visar de siffror som Sjukhusläkaren begärt ut från SPOR (Svenskt PeriOperativt Register). Men den väntande vården innehåller också alla ännu oräknade icke-diagnosticerade sjukdomar, då patienter avstått från att söka vård under pandemins första månader, alla uppskjutna kontroller, screeningar och andra besök.

Då pratar vi om en sjukvård som redan innan var hårt ansträngd med långa väntetider, för många patienter upp mot året eller mer, där några orsaker var gravt underdimensionerad intensivvård och intermediärvård, samt personalbrist. Varsel, hot om neddragningar och sammanslagningar var vardag för personalen i redan belastade verksamheter.

Att arbeta i en sådan miljö kommer inte vara attraktivt, de privata vårdförsäkringarna kan komma att öka, utomlandsresorna bli fler och betalningsviljan för en solidariskt finansierad sjukvård riskerar att sjunka. För att motverka detta måste vi ha en mer professionellt styrd vård och mer nationell styrning och samordning.

Nationell väntelista

Sjukhusläkarna driver sedan länge att medborgare ska ha fritt sjukhusval över regiongränserna med tillgång till en nationell väntelista kopplat till kvalitet. Nu är en nationell väntelista viktigare än någonsin, behoven är trängande och det är vår uppgift att ge vård efter behov oavsett var man bor i landet.

I detta nummer kan du läsa om hur regionala satsningar till diagnosgrupper sker, först riktade pengar till ortopedin och sedan riktade pengar till ögon-sjukvården. Det skapar en konstig prio-

ritering, i stället för att ge vård till den med störst behov. Med de orimliga väntetider som vi har nu måste vi se landet som en enhet och skapa en nationell väntelista. Endast då kan vi uppnå jämlik vård efter behov.

Regioner har lokalkännedom och kan få information från sjukhus och primärvård vilka behov som finns lokalt. Socialstyrelsen kan sedan samordna den nationella väntelistan. Väntelistan skulle alltså inte som idag bara omfatta vårdgarantidiagnoser och huruvida vården ges inom 90 dagar eller inte, utan vara mer fullständig. Den skulle ge regeringen en enhetlig bild av behov för stödinsatser. Det skulle också underlätta horisontella prioriteringar där professionen ska vara delaktig. Många diagnoser påverkar social- och arbetsliv starkt men syns aldrig i några officiella artiklar. Här behövs nationell styrning och samordning. Socialstyrelsen skulle mycket väl kunna axla rollen inom ramen för sitt uppdrag som kunskapsmyndighet.

Kunskapsskapande effektiv vård

Pandemin är lugnare just nu men inte över. Vi behöver komma överens nationellt om att utse några sjukhus för allvarligare coronavård. De flesta sjukhus ska i möjligaste mån vara coronafria, dvs de ska skicka iväg de patienter som kommer av misstag, förutsatt att transport är medicinsk säkert.

Effektiva sjukhus för sjukvård med bra flöden och processer, bra ledarskap och snabbare möjligheter till omställning av vårdplatser och isolering, som nämns i tidningen, ska kunna bli vardag. Vi vill inte se monotona sjukvårdsfabriker som gör en operationstyp utan istället miljöer med tid för kollegialt stöd, utbildning, handledning, forskning, fortbildning och för bedömning

och uppföljning via mänsklig kontakt mellan team och patient, digitalt där det är möjligt och medicinsk välmotiverat. Uppföljning är inläring och utveckling. Det kan inte tas över av enbart kvalitetsregister eller att ”hemorten följer upp” utan återkoppling. Det är i det enskilda mötet man snabbare kan identifiera vilka som drabbas av komplikationer, inte bara att det ”är 20 %”.

Planering av placering av coronavård är en nationell angelägenhet där det behövs samordning.

Mångfald ett måste

Personalpolitik kommer att vara A och O där ett bra chefskap med mandat kommer att underlätta. Erfarenhet ska synas i lönekuvertet. Man får inte tappa erfaren personal. En ökad grundbemanning kommer sannolikt att krävas då fler kommer att tvingas vara hemma då barnen är minsta förkylda. Vårdpersonal bör kunna erbjudas bra avtal om det blir aktuellt att byta arbetsplats eller temporärt till och med region. Tvång ger sämre arbetsmiljö och patientsäkerhet.

ESO-rapporten ”Sjukhusstrukturen i Europa” pekar på fördelen av att läkare arbetar i mer (egenvalda) flexibla anställningar, vilket skulle ge högre produktivitet. Det är för mycket godtycke idag om vad som är godkänd bisyssla och även pensioner kan drabbas negativt. Här behövs en nationell styrning.

Statliga påtryckningar behövs för att upphandla privat vård då det ser för olika ut över landet.

Dessutom ska sjukhusen få ökad vårdkapacitet genom att kunna se över rutiner, skala bort onödiga moment och onödig administration. Administrationssamhället är ”nästan en ideologi”, som sitter så djupt rotad i de rådande styrmodellerna att det kommer att vara svårt att förändra, säger professor i statlig förvaltning till Sjukhusläkaren. Här

behövs nationell samordning.

Här ska vi också också ta fasta på professionens kraft. Det beskrivs som ”makalöst enkelt att under pandemin få till förändringar, ombyggnationer eller stödfunktioner i verksamheten”. Det måste fortsätta vara så.

Kunskapsorganisationen

I dag har vi en fortbildningsskuld, en AT-skuld och en utbildningsskuld för ST.

När pandemin startade beslutades om att ST-läkare inte skulle få operera i samma utsträckning som innan. Skälet var längre tid för op, mer åtgång av narkosmedel och skyddsutrustning ex. Beslutet var klokt inledningsvis, men att stoppa utbildning för blivande specialister är bara försvarligt tills man fått en överblick men måste ju sedan prioriteras. Detsamma gäller fortbildning för specialister samt att staten måste ta över finansiering och dimensionering av AT-tjänster. Här behövs nationell samordning.

Personalen

Många i personalen är mycket trötta nu och det finns också en återhämtningsskuld. Många mår psykiskt dåligt efter vad de har varit med om. Många upplever att de inte fått uppskattning för alla insatser och uppoffringar man gjort.

Många talar om att man vill, eller redan har sagt upp sig.

Arbetsgivar- och medarbetarrelation kräver respekt. Om det saknas startas en ond cirkel som lätt sprider sig även mellan kollegor. Specialistläkare har nu blivit ett riskyrke enligt Försäkringskassan och pekar på organisatoriska och sociala arbetsförhållanden som möjliga anledningar.

Specialistläkare har högst sjukfrånvaro inom de olika läkarkategorierna från AT- och vidare i karriären. Vi har 15 procent högre risk än genomsnittet att drabbas av långt sjukfall (allt över 14 dagar) med psykiatrisk diagnos eller utmattningssyndrom enligt rapporten. Även ST-läkare ligger över genomsnittet. Kvinnor drabbas oftare. Man flaggar också för att de tidigare skyddsmekanismerna mot sjukskrivning orsakade av negativa förändringar i arbetsmiljön, som hög utbildning och chefsposition, nu verkar försvagas.

För att vi ska ha någon chans att nånsin komma ikapp vårdbehovet krävs att alla delar fungerar i vårdkedjan. En nationell tydlig samordning kommer krävas i kombination med ökad professionell autonomi. Massor med arbete ligger framför oss. Och det är just nu, i spåren av pandemin, som vi har en chans att skapa morgondagens sjukvård.

**Karin Bätelson,
ordförande
i Sjukhusläkarna**



OHLR I TID OCH OTID

Till vardags sitter jag som njurmedicinare under min korrek och flukt på njurarna inom ramen för högspecialiserad transplantationsverksamhet. Här kan jag i många fall bygga upp en patient-läkarrelation som kan spänna över årtionden. Men så kom den då, coronapandemin, och även jag skickades mot fronten utrustad med en Skyddsmask 90 och ett par webbutbildningar i hygienrutiner. Omgiven av nya ansikten på både personal och patienter, annorlunda rutiner, "nytt" sjukdomspanorama och i en miljö med högt patientflöde konfronterades jag med frågan om HLR på alla nya patienter.

I mångt och mycket en helt berättigad fråga eftersom ineliggande patienter med oväntat hjärtstopp, och som inte själva avböjt livsuppehållande behandling, enligt riktlinjer från Svenska rådet för hjärt-lungräddning ska erbjudas HLR inom en minut. En tidsram där det uppenbart inte finns utrymme att fatta välgrundade individualiserade beslut. Men trots min medvetenhet om detta och kunskapen om att Covid-19 är ett livshotande tillstånd nagade samvetet och en känsla av slentrian sköljde över mig. Flertalet patienter var en bit över 80 år och hade en betydande samsjuklighet, men många kom från eget boende och klarade sig utan hemtjänst.

Kunskapsstöd är ett hett modeord inom dagens sjukvård och gällande HLR finns det gott om sådana. Ett par exempel är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Livsuppehållande behandling 2011:7 och de alldeles nya vägledande texterna om prioriteringar gällande Covid-19 vilka stipulerar de formella förutsättningarna. En mer



fyllig diskussion och bakgrund finns att hämta i de Etiska riktlinjerna för hjärt-lungräddning från bland andra Svenska Läkaresällskapet. I Mona Pettersons avhandling från 2018 vid Uppsala universitet Do Not Resuscitate Decisions in Cancer Care, beskrivs de etiska konflikter som kretsar kring OHLR och behovet av ökad kompetens inom området och en god kommunikation.

Det finns flera olika behandlingsbegränsningar man kan ta ställning till och en av dem är HLR vid oväntat hjärtstopp. För mig är det klart att OHLR inte inkluderar andra begränsningar av behandlingar, men kan jag som ansvarig läkare lita på att övriga länkar i vårdkedjan och patienten själv har samma syn på detta? I riktlinjerna står att den som tar ställning till OHLR ska ha god kunskap om patientens aktuella livssituation och medicinska tillstånd, bör samråda med patienten eller fråga närstående om de vet vad patienten önskar

och enligt föreskriften samråda med minst en annan legitimerad sjukvårdspersonal. I vart fall klurigt att försöka få en god uppfattning om livssituationen på människor man inte träffat tidigare.

Ovan vid situationen var det för mig en mer grannliga uppgift att diskutera saken med patienten. Visserligen med många år i yrket men som sagt på senare år i en högspecialiserad miljö långt från livets slutskede. Jag undrade om en direkt fråga om HLR skulle komma att inkräkta på hoppet, det sista som överger människan? Min allmänna uppfattning är att så inte blev fallet. Men en patient minns jag nu särskilt, en av de årsrikaste på avdelningen där samtalet dämpades av mitt visir och patientens syrgasmask, men där jag fann att man inte skulle avstå HLR. Han ville så gärna åka med sonens öppna blåa Chevrolet minst ännu en midsommar. Ett ställningstagande som jag dokumenterade och som sedan ifrågasattes gång på gång under ett par veckor. Patienten kunde i vart fall skrivas ut till hemmet. Patienten har enligt flera lagar (Hälso och sjukvårdslagen, Patientlagen och Patientsäkerhetslagen) rätt att få information om behandlingsalternativ och kan avsäga sig behandling, men inte kräva alternativ som inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Patienten har rätt till en fridfull död och om prognosen är pessima eller möjligheten till livskvalitet är låg efter återupplivning är OHLR på sin plats, men ställningstagandet får inte vila på enbart ålder. Alla har rätt till vård på lika villkor, oavsett ålder.

**Bengt von Zur-Mühlen,
förste vice ordförande
Sjukhusläkarna**

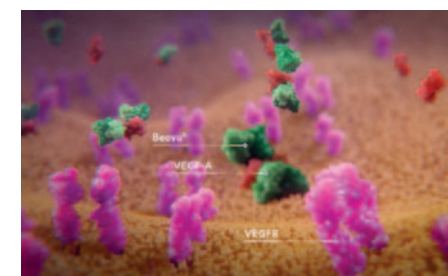
Nytt läkemedel för behandling
av våt AMD

Beovu®
brolucizumab

Beovu® (brolucizumab), det enda anti-VEGF som är rekommenderat för dosering var 12:e vecka direkt efter laddningsfasen^{1,2,3}

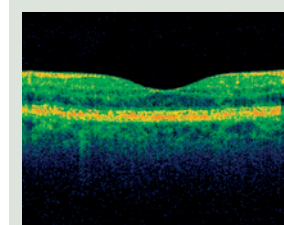
Hos patienter utan sjukdomsaktivitet* bör behandling var 3:e månad övervägas. Hos patienter med sjukdomsaktivitet bör behandling varannan månad övervägas.

Beovu är ett av de första läkemedlen som är framställt av humaniserade enkelkedjiga antikroppsfragment (scFv), den minsta funktionella delen av en antikropp. Beovu utvecklades i syfte att öka penetrationen i näthinna och för att rymma fler molekyler per injektion.⁴



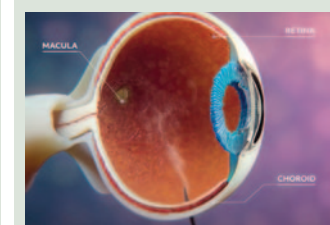
Beovu har en hög affinitet till isoformer av VEGF-A.¹

I två fas III-studier med 1459 patienter och en total studielängd på 96 veckor jämfördes Beovus (q12/8) effekt och säkerhet med aflibercept (q8). Studierna visade att synvinsten var likvärdig med aflibercept.[†] Nedan redovisas sekundära effektmått från "head to head"-fasen vid vecka 16:



Minskningen av **CST** från baslinjen var statistiskt signifikant större för Beovu vs. aflibercept i båda studierna.

161 mot 134 mikron i HAWK, p<0,001;
174 mot 134 mikron i HARRIER, p<0,001



Färre patienter som fick Beovu hade **sjukdomsaktivitet*** vs. aflibercept.

24 % mot 35 % i HAWK, p=0,001;
23 % mot 32 % i HARRIER, p=0,002



Andelen patienter (%) med **IRF** och/eller **SRF** var statistiskt signifikant färre i gruppen som behandlats med Beovu vs. aflibercept i båda studierna.

34 % mot 52 % i HAWK, p<0,001; 29 % mot 45 % i HARRIER, p<0,001



Anna Carlson, produktchef oftalmologi

Vi finns redo för dina frågor, när du har tid och möjlighet

För att inte belasta sjukvården under pandemin har vi paketerat om den fysiska presentationen och erbjuder i stället ett kort virtuellt möte *när du har tid och möjlighet*.

Besök www.medhub.se/beovu för inbokning av en virtuell presentation.

NOVARTIS

*Bekräftad non-inferiority (p-värde >0.001; marginal=4 bokstäver) *Sjukdomsaktivitet bedömdes baserat på förändringar av synskärpa och/eller anatomiska parametrar

Referenser: 1. Beovu SPC, 13 februari 2020. 2. Eylea SPC, maj 2019. 3. Lucentis SPC, december 2019 4. Dugel PU, et. al. Ophthalmology. 2019. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.04.017. Epub 2019 Apr 12

Beovu® (brolucizumab), 120 mg/ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta. Endast avsedd för intravitreal användning, dvs injektion i ögats glaskropp. Rx, EF. Användning och indikation: Brolucizumab är ett humaniserat monoklonalt enkelkedjigt Fv antikroppsfragment (scFv) riktat mot human vaskulär endotelial tillväxtfaktor A (VEGF-A). Beovu är avsett till vuxna för behandling av neovaskulär (våt) åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Okulär eller periokulär infektion. Aktiv intraokulär inflammation. Varningar och försiktighet: intraokulär inflammation, endoftalmit, traumatisk katarakt, näthinneavlossning samt ocklusion av retinalartär relaterad till ingreppet och övergående ökning av intraokulärt tryck. Bör inte användas under graviditet och amning. ATC-kod: S01LA06. För fullständig information, se Fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2020-02-13. Vid frågor kontakta Novartis medicinska information via växel 08-732 32 00 (telefonid 09.00-15.00) eller epost: medinfo.se@novartis.com. Novartis Sverige AB, Box 1218, 164 28 Kista.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Vad tror du? Har du träffat kvinnor eller barn som är könsstympade eller som riskerar att bli det?

En del fall jag kommer i kontakt med när jag föreläser om hedersrelaterat våld- och förtryck gäller könsstympade patienter.

Ett fall rörde en flicka i grundskoleåldern som hade svårt att kissa. Läkaren konstaterade att flickan hade en urinvägsinfektion och att hon var könsstympad. Flickans anhöriga berättade för läkaren att könsstympningen skett innan flickan kom till Sverige och att familjen nu tog avstånd från sedvänjan. I det här fallet gjordes ingen anmälan enligt SOL och heller ingen polisanmälan. Flickan remitterades inte till specialistklinik för könsstympade barn och vuxna.

Hur kan vi som läkare avgöra vad som är sant och inte i ett sånt här fall? Hur kan vi veta att könsstympningen inte skett sedan flickan haft anknytning till Sverige? Hur kan vi veta att en flicka inte begränsas i sitt levnadsutrymme i övrigt, att hon inte kommer bli bortgift eller utsätts för annat våld?

Som läkare har vi inte kompetens att avgöra de här sakerna. Men vi har en tydlig lagstiftning att hålla oss till som ska skydda alla barn i vårt land.

Faktum är att alla barn i vårt land, oavsett varifrån föräldrarna kommer kan vara utsatta för våld av sina närmaste. Barn kan fara illa. Och när blotta misstanken finns hos vården om att ett barn far illa är lagen tydlig. Vi har skyldighet att göra en orosanmälan till Socialtjänsten.

Om vi misstänker att ett brott begåtts som ger minst ett års fängelse, får vi dessutom polisanmäla detta. Är vi osäkra kan vi rådfråga polis om hur vi bör göra utan att nämna några personuppgifter.

2015 uppskattade Socialstyrelsen att 38 000 kvinnor lever könsstympade i Sverige varav 7 000 barn under 18 år.



19 000 flickor uppskattades vara i riskzonen för att könsstympas. Vi möter alla dessa patienter. På akuten, på vårdcentralen, i psykiatri, inom BUP, på BVC och MVC, inom asylhälsan och i förlossningsvården. I stort sett alla kliniker kommer i kontakt med könsstympade patienter.

Lagen som förbjuder könsstympning trädde i kraft 1982. Påföljden är minst två års fängelse och om brottet är särskilt grovt 10 års fängelse.

Könsstympning är brottsligt även om det sker utanför Sverige, om brottsoffer och gärningsperson har anknytning hit. Även stämpling till, underlåtenhet att avslöja eller att förhindra könsstympning är straffbart.

Sedan lagen infördes har två personer dömts för könsstympning 2006 och en person för stämpling till könsstympning 2018. Tre domar under snart 40 år. Det finns med andra ord komplexitet i att ge

upptäcka, anmäla, åtala och lagföra detta brott.

I Socialstyrelsens rapport "Inventering av vård för kvinnor och flickor som har varit utsatta för könsstympning" från mars 2020 har man kartlagt vilken vård som kvinnor och flickor med könsstympning erbjuds.

Att kartlägga detta har blivit möjligt sedan diagnoskoder kopplade till könsstympning införts. I rapporten konstateras att cirka 5 000 kvinnor sökt vård med diagnosen könsstympning mellan 2012- 2018. Antalet som söker vård ökar. Under 2018 har 52 könsstympte flickor under 18 sökt vård och fått diagnos. Sedan 2012 har 10 flickor under 18 år, som varit födda i Sverige, fått diagnosen könsstympning.

Socialstyrelsens rapport berättar inte hur vårdpersonalen som diagnostiserat flickorna handlagt ärendena, om man gjort en anmälan enligt SOL eller om man har gjort en polisanmälan.

Den berättar inte om de 10 flickorna födda i Sverige har könsstympts i Sverige eller utomlands. Men det står klart att 10 barn har utsatts för ett grovt brott enligt svensk lag utan att någon gärningsman dömts. Sannolikt finns fler barn som inte kommit till vårdens kännedom eller som inte fått någon diagnos.

Vi bör ha i bakhuvudet att en patient kan vara könsstympad när symtom som buksmärtor, urinvägsbesvär, eller psykisk ohälsa förekommer. Huvudvärk till följd av intorkning för att man undviker att dricka kan vara ett annat symtom. Beteendeförändring hos barn som noteras på dagis eller i skolan, att barnet drar sig undan eller spenderar lång tid på toaletten kan vara ett tecken. Barn som uteblir från BVC-kontroller bör väcka vår misstanke.

Länsstyrelsen Östergötland har tagit fram ett "könsstympnings-pass" att ge

till förälder eller anhörig som är orolig att deras barn ska könsstympas av släktingar. Den sociala pressen kan vara stor även om en förälder själv motsätter sig att barnet ska könsstympas. I "passet" framgår svensk lagstiftning och fakta kring konsekvenser av könsstympning på flera olika språk.

Min önskan är att alla ni som läser detta tar ett av mötena på er klinik och

läser hur man frågar patienter om könsstympning och hur man kan hjälpa. Det finns gott om filmer och utbildningsmaterial på www.hedersfortryck.se eller på Socialstyrelsens hemsida. När patienterna själva lever i tystnad behöver vi börja tala. Ett mer fritt samtal om detta öppnar för att bryta stigmat och att bryta traditionen om den finns inom släkten.

Har du träffat kvinnor eller barn som är könsstympade eller som riskerar att bli det?

Du behöver inte fundera. Svaret är ja.

Frågan du bör ställa dig är: Hur kan jag bidra till att förebygga, uppmärksamma, hjälpa, och implementera den lagstiftning som finns för att skydda barn i vårt land?

Camilla Starck

Effektiv och trygg vård i hemmet med distansmonitorering

Sjukvårdspersonalen får direkt tillgång till all data som patienten registrerar med itACiH Distansmonitorering. Det skapar trygghet för patienten och effektiviserar vården när man kan agera direkt på avvikande värden.

"Med itACiH Distansmonitorering får vi direkt en tydlig överblick över patienternas värden och trender.

Video och chattfunktioner ökar tillgängligheten, vilket har lett till färre telefonsamtal och mottagningsbesök - en fullträff i Covidtider!

itACiH ger ökad trygghet för både patienter och personal på PD-mottagningen."

Enhetschef Carina Sjöstrand
Njurmottagningen Helsingborgs Lasarett

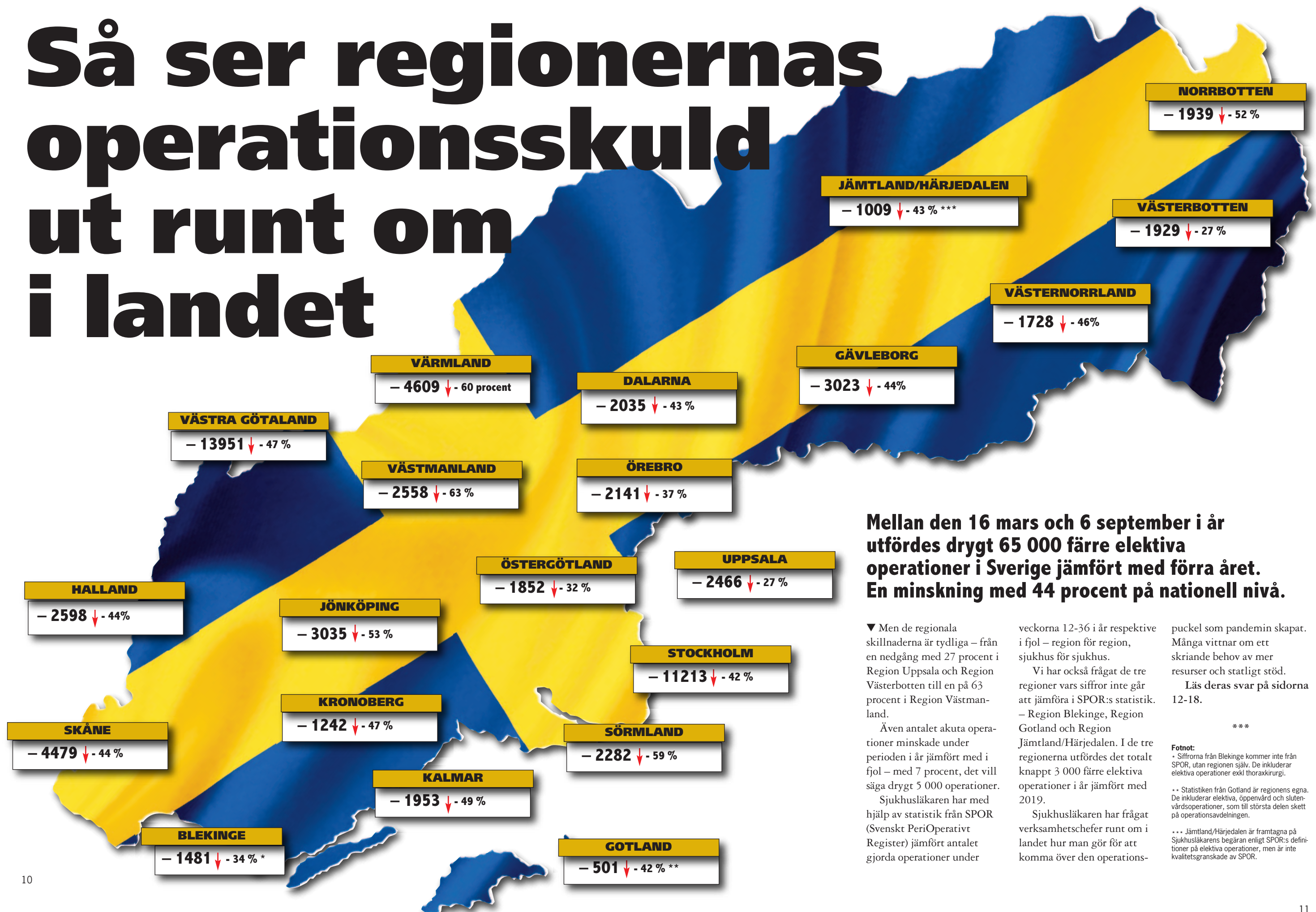
Digitalisera vården där det gör mest nytta

Kontakta oss för demo

info@itacih.se

Verksamhetsstöd
itACiH
Sjukvård i hemmet

Så ser regionernas operationsskuld ut runt om i landet



Mellan den 16 mars och 6 september i år utfördes drygt 65 000 färre elektiva operationer i Sverige jämfört med förra året. En minskning med 44 procent på nationell nivå.

▼ Men de regionala skillnaderna är tydliga – från en nedgång med 27 procent i Region Uppsala och Region Västerbotten till en på 63 procent i Region Västmanland.

Även antalet akuta operationer minskade under perioden i år jämfört med i fjol – med 7 procent, det vill säga drygt 5 000 operationer.

Sjukhusläkaren har med hjälp av statistik från SPOR (Svenskt PeriOperativt Register) jämfört antalet gjorda operationer under

veckorna 12-36 i år respektive i fjol – region för region, sjukhus för sjukhus.

Vi har också frågat de tre regioner vars siffror inte går att jämföra i SPOR:s statistik. – Region Blekinge, Region Gotland och Region Jämtland/Härjedalen. I de tre regionerna utfördes det totalt knappt 3 000 färre elektiva operationer i år jämfört med 2019.

Sjukhusläkaren har frågat verksamhetschefer runt om i landet hur man gör för att komma över den operations-

puckel som pandemin skapat. Många vittnar om ett skriande behov av mer resurser och statligt stöd.

Läs deras svar på sidorna 12-18.

Fotnot:

* Siffrorna från Blekinge kommer inte från SPOR, utan regionen själv. De inkluderar elektiva operationer exkl thoraxkirurgi.

** Statistiken från Gotland är regionens egna. De inkluderar elektiva, öppenvård och slutenvårdsoperationer, som till största delen skett på operationsavdelningen.

*** Jämtland/Härjedalen är framtagna på Sjukhusläkarens begäran enligt SPOR:s definitioner på elektiva operationer, men är inte kvalitetsgranskade av SPOR.

Hur ska sjukhusen klara operationspuckeln? – Sjukhusläkaren har pejlat läget

”Det krävs fler kollegor – inte hyrläkare”

Texter: Adam Öhman

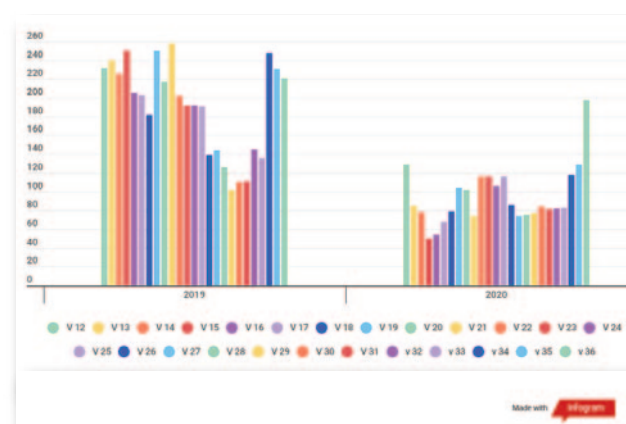
– Situationen är katastrofal – läget är mycket allvarligt. Sjukhusen måste få kapacitet att klara av det här. Vi behöver fler kollegor, främst sjuksköterskor, för att kunna erbjuda en

vård av god kvalitet på bred front, säger Johan Styrud, överläkare i kirurgi vid Danderyds sjukhus och ordförande för Stockholms läkarförening.

▼ Under veckorna 12-36 i år genomfördes 2364 elektiva operationer på sjukhuset. Motsvarande siffra för samma period förra året var 4753.

Johan Styrud tror att det kan ta

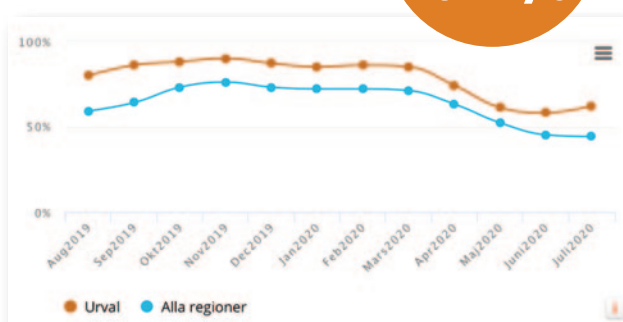
Elektiva operationer veckorna 12-36 under 2019 och 2020



2020 minskade antalet operationer med 50 procent, det vill säga 2 389 stycken, jämfört med samma period 2019. Under pandemins första tio veckor, veckorna 12-21, var minskningen 64 procent. Under veckorna 27-36 var minskningen 36 procent

Väntetider för operation/åtgärder

Måluppfyllelse vårdgarantin



1 456 patienter väntade på sin operation/åtgärd på Danderyds sjukhus i slutet av juli. Av dessa hade 546 väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Utöver dessa hade 452 patienter frivilligt gått med på att vänta längre än 90 dagar. Källa: SKR:s väntetidsdatabas.

Danderyds sjukhus



säger Johan Styrud.

Hur stort trycket kommer att bli och hur långa väntetiderna är, är det egentligen ingen som vet riktigt.

– Det är svårt att få tag

på aktuella siffror. Vi har gamla system för väntelistorna. Här på Danderyds sjukhus krävs till exempel ganska mycket handpåläggning för att ta fram rätt siffror. Vi behöver mer moderna verktyg, rent praktiskt, säger han.

Vid sidan av försöken att ordna upp ekonomin, som måste bli bättre för att undvika nedskärningar, måste regionen också skapa en god arbetsmiljö och en öppen kultur som gör att personalen vill stanna kvar, framhåller Johan Styrud.

– Här är chefskapet av stor vikt. Regionen har haft ett ledarskap som har medfört att många har slutat. Det gäller att det finns ett chefskap lokalt och centralt som gör att personalen känner sig väl omhändertagen och respekterad, säger han.

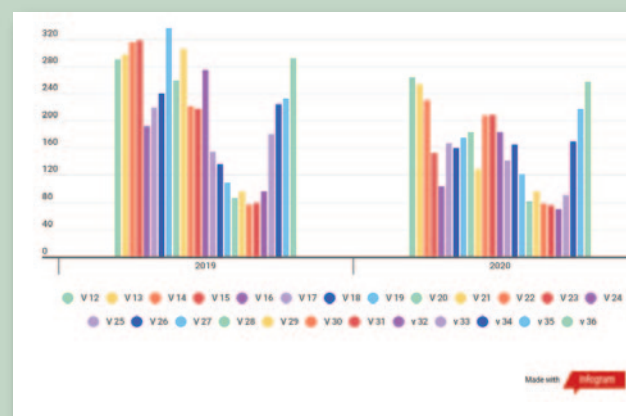


– Vi behöver anställa fler sjuksköterskor, bemanna upp och hantera situationen inom befintlig struktur. Hyrpersonal ger dåliga vibbar i det här fallet, säger han.

Vid sidan av de inställda icke-akuta operationer som nu ska betas av väntar av allt att döma även en vårdpuckel av bland annat cancerpatienter som inte har sökt vård med hänsyn till eller rädsla för covid-19. Det försvårar situationen ytterligare,

Norrlands universitetssjukhus Ska försöka operera mer på mindre sjukhus, och välkomnar statliga insatser

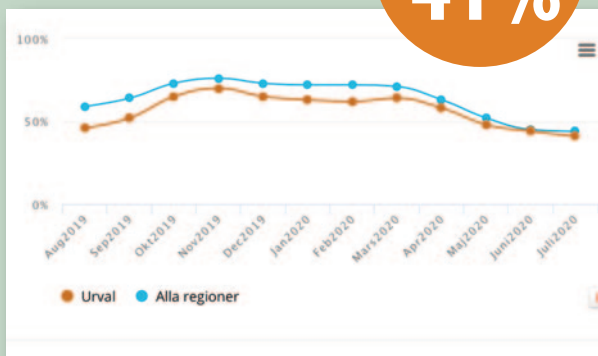
Elektiva operationer veckorna 12-36 under 2019 och 2020



Under 2020 minskade antalet operationer med 24 procent. Sammanlagt gjordes 1 269 färre än under samma period i fjol. Mellan veckorna 15 och 21 var minskningen 43 procent. Veckorna 28-36 var den 17 procent.

Väntetider för operation/åtgärder Norrlands universitetssjukhus

Måluppfyllelse vårdgarantin



3 954 patienter väntade på sin operation/åtgärd på Norrlands universitetssjukhus i slutet av juli. Av dessa hade 2 331 väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Utöver dessa hade 329 patienter frivilligt gått med på att vänta längre än 90 dagar. Källa: SKR:s väntetidsdatabas.

Urban Arnelo, verksamhetschef på Kirurgcentrum Västerbotten:

▼ – Vi ser över möjligheterna att i större omfattning planera för operationer på våra mindre sjukhus, det vill säga Skellefteå och Lycksele och jobbar på olika sätt för att ”köbearbeta”. Statliga insatser för dessa åtgärder vore varmt välkomna.

Att skicka patienter till andra regioner i Sverige eller hänvisa dem utomlands är knappast möjligt.

Norrlands universitetssjukhus har under pandemiperioden prioriterat cancerkirurgi och annan



större kirurgi som kräver ett universitetssjukhus resurser. I dessa fall har verksamheten till och med kunnat öka antalet operationer, enligt Urban Arnelo.

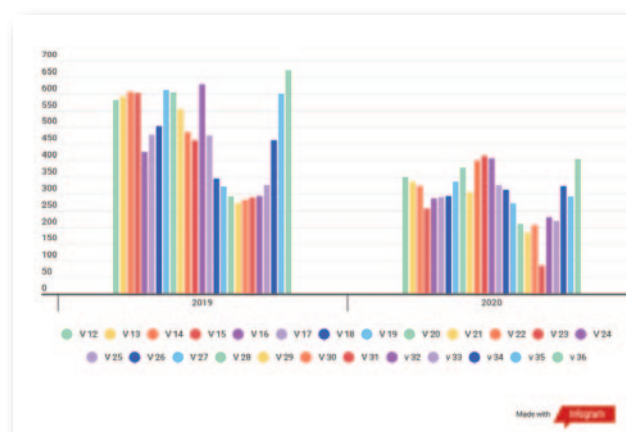
Så mycket minskade antalet elektiva operationer på landets sjukhus veckorna 12-36 under 2020 jämfört med 2019

Sjukhus	Minskning (antal)	Minskning (procent)
Akademiska sjukhuset	- 2156	- 28%
Alingsås lasarett	- 516	- 50%
Angered's närsjukhus	- 774	- 70%
Arvika sjukhus	- 278	- 42%
Bollnäs sjukhus	- 756	- 64%
Capio S:t Görans Sjukhus AB	- 1973	- 68%
Centrallasarettet Växjö	- 733	- 44%
Centralsjukhuset Karlstad	- 4137	- 63%
Centralsjukhuset Kristianstad	- 972	- 44%
Danderyds sjukhus	- 2389	- 50%
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus	- 183	- 24%
Falu lasarett	- 1727	- 48%
Frölunda specialistsjukhus	- 159	- 15%
Gällivare sjukhus	- 377	- 55%
Gävle sjukhus	- 1508	- 40%
Hallands sjukhus Halmstad	- 1215	- 41%
Hallands sjukhus Kungsbacka	- 414	- 41%
Hallands sjukhus Varberg	- 969	- 50%
Hudiksvalls sjukhus	- 759	- 41%
Hässelholms sjukhus	- 1041	- 62%
Högländssjukhuset Eksjö	- 681	- 39%
Karlskoga lasarett	- 319	- 45%
KS Huddinge	- 1668	- 43%
KS Solna	- 1442	- 19%
Kullbergsska sjukhuset	- 797	- 97%
Kungälv's sjukhus	- 657	- 54%
Lasarettet Enköping	- 310	- 19%
Lasarettet i Ystad	- 414	- 42%
Lasarettet Ljungby	- 509	- 52%
Lindesbergs lasarett	- 579	- 62%
Lycksele lasarett	- 150	- 18%
Länssjukhuset i Kalmar	- 1179	- 55%

Sahlgrenska universitetssjukhuset

– Vi behöver sannolikt statliga satsningar för att **köpa vård, eller själva kunna** producera ytterligare vård

Elektiva operationer veckorna 12-36 under 2019 och 2020



2020 minskade antalet operationer på Sahlgrenska, Östra och Mölndal med 36 procent jämfört med 2019. Det vill säga 4 287 färre. Under pandemins tio första veckor, veckor 12-21, var minskningen 43 procent alltså 2 399 färre utförda operationer.

Sahlgrenska universitetssjukhuset står idag inför en gigantisk operationsskuld. 2 033 färre operationer (30 procent) har gjorts under pandemiveckorna 12-36 2020 jämfört med samma period förra året.

▼ 1 528 patienter väntade i slutet av juli på sin operation/åtgärd inom gynekologi. 558 av dem hade då väntat mer än ett år.

Handkirurgin hade 1 213 patienter i kö, varav drygt hälften (630) hade väntat mer än ett år.

1 215 patienter stod i kö för en all-

mänkirurgisk operation/åtgärd i slutet av juli. 344 hade väntat mer än ett år.

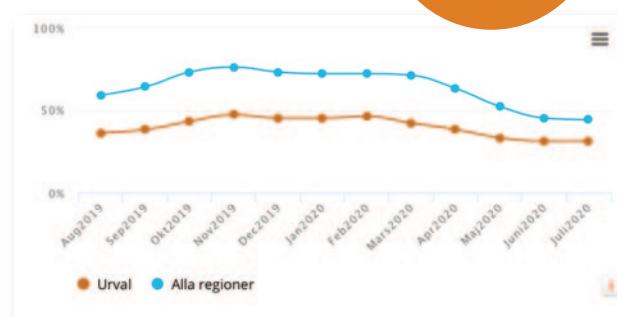
Även inom ortopedi, plastikkirurgi och öron-, näs- och hals var väntetiderna extremt långa. Inom ortopedin stod 1 757 patienter i kö i slutet av juli. Två av tre hade då väntat över 90 dagar. 796 patienter stod i kö för en plastikkirurgisk operation/åtgärd. Sju av tio hade då väntat längre än 90 dagar. Bland öron-, näs och hals-patienterna hade 519 (77,5 procent) väntat längre än 90 dagar.

Så vad görs och krävs för att Sahlgrenska ska klara av all uppskjuten vård?

Sjukhusläkaren ställde frågan till Corinne

Väntetider för operation/åtgärder

Måluppfyllelse vårdgarantin



10 451 patienter väntade på sin operation/åtgärd på Sahlgrenska universitetssjukhuset i slutet av juli. Av dessa hade 7 243 väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Utöver dessa hade 828 patienter frivilligt gått med på att vänta längre än 90 dagar.

Källa: SKR:s väntetidsdatabas.



Pedroletti, verksamhetschef för gynekologi och reproduktionsmedicin på Sahlgrenska, som nu står med mycket långa köer.

Hon berättar att verksamheten arbetar med att optimera sina operationsflöden. Här handlar det till exempel om operationsplanering, operationsstart för dagen, bytestider mellan operationer och operationsslut för dagen. Ett antal patienter får också opereras av andra vårdgivare som Frölunda specialistsjukhus och Carlanderska sjukhuset, enligt avtal.

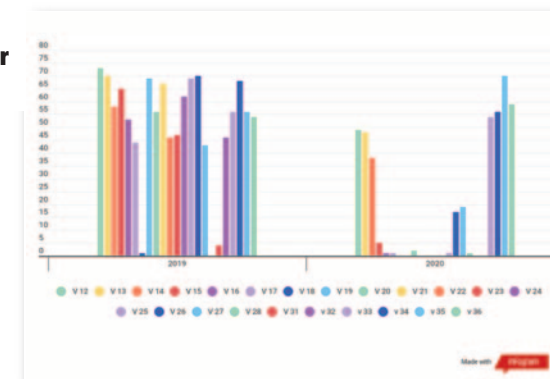
– Sannolikt behövs också statliga satsningar för att köpa vård eller själva kunna producera ytterligare vård för att komma tillrätta med den uppskjutna vård som pandemin orsakat, säger hon.

Bollnäs sjukhus

Har anställt fler läkare för att komma ikapp

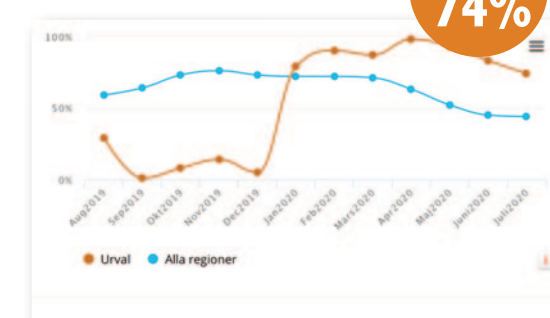
Elektiva operationer veckorna 12-36 under 2019 och 2020

Under veckorna 12-36 i år gjordes 421 operationer – en minskning med 64 procent jämfört med 2019. Under veckorna 15-25 gjordes sammanlagt tio elektiva operationer. Och mellan vecka 28 och vecka 32 endast en.



Väntetider för operation/åtgärder

Måluppfyllelse vårdgarantin



334 patienter väntade på sin operation/åtgärd på Bollnäs sjukhus i slutet av juli. Av dessa hade 88 väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Utöver dessa hade 53 patienter frivilligt gått med på att vänta längre än 90 dagar. Källa: SKR:s väntetidsdatabas.

Ledningen för verksamhetsområde operation på Bollnäs sjukhus har anställt fler läkare inom främst ortopedi för att komma ikapp med alla operationer.

▼ – Vi fyller våra operationsprogram, ser över arbetsrutiner och gör mer slutenvårdsortopedi per vecka än tidigare, beträffande höfter, knän och ryggar, säger verksamhetschefen Lena Pettersson.

Under perioden april till juli monterades i princip hela verksamhetsområdet operation ner för att frigöra resurser till covid-19-vården.

Lena Pettersson säger att organisationen försöker nyttja allas kompetens på bästa möjliga sätt för att personalen ska räcka till för uppdraget.

– Vi har inte hänvisat patienter utomläns ännu och inte heller utom-

lands. Vi kommunicerar läget med patienterna, informerar och håller dem uppdaterade om när ungefär i tid det kan bli deras tur.

Hur ser ni på framtiden?

– Vi behöver säkerställa att vi har rätt bemanning, både på operation, sterilcentral och vårdavdelning. Vi har tidigare haft viss överkapacitet och som läget ser ut nu kommer vår kapacitet på operation behövas.

Vad har ni lärt er under coronakrisen?

– Att man klarar mer än man tror om man är tvungen och hur det är att vara "ny på jobbet". Många har arbetat med helt nya kollegor från andra enheter och det främjar samarbetet på sjukhuset framåt. Men i grunden mår dock alla bäst av att få arbeta med sådant som man är utbildad till.

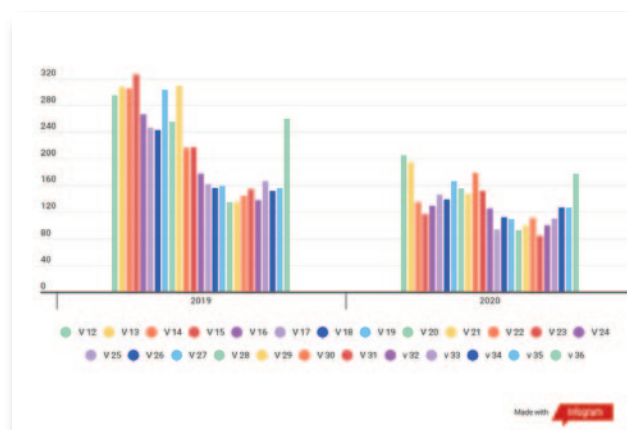
Sjukhus	Minskning (antal)	Minskning (procent)
Länssjukhuset Ryhov	-1648	-63%
Mora lasarett	-308	-28%
Mälarsjukhuset	-661	-42%
Mölnåls sjukhus	-1696	-47%
Norra Älvsborgs Länssjukhus	-845	-48%
Norrlands universitetssjukhus	-1269	-24%
Norrtälje sjukhus	-622	-56%
Nyköpings lasarett	-824	-57%
Oskarshamns sjukhus	-172	-43%
Piteå sjukhus	-1236	-95%
Sahlgrenska sjukhuset	-2033	-30%
SkaS Falköping	-852	-86%
SkaS Lidköping	-339	-37%
SkaS Skövde	-1018	-44%
Skellefteå lasarett	-510	-49%
Sollefteå sjukhus	-447	-70%
Sunderby sjukhus	-326	-19%
Sundsvalls sjukhus	-812	-37%
SUS Lund	-489	-24%
SUS Malmö	-1563	-46%
SÄS Borås	-1687	-54%
SÄS Skene	-588	-93%
Södersjukhuset	-2242	-46%
Södertälje sjukhus AB	-877	-64%
Torsby sjukhus	-194	-38%
Uddevalla sjukhus	-2046	-67%
Universitetssjukhuset i Linköping	-931	-26%
Universitetssjukhuset Örebro	-1243	-30%
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	-921	-43%
Värnamo sjukhus	-706	-52%
Västerviks sjukhus	-602	-41%
Västmanlands sjukhus Köping	-912	-92%
Västmanlands sjukhus Västerås	-1646	-54%
Örnsköldsviks sjukhus	-469	-49%
Östra sjukhuset	-558	-42%

Fotnot: Några få sjukhus finns med i delar av SPOR:s statistik, men kan av olika anledningar inte jämföras och har därför inte inkluderats.

Skånes universitetssjukhus

Brist på personal försvårar återhämtningen

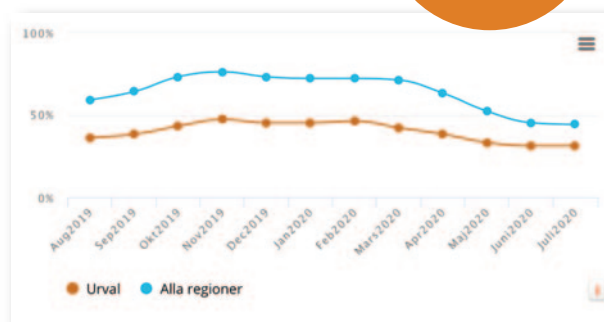
Elektiva operationer veckorna 12-36 under 2019 och 2020



Minskningen av antalet operationer på Skånes universitetssjukhus, Lund och Malmö var 38 procent i år jämfört med 2019. Sammanlagt är det 2 052 färre operationer. Under de tio första veckorna, 12-21, var minskningen 46 procent, det vill säga 1 322 operationer.

Väntetider för operation/åtgärder

Måluppfyllelse vårdgarantin



7 253 personer väntade i slutet av juli på en operation/åtgärd på Skånes universitetssjukhus, Lund och Malmö.

Av dessa hade 4 790 personer väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Så här såg väntetiderna ut för ett antal specialiteter: 1 755 patienter väntade på en åtgärd kopplat till ögon. 1 231 av dessa hade väntat mer än vårdgarantins 90 dagar, och 190 hade väntat mer än ett år. Inom ortopedi stod 984 patienter i kö. 796 av dessa hade väntat mer än 90 dagar och 295 mer än ett år. Inom handkirurgi väntade i sin tur 897 patienter, varav 552 hade väntat mer än 90 dagar och 13 mer än ett år.

Källa: Skånes Universitetssjukhus och SKR:s väntetidsdatabas.

Bristen på vårdpersonal inom alla kategorier är en stor utmaning inför det som komma skall. Det understryker Sten Kjellström, (bilden) verksamhetschef med ansvar inom ögonsjukvården på Skånes universitetssjukhus.

▼ Efter en vår med en stor mängd inställda operationer, som en följd av att många medarbetare flyttades över till covid-19-vården, genomför ögonsjukvården på Skånes universitetssjuk-

hus återigen operationer fullt ut. Verksamheten har bland annat tagit upp kataraktkirurgin från mitten av augusti och ökar successivt antalet patienter på mottagningarna och operation.

Sten Kjellström, verksamhetschef för verksamhetsområde Endokrin, hud, reproduktionsmedicin samt ögonsjukvård (ERHÖ) på sjukhuset, poängterar att personalen hinner med operationer som är nödvändiga för att inte försämrade sjukdomstillstånd. Men det finns orosmoln.

– Vi har höga flöden och våra väntrum är inte dimensionerade för det, samtidigt som vi måste kunna erbjuda en smittfri zon kring patienterna. Det gäller även mottagningarna, säger han. ögonläkarförening.

– Ett annat orosmoln är bristen på anestesipersonal. Vi har ungefär 300 patienter som väntar på skelningskirurgi i narkos, drygt 85 procent av dessa patienter har väntat mer än tre månader. Den stora bristen på personal, samtidigt som vi är en av få verksamheter i landet som gör dessa operationer, är en svår ekvation.

Återhämtningen försvåras av att personal i alla kategorier är hemma med sjukt barn oftare, samt det faktum att alla måste vara hemma vid minsta tecken till luftvägsinfektion. Bristen på personal inom alla kategorier – sjuksköterskor, optiker och undersköterskor – försämrar effektiviteten på mottagningarna, vilket är en stor utmaning framöver..

– Mycket tid kommer att gå åt till patientsäkerhetsarbete under den närmaste tiden.

Patienter som inte får vård i enlighet med vårdgarantin samordnas med andra vårdgivare. Det förekommer även att patienter på eget initiativ söker vård i andra EU-länder, däribland i Danmark och Polen. Däremot är det ytterst ovanligt att verksamheten hänvisar patienter till andra länder. De gånger det händer handlar det om svåra fall, till exempel komplicerade hornhinnetransplantationer, enligt Sten Kjellström. I praktiken rör det sig om ungefär ett fall vartannat år.

– Vi informerar aktivt om de möjligheter som kommer med vårdvalet här i Sverige, men jag och mina kollegor

informerar inte om vård i andra länder.

Hittills har Skånes universitetssjukhus särskilt prioriterat ortopedin för att komma ikapp efter vårens omställning. Men enligt de signaler som Sten Kjellström har fått står nu ögonsjukvården på tur. Hans förhoppning är att det ska medföra extra resurser.

Vad krävs för att klara situationen i stort?

– Personalförsörjning och att vi får behålla personal, att hitta strategier för detta så att vi kan behålla upplärd personal. Vi behöver se över behovet av stödfunktioner för såväl medarbetare som chefer, så att alla kan arbeta på toppen av sin kompetens.

Adam Öhman

NYHET!

Dolerin®

paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

För akut smärtlindring och feber

Dosering som medger maximal dygnsdos
paracetamol 4000 mg/ibuprofen 1200 mg

karo®
pharma

Ingår i läkemedelsförmånen*

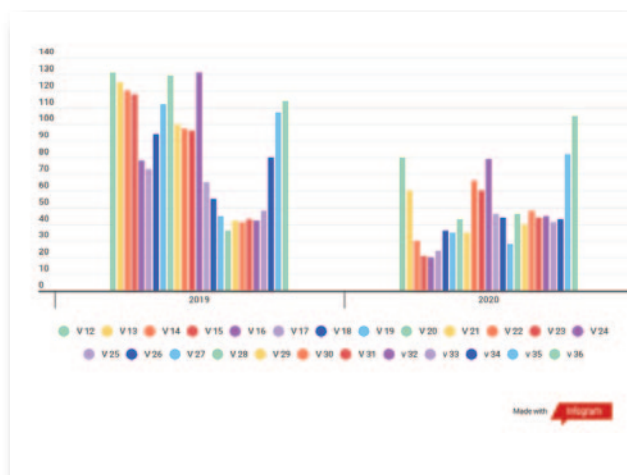
*Gäller 50 förpackningen (80,06 SEK) AUP april 2020

För mer information besök vår hemsida www.dolerin.se

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 symtomen. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. Behandling med Dolerin ska avslutas vid första tecken och symtom på allvarliga hudreaktioner, såsom hudutslag, sår på slemhinnor eller något annat tecken på överkänslighet. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2020-02-25. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm. SE-DOL-2020-03-4

Vrinnevisjukhuset

”Sjukvården kommer inte att få fler anställda
Vårdpersonalens lojalitet och
arbetskapacitet är helt avgörande”

Elektiva operationer veckorna
12-36 under 2019 och 2020

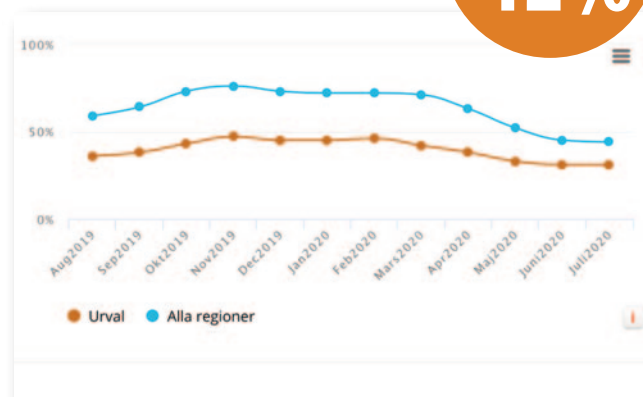
Minskningen av antalet operationer i år jämfört med i fjol är 43 procent för perioden. Det motsvarar 921 färre operationer. Under veckorna 12-21 var minskningen 64 procent – 696 färre operationer.

Vårdpersonalens lojalitet och arbetskapacitet är helt avgörande för att kunna komma ikapp och hantera all uppskjuten vård. Det säger Tatiana Jaklovskaja, som är verksamhetschef på öron-, näs- och halskliniken i Norrköping och Linköping.

▼ I Region Östergötland är köerna påtagliga. I slutet av juli väntade 2 562

Väntetider för
operation/åtgärder

Måluppfyllelse vårdgarantin



2 562 patienter väntade på sin operation/åtgärd på Vrinnevisjukhuset i slutet av juli. Av dessa hade 1 495 väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Utöver dessa hade 169 patienter frivilligt gått med på att vänta längre än 90 dagar.
Källa: SKR:s väntetidsdatabas.

patienter på en operation/åtgärd på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Av dem hade 1 495 väntat längre än 90 dagar. Inom öron-, näs- och halssjukvården stod 825 patienter i kö vid samma tid, varav 609 hade väntat mer än 90 dagar.

Regionen har upphandlat en extern operationsarena, inklusive operation- och narkospersonal, som verksamheten bemannar med egna kirurger. Upplägget kunde dock av olika anledningar inte sjösättas förrän i maj.

– Men vi har redan nu, trots sommarbemanningläge, sett att kurvorna vad gäller antalet som väntar till behandling

eller operation har vänt.

Hur ser ni på framtiden?

– För att hålla takten krävs hög lojalitet och arbetskapacitet av våra arbetskamrater. Sjukvården kommer inte att få fler anställda för att hantera läget under och efter pandemin. Därför kommer medicinska prioriteringar vara avgörande.

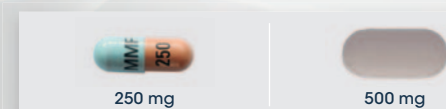
Tatiana Jaklovskaja säger att coronapandemin har gett många betydelsefulla erfarenheter. Inte minst har vikten av samarbete vid fördelning av operationsresurser aktualiserats, men också respekten för varandras prioriteringar mellan kirurgiska specialiteter.

Smarta alternativ från Sandoz

Adport
– ett generiskt alternativ till Prograf
med två unika styrkor 0,75 mg och 2 mg

Fler styrkor av Adport möjliggör:

- Jämnare balansering av morgon-/kvälsdos
- Dosering i 0,25 mg intervall från 0,5 mg och uppåt
- Minskning av totala antalet kapslar per dygn för vissa doseringar

Sveriges mest använda takrolimus (ATC-kod L04AD02) mätt i DDD MAT april 2020¹35-54% lägre pris jämfört med Prograf (beroende på vilken styrka som jämförs)²adport
TAKROLIMUSMycophenolate mofetil Sandoz
– ett kostnadseffektivt alternativ till
CellCeptSveriges mest använda mykofenolatmofetil (ATC-kod L04AA06) mätt i DDD MAT april 2020¹30-50% lägre pris jämfört med CellCept (beroende på vilken styrka som jämförs)²Mycophenolate
mofetil SandozDailiport
– ett generiskt alternativ till Advagraf

Förutom att erbjuda samma styrkor som Advagraf erbjuder Dailiport också en kapsel om 2 mg

I genomsnitt 37% lägre pris jämfört med Advagraf (32-50% beroende på vilken styrka som jämförs)²

Dailiport – möjliga fördelar med 2 mg styrkan:

- Förenklad dosering – för vissa doser kan din patient kombinera färre olika styrkor
- Reducerat antal kapslar för vissa doser
- 2 mg Dailiport 50% lägre pris per mg jämfört med 1 mg Advagraf²

dailiport[®]
TAKROLIMUS
depotkapselAzathioprin 1A Farma
– den enda azathioprinprodukten som
tillhandahålls i 75 mg och 100 mgSveriges näst minst använda azatioprin (ATC-kod L04AX01) mätt i DDD MAT april 2020¹

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

Azathioprin
1A Farma azatioprin 75mg 100mg

Referens: 1. www.reveal.se. 2. www.tlv.se.

Förkortad förskrivningsinformation, för fullständig SPC se www.fass.se.

Adport (takrolimus) ATC-kod L04AD02. Kalcineurinhämmare. **Förpackningar:** Kapsel, hård 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg; 2 mg; 5 mg om 50 st. (Rx;F). **Indikationer:** Profylax mot transplantatavstötning hos lever-, njur- eller hjärtransplanterade personer. Behandling av avstötning av allogent transplantat som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus eller mot andra makrolider eller något hjälpämne. **Dosering och administreringssätt:** Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. Rekommendationen är att den orala dygnsdosen ges uppdelat på två dosstillfällen (t.ex. morgon och kväll). Varningar och försiktighet se www.fass.se. För aktuella priser se www.tlv.se. Produktresumé uppdaterad 2019-04-17.

Dailiport (takrolimus); 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 5 mg. Depotkapslar. **Rx, F, ATC-kod:** L04AD02. **Farmakoterapeutisk grupp:** Kalcineurinhämmare. **Indikationer:** 1) Profylax mot transplantatavstötning hos vuxna njur- och levertransplantationspatienter. 2) Behandling av transplantatavstötning som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar, se www.fass.se. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2019-11-04. **Innehavare av marknadsföringstillstånd:** Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn, Danmark, www.sandoz.se.

Mycophenolate mofetil Sandoz (mykofenolatmofetil) ATC-kod L04AA06. Immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Tablett 500 mg, 50 st. Kapsel 250 mg 100 st. (Rx;F). **Indikationer:** Mycophenolate mofetil Sandoz är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnena, svår nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 2018-11-01.

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

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.seSANDOZ A Novartis
Division

Södersjukhuset

– De yngre har utnyttjats

– Arbetsgivaren har försökt komma undan billigt och utnyttjat våra yngre kolleger under pandemin. Som tack för insatsen får de nu sluta, säger Andreas Fischer, kirurg på Södersjukhuset i Stockholm.

▼ Varslet från i våras ligger kvar på Södersjukhuset i Stockholm (SÖS). 200 personer, varav många yngre läkare, kommer att få sluta. Flera avdelningar hålls stängda på grund av personalbrist.

Samtidigt har pandemin skapat köer som lett till en ökad belastning på sjukhuset. Viss operationsverksamhet, framförallt övre och nedre gastrokirurgi, har därför flyttats till andra sjukhus, som uppdaterats till att göra såväl bedömningar som operationer.

Beträffande cancervården är mörkertalet stort efter pandemin. Många söker nu vård och eftersom resurserna på SÖS är otillräckliga, skickas patienterna till andra ställen.

Ett exempel är Södertälje sjukhus, som tidigare opererat kolorektalcancer. På senare år har dock de diagnoser

koncentrerats till andra sjukhus för att få större volymer. Nu måste rutiner och organisation återaktiveras.

– Det är att chansa med patientsäkerheten, säger Andreas Fischer, som oroas över de långa köerna främst inom cancervården. Hos en del som väntar på operation, hinner sjukdomen avancera.

Under pandemin har många läkare gått in och jobbat under tuffa förhållanden med oklar ersättning. Att arbetsgivarna var sena med att aktivera krislägesavtalen skapade stor stress och osäkerhet.

– De hade kunnat göra det tidigare och därigenom visa sin uppskattning för den personal som ställde upp. Särskilt våra yngre kolleger blev illa behandlade; det var länge oklart vilken ersättning de skulle få. Flera av dem går på vikariat och nu vet de inte ens om de får vara kvar.

Slag i ansiktet

– Många läkare har valt yrket för att de vill göra väl och kastar sig entusiastiskt in i arbetet. Resursbristen blir som ett slag i ansiktet på dem. Detta i kombination med tjafs om tjänstgöringsscheman gör att en del nu väljer att sluta frivilligt.

Andra orkar inte längre med sitt

arbete, utan drabbas av utmattningsdepression. En ökning märks framförallt bland unga läkare.

– Att inte värna yngre kolleger kommer att stå oss dyrt längre fram. Det är oansvarigt att äventyra verksamheten på det viset, säger Andreas Fischer.

Att de unga läkarna försvinner från SÖS, påverkar också de mer erfarna, vars "successionsordning" ändras. Medan de yngre normalt sköter det basala arbetet, kan de äldre ägna sig åt mer kvalificerade uppgifter, parallellt med handledning. Att som nu i större utsträckning återgå till rutinarbete, upplevs av många som extremt otillfredsställande. Dessutom blir handledningen lidande.

– Att få handleda yngre vetgiriga kolleger är jätteroligt! De strålar av nyfikenhet och gör arbetsplatsen till en spännande plats att vara på. Samtidigt känns det bra att få visa sig lite duktig och lära andra det man kan efter en lång karriär.

– På grund av pandemin har en del läkare inte erhållit den vidareutbildning de skulle ha, något som också skapat viss frustration. Eftersom antalet operationer minskat, har de inte fått tillräcklig träning i att operera. I stället förväntas de täcka hålen i verksamheten på SÖS.

– De flesta läkare är vetgiriga människor och yrket är kunskapskrävande. Men det är extremt svårt att hålla sig uppdaterad på egen hand. Läkaryrket är ett slags lärlingsyrke. Vi lär av varandra och behöver utveckla internationella kontakter på exempelvis konferenser; något som få sjukhus tillåter, eftersom pengar saknas.

”Vi läkare är gisslan i vårt system, patienterna måste säga ifrån”

Som Andreas Fischer ser det, ligger nyckeln till förändring hos patienterna.

– De måste säga ifrån, driva sin sak och kräva bra vård. Vi läkare är gisslan i vårt system, säger han och vill se ett tydligare ledarskap överlag. Politikerna ska inte detaljstyra vården!

– Vi måste hitta nya modeller att hantera kösituationen på, säger han och föreslår en nationalisering av vården i stället för de 21 enheter som finns i dag. Regionerna måste koordineras så att all verksamhet i landet kan samordnas.

Att ett tydligt ledarskap saknas, blev extra märkbart under pandemin, menar han och tar den oklara inriktningen beträffande skyddsutrustning som exempel. 16 procent av läkarna på SÖS smittades av covid 19. Över 130 avvikelserapporter har lämnats in, varav tio mot brist på samverkan.

– Trots detta har arbetsgivaren inte skickat en enda 3:3a-anmälan (anmälan om arbetsskada, dödsfall och allvarligt tillbud) till Arbetsmiljöverket.

Även om det finns mer kunskap om viruset nu än när pandemin startade, så saknas fortfarande riktlinjer och konkret information om en eventuell andra våg, vilket är en grogrund för ryktesspridning.

– Otydligheten skapar stress hos personalen, säger Andreas Fischer.

I dagarna har regeringen ihop med samarbetspartierna lovat tillföra regionerna fyra miljarder 2021 respektive 2022. De generella statsbidragen till kommuner och regioner höjs också. Syftet är att korta värdköerna och ge personalen bättre arbetsförhållanden.



” Regeringens krismiljarder till regionerna är bara plakatpolitik. Politikerna ger med en hand och tar med den andra. ”

– Plakatpositiv politik. Politikerna ger med en hand och tar med den andra, säger han och förutspår att pengarna tyvärr går till höjning av lokalhyror och

ökad administration i stället för till patientnära arbete.

Ingemo Orstadius

- Tina Crafoord
- Johnny Hillgren
- Karin Frisell
- Anders Ahlsson

Sjukhusläkaren har intervjuat fyra engagerade läkare i händelsernas centrum om erfarenheter och lärdomar under pandemin och om framtiden.

SIDORNA 22-33

Och nu då?

Kommer det att bli ett före och ett efter pandemin, eller återfaller svensk sjukvård till business as usual?

Under coronapandemin har sjukvården fått fokusera helt på kärnverksamheten. Något som, mitt i allt det svåra, har varit välgörande för många.

Det menar Tina Crafoord, ordförande i Läkarförbundets chefsförening.

– Nu har man insett att det går väldigt bra att gå snabbt på målet och vara beslutskraftig, säger hon. Inget ont som inte även för något gott med sig. Den

stora omställningen till följd av coronapandemin har inneburit en stor skjuts i rätt riktning för sjukvårdens organisation, säger Tina Crafoord.

– Ledarskapet har ställts på sin spets. Man har både fått möjlighet, och blivit tvungen till, att ändra det väldigt mycket utifrån ett tydligt medicinskt mål. Det är något som jag

tror att chefer och ledare tyckte var skrämmande och frustrerande från början. Särskilt som man inte riktigt visste vad man fick göra i sin verksamhet och vilka beslut som den regionala ledningen skulle ta. Men när man väl hade släppt det så var det väldigt skönt, säger Crafoord som även är ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse, medicinskt ansvarig för den prehospitala vården samt delaktig i hälso- och sjukvårdsledningen i Region Värmland.

Med ett uttalat mål – att klara av den

tuffa situationen och ta hand om patienterna på bästa sätt – tycker hon att det har varit ovanligt lätt att få med sig alla medarbetare på tåget.

– De har accepterat att rutiner kan ändras flera gånger i veckan, ibland flera gånger om dagen, då man förstår att kunskapen förändras hela tiden. Plötsligt uppstod tillitsbaserat ledarskap i sin finaste form.

Under våren kapades också mycket av det administrativa bort från det dagliga arbetet. Att slippa långa upphandlingstider och förmöten är något som de allra flesta har uppfattat som välgörande, tror Tina Crafoord.

– Det är många som har känt att det har varit tröga processer med många onödiga hinder. Nu har man insett att det går väldigt bra att gå snabbt på målet och vara beslutskraftig – justera och backa bakåt kan man göra sen. Jag tycker att vi ska ta till vara på det och ta med oss det in i framtiden, även när vi inte har en pandemi, säger hon och påpekar dock tydligt att all administration inte är av ondo.

– Det är lätt att säga, men så är det inte heller. Man måste ha ordning och reda – det får bara inte ta för mycket tid från våra chefer och medarbetare. Det administrativa ska inte vara för tungt.

Hon anser att man, i alltför hög utsträckning, har fokuserat på ekonomi som huvudincitament inom sjukvården. Något som har förmedlats från politiken, via chefer, ner till medarbetarna.

– Jag tror att man i mångt och mycket har gått bort sig. Som man frågar får man svar – om man ständigt frågar om ekonomi förmedlas det också

neråt i organisationen.

Hon menar att många chefer lätt fastnar i alla de påbud och krav de får till sig – något som kan ta sig uttryck i ett kontrollbehov vilket lätt stryper innovationen på arbetsplatsen.

– Alltför ofta blir vi alltför engagerade i att lösa operativa saker, som att få in extrapersonal, eller att prata om att vi har en begränsad ekonomi. Det stämmer, men det är något som chefer och ledare ska hållbara själva och inte kommunicera med medarbetare hela tiden. Det ska inte vara incitamentet, säger hon och fortsätter:

– Om vi istället agerar smart och tydligt medicinskt så får vi mindre slöseri i vården och färre vårdskador – det är där vi ska fokusera för att få med oss all personal.

Efter pandemin ser Tina Crafoord en stor utmaning i att ta med sig de goda lärdomarna och erfarenheterna, och inte falla in i gamla rutiner.

– Vi vet alla att vi håller på med en transformation mot en god, nära vård. Under pandemin har vi sett en acceleration utan dess like i de här nya arbets-sätten. Nu behöver vi fortsätta det arbete som sker över gränserna – inte gå tillbaka till att bara vara inne i vårt eget verksamhetsområde. Det gäller att tänka på hur det blir bäst för patienterna.

För att engagera all personal i det skiftet krävs, precis som under pandemin, en målbild, menar hon.

– Vi måste vara tydliga med "what's in it for me?". Det är det som är nyckeln

Fortsättning nästa uppslag >>>

1 TINA CRAFOORD

” Nu har man insett att det går väldigt bra att gå snabbt på målet och vara beslutskraftig. Justera och backa bakåt kan man göra sen.

” Ett bekymmer att läkarkåren tappar mark och mandat för att styra verksamheterna

till framgång för förändringsarbete. Jag måste som individ förstå att det finns något värde för mig att förändra arbetssätt. Man måste få vara involverad och förstå vad det är vi gör så att det inte blir parallella spår där ledningen pratar om en sak medan medarbetarna har fullt upp med att sköta det dagliga arbetet.

Tina Crafoord är övertygad om att läkare som chefer måste spela en stor roll i det arbetet. Men i takt med att antalet chefer i vården överlag har ökat, har andelen som är just läkare minskat.

– Vi ser att man mer och mer är första linje-chef, till exempel för en läkarenhet, istället för verksamhetschef. Det är ett bekymmer att vi tappar mark och mandat för att styra verksamheterna.

Hon hänvisar till en studie från Karolinska Institutet från 2017 som kom fram till att läkare som chefer både bidrar till en bättre vårdkvalitet och en bättre arbetsmiljö.

– Man mår bra av att veta att verksamheten styrs utifrån ett medicinskt perspektiv – att vi jobbar för att ta hand om de här patienterna som vi är specialister på att hantera.

Hon tycker att det är en viktig del inför framtiden då sjukvården, i och med den demografiska utvecklingen, måste lösa ett allt större uppdrag med mindre medel.

– För att det ska vara patientsäkert måste den medicinska kompetensen finnas med och ta besluten. Och för att ha mandat till att påverka måste man ha olika chefspositioner, säger hon.

Som ordförande för Läkarförbundets chefsförening hoppas hon bidra till förändringen genom att anordna tydliga nätverk och utbildningar för läkare som är chefer. Men även kolle-



Tina Crafoord: – För att det ska vara patientsäkert måste den medicinska kompetensen finnas med och ta besluten.

gora kan spela en viktig roll påpekar hon.

– Det är ibland en utmaning att få väldigt mycket påbud ovanifrån och samtidigt göra gott för de verksamheter som man är chef över. Men om vi vill ha läkare som chefer måste vi fortsätta att stötta dem och se att man fortfarande har de rätta perspektiven, även om man inte jobbar kliniskt längre.

Tina Crafoord är tydlig med att en stor anledning till den lyckade omställningen under våren är att många har jobbat både hårt och mycket – något som såklart inte är hållbart i längden.

– Men det här är också ett bevis på att man har klarat mycket för att man förstår varför vi har gjort det. När vi ska ta hand om all uppskjuten vård gäller det att vi fortsätter tänka på samma sätt – att vi fokuserar på den medicinska vården, att vi har kortare beslutsvägar och att vi är tydliga med vad som är vårt uppdrag. Vi kommer inte längre ha draghjälp av att hela samhället går mot samma mål, men vi kommer att kunna nyttja det som vi har lärt oss.

Stefan Bjarnefors

2 JOHNNY HILLGREN

”Vi får inte glömma hur pressat läget var långt innan covid-19”

– Vi behöver större marginaler till vardags – inte för en pandemi

Johnny Hillgren, ordförande för Svenska Intensivvårdsregistret, tror att spåren efter pandemin kommer att synas i den svenska intensivvården under lång tid framöver. Men han menar också att vi inte får glömma hur pressat läget var långt innan covid-19.

▼ – Vi har hanterat den här perioden av pandemin, men det är på bekostnad av annan verksamhet och vi ser effekterna av att intensivvården är underdimensionerad. Vi behöver bygga upp en mer resilient intensivvård och intermediärvård med större marginaler till vardags, inte för en pandemi, säger Johnny Hillgren.

Bland annat tror han att sättet vi organiserar och bygger ut intensivvården i framtiden behöver ta hänsyn till att man snabbt ska kunna ställa om för att ta emot många sjuka patienter samtidigt. Och att möjligheten till att kunna isolera patienter utökas.

– Jag tror att vi kommer att ha en annan inställning till beredskap. Till exempel genom att inte skrota gamla respiratorer när vi får en ny generation, utan istället lagrha dem för att

kunna utöka kapaciteten med kort varsel.

I 25 år har Johnny Hillgren arbetat inom intensivvården och i 20 av dem har han haft olika ledande positioner. Idag är han verksamhetschef för anestesin i Region Gävleborg och säger att han aldrig tidigare upplevt att det varit så enkelt att få till förändringar, ombyggnationer eller stödfunktioner i verksamheten.

”Pandemin har haft stor impact på vårt mindset i att lösa problem”

– Det har varit en makalös uppställning och hjälpsamhet mellan organisationerna. Alla har gjort sitt yttersta för att hjälpa till och verkligen tagit ett gemensamt ansvar. Pandemin har haft en riktigt stor impact på vårt mindset i att problemlösa.

Utmaningen, menar han, har varit det extremt höga tempot och att det helt enkelt saknats tid till att processa förändringar på det sätt som man önskat.

– I en så professionell och kompetent organisation som intensivvården har det ändå blivit väldigt bra, även om det såklart finns misstag som man inte skulle göra om. Men på det stora hela är jag mäktigt imponerad över den omställning som vi har kunnat göra i Sverige på så kort tid.

Hans uppfattning är dock att många tycker att det är skönt att nu gå tillbaka till en mer normaliserad



Johnny Hillgren: ”I Gävleborg tog vi snabbt fram en strategisk plan för hur vi skulle agera i olika faser, beroende på hur mycket patienter som strömmade till. För oss handlade det om tre nivåer och det tog mindre än en vecka att gå från normalläge till den högsta mobiliseringen. Det var ett extremt högt tempo.”

verksamhet – att många är trötta och slitna. Våren har varit både en fysiskt och psykisk påfrestning, och han menar att det är viktigt att uppmärksamma medarbetarnas behov av både återhämtning och stöd.

Inte över för oss

– För oss som arbetar inom intensivvården, anesthesin eller operation är pandemin inte över. Vi lever fortfarande med covidhotet och måste betrakta alla som potentiellt smittsamma. Eftersom vi provtar i stort sett alla som kommer in till oss, vilket innebär krångligare rutiner, har vi inte samma effektiva flöden fullt ut.

– Sen har vi det uppdämda vårdbehovet som vi har skjutit framför oss. Det är många andra, som kanske inte har varit involverade i covidvården, som nu vill börja rulla igång. De har inte så mycket förståelse för att vi fortfarande jobbar med beredskap inför en eventuell andravåg.

Över hela landet jobbar man nu för fullt för att kunna börja operera de patienter som väntar, men Johnny Hillgren påpekar att det måste göras i medicinsk prioriteringsordning.

– En del patienter kommer att behöva vänta – vi har de resurser vi har och vi kommer att behöva göra prioriteringar.

Mörkertalet stort

Han menar att det är viktigt att inte glömma bort hur det såg ut redan innan covid-19 – med ett pressat läge och för få vårdplatser. Han återkommer också till det han redan för ett år sedan lyfte i en intervju med Sjukhusläkaren: att det finns ett mörkertal gällande de patienter som inte får tillgång till en högre vårdnivå, oavsett om det handlar om intensivvård eller intermediärvård, på grund av platsbrist.

– Även om det saknas data i kvalitetsregister, så vittnar många om behovet av att öka resurserna för de här patienterna. Man behöver arbeta för att utöka både intensivvården och intermediärvården.

Anna Sofia Dahl

De klarade själva covid-19 stormen

3 KARIN FRISELL

När Karin Frisell, medicinskt ledningsansvarig IVA på Mälarsjukhuset i Eskilstuna, ser tillbaka på våren hade hon önskat en starkare nationell styrning under pandemins första veckor och att de hade sluppit många utomstående skavande faktorer. Men också att regionen hade kallat situationen för det de läkare som arbetade patient-nära upplevde den som – en katastrof.

– Ändå tycker jag att vi klarade katastrofen bra och på många sätt stärktes av den.

▼ Förbered er. Rådet från de italienska intensivvårdsläkarna i början av mars var lika tydligt som bilden de målade upp var svår att ta in. Så fjärran att Karin Frisells första tanke var: "Samma sak kan väl inte hända i Sverige".

Drygt två veckor senare befann sig Karin Frisell mitt i ett av Sveriges hårdast drabbade områden. Med 26 nya intensivvårdsplatser på tre nyupprättade covid-ivor, svårt sjuka patienter i respirator på samtliga av de platserna och patienter som fortsatte att strömma in.

– Under en vecka i april tog vi emot 50 iva-mässiga patienter och ungefär hälften tvingades vi skicka till andra sjukhus. Det var helt galet, säger Karin Frisell och beskriver hur kollegerna på akuten och intermediärvården konstant ringde om nyinkomna patienter de första veckorna.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Karin Frisell hade önskat ett starkare nationellt stöd

"Nu blev det så många steg. Jag pratade med stabschefen, som pratade med chefläkaren, som pratade med Socialstyrelsen. Och den de kommunicerade med på Socialstyrelsen var ingen intensivist, så det blev väldigt trögrarbetat. Jag upplevde aldrig att Tjänsteman i Beredskap kunde befinna sig i samma fas som vi".

20-dubblade
intensivvårdskapaciteten
på ett par dagar

”Det var helt galet!”



– Ganska snabbt lärde vi medicin-läkarna hur de skulle bedöma patienterna och sen sa vi bara ja eller nej i princip – skulle patienten till oss eller någon annan avdelning. Alla som låg på IVA låg i respirator, all annan intermediärvård skedde utanför. Den skarpa gränsen tror jag var väldigt bra.

Likt många andra beskriver Karin Frisell hur klinikgränser luckrats upp under våren och hur samarbetet över hela sjukhuset varit sömlöst.

– Det ypperliga samarbetet som fanns mellan i princip alla kliniker på sjukhuset är något extraordinärt och tidigare oprövat. Alla drog sitt strå till stacken, mot samma mål, vilket jag upplevde mycket stimulerande mitt i alltihop, säger hon och tillägger att även samarbetet med Anders Ersson och Harald Zetterqvist från IVA Nyköping har varit mycket värdefullt för utfallet i Sörmland.

Beslut har fattats och förändringar gjorts ”utan att det behövdes malas genom alla kvarnar”. Saker hände snabbt helt enkelt.

– Nu vet vi att det går om det finns en bra anledning. Man kan riva en vägg två timmar efter att man tagit beslutet. Vi har en bra stab här som snabbt förstod att de inte skulle lägga sig i intensivvården. Mycket handlade om att vi hade en stabschef som är läkare, som lyssnade på oss och förstod vilka beslut som behövde fattas direkt och vad som kunde vänta.

Däremot hade Karin Frisell önskat en starkare nationell styrning under pandemins första veckor.

– Nu blev det så många steg. Jag pratade med stabschefen, som pratade med chefläkaren, som pratade med Socialstyrelsen. Och den de kommunicerade med på Socialstyrelsen var ingen intensivist, så det blev väldigt trögrarbetat. Jag upplevde aldrig att ”Tjänsteman i Beredskap” kunde befinna sig i samma fas som vi.

Hon beskriver hur de på morgonen kunde flagga för att de skulle behöva skicka patienter under dagen, men att



I början av september fanns det inte någon patient med covid-19 som intensivvårdades på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. Karin Frisell, medicinsk ledningsansvarig på IVA, beskriver hur man nu ser patienter som har haft covid-19 och nu är svårt sjuka igen. ”Men man vet inte om det är covid, ären efter covid eller något helt annat som är anledningen till att de blivit sjuka. Det är en ny klinisk verklighet som vi jobbar i”, säger hon.

det ändrats när tjänsteman i beredskap ringde på eftermiddagen. Att det är så det är på IVA – ”förskräcktligt i några timmar, men sen hittar man ett sätt att jobba på”.

– Men då kunde de redan ha ordnat så att två patienter skulle skickas till en annan region, även om vi inte längre var i behov av det, och den regionen kunde då redan ha skrivit en pressrelease om att de skulle ta emot våra patienter. Det var väldigt många sådana saker som störde. Vi var upptagna dygnet runt med att få ihop det här pusslet ändå och att planera en transport för två patienter till en annan region tar väldigt mycket tid. Jag hade önskat att jag kunnat ringa till någon som kunnat intensivvård och förstod vad vi behövde.

– Nu kändes det som om de istället sopade ner alla pusselbitar på golvet och sa ”oj, förlåt. Jag ville bara hjälpa till”. Det är ju den organisation som finns. Jag ser det som att vi prövade den, vi satte den på prov, och jag tycker att den kan behöva revideras.

– Vi intensivvårdsläkare känner

varandra och är vana vid att skicka patienter, vi hade kunnat lösa det själva om vi hade fått möjligheten. Sen hade vi behövt hjälp med andra saker, till exempel att ordna själva transporten, vilket vi fick först flera veckor in i pandemin. Men besluten måste fattas doktor till doktor, eftersom det handlar om så svårt sjuka patienter.

Men vi backar bandet igen – till den 11 mars då Karin Frisell och hennes kolleger för första gången insåg att smittspridningen var betydligt mer omfattande än vad man först trott.

De hade ett par dagar tidigare tagit emot en äldre man med hjärtsvikt som vårdats på hjärtintensiven, men nu var i behov av en CPAP-mask. Han hade ingen epidemiologi som stämde överens med covid-19, så när provet visade positivt kom det minst sagt som en överraskning.

– Då kände jag att jag började bli orolig. Om den här patienten, som inte varit i något riskområde, kom till oss från HIA utan att någon misstänkt att det handlade om covid-19 så finns det en smittspridning i samhället som vi inte vet om. Som tur var hade vi inte så många andra patienter där, men två ur personalen smittades, säger Karin Frisell.

Följande dagar tog man emot ytterligare ett par covid-patienter på IVA och tanken om att de tre platser man satt upp inte skulle räcka väcktes.

Helgen runt den 21 mars bestämde Karin Frisell och hennes kolleger att uppvakningsavdelningen skulle göras om till covid-IVA med 14 platser. Måndagen efter började patienterna strömma in.

Ett par dagar senare var även de 14 platserna fullbelagda och man öppnade upp ytterligare två covid-ivor – en i storsal på HIA med sju platser och en inne på ortopedens operationsavdelning med fem platser.

– Som mest hade vi 26 patienter i respirator samtidigt. I vanliga fall har vi som mest sju patienter på IVA och

Fortsättning nästa uppslag >>>

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

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

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbnings och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 17 februari 2020. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol-Myers Squibb Aktiebolag, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Aktiebolag, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Undrade varje dag varför regionen inte drog i katastrofsnöret

nästan aldrig ligger alla i respirator på samma gång eller är såhär svårt sjuka. Vi 20-dubblade vår intensivvårdskapacitet på ett par dagar. Det var helt gallet.

Tidigt insåg Karin Frisell också att hon ensam inte skulle klara av rollen som medicinskt ledningsansvarig. Hon knöt kollegan Markus Castegren till sig och fick kontakt med den pensionerade intensivvårdsläkaren Peter Spetz som själv erbjöd sig att hjälpa till.

– Ett av råden från Italien var att utse helikopterpersoner som har överblick och kan fatta stora medicinska beslut. Vi tre har hela tiden varit utanför covid-IVA och den strukturen tror jag är en av anledningarna till att det gick så bra för oss. Och att vi tre "länsbakjourer" hade ett så gott samarbete med staben var avgörande.

Hon beskriver hur de tre pratade i telefon i princip dygnet runt. Sena kvällar och tidiga mornar på sjukhuset, vecka efter vecka. Ett roterande schema som möjliggjorde ostörd sömn var tredje natt, men i övrigt minimalt med tid hemma med familjen och väl där lika många telefonsamtal dygnets alla timmar. Att hon arbetade ihop mellan 500 och 600 komptimmar under mars, april och delar av maj.

– Men ju fler patienter vi fick in desto tydligare blev det att en yttre styrning med kunskap om intensivvård var ett perfekt upplägg. Det är klart att våra kolleger ibland blev lite galna på oss. Som intensivvårdsläkare är du van att fatta egna beslut runt patienterna. Nu kunde vi ringa och säga "den här patienten ska intuberas och den andra

patienten får du byta ventilator på".

Hon beskriver hur just bristen på ventilatorer slukade både energi och tid den första tiden. Eftersom Mälarsjukhuset i vanliga fall har sju intensivvårdsplatser fanns också ungefär lika många ventilatorer. Karin Frisell berättar hur man utöver det fick använda narkosapparater, men att de snabbt märkte att patienterna var för sjuka för att ligga i dem. De skickade ett nödrop till Socialstyrelsen och försökte köpa nya ventilatorer – men "det gjorde resten av världen också" – och hade flera leveranser på gång som fastnade på vägen.

– Det var otroligt många samtal som handlade om att få tag på andningsmaskiner. Till slut fick vi 25 gamla 80-tals ventilatorer från Socialstyrelsen som fanns i beredskapslager. De hade vi stor

nytta av, även om det såklart hade varit bättre med nyare. Vi lyckades också köpa in narkosapparater av nyare modell som fungerade bra.

– Vi var aldrig i situationen att vi inte hade tillräckligt med ventilatorer, men vi fick byta mellan patienterna hela tiden och det tog väldigt mycket resurser. Så fort någon var lite bättre så flyttades de till en av de äldre ventilatorerna eller narkosapparaterna.

Också bristen på läkemedel skapade en hel del omvägar och ändringar, precis som i resten av landet.

– Det har varit tufft för personalen som arbetat jättelånga pass, instängda i det här, att dessutom få nya riktlinjer nästan varje dag.

Mitt i den här verkligheten beskriver Karin Frisell hur hon varje dag undrade varför regionen inte drog i katastrofsnöret.

– Vi var i förstärkningsläge som mest och det var vi väldigt länge. Problemet med det är att det då heter att den

medicinska säkerheten inte ska påverkas, verksamheten ska bara stärkas upp med mer resurser. Det genererade en etisk stress, eftersom vi som arbetade i det inte riktigt kände att det gick.

– Patienterna fick inte samma fina vård som de får i normalfallet, många fick trycksår till exempel. Jag skulle inte säga att de vanvårdades, vi gjorde det som det fanns tid till, men det är inget snack om att vi inte upprätthöll samma medicinska säkerhet som vanligt. Vi visste ju inte ens om det fanns en andningsapparat till nästa patient. Och att vi kastade in nya apparater som personalen fick lära sig under arbetets gång är något som aldrig skulle ha hänt annars. Och vi hade aldrig skickat så sjuka patienter till andra sjukhus i vanliga fall.

Vilka argument framfördes mot att det skulle vara en katastrof?

– Vi hade ju folk till varje patient och behövde aldrig säga att vi inte kunde ta emot någon, men det var ju för

att vi tänjde så mycket på gummibandet att det till slut blev hur långt som helst. Vi som arbetade betraktade det hela tiden som en katastrof, annars hade jag inte kunnat jobba. Vi såg ju hur patienterna inte fick den fina vård vi annars ger. Bara det att vi inte hade patientens anhöriga här gjorde jättestor skillnad – det blir en stor sänkning av kvaliteten.

– Jag tror att det bottnar i vår indelning av regioner och att varje region bestämmer själv, men också jämför sig med andra regioner. Jag kan tänka mig att man inte vill vara den som drar först i katastrofsnöret, eftersom det visar att man inte klarar av att upprätthålla vårdkvaliteten. Det är politik helt enkelt, det är jag övertygad om.

Anna Sofia Dahl

ETT STÖD I ARBETET MED HÄLSOFRÄMJANDE LEVNADSVANOR

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.se

**SOM TILLÄGG TILL KOST OCH MOTION
FÖR VUXNA MED TYP 2-DIABETES**

Januvia®
(sitagliptin, MSD)

DPP-4 HÄMMARE

**JANUVIA, när metformin
inte längre räcker till**

Steglatro®
(ertugliflozin)

SGLT-2 HÄMMARE

**STEGLATRO, när det krävs
ett tredje tillägg**

MSD
INVENTING FOR LIFE

STEGLATRO® (ertugliflozin) SGLT2 hämmare, Rx, (F), tabletter 5 mg och 15 mg, SPC 10/2019.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning ▼

INDIKATIONER: för vuxna från 18 års ålder med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion för att förbättra den glykemiska kontrollen: 1) som monoterapi när metformin är olämpligt på grund av intolerans eller kontraindikationer. 2) Som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin.

KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.

JANUVIA® (sitagliptin) DPP-4-hämmare (Rx) (F) SPC 02/2020) filmdragerade tabletter 25 mg; 50 mg; 100 mg.

INDIKATIONER: För vuxna patienter med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion: 1) Monoterapi när metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans. 2) I kombination med: metformin, sulfonureid, sulfonureid och metformin, PPAR-agonist, PPAR-agonist och metformin när: max tolererbar dos av ovanstående alternativ inte givit tillfredsställande glykemisk kontroll. 3) Som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) när en stabil insulin dosering ej givit tillfredsställande glykemisk kontroll. **KONTRAINDIKATIONER:** överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **GRAVIDITET OCH AMNING:** (B-3) I avsaknad av humandata bör JANUVIA inte användas under graviditet. JANUVIA bör inte användas under amning. JANUVIA ingår i läkemedelsformiderna endast för patienter som först har provat metformin, SU eller insulin, eller där dessa inte är lämpliga.

För fullständig information, priser och förpackningar, se www.fass.se

Copyright © 2020 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station NJ, USA.
All rights reserved. SEDIA-00039 05/2020
msd.se 08-5781 35 00

Professionalismens återkomst

4 ANDERS AHLSSON:

"Den drivkraft som gjorde att man från början valde att studera medicin blev plötsligt väldigt tydlig."

Mitt i all tragik och bland alla negativa effekter har covid-19 också varit en möjlighet för sjukvården att se vad man kan och ska göra. Det menar Anders Ahlsson, temachef för hjärta, kärl och neuro på Karolinska universitetssjukhuset.

▼ Han menar att den vår som passerat har gett en möjlighet att "kalibrera vad det är vi håller på med".

– Jag tycker mig kunna läsa av en kraft och självkänsla som kommer från att vi klarade av den första vågen, trots att det har varit väldigt belastande. Många utmaningar finns kvar, men jag ser en drivkraft och viss optimism i att det gick att göra, säger han.

Nyckeln till att det gick att ställa om vården och möta den våg som sköljde in kallar han professionalismens återkomst. Eller annorlunda uttryckt: den drivkraft som gjorde att man från början valde att studera medicin blev plötsligt väldigt tydlig.

– Tidigare pratade man om kall, men det har blivit ett omodernt uttryck som

ibland sätts i motsats till arbetsvillkor och löneutveckling. Det tror jag är ett misstag. Istället behöver vi vara tydliga med vilka de här drivkrafterna är och bejaka dem, säger han och fortsätter:

– För mig handlar det om professionalism och det är något vackert. Och det innefattar så mycket – kunskap, omdöme, samarbetsförmåga, beslutsförmåga och förmåga att kunna värdera sig själv och jobba i olika sammanhang.

Han beskriver hur många läkare fick lämna sina specialiteter och ägna sig åt något helt annat och då var tvungna att luta sig mot den utbildning och de fundamentala förmågor man har. Något som han tycker var "enastående att se". Och det tror han är viktigt att ta med sig in i framtiden.

– Dels tror jag att professionen själv måste erkänna sin inställning till professionalism och känna att det finns en stolthet i den, dels att sättet som sjukvården styrs på måste våga lita på densamma. Det tycker jag har blivit väldigt tydligt.

Anders Ahlsson menar också att covid-19 visat att det måste finnas ett tydligt varför i varje förändringsprocess. Och att man genom det kan vädja till den känslomässiga sidan för att få till utveckling och förändring.

– Jag tror att vi har en övertro på rationaliteten – att vi kommer att kunna lösa allt med våra starka digitala system på ett rationellt sätt. Vi har fina datasystem, vi har big data och vi kan

göra vårdprogram och mätningar av vårdtider, men det är bara halva sanningen om hur en människa fungerar. Den andra sidan handlar om vår kunskap, våra värderingar och vårt omdöme, och den sidan är styrd av känslolivet och de drivkrafter vi har, säger han och fortsätter:

– Självklart behöver man underlag, men det är påfallande ofta som förändringsarbete börjar där istället för i varför och vad det är vi vill lösa.

Att det första receptet för att lösa ett problem är förändring, tror han också leder till en förändringströtthet hos medarbetarna. Avseende styrningen av hälso- och sjukvården menar han att vi ur ett längre perspektiv är tillbaka på samma ruta där vi startade.

– Det är uppenbart att ingen idag vet hur man ska styra hälso- och sjukvården om alla behov ska tillgodoses. Varje sätt har både sina för- och nackdelar och det är snarare dem man ska diskutera. Och vi måste vara väldigt tydliga med att få med oss medarbetarna, våra patienter och invånarna på varför vissa förändringar görs.

I en intervju med Dagens Medicin beskrev Anders Ahlsson hur man inom tema hjärta, kärl, neuro kommer att banta ner verksamhetsplanen från 40 till tio aktiviteter per år och att det är en "direkt lärdom från covid-19".

– För mig handlar det om att prioritera. Inom sjukvården finns det en tendens att allt är viktigt – kunskapsstyrning, riktlinjer, remissförfaranden,

undervisningen, forskning... Men det är också tydligt att vi inte kan ta hand om allt om allt är lika viktigt och då måste vi prioritera. Det är det som är att leda och styra verksamheten. Så det handlar inte om att slänga saker på sophögen, utan om att se vad som kan vänta och vad som behöver göras nu.

– Och det vi behöver göra nu är att prioritera leveransen av vård som nummer ett. Det var en av de saker som var väldigt tydlig under covid-19, att nyckeln var att kunna ta hand om alla patienter som kom. Och det arbetet måste vi fortsätta med – de patienter som nu står utanför sjukhuset och väntar på att få vård måste få komma in och få det. Det måste det gå före allt annat.

Anna Sofia Dahl



Foto: Cecilia Larsson Lantz

Är en pandemi nog för att rå på administrationssamhället?

Det är ingen nyhet att administration tagit en allt större plats inom hälso- och sjukvården. Men varför hamnade vi här? Och vilka konsekvenser för administrationssamhället med sig?

▼ Enligt Anders Ivarsson Westerberg, professor i offentlig förvaltning vid Södertörns högskola, kan man rikta blicken mot början av 90-talet för att hitta svaret.

Då, när det inte helt okända och oftast utskälda begreppet New Public Management och dess styrmodeller gjorde sitt intåg i den offentliga sektorn, föddes också en strävan efter att styra, planera och effektivisera verksamheterna på ett annat sätt än tidigare.

Mer skulle göras mätbart. Fler krav och måsten skulle uppfyllas och rapporteras vidare i organisationen. Avståndet

mellan kärnverksamheten och de som styr ökade.

– Hela det tankesättet gör att administration blir mer viktigt, och att man satsar på olika typer av administrativa rutiner, åtgärder, tekniker och uppföljningssystem.

– Men jag tror inte att man var medveten om att det skulle få de här konsekvenserna. Det hände bara, säger Anders Ivarsson Westerberg.

– Det ligger en positiv förbättrings-idé i botten – vi vill vara rationellt planerande för att göra det så bra och effektivt som möjligt – men allt det här leder till att de som är satta att styra verksamheten ställer en mängd olika krav på de som utför sjukvården. Och de leder till en ökad administration samtidigt som den typen av styrsystem och kontroll-åtgärder riskerar att kringskära den professionella autonomi. Det blir en ond cirkel.

I drygt 15 år har Anders Ivarsson Westerberg forskat om administrativt arbete, förändringar och styrning i offentliga organisationer. Idag är han professor i offentlig förvaltning och tidigare tidigare föreståndare för Förvaltningsakademien vid Södertörns högskola och ett av de namn som mest frekvent dyker upp när man läser om administration i offentlig förvaltning.

Han beskriver administrationssamhället som "nästan en ideologi", som sitter så djupt rotad i de rådande styrmodellerna att det kommer att vara svårt att förändra.

– Så länge det finns en stark tro på rationellt planerande och den typen av styrning finns det ingen anledning att

tro att administrationen skulle minska. Snarare tvärtom. Däremot kan man se att problemen som det fört med sig har uppmärksammats allt mer.

Han menar att det skulle krävas att man "tog ett steg bakåt för att titta på det ur ett större perspektiv" och att hela sjukvårdens organisation och styrning således måste förändras för att bryta trenden.

– Privatiseringen inom hälso- och sjukvården är en stor anledning till att det ökat. Och decentraliseringen spelar en annan stor roll. Ju mer decentraliserat, desto mer måste man från centralt håll styra och återta kontrollen. Ett exempel är de ersättningsmodeller som man har byggt upp – det är en konstruktion som skapats för att man valt att organisera sjukvården på det här sättet.

Också själva sättet att mäta för med sig konsekvenser. Även om Anders Ivarsson Westerberg "inte är emot mätning egentligen" menar han att det används för statiskt och okänsligt.

– Exempelvis ersättningsmodeller kräver någon form av objektiv bedömning och då blir det en nödvändighet att skapa ett system med olika variabler som kan vara mätbara. Som bäst blir det en uppskattning av det resultat man har gjort, men det kan aldrig fånga verkligheten – istället reducerar man det komplexa till mätbara variabler. Risken blir då att man fokuserar på det som är mätbart och då missar det som inte låter sig mätas på samma sätt.

Just nu är Anders Ivarsson Wester-

Fortsättning nästa uppslag >>>



Anders Ivarsson Westerberg: "Ju mer administrativt arbete det blir, desto mindre effektivt blir det."

” Så länge det finns en stark tro på rationellt planerande och den typen av styrning finns det ingen anledning att tro att administrationen skulle minska. Snarare tvärtom.

berg, tillsammans med ett antal kolleger, i slutfasen av arbetet med en bok som handlar om administration i hälso- och sjukvården. Boken bygger på studier av ett antal vårdcentraler där forskarna bland annat genomfört en tid-sanvänningsstudie.

En sjuksköterska använder cirka 35 procent av sin tid åt att träffa patienter

– Den visar att en tredjedel av arbetet på en vårdcentral är ren administration. Också att en sjuksköterska använder ungefär 35 procent av sin tid åt att träffa

patienter – där ungefär hälften av den tiden handlar om telefonsamtal. Det betyder att knappt 20 procent av sjuksköterskans arbetstid går till att träffa patienter öga mot öga, säger Anders Ivarsson Westerberg och fortsätter:

– Även om all annan tid inte går åt till administration så handlar mycket om det. Inte bara primärt, alltså sådant som rör patienten, utan också sekundärt – till exempel rapportering till olika register, dokumentation av olika slag för att få olika typ av ersättning enligt ersättningsmodellen.

– Det handlar också om sådant

som ligger runt omkring organisationen – så som miljöarbete, kvalitetsarbete och jämställdhetsarbete. Det är naturligtvis också bra, men det har inte med patientarbetet att göra.

Det blev en controller i stället för en sjuksköterska

Anders Ivarsson Westerberg ger ett exempel på hur den ökade administrationen tagit sig ett minst sagt konkret uttryck på en av vårdcentralerna.

Enkelt uttryckt handlar det om den dokumentation som ska göras i anslutning till varje patientbesök för att få ta del av ersättningen från regionen. I det här fallet står det i beställningen från regionen att läkaren alltid ska fråga om patientens rökvanor och när det har gjorts ska en ruta kryssas i. Görs inte det blir vårdcentralen utan ersättning för det besöket.

– Den vårdcentral som vi studerade hade anställt en controller som satt och gick igenom alla registreringar som gjordes efter varje patientbesök för att se så att dokumentationen var korrekt utförd. Verksamhetschefen berättade att man egentligen skulle ha behövt anställa en till sjuksköterska, men att det var bättre för verksamheten att anställa en controller istället. Där ser man väldigt tydligt drivkrafterna i administrationssamhället, tycker jag.

– De flesta av de här styrsystemen är tänkta att de ska effektivisera sjukvården. Men ju mer administrativt arbete det blir, desto mindre effektivt blir det. Det tror jag att man glömmer bort ibland.

Anna Sofia Dahl

Sex råd till dig som vill minska administrationen

I forskningsantologin "Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet", som ges ut av Statskontoret, har Anders Ivarsson Westerberg skrivit kapitlet "Administrationssamhället och förvaltningspolitiken – vad vet vi om förändringen av administrationen och dess orsaker?". Där ger han bland annat sex konkreta råd till den som vill minska administrationen inom sin organisation. De lyder:

1. Börja med att göra en grundläggande kartläggning av det administrativa arbetet i organisationen. Identifiera varifrån de administrativa kraven kommer. Se vad som är nödvändigt enligt lagstiftning och se vad som är pålagt av andra uttolkare, och inte minst av den egna organisationen.

2. Se till att antalet chefsnivaer och chefer är så få som möjligt, att delegationsordningar och arbetsbeskrivningar är ändamålsenliga, och rensa ut gamla riktlinjer och policyer.

Mycket administration är rester av gamla rutiner och system som inte längre används eller är funktionella, men som ligger kvar i form av dokument och handböcker. Detta

arbete kan göra att man undviker dubbelkommando och dubbelarbete.

3. Samordna och förenkla IT-stöden. Inför inte nya IT-system som är tjusiga med många finesser och möjligheter. Det viktigaste är användarperspektivet, och det som systemet är till för.

4. Om förändringar ska göras – se till att utreda och ta med de administrativa konsekvenserna i beslutet. Till exempel kan införandet av ett nytt IT-system lätt omfördela arbete, så att alla anställda ska utföra registreringar i stället för att någon professionell administratör gör det centralt.

5. Lyssna på vad de anställda behöver i form av administrativt stöd, styrning och uppföljning. Inte sällan skiljer det sig åt från vad ledning och ekonomer tror behövs.

6. Krångla inte till det i onödan, och se till att skydda välfungerande verksamheter från klåfingriga styrare och granskare.

Källa: Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet. (<http://www.statskontoret.se/nyheter/elva-forskare-om-forandningsbehov-i-statsforvaltningen/>)



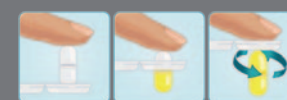
Svårt att svälja tabletter? Lugn.

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**



PORTRÄTTET

Anna Rask-Andersen



Av Adam Öhman

När Anna Rask-Andersen ser tillbaka på sin långa kliniska, akademiska och fackliga karriär återkommer ett tydligt tema: hennes aversion och kamp mot orättvisor. Ända sedan barnsben har hon haft en stark känsla för rätt och fel. I dag har hon hunnit bli 68 år och har formellt gått i pension, men hon är likafullt långt ifrån att på allvar trappa ner.

Bristande öppenhet inom Sveriges kommuner och regioner, arbetsgivares senfärdighet i fråga om skyddsutrustning, vikten av att läkare får sköta vården utan påverkan av luddiga managementmodeller...

Fastän Anna Rask-Andersen numera officiellt har en mer tillbakadragen roll kliar det ofta i hennes fingrar. Tecknen är tydliga i olika forum och kanaler: hon har helt enkelt svårt att sluta bråka, som hon själv uttrycker det.

Coronakris eller inte, nämn ett ämne kopplat till sjukvårdens organisation och arbetsförhållanden – arbetstider, arbetsskador, vårdplatser, löner – och sannolikheten är stor att du får ett temperamentsfullt svar tillbaka.

Anna Rask-Andersen, professor

Professorn som har svårt att sluta bråka



Anna Rask-Andersen har genom åren som fackligt aktiv samlat på sig en stor mängd dokument. Kollegor beskriver hur hennes arbete på många sätt har karaktäriserats av en förmåga att kritiskt källgranska, att begära ut och granska handlingar – och att inte ge upp.

emerita i arbets- och miljömedicin och tidigare överläkare på Akademiska sjukhuset, är inte direkt obekant för Sjukhusläkarens trogna läsekrets. Hennes

fackliga meritförteckning är lång. Hon var ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse mellan 2006 och 2014, ordförande för Upplands allmänna läkarföre-

ning mellan 2009 och 2012 – en förening som hon har varit styrelseledamot i sedan 2001 – och nyligen lämnade hon efter cirka 16 år över ord-

förandeklubban i Sjukhusläkarna Uppsala.

– Det har hänt mycket i fråga om attityder, särskilt kopplat till

arbetsmiljöfrågor. När jag var yngre blev man många gånger mer eller mindre hånad av kollegor, inte sällan manliga läkare, om man sa något om arbetsmiljön. Det har funnits en pojkscoutsanda, en machomentalitet, i läkarkåren, säger hon.

– Trots att det alltid har funnits risker i läkaryrket har arbetsmiljöfrågorna inte tagits på tillräckligt stort allvar. Mycket har dock förändrats. Tack och lov. I dag ser vi ett enormt engagemang för arbetsmiljöfrågor runt om i landet. Vi har ju många fackliga kollegor som jobbar lokalt med dessa frågor och vi har ett betydligt större antal utbildningar, bland annat om arbetsmiljölagen och skyddsombudens roll.

Anna Rask-Andersens fackliga engagemang tog sin början i URQL, föreningen som sedan mitten av 1990-talet samlar Uppsalaregionens kvinnliga läkare. Hon kände snabbt att hon hade hamnat rätt. Föreningen anordnade en mängd debatter, inte minst om löneskillnader mellan kvinnor och män. Frågorna kändes angelägna, umgänget inspirerande.

Efter en tid upptäckte URQL att andelen kvinnor i Upplands allmänna läkarförening och Sjukhusläkarna Uppsala var försvinnande liten. Föreningen protesterade, och fick till svar att organisationen gärna fick nominera en person till UAL respektive Sjukhusläkarna.

– Jag tänkte för egen del på en rad olika namn. Jag gav flera förslag. Men när ingen annan nappade och frågan i stället riktades till mig tackade jag efter viss betänketid ja. Och sedan har det bara rullat på...

Fortsättning nästa uppslag >>>

PORTRÄTTET

”ANDAN ÄR ATT VI KÄMPAR OCH STRIDER

Genom åren har Anna Rask-Andersen tagit sig an en rad olika ämnen, däribland behovet av fasta tjänster, arbetsmiljöproblem kopplade till öppna kontorslandskap och arbets-skador. En fråga som hon gång på gång har återkommit till är frågan om lika lön för lika arbete, en av frågorna som hon började jobba med redan i URQL.

Hon säger att löneskillnaderna de senaste tjugofem åren överlag har blivit mindre. Det saknas inte ljuspunkter, däribland har andelen kvinnliga chefer blivit större. Samtidigt kvarstår ju tyvärr en hel del arbete.

– Fastän kvinnliga läkare under lång tid har tagit striden för manliga läkare fortfarande ofta mer i lön. Kvinnliga barnläkare tjänar mindre än manliga kirurger och så vidare. Mycket hänger på de enskilda cheferna, men det är viktigt att man ser strukturerna.

Anna Rask-Andersen lyfter på ett övergripande plan fram en rad konkreta exempel på förbättringar inom olika områden som under årens lopp har kommit till efter facklig kamp, från ledighet efter nattjour och tuffare krav på riskbedömningar vid nedskärningar, till det faktum att visstidsförordnanden för ST- och specialistläkare på universitetssjukhus har tagits bort. Hennes helhetsbild av situationen på sjukhus runt om i landet är inte desto mindre tämligen dystert.

”Vårdplatssituationen blir bara värre och värre”

– Ta situationen med vårdplatser. Den blir ju bara värre och värre. Här i Uppsala är den helt ohållbar. Det kommer ju hela tiden in folk med svåra åkommor till akutmottagningen, men på grund av att det inte finns vårdplatser kan läkarna inte lägga in patienterna. Det är akuta situationer och höga krav, men kontrollen är låg, säger hon.

– Bristen på vårdplatser leder också till att folk blir osams, vilket medför låg social support. I det läget är det inte så konstigt att många slutar eller blir sjuk-skrivna. Organisatorisk och social arbetsmiljö handlar mycket om just krav, kontroll och social support. Är kraven höga och kontrollen låg, och den sociala supporten dessutom är otillräcklig, ökar risken för hjärtinfarkt och andra besvär.

Anna Rask-Andersen väger i sin stol vid skrivbordet. Hon tittar ut genom fönstren från biblioteket i lägenheten på femte våningen, ut över hustaken. Åt ena hållet syns Uppsala universitets huvudbyggnad och domkyrkans två torn, åt andra hållet Engelska parken och Gamla kyrkogården där bland annat Gustaf Fröding ligger begravd. Strax intill syns även Pelle Svanslösparken och dess miniatyrer: skolan, sillaffärerna och domkyrktornen.

Biblioteket fungerar sedan i juni som hemmakontor. I och med att hon bor på egen hand är det inte svårt att få arbetsro. Hennes dotter och två söner är sedan länge utflugna. Rummet har emellertid i praktiken varit kontor under många år (”det är lättare att ha inte minst det fackliga materialet hemma, så att jag snabbt kan få tillgång till det”).

Efter att hon gått i pension i slutet av maj har hon fortsatt att arbeta i relativt stor utsträckning. I nuläget handlar det främst om forskning, handledning och mentorskap, parallellt med engagemanget i olika sjukvårdspolitiska och fackliga frågor.

Nuförtiden är Anna Rask-Andersen suppleant i styrelserna för Upplands allmänna läkarförening respektive Sjukhusläkarna Uppsala. Hon är i färd med att helt gå över till Seniora läkare och är för närvarande adjungerad styrelseledamot i föreningen, i väntan på att dess

uppskjutna årsmöte ska ta ställning till om hon ska bli ordinarie styrelseledamot.

Att sluta jobba är inget som lockar Anna Rask-Andersen

– Jag har ingen lust att sluta jobba helt. Inte nu i alla fall. Dels är det roligt att engagera sig i olika saker, dels finns det mycket kvar som behöver göras. Jag har nog lite svårt att sitta still. Jag är en energisk person och gillar när det händer saker.

Vad gör du på din fritid?

– Jag umgås med familj och vänner, men jag arbetar också som medicinsk konsult med bedömning av arbetsskade-fall som har överklagats. Jag har gjort det sedan år 2000 och tänker fortsätta med det. Det känns både roligt och meningsfullt.

Intill böckerna i bokhyllorna ligger högar med plastmappar fyllda av dokument – protokoll, beslut och korrespondens – som Anna Rask-Andersen har samlat på sig. Trots försök att röja i materialet och sortera papperna med hjälp av etiketter, som exempelvis ”Sjukhusläkarna våren 2005”, ”100 läkare bort – överklagan” och ”Akuten”, utgör mapparna en lika omfattande som okonventionell del av inredningen.

Ger aldrig upp

Kollegor till Anna Rask-Andersen beskriver hur hennes fackliga arbete har karaktäriserats av en förmåga att kritiskt källgranska, att inte ge upp, att gå från ord till handling och driva ärenden vidare, även när motståndet har varit kompakt. Att begära ut, granska och spara handlingar har i detta sammanhang utgjort en central del.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Rättvisans dörrvakt – Anna Rask-Andersen – lämnar inget åt slumpen. I hyllorna i lägenhetens biblioteksrum trängs böcker med mängder av stridbara ”ärenden”. Foto: Mikael Wallerstedt.

PORTRÄTTET



SAKER SKA GÖRAS ORDENTLIGT ANNARS ÄR DET INGEN MENING

– Jag är egentligen en ganska snäll person, men som facklig företrädare lär man sig ju att säga ifrån. Jag blir upprörd av orättvisor, och när jag väl har sett en orättvisa ger jag mig inte. Jag är medlemmarnas representant och det är deras intressen som jag ska företräda.

Om cheferna blir arga – ”so what”

Uppsala universitet har genom åren varit hennes huvudsakliga arbetsgivare, vilket har medfört att hon har haft en förhållandevis oberoende ställning gentemot sjukhus- och regiondirektörer. Om cheferna blir arga – ”so what”? Stödet inom Upplands allmänna läkarförening och Sjukhusläkarna ska inte heller underskattas.

– Om mina fackliga kollegor hade sagt att ”nu får du väl ändå sluta”, då hade jag taggat ner. Men så har det ju inte varit. Mycket handlar om andan bland oss fackligt aktiva i Uppsala. Vårt nya huvudskyddsombud Knut Bodin fortsätter ju att vara ”pain in the ass” för arbetsgivaren. Andan är att vi kämpar och strider.

Förmågan att gå till botten med saker och ting präglar dock inte enbart Anna Rask-Andersens fackliga arbete. Något förenklat är det likadant oavsett vad hon tar sig för. Devisen är att det mesta kan bli roligt om man blir tillräckligt engagerad.

– När jag jobbade med patienter gick jag ofta igenom alla journalkopior, sökte litteratur och besökte patienternas arbetsplatser. Även i min forskning, som främst är inriktad på kliniska och epidemiologiska studier av yrkesmedicinska lungsjukdomar, har jag tänkt likadant. Saker ska göras ordentligt,

annars är det ingen mening.

Under mer än femton år var Anna Rask-Andersens huvudskyddsombud och regionalt skyddsombud för läkarna i Uppsala län, ett förtroende som hon förvaltade fram till förra året.

Hennes första år som huvudskyddsombud, 2003, blev en riktig rivstart. Kort tid efter att hon hade tagit över uppdraget nåddes hon av nyheten att Akademiska sjukhuset skulle göra sig av med 100 läkare. Det motsvarade ungefär 10 procent av läkargruppen på sjukhuset.

– Det var förfärligt! Situationen var tuff och många fick slita hårt för att den överhuvudtaget skulle gå ihop. En läkare som i praktiken gjorde två personers jobb fick hjärtinfarkt, och enligt min uppfattning var det kopplat till hans arbetssituation, säger Anna Rask-Andersens.

– Man hade inte gjort någon riskbedömning. Det var däremot inte tal om uppsägningar. I verkligheten var det anställningsstopp. Men i slutändan försvann ungefär 100 läkare. ST-läkare fick sluta när deras förordnande hade tagit slut. Detsamma gällde för andra läkare på vikariat och olika visstidsanställningar.

Nyheten om att hundra läkare skulle bort blev starten på en flera år lång process, med anmälan till Arbetsmiljöverket, inspektioner och överklagan, i samarbete med bland andra Torbjörn Karlsson och Bengt von Zur-Mühlen, båda styrelseledamöter i Sjukhusläkarna nationellt.

– Tyvärr vann vi inte striden om riskbedömningen. Det gjordes aldrig någon sådan bedömning. Men vår kamp gav ändå mersmak. Det blev tydligt att man måste vända sig till Arbetsmiljöverket när arbetsgivaren inte lyssnar, inte minst för att få respekt. Numera måste ju arbetsgivaren för övrigt alltid

göra riskbedömningar vid nedskärningar, säger Anna Rask-Andersens, och fortsätter:

– Jag drabbades nog av en liten chock när jag fick mer insyn i hur illa det stod till på sjukhusen. Jag har aldrig förstått varför regionerna inte är mer angelägna om att personalen ska må bra. Kostnaderna för de sjuka hamnar ju till stor del på arbetsgivaren, och det är ju sjukvården som ska ta hand om alla patienter.

Hur skulle du värdesätta din kompetens inom arbets- och miljömedicin när det gäller din fackliga verksamhet? Den måste ju vara ovärderlig...

– Det är så klart en bra grund att stå på. Jag är väl bekant med arbetssjukdomarna och vet vilka risker som finns. Jag är glad att jag hamnade i denna specialitet. Man får lära sig mycket, inte bara om de medicinska faktorerna. Man får lära sig om samhälle och företag, om sociala, ekonomiska och politiska aspekter.

Visste redan som barn att hon ville bli läkare

Redan i tredje klass i grundskolan visste Anna Rask-Andersens att hon ville bli läkare. Förebilderna var många. Hon kommer från en utpräglad akademikerfamilj både på pappas och mammas sida, och det var mycket tal om utbildning när hon växte upp. Hennes morbröder var läkare båda två, och två av kusinerna blev sedermera läkare och professorer.

Hon blir varm i rösten när hon minns sin uppväxt. Röstläget skiftar, sättet hon berättar likaså. Från ett något formellt tonläge till ett mjukare. Från en korrekt, om än entusiasmerande, beskrivning till en mer underfundig samling minnen. Skrattet finns där hela tiden. De emellanåt ganska tvära kasten finns där också.

Pappa arbetade som apotekare, mamma var hemmafru. Under Anna-Rask Andersens första åtta år bodde familjen i Stockholm innan den år 1961, som en följd av pappans arbetsituation, flyttade till Västerås. Efter drygt fem år bosatte sig familjen i Arbrå, en och en halv mil norr om Bollnäs. Där bodde hon tillsammans med sina föräldrar och sin yngre syster fram till att hon efter studenten år 1971 flyttade till Uppsala för att studera.

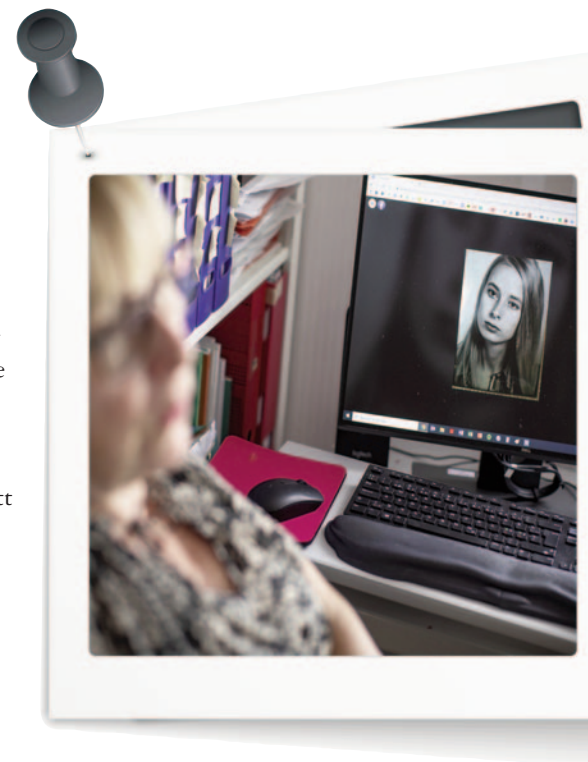
Kärleksfull och trygg barndom

– Det var en på många sätt lycklig barndom. Det var kärleksfullt och tryggt. Både mamma och pappa ställde upp och stöttade mig och min syster i stort och smått, och det fanns hela tiden utrymme att följa sin nyfikenhet. Men det fanns också en sorg i familjen – min lillasyster drabbades av en funktionsnedsättning som en följd av en infektion vid 1,5 års ålder, säger hon, och tillägger att hon inte vill säga något mer om systemen.

Aversionen mot orättvisor tog sig uttryck redan i unga år. När Anna Rask-Andersens gick i småskolan hemma i Högdalen i södra Stockholm hade hon och hennes klasskompisar under en period kortare arbetsdagar, eftersom skolan på grund av byggarbeten inte hade tillräckligt med klassrum. Skoldagarna började klockan 11 och slutade klockan 16. Upplägget gällde ända fram till att det var dags för luciafirande, då barnen i stället skulle infinna sig klockan 8, alltså tre timmar tidigare än vanligt. Den unga Anna tyckte att det vore logiskt att hon och hennes klasskompisar också skulle få gå hem tre timmar tidigare. Det tyckte dock inte skolledningen, varpå Anna vägrade att gå in i skolbyggnaden.

– Den gången gav jag mig dock. Jag hade en bra lärare som var diplomatisk och snäll. Hon övertalade mig och till slut gick jag in, säger hon och skrattar.

Ett annat exempel var när Anna



Redan i unga år reagerade Anna Rask-Andersen mot orättvisor.
Foto: Mikael Wallerstedt.

Rask-Andersens som 19-åring jobbade på ett kafé på en gård utanför Arbrå. En i personalen bodde på gården och fick arbeta delade turer, vilket innebar att hon i praktiken inte var ledig en enda kväll. När kollegan blev nekad ledighet i samband med att hon skulle göra ett viktigt sångframträdande reagerade den blivande fackföreningsprofilen och markerade mot chefen.

Som tack fick hon en blå blomma gjord av kräppapper av arbetskamraten. Anna behöll blomman i flera år. Men den blev blekare och blekare med tiden, och till slut var det tyvärr inte mycket kvar av den, berättar hon.

– Jag har tänkt mycket på det där på senare år: När jag reagerade mot chefen på kaféet, eller för den delen när jag reagerade mot schemaläggningen vid luciafirandet på skolan i Högdalen, visade jag – grovt sett – prov på samma engagemang för rättvisa som senare skulle komma att prägla min fackliga verksamhet. Det var annorlunda, så klart, men också lika på många sätt.

Efter medicinstudier i Uppsala och Linköping samt AT-tjänstgöring i Uppsala läns landsting började Anna

Rask-Andersens arbeta vid Akademiska sjukhuset år 1980. Hon blev specialist i klinisk fysiologi 1984 och i yrkesmedicin 1988. Samma år disputerade hon med en avhandling om feberattacker och allergisk alveolit hos lantbrukare utlösta av inandning av mögeldamm.

– Jag hade egentligen inte tänkt att forska. Mina barn var små, och jag ville inte hålla på och arbeta en massa på nätter, helger och semestrar. Jag ville ha tid att ta hand om mina barn. Men det fanns mycket utrymme för forskning inom lab-specialiteterna, och man fick forska på arbetstid. Det gjorde att jag kände att det vore dumt att inte ta den chansen, säger hon och fortsätter:

– Professorn i klinisk fysiologi tillika klinikchefen tyckte dessutom att det var viktigt att både män och kvinnor forskade, till skillnad från många andra i chefspositioner vid den här tiden. Och då tänkte jag: Varför ska inte jag forska när min mammas släkt är full av framgångsrika forskare?

”Roligast har nog min fackliga verksamhet varit”

Anna Rask-Andersens lutar sig återigen tillbaka i sin stol. Hon tittar ut genom fönstren, ut över taken och ner mot Pelle Svanslösparken. Därnere leker några barn under sina föräldrars uppsikt.

– Jag har hunnit med mycket i mina dagar. Men min fackliga verksamhet har nog varit roligast, om jag måste välja något. Dels är frågorna intressanta, dels är kamratskapen med alla fantastiskt duktiga och engagerade kollegor underbar. Genom vårt fackliga arbete kämpar vi för många av de frågor som jag brinner för. För jämställdhet och rättvisa. För rätt och fel.



– Staten måste gå in

Sylfs ordförande Madeleine Liljegren:
"Uppenbart att regionerna inte klarar att ordna AT-platser"

Cirka 200 AT-platser fler skulle behöva tillsättas i år för att möta det behov som finns. Om åtta år måste det finnas totalt mer än 2000 platser, enligt Sveriges yngre läkares förening (Sylf).

▼ Ju längre tid man tvingas vänta på en plats, desto större är risken att man lämnar läkaryrket, understryker Sylf.

– Problemet är ju att läkarna som väntar på AT inte har rätt till handledning eller utbildning. De blir väldigt utsatta i sin kliniska vardag, samtidigt som de inte kommer vidare till legitimation. Det är exempelvis helt absurt att olegitimerade läkare går primärjourer på akutmottagningar, vilket förekommer, säger Madeleine Liljegren (bilden), ordförande för Sylf.

Sveriges yngre läkares förenings senaste AT-rapport visar att läkare i landet får vänta i snitt 11,27 månader för att påbörja sin AT, vilket är en förlängning med 60 procent sedan före-

ningen började att mäta 2008.

I nuläget är cirka en tredjedel av alla olegitimerade läkare i regionernas regi i väntan på AT, och inte under utbildning för att få legitimation.

Bland de som har väntat 13 månader eller mer på en plats uppger en fjärdedel att de överväger att byta yrkesbana.

– Det vore ju förödande för den nationella kompetensförsörjningen om en fjärdedel skulle sluta, säger Madeleine Liljegren.

I dagsläget finns 1496 AT-platser. Enligt Sylf:s prognos, som föreningen har tagit fram tillsammans med Läkarförbundet centralt, väntas drygt 2000 AT-platser behövas år 2028. Här handlar det inte minst om att möta behovet som följer med det ökade antalet utbildningsplatser vid universitetet. Frågan är hur det ska klaras av, inte minst med tanke på införandet av BT, bastjänstgöringen.

– Vi i Sylf ser på många sätt med oro på utvecklingen. Det är inte många regioner som faktiskt ökar antalet platser, däremot är det många som minskar antalet. Sylf har utvärderat kvaliteten på AT och talar om bristerna i tjugio år nu, men det är uppenbart att regionerna inte klarar av detta, säger Madeleine Liljegren.

Sylf vill se tydliga förändringar i AT-

föreskriften som ger större flexibilitet för placering vid olika avsnitt och handledning. Föreningen betonar också att staten måste skjuta till med ekonomiska resurser.

– Staten måste gå in och ta ansvar fullt ut för sin satsning på utbildningsplatser. Vi vet att cirka 31 procent av specialistläkarna är 60 år eller äldre. Det börjar bli bråttom att fylla på med nytt folk, säger Madeleine Liljegren.

Adam Öhman

Sedan år 2000 har Sylf mätt och utvärderat AT:s kvalitet i Sverige.

Så här utföll 2020 års AT-ranking.

▼ **Bästa AT-ort:**

Mora lasarett.

▼ **Bästa AT-ort, kirurgiplacering:**

Västerviks sjukhus.

▼ **Bästa AT-ort, psykiatri:**

Västerviks sjukhus.

▼ **Bästa AT-ort, allmänmedicin:**

Hudiksvall.

▼ **Bästa AT-ort, akutmedicin:**

Hallands sjukhus, Varberg.

▼ **Bästa AT-ort, medicin:**

Sollefteå.

ORISKEN ÄR MYCKET STÖRRE ÄN RISKEN

S om pensionerad läkare i dessa covid-19-tider och dessutom med lite skraltiga lungor har man anledning att fundera över begreppet risk i praktiken. Coronaviruset är så ju listigt konstruerat att hoten som det skapar kan dyka upp nästan varsomhelst och se ut hur som helst.

Att förhålla sig till risken att smittas får liksom ingen riktig riktning då och än mindre om insjuknandet kan vara alltifrån början till ens död till bara en liten feberperiod.

Man famlar runt i ljust av ett ovisst mörkt hot. Vem är det som smittar? Är det den där mannen som hostade till precis när jag gick förbi, eller är det kvinnan som glömde sig och klev fram emot mig i vårt samtal? De jag umgås med, har de verkligen skött sig med sina smittskydd? Har de verkligen hållit avstånd till andra? Hur var det nu med mjölkpaketet, kan det vara befläkat av expediten på affären, man har ju haft covid-19 bland personalen?

Hur ska man kunna utan ångest våga ta sig ett glas mjölk. Jag har mött vänner som låter alla inköp, gjorda av hjälpsamma bekanta, stå orörda i minst 24 timmar.

Nu är ju upplevelsen av risk inte något objektivt lika för alla utan i högsta grad en subjektiv mer eller mindre obehaglig känsla och vi beter oss olika. Därför har Folkhälsomyndigheten några korta kärnfulla rekommendationer och gränssättningar, som vi alla ska kunna hantera

på likartat sätt. Bra tycker jag, sen om någon vill vara än mer försiktig, så går det bra också.

Man brukar ju säga att om risken är stor men konsekvensen liten kanske man chansar med hur man förhåller sig till hotet. Det är uppenbart att de yngre generationerna agerar utifrån den värderingen. För visst är smittrisen stor när många trängs på Ullared, restauranger och på andra folkrika ställen. Inte blir man särskilt sjuk heller, egentligen, tror man. För även bland yngre finns ju de med långvariga besvär. Konsekvensen kan vara både stor och liten på samma gång.

När konsekvensen kan bli allvarlig, är vi försiktigare och vi äldre i dessa i coronatider gör vad vi kan för att risken ska vara liten. Risken kanske är försumbar (vilket betyder att den finns men bara lite, som Tage Danielsson uttryckte det). Risken med själva levandet är ju i och för sig att man kan dö. Den risken lär ju öka med stigande ålder, men hur det nu än är, vill vi ju nå finalen och inte ramla ur redan i kvarten eller semifinalen.

Årsrika kan ju som sagt inte bli hur rika som helst och den återstående tiden av år man potentiellt har, vill man ju utnyttja på bästa sätt. För man ska inte tro att man bara kan ta sig tid eller tro att man kan dra ut på tiden. Nej, tiden rinner bara iväg (för oss äldre rusar tiden iväg) och ett tu tre så är man i tidsnöd och tiden är inne... eller ute.

Därför måste risken att utsätta sig för coronan ställas mot vad livet i övrigt kan ge dig. Att få träffa sin

barn och kanske än mer, sina barnbarn, kan väga väldigt tungt i den bedömningen.

En del griper halmstrån och tar extra till sig att barnbarn inte är så väldigt smittsamma och så kramar man nästan livet ur dom. Nej, det är klart att för en del solsvultna måste de små solstrålarna få värma frusna själar. Eller så går vi där och hoppas på att vi ändå har de där antikropparna trots allt. Vi blir befriade från coronans bojor och får möjlighet att leva på riktigt.

Ja, det är knepigt att leva med risk, därför kanske man skulle ta och försöka med orisk istället. Orisken (chansen) är ju så ofantligt mycket större, det vill säga sannolikheten att jag inte ska drabbas av ond bråd död eller ens hamna på IVA med respirator är nästan oändligt stor (vilket betyder att orisken är 100 procent, men bara nästan). Jag tror att det åtminstone skulle minska vår diffusa rädsla och obehagskänsla i coronatillvaron.

Javisst, tänker du, men om man drabbas, då rakar ju risken upp till 100 procent på ett kick, som Tage återigen skulle ha konstrat till det.

Japp, det är också sant, men otroligt.



Bertil Hagström,
pensionerad allmänläkare. Med.dr.

Från facklig till chef till facklig

Vilka är de största likheterna och skillnaderna mellan att arbeta som chef och att inneha fackliga uppdrag?

Sjukhusläkaren har intervjuat tre läkare som på olika sätt har gjort resan från fackligt förtroendevald till chef och tillbaka.

1 TORBJÖRN KARLSSON

”Facklig bakgrund måste värderas högre vid chefstillsättningar”

En bakgrund med fackligt engagemang är helt ovärderlig för att bli en framgångsrik chef. Helt enkelt eftersom fackliga ledare har erfarenheter och kunskaper som är av minst sagt stor vikt för arbetsgivaren. Det måste värderas högre vid chefstillsättningar, enligt Torbjörn Karlsson, som har gjort resan från facklig till chef och tillbaka.

Torbjörn Karlsson, överläkare i anestesi och intensivvård på Akademiska sjukhuset i Uppsala, har lång erfarenhet från fackligt arbete. Han engagerade sig i Sveriges yngre läkares förening (Sylf) kort tid efter att han var klar med utbildningen på Karolinska institutet år 1978, och har sedan 1990-talet, bortsett från några års ”facklig

paus”, haft olika förtroendeuppdrag i Sjukhusläkarna och Upplands allmänna läkarförening (UAL). I dag är han styrelseledamot i yrkesföreningen Sjukhusläkarna nationellt och suppleant i den lokala Sjukhusläkarföreningen och i UAL.

– I likhet med i början av min fackliga bana står arbetsmiljö- och lönefrågor högt på agendan. Det är helt avgörande att arbetsmiljön är bra och att medarbetarna har en god lön, säger han.

Efter en längre period som ordförande för Upplands allmänna läkarförening i början av 2000-talet tackade han år 2006 ja till ett jobb som chef för verksamhetsområde anestesi och intensivvård på Akademiska. Givet att det, enligt honom, är centralt att verksam-

hetschefer är läkare, samtidigt som universitetssjukhus har forskningsinriktade chefer, kändes det naturligt att ta steget.

– Jag tycker att fackliga erfarenheter snarast ska vara något av en förutsättning för att få chefsjobb. När man är fackligt förtroendevald tvingas man att tänka igenom perspektiven. Man har stor nytta som verksamhetschef av att ha haft en facklig roll, säger Torbjörn Karlsson.

– Det är bra att man har fått träning i att hantera arbetsrätt, personfrågor, men också lönestrategier. Det är viktiga erfarenheter. Det värderas inte tillräckligt högt – facklig bakgrund är på flera sätt helt avgörande.

Samtidigt som skillnaderna mellan att representera arbetsgiversidan och ett



Torbjörn Karlsson: ”Mina värderingar påverkas inte av vilken ”sida” jag befinner mig på. Och så är det nog för de allra flesta. Det är klart att det är olika roller att spela, men man är ju ofta inblandad i samma ärenden”. Foto: Staffan Claesson

fackförbund är uppenbara är likheterna också många. En framgångsrik chef får med sig personalen, har en tydlig vision, vilja att nå resultat och mod att ställa krav. Detsamma gäller fackliga ledare.

– Även som representant för arbetsgivaren har man ju samma uppdrag egentligen, att försöka värna om en god arbetsmiljö och ett korrekt löneläge. Arbetsmiljön är ju arbetsgivarens grundansvar. Mina värderingar påverkas inte av vilken ”sida” jag befinner mig på. Och så är det nog för de allra flesta. Det är klart att det är olika roller att spela, men man är ju ofta inblandad i samma ärenden.

Under Torbjörn Karlssons tid som chef för verksamhetsområde anestesi och intensivvård på Akademiska var utmaningarna många. Vid sidan av den ekonomiska biten – verksamhetschefens ständiga knäckfråga, inte minst på Akademiska som länge har dragits med underskott – arbetade han hårt för att verksamhetens uppdrag skulle bli tydligt definierat. Samtidigt var personalrekrytering ett påtagligt problem.

I det här fallet handlade det främst om rekryteringsproblem på läkarsidan, snarare än på sköterskesidan. På grund av det faktum att det historiskt sett inte utbildats tillräckligt många specialister inom specialiteten, var kliniken tvungen att rekrytera kollegor från andra länder. Något som den, inte minst under Torbjörn Karlssons tid, gjorde med framgång.

Parallellt fanns det en vilja från såväl sjukhusledningen som krafter inom de kirurgiska specialiteterna att dela upp anestesi och intensivvård i mindre delar. Från ledningens sida gjordes ansträngningar att med hjälp av utredningar och konsultier få igenom sin vision.

– Det har länge varit många kirurgers våta dröm att ha sin egen ”tama narkosläkare”. Det kändes som en dödsstöt mot oss inom vår specialitet och skulle försvåra rekryteringen. Vi kämpade hårt emot det, säger Torbjörn Karlsson, och framhåller att han hade stor nytta av sina erfarenheter från att ha varit fackligt förtroendevald.

– Vi lyckades att motverka förslaget

med sakargument och tryck från verksamheten. De som jobbade i verksamheten ville verkligen inte detta. Mot slutet av min chefsperiod lade det sig, men det nöter rätt hårt på en verksamhetschef att ständigt bli utsatt för ett stort tryck från olika håll.

Redan tidigt hade Torbjörn Karlsson bestämt att perioden som verksamhetschef skulle vara tidsbegränsad. När han var chef arbetade han uppemot 20 procent kliniskt, men i längden var det inte tillfredsställande, och efter sex år som chef tackade han för sig.

Kort tid efter att han lämnat chefsuppdraget fick han återigen frågan om han ville bli ordförande i Upplands allmänna läkarförening, ett uppdrag som han hade fram till i början av 2020.

– Jag hade fått många nya nyttiga erfarenheter, och inte minst fått ytterligare inblickar i sjukhusadministration och sånt. Det är naturligt att man får olika erfarenheter av att göra olika saker, säger Torbjörn Karlsson.

Adam Öhman

2 Pontus Bjerre

” Som läkarchef var jag i praktiken en form av underchef – därför kände jag efter ett tag att det fick räcka

Efter en period som läkarchef valde Pontus Bjerre, överläkare vid kvinnokliniken i Karlstad, av flera skäl att återgå till arbetet som gynekolog. Det dröjde inte länge innan han fick frågan om att bli klinikombud, vilket han inte kunde tacka nej till. Tvärtom kändes det angeläget att på nytt engagera sig fackligt och bidra med sina erfarenheter.

▼ – Det är viktigt att kunskapen som finns på arbetsplatsen kommer till användning. Vi måste slå vakt om en bra arbetsmiljö och goda arbetsförhållanden. Jag är inte den som släpper mitt engagemang i första taget. Det känns meningsfullt att vara med och bidra som facklig företrädare, säger han.

I likhet med för många andra tog Pontus Bjerres fackliga karriär sin början i Sveriges yngre läkares förening, mer specifikt i Sylf Värmland. Något år senare, vid mitten av 1990-talet, ville medlemmarna i Värmlands läkarförening att han skulle bli styrelseledamot även hos dem.

– Det var stimulerande att komma in i ett sammanhang med otroligt engagerade människor. Jag kan ibland uppleva att det fackliga intresset är svalt bland kollegor – många tycker att de inte har tid att ta itu med alla problem. Men när



Kännedom om lagar och regler, avtal och villkor, från sin tid i Läkarförbundet gav honom många fördelar som ny chef, säger Pontus Bjerre.

jag gick med i Sylf och senare blev styrelseledamot i läkarföreningen möttes jag av ett stort engagemang, säger han.

Frågan om att bli läkarchef på Centralsjukhuset i Karlstad kom i början av 2010. Det faktum att Pontus Bjerre hade förhållandevis god kännedom om lagar och regler, avtal och villkor, från sin tid i Läkarförbundet gav honom många fördelar som ny chef, säger han.

– Jag hade dessutom ett brett kontaktnät som jag hade byggt upp under lång tid, inte minst under min tid som fackligt aktiv.

Formellt jobbade Pontus Bjerre 40 procent som läkarchef, ett förordnande som vid denna tid var helt nyinrättat på sjukhuset, parallellt med sitt kliniska arbete. Det var dock inte helt lätt att få det att gå ihop. Han var ansvarig för utredning och behandling vid cellförändringar i förstadium till livmoderhalscancer, och i kombination med chefsjobbet medförde arbetsmängden att han i praktiken jobbade mycket på kvällar och helger.

– Jag blev ganska trött mot slutet. Samtidigt var det frustrerande att jag inte fick vara chef fullt ut. Som läkarchef var jag i praktiken en form av underchef. Därför kände jag efter ett tag att det fick räcka. Jag fick förfrågan om att bli klinikchef också. Men jag ville jobba som läkare, ett beslut som jag aldrig har ångrat.

Pontus Bjerre arbetar i dag som överläkare på kvinnokliniken vid Centralsjukhuset, och har haft uppdraget som klinikombud sedan 2015. För närvarande är bemanningsfrågan mest brännande för klinikens del, att locka nya kompetenta medarbetare som kan täppa igen ett antal luckor som nyligen har uppstått.

Han framhåller att goda arbetsförhållanden och bra arbetsmiljö av naturliga skäl är två helt avgörande faktorer för arbetsplatsens attraktivitet.

– Även om lojaliteterna är olika som fackligt förtroendevald och chef är det övergripande målet ju egentligen detsamma: alla vill ju ha en bra arbetsplats med goda arbetsförhållanden som erbjuder en god vård. På så sätt finns inget motsatsförhållande.

Adam Öhman

3 Linus Axelsson

” För att locka fler läkare krävs fler chefspositioner med mindre ansvarsområden, men där man verkligen har ansvar för sitt område

Som facklig representant fick Linus Axelsson, kirurg vid Blekingesjukhuset, på allvar öva sin förmåga att se saker från olika synvinklar. När han senare tog över som verksamhetschef blev dessa lärdomar centrala. I samband med att chefsförordnandet löpte ut för två år sedan klev han dock åt sidan. En viss omsättning av chefer är bra, anser han.

▼ – Jag tycker inte att man ska ”prenumerera” på chefsjobb i alltför många år och i och med det stå i vägen för yngre förmågor. Jag var redan från början inställd på att arbeta som chef i fem år, säger han, och fortsätter:

– Jag tror man ska vara vaksam på sig själv, man kan förändras av makt. Sedan är läkaryrket och kirurgi så förbaskat kul! Jag kände att det skulle bli ett problem att gå tillbaka som kirurg om jag stannade som chef i 4–5 år till.

Linus Axelssons fackliga bana började under 00-talet första hälft som styrelseledamot i Sylf Blekinge. Mot slutet av perioden i de yngre läkarnas förening blev han även styrelseledamot i Blekinge läkarförening, en organisation som han sedan var ordförande i mellan 2007 och 2012.

Han lämnade över ordförandeklubban en tid innan han blev



Jag kan inte nöja mig med att bara klaga i fikarummet, jag måste vara med och försöka förändra saker och ting, säger Linus Axelsson.

verksamhetschef för kirurgkliniken vid Blekingesjukhuset.

– En betydelsefull kunskap som jag hade med mig från läkarföreningen handlar om hur beslutsprocesser ser ut inom sjukvårdens organisation. Om man vill förändra något räcker det inte med att bara ha en bra idé – det krävs att man har något konkret att visa upp, ett underlag, en strategi, säger han.

– En annan viktig del handlade om förmågan att samarbeta. Beslutsfattare i politiskt styrda organisationer har ju ett ansvar att vara försiktiga med skattebetalarnas pengar. De måste tänka kritiskt och ställa krav på den som vill förändra något. Och då måste man förstå deras drivkrafter. För min del blev förmågan att balansera olika intressen avgörande som chef.

Linus Axelsson lyfter fram olika klinikers behov och intressen som ett annat exempel.

– Alla förlorar på skyttegravspositioner. Man får givetvis inte vara någon mes, varken som chef eller facklig

representant, men det går inte att sätta ner foten i tid och otid. Det gäller att ha förmågan att kunna höja blicken och se helheter.

Linus Axelsson anser, i likhet med Läkarförbundets linje, att det behövs fler läkare som vill bli chefer. Men för att få fler att vilja gå den vägen måste regionerna göra chefsjobben mer attraktiva.

– Det är för mycket rapportering och styrning från olika håll. Samtidigt kan det vara tufft att gå från att vara läkare till att ha ansvar för 220 medarbetare och en budget på 350 miljoner kronor. För att locka fler läkare krävs fler chefspositioner med mindre ansvarsområden, men där man verkligen har ansvar för sitt område.

Vid sidan av sitt arbete vid kirurgkliniken i Karlskrona och Karlshamn är Linus Axelsson i dagsläget engagerad som styrelseledamot i Svensk kirurgisk förening. Han ingår sedan ett par år tillbaka formellt även i gruppen med Läkarförbundets förtroendeverisorer. Han är dock inte direkt främmande för att på nytt ta sig an ett större fackligt förtroendeuppdrag.

– Det är viktigt för mig att inte bara verka i det lilla, utan även försöka vara med och få systemet att fungera på ett bättre sätt. Jag kan inte nöja mig med att bara klaga i fikarummet, jag måste vara med och försöka förändra saker och ting, säger han.

– Jag har idéer på hur jag tror att man kan göra vården bättre, och då vill jag försöka få genomslag för dem. Mitt engagemang kommer alltid att finnas där, även om jag naturligtvis inte kan springa på alla bollar.

Adam Öhman

Sjukhusläkarna debatterade under Folkhälsodalen

▼ Folkhälsodalen är sedan 2013 en mötesplats för sjukvårdspolitiska samtal under Almedalsveckan. I år ställdes Almedalsveckan in och istället hölls Folkhälsodalen som ett digifysiskt forum under två dagar med start 31 augusti.

Ett tjugotal seminarier och samtal om utvecklingen av svensk sjukvård sändes live. Sjukhusläkarna deltog som partner och debatterade många av föreningens kärnfrågor.

Sjukhusläkarna arrangerade seminariet "Vem drabbas värst – patient eller personal?"

Alexander Wilczek, psykiatriker med fokus på arbetsrelaterad ohälsa, inledde med att föreläsa om hur brist på kontroll orsakar stress.

– Under pandemin förlorade sjukvårdspersonalen en slags kontroll när man skulle behandla en ny sjukdom och återtog en annan, organisationen av vården.

Elin Karlsson, andre vice ordförande Sjukhusläkarna, modererade därefter samtalet mellan Alexander Wilczek, Karin Frisell, medicinskt ledningsansvarig IVA Mälarsjukhuset, Thomas Lindén, avdelningschef Socialstyrelsen, Marie Morell (M), ordförande SKR:s sjukvårdsdelegation och Karin Båtelson, ordförande Sjukhusläkarna.

Sjukhusläkarna arrangerade också, tillsammans med Sveriges Läkarför-

Representantskapet blir ett digifysiskt möte

▼ Årets representantskap 2 oktober hålls som ett digifysiskt möte. Sjukhusläkarnas representantskap är ett rådgivande organ inom Sjukhusläkarna. Varje lokalavdelning utser sina representanter. Årets möte äger rum kl. 10-15 fredagen den 2 oktober.

Vi följer gällande rekommendationer om antal på plats. Man är hjärtligt välkommen till mötet, men det går lika bra att delta via länk. Mer info vid anmälan, som görs snarast till wendela.zetterberg@slf.se



Karin Båtelson, Sjukhusläkarnas ordförande, var flitigt i elden både som debattör och som moderator under Folkhälsodalen.

bunds chefsförening, seminariet "Läkare som chefer - en självklarhet efter pandemin?"

Engagerade paneldeltagare diskuterade frågor om chefskap i sjukvården under ledning av moderatorn Karin Båtelson.

– Jag tycker att en medicinsk utbildning underlättar, exempelvis i dialogen med beslutsfattare och medarbetare, sa Björn Eriksson, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Stockholm. Att vara läkare har gjort det enklare i de situationer med omedelbara medicinska behov som har uppstått i och med Covid-19.

Seminariet avslutades med att diskutera hur man kan få fler att vilja ta steget till att bli chef.

– Engagerade medarbetare är produktiva, uppmuntrar alla att vara med och känna att man kan påverka. Det kan underlätta vägar till chefskap, sa Britta Wallgren, vd Capio.

– Vi som redan är chefer måste hjälpa, locka och stödja våra kollegor i att bli chefer, sa Sara Banegas, verksamhetschef Ekerö vårdcentral.

Bengt von Zur-Mühlen, Sjukhusläkarnas vice ordförande, diskuterade forskning tillsammans med bland andra Helene Hellmark Knutsson,

landshövding Västerbottens län och Berkeley Vincent, vd Janssen, under rubriken "Hur får vi klinisk forskning att bli en del av vardagskompetensen?"

– Vi får höra att klinisk forskning är prioriterad, men i sista ledet och i den dagliga verksamheten får den stryka på foten, eftersom mycket präglas av prioriteringar i stunden, sa Bengt von Zur-Mühlen. Satsa mer på kombinationstjänster med både arbete i verksamhet och klinisk forskning för att hitta tiden för forskning.

Karin Båtelson deltog i ett seminarium om läkemedelsförsörjning tillsammans med representanter från LIF och argumenterade för att det behövs nationell samordning. Det måste ses över vad som behövs på kort sikt och på lång sikt. Regionerna ser till sina egna invånare och därför behövs en nationell nivå som tar ansvaret och fördelar läkemedlen utifrån behov.

Sjukhusläkarna deltog även i samtal om precisionsmedicin, vaccinationer och blodcancer. Alla programpunkter kommer så småningom kunna ses i efterhand, så håll utkik på folkhalsodalen.se eller i Sjukhusläkarnas kanaler.

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 17 februari 2020. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol-Myers Squibb Aktiebolag, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Aktiebolag, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Repatha® uppvisar en bibehållen säkerhetsprofil och kvarstående LDL-sänkande effekt vid 5-års uppföljning^{1,4}

 **Repatha®**
(evolocumab)



Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för²

- 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.³

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.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen april 2020, se www.fass.se⁴

SE-REP-0520-00002 maj 2020

AMGEN®

1. Koren, M.J., et al. J Am Coll Cardiol. 2019;74(17):2132-46. 2. TLV.se. 3. <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande>. 4. Repatha produktresumé, Amgen april 2020.