

**Hur har det gått med
bristen på specialister?**

• Sidorna 22-37

LEDAREN

**"Vi behöver inga nya
bollar att springa på"**

• Sidan 3

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SjukhusSpecialister • UTGIVEN AV Sjukhusläkarna • NR 1/2021



Är du uppsnurrad?

Din flex, en förmån eller lönefälla?

– Sjukhusläkaren har kollat avtalen från norr till söder

• Sidorna 6-18

Eliquis[®]
apixaban

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis[®]

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

Eliquis[®] (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer. 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.

432SE2001615-01 PP-ELI-SWE-1467 Mars 2020

Sjukhusläkaren 1/2021

LEDAREN

“Vi behöver inga nya bollar att springa på”

Pandemin slog till i en tid då sjukvården på många håll var sargad. Att arbeta inom sjukvården hade blivit ett riskyrke för arbetsrelaterad ohälsa, och läkares stressrelaterade ohälsa ökade i stark kontrast till en minskning i samhället i stort.

Vi såg dagligen problem med överbeläggningar och utlokaliseringar – ett resultat av för lågt antal vårdplatser. Vi har lägst andel vårdplatser inom OECD, och mycket värdefull läkartid läggs på att söka vårdplats eller hitta alternativa lösningar till inläggning.

Vi har en ojämlik vård, där tillgången på vårdplatser varierar över landet, exempelvis tillgången på adekvat rehabilitering. Varsel låg på flera sjukhus, trots att läkare arbetar betydligt mer än heltid i snitt, och många gånger utan adekvat ersättning.

Stockholms sjukvårdsupprop hade startats och fått ett stort genomslag. Sjukvårdens resultat räknades hellre i pinnar än i uppfyllda behov, och närläkarbesök som inte visat sig avlasta sjukvården i övrigt har ökat lavinartat.

Vi Sjukhusläkare har gång på gång påtalat problem med avsaknad av medicinsk kompetens i ledningen av såväl den regionala som kommunala sjukvården, en skenande administration samt nedgången av vårdplatser och särskilt IVA-platser.

Just i detta fall önskar jag att vi inte hade haft rätt i vår oro för framtiden.

Under pågående pandemi har bristen på vårdplatser, IVA-platser och rehabiliteringsplatser stundtals varit enorm. Detta har i sin tur lett till att allt fler av våra mest sjuka äldre vårdats inom den kommunala vården. Det ställer stora krav på att denna vård är patientsäker och av god medicinsk kvalitet.

Under pandemin har vi sett att så inte varit fallet alla gånger. Medicinsk kvalitet kräver medicinsk kompetens. Ädelreformen 1992 gav kommunerna ett samlat ansvar för vård och omsorg för äldre

och handikappade, och kopplade i princip bort läkarmedverkan från den kommunala omsorgen. Man hade därav inte samma möjlighet som vi inom sjukhusvården att ta de djärva beslut som krävts för att kunna hantera trycket på sjukvården.

Sjukhusläkare över hela landet har gjort underverk, vi har snabbt ändrat arbetssätt och baserat på patienternas behov snabbt bytt inriktning. Vi har skalat upp pandemivården till ett max, för att därefter snabbt återinföra så mycket vanlig verksamhet som möjligt.

En nationell samordning bar saknats bält, liksom någon på övergripande nivå med adekvat medicinsk kompetens exempelvis när IVA-patienter behöver flyttas.

Vi har försökt fortsätta med behandlingar som inte kan vänta, men tvingats skjuta upp mycket. 91 000 färre operationer utfördes 2020 jämfört med 2019, och det är ett trendbrott, tidigare har kurvan pekat uppåt, vi har gjort mer och mer för varje år. Utöver det så har vi en försenad diagnostik, exempelvis långa köer till kolskopier – och den fullständiga kostnaden för uppskjuten diagnostik i livsår och hälsa kan vi ännu bara ana.

Vårdpersonalen har stundtals haft hjältestatus i media, och många utanför vården har velat stötta med arbetskraft, applåder eller matlådor. Aldrig tidigare har sjukvården fått så mycket medial uppmärksamhet. Ett fint exempel att befolkningen är engagerade i sjukvården är att Iva-läkaren Karin Hildebrand utsett till årets svensk av Fokus. Allt detta är förstas mycket välkommet. Och trots en tung belastning har många vittnat om arbetsglädje – man ser en direkt patientnytta med arbetet.

Men nu i efterdyningarna krävs en annan typ av förändringar.

Vi har visat att vi kan göra underverk tillsammans, när vården får utgå ifrån och prioriteras efter medicinska behov. Det borde nu vara tydligt för alla att medicinsk ledning krävs för att bedriva en hälso- och

sjukvård av god kvalitet.

Det krävs inga fler utredningar för att ändra till en ökad medicinsk styrning och ledning av hälso- och sjukvården. För vi har redan i skarpt läge visat att vi kan.

Nu krävs det snabba förändringar för att vi ska lyckas hantera den enorma vårdpuckeln som väntar och ge patienter vård efter behov, och för att vi inom vården ska orka fortsätta kämpa på.

Det krävs ett medicinsk ledarskap och en nationell samordning. Patienter måste få söka vård över regiongränserna om det ger snabbare behandling.

- Vi behöver inga nya bollar att springa på, såsom olika typer av vårdgarantier.
- Vi behöver inga fler toppstyrda omorganisationer.
- Vi behöver få en vård dimensionerad efter befolkningens behov.
- Vi behöver få lugn och ro att göra vårt jobb.

Och våra patienter förtjänar att vi får göra just det.

Här är min önskelista till tiden efter pandemins andra våg

- Vården måste utgå ifrån behov – sjukast först.
- Vårdplatser måste dimensioneras efter befolkningens behov.
- VA-platser och rehab-platser i tillräckligt antal.
- Ett medicinskt ledarskap behövs – på alla nivåer.
- Inrättandet av chefsläkare samt en ökad läkarnärvaro i den kommunala vården.
- Inrätta en nationell väntelista till operation.
- En bättre nationell samordning krävs.
- Ett hållbart arbetsliv för läkare och övrig sjukvårdspersonal Utan oss stannar vården.



Elin Karlsson
2:e vice ordförande i Sjukhusläkarna

Varför ska lobbyisterna i SKR skyddas från insyn?

Trots SKR:s myndighetsliknande och skattefinansierade verksamhet har varken allmänheten eller media tillgång till protokoll, fakturor, styrdokument eller andra viktiga uppgifter för att genomlys organisationen.

Det är oförenligt med demokratin. SKR bör frivilligt underkasta sig offentlighetsprincipen, i annat fall bör det ske genom lagstiftning. Det skriver Fia Ewald, Elza Dunkels, Henrik Pallin och Christian Dahlström.

Rätten för alla att ta del av myndigheternas och de styrande organens handlingar, offentlighetsprincipen, har funnits i Sverige i över 250 år. Principen är en av de delarna av vår demokrati som de flesta tar för givet.

Det finns dock en stor aktör som finansieras av skattebetalarna men som ändå inte omfattas av offentlighetsprincipen. Sveriges kommuner och regioner, SKR, omsätter miljardbelopp varje år i form av förbundsavgifter från kommuner och regioner, samt olika former av statsbidrag. Exakt hur mycket skattemedel SKR får varje år är svårt att säga, inte ens Riksrevisionen lyckades 2017 klarlägga hur stora de totala medlen som staten överför till SKR är.

Ingen insyn i processerna

SKR ligger bakom ett stort antal utredningar som blir praxis i landets kommuner. Bland SKR:s uppgifter återfinns att ge rekommendationer kring ersättningsnivåer för familjehemsvård och kontaktfamiljer, som sedan följs av kommunerna, vilket innebär att beslut och inriktning får konsekvenser för samhällets mest utsatta.

Det är även SKR som genom Inera äger och driver 1177 – en fundamental funktion i vårt sjukvårdssystem. Dessa centrala delar av Sveriges offentliga verksamhet är alltså skyddade från granskning. Varken media eller enskilda har rätt att ta del av hur processerna gått till, vilka som deltar eller vad som ligger till grund för beslut.

Tydlig myndighetsfunktion under pandemin

Under pandemin har det blivit extra tydligt att SKR i allt väsentligt är en myndighet. När regeringen tar fram det nationella vaccinationsprogrammet är det SKR man förhandlar med. SKR:s Marie Morell höll tillsammans med Lena Hallengren en pressträff och berättade om strategin som ska ta oss ur pandemin.

Trots denna myndighetsliknande verksamhet har varken allmänheten eller media tillgång till protokoll, fakturor, styrdokument eller andra viktiga uppgifter för att genomlys organisationen.

SKR beskriver sig själva som en politiskt styrd organisation vars styrelse består av förtroendevalda från kommuner och regioner. "Vi är en ideell organisation utan myndighetsutövning och därför gäller inte offentlighetsprincipen", har Staffan Isling, vd på SKR, anförts som försvar när deras ställning ifrågasatts.

Oreglerad mellannivå

Det vore lätt att göra sig lustig över att han så blygsamt beskriver SKR som en ideell organisation utan makt, trots att man i själva verket har en central position i Sveriges offentliga verksamhet. I praktiken har det inom svensk

förvaltning skapats en mellannivå som är helt oreglerad i lagstiftningen. SKR har blivit alltmer överordnad de ingående regionerna och kommunerna vilket innebär styrning av offentliga prioriteringar och investeringar utan möjlighet till ansvarsutkrävande.

En lobbyorganisation för regionernas och kommunernas arbetsgivarintressen som förhandlar direkt med regeringen istället för att, som förvaltningslagen är uppbyggd, gå via myndigheter som sammanväger intressen.

Oförenligt med demokratin

Vi ser det som oförenligt med en demokratisk rättsordning att en organisation som har så stort inflytande i det offentliga inte omfattas av offentlighetsprincipen. En aktör som representerar kommuner och landsting bör ha medborgaren i fokus och bör inte tillåtas sätta organisationen som sådan i första rummet.

Vi ser två tänkbara lösningar på problemet. Att lagtexten ändras, som Fia Ewald tidigare föreslagit i Dagens samhälle, eller att SKR frivilligt underkastar sig offentlighetsprincipen och inför ett offentligt diarium och transparens i sina beslutsprocesser.

Fia Ewald, informationssäkerhetsexpert, tidigare chef för MSB:s enhet för systematisk informationssäkerhet.

Elza Dunkels

Internetforskare, docent i pedagogiskt arbete på Umeå Universitet.

Henrik Pallin,

kurator och författare.

Christian Dahlström,

Journalist.

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:

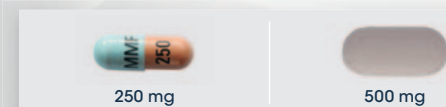
- Jämnare balansering av morgon-/kvällsdos
- Dosering i 0,25 mg intervall från 0,5 mg och uppåt
- Minskning av totala antalet kapslar per dygn för vissa doseringar

Sveriges mest använda takrolimus (ATC-kod L04AD02) mätt i DDD MAT april 2020¹

35-54% lägre pris jämfört med Prograf (beroende på vilken styrka som jämförs)²

adport
TAKROLIMUS

Mycophenolate mofetil Sandoz - ett kostnadseffektivt alternativ till CellCept



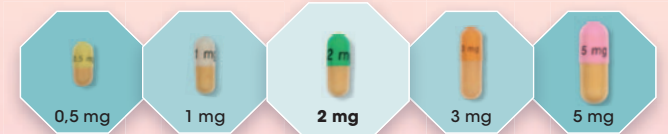
Sveriges mest använda mykofenolatmofetil (ATC-kod L04AA06) mätt i DDD MAT april 2020¹

30-50% lägre pris jämfört med CellCept (beroende på vilken styrka som jämförs)²

Mycophenolate
mofetil Sandoz

Dailiport - 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
depotkapsel

Azathioprin 1A Farma - den enda azathioprinprodukten som tillhandahålls i 75 mg och 100 mg



Sveriges 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 hjärttransplanterade 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 azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azathioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt 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 azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt 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.se

SANDOZ A Novartis
Division

Flextid – förmån eller lönefälla?

Sjukhusläkaren har kollat hur avtalen ser ut från norr till söder

Av Anna Sofia Dahl

Flextidsavtalen runt om i landet skiljer sig åt på många sätt. Dock har majoriteten en sak gemensamt – överskjutande flextid, det vill säga den tid som överstiger taket, ”brinner inne” vid avstämning.

”En skandal”, enligt Östra Skånes läkarförening.

I Sörmland, Västra Götaland och Dalarna lyfter man också att flextiden innehåller en hel del dold övertid.

Och i Örebro pekar man på problemet med att inte kunna ta ut flexledighet i hela dagar. Det kan man däremot göra i Gävleborg. Så också i Halland där det finns ”god möjlighet att ta ut flexen i ledighet”, både i enstaka timmar och hela dagar.

Sidorna 8-18 >>>





	Finns flexavtal?	Taket	Golvet	Avstämning	Vad händer med överstigande flex?	Vad händer med flexskuld?	Går det att ta ut flex i önskad omfattning?	Övrigt
Norrbotten	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal i ungefär 20 år.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Minus 40 timmar. .	▼ Fyra gånger per år.	▼ Överskjutande tid försvinner.	▼ Avdrag på lönen vid flexskuld under 40 timmar	▼ Nej	
Västerbotten	▼ Nej. Har sedan 1 januari 2021 inte längre något flextidsavtal för läkarna. • Se sidan 10.							
Jämtland/ Härjedalen	▼ Har inte svarat.							
Medelpad	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal i runt 25 år.	▼ Plus 50 timmar.	▼ Minus 20 timmar. .	▼ Varje månad.	▼ Positivt flexsaldo, men under 50 timmar kan sparas (oändligt). Överskjutande ska falla ut i pengar månaden efter noterat överskott.	▼ Regleras på samma sätt som överskott, men omvänt.	▼ Fungerar på de flesta kliniker, men vissa har svårt att få ut heldags-flex som avtalet medger.	
Ångermanland	▼ Ja.	▼ Plus 100 timmar.	▼ Minus 40 timmar. .	▼ Varannan månad.	▼ Tid över 100 timmar faller bort.	▼ Löneavdrag vid flexskuld under minus 40 timmar.	▼ Ja.	
Gävleborg	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2015.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Minus 30 timmar. .	▼ Görs var fjärde månad om rätt till övertidsersättning, endast vid årsskiftet om ej rätt till övertidsersättning.	▼ Timmar över taket tas bort, men om man har rätt till övertid är chefen skyldig att samtala med medarbetaren och har möjlighet att föra över saldot.	▼ Löneavdrag vid flexskuld under minus 30 timmar.	▼ Ja, troligtvis. Möjlighet finns att ansöka om flexledigt hela dagar om chefen beviljar.	▼ Det upplevs som att avtalet uppskattas och sedan 2015 försvinner inte lika mycket flextid på grund av generösare avstämningsperioder och möjlighet till flexledigt hela dagar.
Dalarna	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2017.	▼ Plus 50 timmar.	▼ Minus 25 timmar. .	▼ Var tredje månad.	▼ Flex över plus 50 timmar försvinner utan ersättning.	▼ Flexskuld på mer än minus 25 timmar leder till löneavdrag.	▼ Olika beroende på arbetsplats, men generellt nej. I samband med ledighet kan endast en dags flexledighet tas ut, många önskar att det åtminstone var två.	▼ Flexen består till stor del av dold övertid, eftersom många inte registrerar den som sådan. Alla specialister och överläkare har fråntagits rätten till övertidsersättning så de får ändå bara timme för timme i ersättning och tycker då att de lika gärna kan registrera det som flextid.
Västmanland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2008.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Minus 20 timmar. .	▼ Två gånger per år.	▼ Överskjutande tid försvinner vid avstämning, men man kan få ut flextiden i hela dagar enligt överenskommelse med verksamhetschefen.	▼ Flexskuld på mer än minus 20 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej	
Örebro	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2011.	▼ Plus 20 timmar.	▼ Minus 10 timmar. .	▼ Tre gånger per år.	▼ Tid över plus 20 timmar bortfaller.	▼ Flexskuld på mer än minus 10 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej	▼ Flexledighet hela dagar kan endast förekomma efter beslut av närmaste chef om arbetspasset inte behöver ersättas och verksamheten tillåter det. Också om ingen annan kompensationsledighet finns att ta ut.



Nu rena snurren i Västerbotten

Facket:
"Oklart hur arbetad tid ska registreras"

Från och med årsskiftet har läkarna i Region Västerbotten inte längre något flextidsavtal. Och ännu är mycket oklart om vad som kommer istället, trots att över en månad passerat.

▼ I slutet av september förra året meddelande Region Västerbotten att man ämnar säga upp läkarnas flextidsavtal från och med 1 januari 2021. Hösten och början av vintern som följde kantades av många frågor, men få svar. Vad ska ersätta avtalet? Hur ska de västerbottniska läkarna registrera all arbetad tid? Vad är syftet med att säga upp avtalet?

Tre dagar innan julafton landade så en åttasidig handbok, där arbetsgivaren gjorde klart vad som gäller avseende arbetstider från och med årsskiftet, hos de fackliga företrädarna i Västerbotten.

– De hade hela hösten på sig att för-



CECILIA NORDENSON
Ordförande för Västerbottens
läns läkarförening:

”Ännu saknas riktlinjer för vad som räknas som övertid och inte. Och sådana tar tid att ta fram. Vi har uppmanat medlemmarna att vända sig till sin chef om de inte kan gå hem när arbetsdagen är slut och fråga om de beordras övertid.

bereda och diskutera det här, men istället släppte de en bomb i julveckan. Vi har försökt att ha en dialog med dem, men vi upplever att de från början har bestämt att det ska bli på deras vis,

säger Jeff Wennerlund, överläkare på kirurgi- och ortopedikliniken på Lycksele lasarett och tillika ordförande för Sjukhusläkarna Skellefteå/Lycksele.

Även Cecilia Nordenson, överläkare på kirurgiska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå och ordförande för Västerbottens läns läkarförening, beskriver en frustration över hur regionen skött processen.

– De säger att de inte har haft tid på grund av pandemin, löneförhandlingar och annat, men då kanske man ska vänta med det här till halvårsskiftet så att det kan komma ut på ett bra sätt. Dessutom presenterades det mesta i den här handboken för oss redan vid förhandlingar i september. Så de skulle mycket väl ha kunnat komma ut med den här informationen tidigare. Det är bedrövligt.

Jeff Wennerlund beskriver att man från läkarföreningens sida under en lång tid har försökt få till en dialog om arbetstid överhuvudtaget. Men att det har varit svårt att få en samsyn med arbetsgivaren.

– Vi upplever att de inte riktigt vet

vad vi gör en vanlig arbetsdag. För oss som arbetar på små sjukhus kan det vara så att en specifik doktor måste vara den som är kvar och slutför arbetet, eftersom det är den personen som har kompetensen. I annat fall blir det patienten som hamnar i kläm. Och om man börjar skjuta på saker, för att kunna gå hem när den ordinarie arbetstiden är slut, så måste kanske hela operationsplaneringen för nästa dag göras om. Det blir inte heller någon bra situation, säger han.

Regelverk för beordrad övertid ska införas

Hålet efter flextidsavtalet är tänkt att ersättas med ett regelverk för hur läkarna ska kunna registrera beordrad övertid, så kallad ATL-tid. Men till saken hör att i princip alla specialister i Västerbotten har anställningsavtal som säger att de inte har rätt till övertidsersättning. Och Cecilia Nordenson och Jeff Wennerlund menar att det fortfarande är otydligt hur just arbetad tid som överstiger 40 timmar ska registreras utan flexavtalet. Ännu saknas riktlinjer för vad som räknas som övertid



och inte. Och sådana tar tid att ta fram, menar Cecilia Nordenson.

Många oklarheter

– Det absolut största problemet i det här är hela osäkerheten i processen. Vad gäller egentligen? Vem ska jag prata med? Hur ska jag registrera? I vilket läge? Det tycker jag är jättebesvärligt, säger hon och fortsätter:

– Vi har uppmanat medlemmarna att de måste vända sig till sin chef om de inte kan gå hem när arbetsdagen är slut och fråga om de beordras övertid. Gör de inte det så ska de fråga hur de ska lösa situationen, utan övertid.

Jeff Wennerlund berättar att en av anledningarna till att han själv gick med på att avtala bort övertidsersättning när han anställdes som specialist var just det generösa flextidsavtal som

fanns i Lycksele. – För oss i Lycksele har det här inneburit en ordentlig försämring. Vårt flextidsavtal medgav 100 flextimmar och det som översteg det åkte in i jourkompen. Det kanske inte var det bästa systemet, varken för oss eller arbetsgivaren, men ingen tid försvann. I Skellefteå vet jag däremot att många struntade i att registrera flextid för att slippa se hur mycket tid som brann inne, så kanske kan det här vara positivt för dem om de är på hugget med registreringen.

För just problemet med att tid försvinner ser varken Cecilia Nordenson eller Jeff Wennerlund kommer att lösas med det nya regelverket. Även för den nya kategorin tid finns ett tak, och möjligheterna till att kunna ta ut ledig tid har inte förändrats.

Fortsättning nästa uppslag >>>

”4 700 timmar försvann på ett år”

– Ett av problemen med flexidsavtalet var att regionen begränsade premisserna för att ta ut ledighet så mycket att det inte var möjligt i praktiken. Det gjorde att vi förlorade väldigt mycket tid i flexen. På ett år försvann sammanlagt 4 700 timmar för Västerbottens läkare – det är 2,5 tjänst i tid, säger Cecilia Nordenson och fortsätter:

– Det här kommer inte göra att vi kommer till rätta med det här. Bara att det kommer att vara svårare att följa hur mycket folk jobbar. Inte heller arbetsgivaren kommer att ha en aning om hur mycket obetald övertid vi kommer att jobba, vilket man kunde se i flexen tidigare. Det är ett riktigt allvarligt problem.

– I sak är vi självklart inte emot att man i regionen jobbar mot att vi ska



kunna rymma verksamheten inom 40 timmars arbetsvecka – idag är vi många som inte har det så – men vi tycker att det finns oklarheter kring i princip samma saker som med flexen, säger Jeff Wennerlund (bilden).

Inför att flexidsavtalet skulle sägas

upp uppmanade Västerbottens läns läkarförening medlemmarna att ta ut all inestående flexid i ledighet innan årsskiftet.

– Det gick sisådär med det, vi är flera stycken som eventuellt kommer att förlora en del flex. Även om arbetsgivaren gick med på att föra över lite mer tid till jourkompen, säger Jeff Wennerlund och fortsätter:

– Och nu när vi har försökt ta ut all ledighet som flexid så stiger jourkompotten istället. Jag vet också en del som har haft semester som har brunnit inne för att man istället tagit ut flexid som ledighet. Vi vill få till ett system som fungerar – så att vi inte känner att vi jobbar gratis.

Anna Sofia Dahl

Brita Winsa, hälso- och sjukvårdsdirektör:

”Vi vill gå över till en bättre schemaläggning som motsvarar verksamhetens behov bättre”

Enligt Brita Winsa, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Västerbotten, fanns det flera olika skäl till att flexidsavtalet togs bort.

▼ Dels handlade det om att regelverket inte var tillräckligt tydligt, dels om att det användes på olika sätt inom olika verksamheter – och då inte alltid som det var tänkt. Också att det fanns en ”brokighet av regelverk som överlappade varandra”. Men framförallt pekar hon dock på vikten av att använda läarkompetensen på rätt sätt.

– Läkarna är oerhört viktiga i vården, men vi ska också vara medvetna om att läkares kompetens är den dyraste kompetensen vi har. Därför ser vi, som ansvariga för våra skattepengar, att vi har ett ansvar att också använda den på bästa sätt – det vill säga att läkarna ska finnas på plats när verksamheten behöver det, säger hon och fortsätter:

– Vi vill gå över till att ha en bättre schemaläggning som motsvarar verksamhetens behov på ett bättre sätt – bättre planering och styrning.

Men på de mindre sjukhusen kan det vara en specifik doktor som har den specifika kompetens som behövs. Hur ska det lösas?

– Då måste vi se över om det finns något vi kan ta bort för att avlasta personen med, så att man kan använda tiden till den spetskompetens man har. Och går det inte på något annat sätt så blir det övertid.

Brita Winsa håller med om att man var ”lite sena” med att skicka ut handboken och att den kritiken är befogad.

Om det är oklart hur man ska registrera sin tid, hur ska ni då ha koll på hur mycket medarbetarna arbetar?

– Det måste vi skaffa oss och det utgår jag från att vi kan göra. Sen lär vi oss på vägen också, tänker jag.

Anna Sofia Dahl

Dolerin®

paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

Ingår i
läkemedelsförmånen*

▣ Paracetamol och ibuprofen i **EN** tablett

▣ Snabbare och överlägsen smärtlindring vid akut smärta^{1,2} jämfört med motsvarande dagliga dos av paracetamol eller ibuprofen**.

För mer information besök vår hemsida www.dolerin.se

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

1. Dolerin® Produktresumé. 2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010). *Gäller 50 förpackningen (80,06 SEK) AUP april 2020.

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-2021-01-18

INTE BEHANDLAR DU VÄL ALLA DINA FLIMMERPATIENTER LIKA? Vi är alla olika, välj LIXIANA® - för dina äldre patienter



INGA SIGNIFIKANTA LÄKEMEDELS-
INTERAKTIONER MED CYP450-ENZYMER

<10% metaboliseras via CYP3A4/5¹

DOKUMENTERAD EFFEKT- OCH
SÄKERHETSPROFIL¹

40% av patienterna i ENGAGE-TIMI 48 var ≥ 75 år*

ENKEL DOSERING
- EN TABLETT OM DAGEN¹

Med eller utan mat

ENDA FAKTOR XA-HÄMMAREN I ENDOS MED FÄRRE ALLVARLIGA BLÖDNINGAR** JÄMFÖRT MED WARFARIN

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 11/2020. **INDIKATIONER:** Profylax av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), samt profylax av reciderande DVT och LE hos vuxna. **KONTRAINDIKATIONER:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller rygggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, rygggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysmer eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. **GRAVIDITET OCH AMNING:** Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor. Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Patienter med NVA med ökad kreatininclearance. Samtidig administrering av Lixiana och acetylsalicylsyra hos äldre patienter ska användas med försiktighet på grund av en potentiellt högre blödningsrisk. **Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se.**

Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis. *n=21 105. N-tal inkluderar patienter som behandlades med warfarin och Lixiana i lagdas. **p=0,0009. Lixiana i lagdas (15 mg) är inte godkänd för behandling. 1. SPC Lixiana 06/2020 2. Kato et al. J Am Heart Assoc. 2016;5: e003432. Copyright © 2021 Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB SE-OC-00068 09/2020

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

MSD
msd.se



	Finns flexavtal?	Taket4	Golvet	Avstämning	Vad händer med överstigande flex?	Vad händer med flexskuld?	Går det att ta ut flex i önskad omfattning?	Övrigt
Värmland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal i ungefär tre år.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Minus 10 timmar.	▼ Tre gånger per år.	▼ Tid över plus 40 timmar försvinner.	▼ Flexskuld på mer än minus 10 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej, men olika på olika kliniker. Bra att kunna ta hela dagar i flexledighet.	
Uppsala	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2008.	▼ Plus 50 timmar.	▼ Minus 15 timmar.	▼ För läkare är avstämningsperioden tre månader.	▼ Tid över plus 50 timmar bortfaller.	▼ Flexskuld på mer än minus 15 timmar leder till löneavdrag.		▼ Många kliniker har beslutat att inte ha flextidsavtal. Och vad som gäller skiljer sig åt mellan klinikerna, exempelvis om det är möjligt att ta ut
Stockholm								
SLSO – Stockholms läns sjukvårdsområde	▼ Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2014.	▼ Plus 15 timmar.	▼ Minus åtta timmar	▼ Var tredje månad.	▼ Tid överstigande 15 timmar bortfaller utan ersättningsrätt.	▼ Flexskuld på mer än minus åtta timmar leder till löneavdrag.		▼ Om arbetstagaren sökt om flexledigt, men inte fått den beviljad eller fått den indragen på grund av verksamhetsskäl kan arbetstagare som hamnar över plus 15 timmar vid avstämningen få föra över motsvarande antal timmar till nästa avstämningsperiod.
Karolinska universitets-sjukhuset	▼ Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2011.	▼ Mellan plus 20 timmar och 40 timmar, beroende på vilken överenskommelse som gäller i verksamheten.	▼ Mellan minus tio timmar och 20 timmar, beroende på vilken överenskommelse som gäller.	▼ Tre gånger per år.	▼ Tid över flextaket bortfaller, plussaldo under taket överförs till nästa avstämningsperiod.	▼ Minussaldo under maxvärdet regleras via löneavdrag.		▼ Tyvärr används flex istället för övertid alltför ofta. I vårt avtal är dock skrivningarna kring flexen starkare och mer fördelaktiga än den möjlighet att få tid för tid som en bortskrivning av övertidsrätten ger. Det är ändå en positiv möjlighet för våra medlemmar att ha viss flexibilitet som möjliggör dagislämning mm. Där medlemmarna väljer (på APT) vilken flexram som ska gälla, väljs nästa alltid den största ramen.
Södersjukhuset	▼ Har haft nuvarande flextidsavtal i cirka tre år.	▼ Varierar. Det finns fem alternativa gränser, där SÖS läkargrupper använder två av dessa. Då är antalet timmar maximalt 15 respektive maximalt 30.	▼ Minus tio timmar.	▼ Var tredje månad.	▼ Överskjutande flex ska enligt överenskommelse diskuteras mellan chef och medarbetare och en plan ska upprättas för att ta ut de överskjutande timmarna.	▼ Händer inte att läkare har flexskuld, men om någon slutar och har minus så dras det från lönen. Om det skulle hända får man nog arbeta in tiden.	▼ Nej.	▼ Att upprätta en plan för överskjutande flex "glöms" ofta bort och flexöverskottet försvinner. Facket har nu drivit flera fall och man är mer uppmärksam nu.
S:t Göran	▼ S:t Göran har inget flextidsavtal för läkarna.							
Sörmland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2006.	▼ Plus 20 timmar.	▼ Minus 20 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Tid över plus 20 timmar försvinner, men går in som ATL-tid.	▼ Flexskuld på mer än minus 20 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej.	▼ Flexen innehåller även övertid för de som avtalat bort rätt till övertidsersättning. Avtalet är under revidering, bland annat vill läkarföreningen få in en tydligare skrivning kring chefens ansvar att se till att flex inte stryks.
Östergötland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2005.	▼ Plus 50 timmar.	▼ Minus 20 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Inget får strykas. Plan om hur flextiden ska rättas till ska göras efter samtal mellan anställd och chef.		▼ Nej.	



	Finns flexavtal?	Taket4	Golvet	Avstämning	Vad händer med överstigande flex?	Vad händer med flexskuld?	Går det att ta ut flex i önskad omfattning?	Övrigt
Västra Götaland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2010 (för de stora förvaltningarna).	▼ Plus 40 timmar.	▼ Mellan minus 10 och minus 20 beroende på förvaltning.	▼ Mellan tre och fyra månader, beroende på schemaperioden.	▼ Tillåten plusflex överförs till nästa period, men överskjutande tid försvinner.	▼ Flexskuld på mer än minus 10 till minus 20 (beroende på förvaltning) leder till löneavdrag.	▼ Enligt avtal får inte medarbetare ta ut flex hela dagar, utan enbart halva dagar (fyra timmar). Kan kombineras med till exempel jourkomp, semester i timmar. Ledigheten måste godkännas av ansvarig chef. Under semestermånader (juni-augusti) får man inte ta ut flextid. Många läkare inte har möjlighet att flexa senare än starten av arbetstiden eller lämna arbetet tidigare, varför det i flextiden gömmer sig många timmars övertidsarbete. Om man inte hinner ta ut dessa timmar försvinner de vid avstämningen i svarta hålet. Det vill säga att det är många övertidstimmar som jobbats gratis. På många av regionens sjukhus har specialistläkarna inte rätt till övertidsersättning inskrivet i sina egna lokala avtal. Dessa liknar ofta ramavtalet.	
Jönköping	▼ Ja.	▼ Plus 15 timmar.	▼ Minus 15 timmar.	▼ Tre gånger per år.	▼ Tid över plus 15 timmar försvinner.	▼ Flexskuld på mer än minus 15 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej.	
Kalmar	▼ Ja.	▼ Plus 100 timmar.	▼ Minus 20 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Ingen ersättning för tid över 100 timmar. Inget sker automatiskt, chef och medarbetare har en dialog och gör upp en plan. Så även vid flexskuld.		▼ Vet ej.	
Gotland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2002.	▼ Plus 50 timmar.	▼ Minus 20 timmar.	▼ Varannan månad (ej samma avstämningsperiod som för intjänad komp och beredskap).	▼ Tid över plus 50 timmar faller bort utan ersättning och nollas.	▼ Flexskuld på mer än minus 20 timmar leder till löneavdrag, alternativt regleras mot inestående jourkomptimmar.	▼ Ja.	▼ Vi skulle gärna se att man förlänger avstämningsintervallet och samordnar med avstämningsperioden för intjänad komp efter jour och beredskap.
Halland	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2009.	▼ Plus 30 timmar.	▼ Minus 10 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Överskjutande flextid bortfaller och medför ingen ersättning enligt avtalet.	▼ Flexskuld innebär löneavdrag.		▼ De flesta har god möjlighet att ta ut flex i ledighet. Enstaka timmar och även hela dagar kan tas ut som flexledighet. Det har oftast inte heller varit svårt att få dispens och ta med överskjutande flex till nästa avstämning.
Kronoberg	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal sedan 2018.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Plus 20 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Tid över plus 20 timmar riskerar att brinna inne utan ersättning.	▼ Flexskuld på mer än minus 20 timmar leder till löneavdrag.	▼ Nej.	▼ Att beordra övertid och sedan uppmana att ta ut som flex är enligt flextidsavtalet inte tillåtet.
Blekinge	▼ Nej. Har inget flextidsavtal för läkare. Men de flesta läkare tidsregistrerar. Regionens riktlinjer för medarbete med inlöst övertid gäller för dessa. Avstämning vid årsskifte, timmar över 200 timmar styrks. Medarbetare och chef ansvarar tillsammans för att planera ut ledighet i god tid före avstämningsstidpunkten.				Många medlemmar har svårt att ta ut tidsregistreringstiden i den omfattning de önskar och därför har en del medlemmar över åren ansamlat berg av tidsregistreringstid.			
Östra Skåne	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal i cirka tio år.	▼ Plus 40 timmar.		▼ Årsvis.	▼ Flextid över 40 timmar faller ut vid avstämning om man inte är ledig innan avstämning.	▼ Flexskuld löses enskilt.	▼ Ja.	▼ Viktigast/sämst för oss är att flextiden nollas till 40-nivå, det är skandal.
Nordvästra Skåne	▼ Nej, Har inget flextidsavtal för läkarna vid Helsingborgs lasarett.							
Mellersta Skåne	▼ Ja. Har haft nuvarande flextidsavtal i ungefär tre år.	▼ Plus 40 timmar.	▼ Minus 20 timmar.	▼ Två gånger per år.	▼ Tid över plus 40 timmar förloras i "normalfallet".	▼ Flexskuld på mer än minus 20 timmar ska ersättas i "normalfallet".	▼ Ja.	▼ Finns regionalt avtal i Skåne, men för att det ska införas måste arbetsgivare och fack vara eniga.

Karin Båtelson:

”Både ohederligt och olagligt att arbetad övertid göms i flexsaldon och nollas bort”

Det viktiga är inte hur flex-tidsavtalen ser ut, utan hur det används. Det menar Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

▼ – Flextiden missbrukas av många arbetsgivare runt om i landet och gömmer väldigt mycket missförhållanden på arbetsplatsen, säger hon.

För drygt ett år sedan kunde Sjukhusläkaren berätta om ett stort mörkertal av obetald arbetad tid bland landets läkare. Lokalföreningar runt om i landet vittnade då om dold övertid som göms i flextidsbergen och hur flextiden missbrukas av arbetsgivaren.

Enligt Sjukhusläkarens genomgång av flextidsavtal för läkare runt om i landet skiljer sig både ramar och möjligheterna att ta ut tiden åt. Men många har en sak gemensamt – medlemmarna kan inte ta ut flextid i den omfattning de önskar.

– Och vi vet att det finns arbetsplatser där man systematiskt nollar flextid och då stjälar både tid och lön från arbetstagare. Det är ohederligt, säger Karin Båtelson och fortsätter:

– Flextidsavtal kan vara olika tidsintervall, olika gränser för hur mycket tid man får spara och olika beräkningsperioder. Men allt det där spelar egentligen ingen roll – det som är viktigt är att all arbetad tid ersätts.

Enkelt uttryckt ska flextid fungera som en möjlighet för arbetstagaren att själv förlägga sin arbetstid inom vissa gränser. Däremot ska den inte användas



”Man vet att det är ständigt underbemannade verksamheter som har väldigt mycket flextid och man slår hela tiden i taket och nollas. Det är dubbelfel”, säger Karin Båtelson.

om ”du får stå kvar på en operation eller är kvar på mottagningen efter arbetstidens slut”.

– Flextiden är en möjlighet för dig som arbetstagare och övertid är något du inte kan styra själv. Det är viktigt att inte förväxla flextid med övertid. Om du stannar kvar mot din vilja för att arbetet kräver det eller att du är ambitiös och vill ställa upp så ska det verkligen inte gömmas i flextiden, säger Karin Båtelson.

Även för de som har ”bortkryssad

”Arbetsgivarens missbruk av flextiden gömmer väldigt mycket missförhållanden på arbetsplatsen”

övertidsersättning” är det viktigt att registrera övertiden på rätt sätt.

– Bara för att du har skrivit bort din ekonomiska ersättning har du inte skrivit bort att du har 40 timmars arbetsvecka. De timmarna ska inte gömmas i flextidssaldot. Är det övertid ska det ersättas som övertid, eftersom det inte är på arbetstagarnas villkor.

Karin Båtelson påpekar att arbetsgivare med verksamheter där arbetstagare gång på gång slår i flextidstaket måste se över både bemanning och arbetets innehåll för att undvika att det händer igen. Och framförallt att de är skyldiga att möjliggöra så att all arbetad tid kan registreras på rätt sätt.

– Det står i arbetstidslagen att arbetstid ska registreras. Om man då skyller på att tidsberäkningssystemen inte tillåter det så får man helt enkelt göra om det systemet. Man kan inte bara strunta i arbetstidslagen, säger hon och fortsätter:

– Arbetsgivaren ska kunna redovisa hur många timmar man har arbetskraft och av vilken sort. Och det vet man inte idag, eftersom flextiden hela tiden nollas och inte registreras någon annanstans.

Anna Sofia Dahl

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

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

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. 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.

”Läkarkårens kompetens måste tillvaratas bättre”



Rofida Ghazvinian,
specialistläkare i internmedicin
och ST-läkare i gastroenterologi på SUS
i Malmö.

Hälso- och sjukvården i Sverige utsätts av regionerna för en okvalificerad uppgiftsglidning, som innebär att vi inte längre kan erbjuda medborgarna högkvalitativ vård. Fler och fler arbetsuppgifter som tillhör läkaryrket tas över av andra yrkeskategorier inom vården – med ursikten att läkarna på så vis avlastas och i sin tur kan utföra mer specialiserade uppgifter.

Det är otvetydigt så att läkare, generellt sett, har ett medicinskt ansvar och en högkvalificerad utbildning som gör dem till naturliga ledare inom sjukvården. Därmed har chef- och ledarskap inom sjukvården med rätta setts som en viktig uppgift för just läkare.

Som läkare genomgår vi en universitetsutbildning på 5,5 till 6 år för att därefter ytterligare vidareutbilda oss för

Regionerna utsätter sjukvården för okvalificerad uppgiftsglidning som gör att medborgarna inte erbjuds högkvalitativ vård

legitimering, följt av en specialisttjänstgöring i 5-8 år. Därefter arbetar vi som specialistläkare i 5-7 år och kvalificerar oss för att erhålla en överläkartjänst under 20 år innan vi slutligen går i pension.

Läkarnas utbildningstjänster är alla reglerade av Socialstyrelsen, med krav ställda både på tjänstgöring och kurser. Ingen annan vårdutbildning är lika omfattande eller på samma sätt centralt reglerad. Idag krävs det dock bara en kort tilläggsutbildning för en sjuksköterska eller biomedicinsk analytiker för att få tillåtelse att utföra en läkares arbetsuppgifter.

Sjuksköterskor lämnar således sina sedvanliga uppgifter inom omvårdnad, det de är utbildade till att utföra, för att överta läkares arbetsuppgifter såsom diagnostik och behandling eller sätts i chefspositioner.

En tydlig trend ses; inom svensk sjukvård pressas läkarna till att allt mer gå ifrån kliniskt arbete. Individuell vård och behandling, dvs patientcentrerad medicin, ersätts av rutiner och enkla genvägar. Sakta skalas de genom åren påbyggda kunskaper vi har med oss från läkarutbildningen och genom arbetslivet bort.

Det besynnerliga i den här situationen är att samtidigt anställer regionerna läkare för att utföra sjuksköterske-

uppgifter. Samtidigt som vi har läkare som får sätta PVK och administrera läkemedel, finns det endoskoperande sjuksköterskor som bidrar till att våra ST-läkare inom gastroenterologi får minskad möjlighet att påbörja sin endoskopiutbildning.

Ett annat exempel är biomedicinska analytiker som utför och svarar ut ekokardiografier – istället för att ST-läkare i kardiologi gör det.

Vi ser fler och fler högre chefspositioner som intas av annan vårdpersonal än läkare. Även inom detta område förlorar nu läkarna mark, och andra yrkeskategorier inom vården – såsom sjuksköterskor – bemannar viktiga chefspositioner. Detta samtidigt som vi dagligen tar del av larmrapporter om brist på kvalificerade sjuksköterskor för vårduppgifter – vilket, som bekant, är en av huvudanledningarna till att vårdavdelningar inte kan hållas öppna. Därmed har Sverige intagit den minst sagt generande positionen som bland de sämsta i klassen vad gäller minst antal vårdplatser per capita bland OECD-länderna.

Det som händer är att vi har tillåtit uppgiftsglidning i Sverige som inte är gynnsam för patientsäkerheten eller samhället i stort. Det påverkar vårt vårdplatsläge, vår progression i karriären från underläkare till specialistläkare och det minskar efterfrågan av medicinsk kompetens inom viktiga områden inom sjukvården, som till exempel i högre chefspositioner.

Uppgiftsglidning ska ske under tätt samarbete med läkarkåren eftersom det inte bara är mellan yrkeskategorier som det här fortsätter att ske, utan även när det gäller AI och digitalisering, samt mellan de olika specialiteterna. Vårt medicinska ansvar och vår kompetens ska tillvaratas i alla led inom sjukvården.



Illustration: Mats Nilsson

För sex år sedan visade Sjukhusläkarens genomgång att det saknades tusentals specialister runt om i landet. Då bad vi de olika specialitetsföreningarna att blicka framåt fem år och ge en framtidsprognos för tillgången av specialister.

Men blev det som man tänkt – har det gått framåt eller bakåt för specialisteten?

HUR SER DET UT IDAG?



Sjukhusläkaren kommer i tre delar visa hur tillgången ser ut idag, vilka utmaningar som finns och vad man inom varje förening skulle vilja se för eventuella åtgärder. Men också hur pandemin har påverkat olika specialiteter.

Sidorna 24-37 >>>



• Missa inte heller våra resor tillbaka i tiden inom specialisternas värld tillsammans med vår ciceron, läkaren Stig Andersson, författare av boken "En kamp för livet: Sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid".

Sidorna 38-41 >>>

I del 1 berättar följande specialitetsföreningar om sin situation:

Svensk Lungmedicinsk Förening
Svensk Kirurgisk Förening
Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin
Svensk Förening för Palliativ Medicin
Svenska Neurologföreningen
Svensk Förening för Nuklearmedicin
Svensk Plastikkirurgisk Förening
Svensk Rättsmedicinsk Förening
Svensk Reumatologisk Förening
Svensk Förening för Otorhinolaryngologi,
Huvud- och Halskirurgi

Vad är IPF?

Lungfibros är en lungsjukdom där frisk lungvävnad omvandlas till stel ärrvävnad. Symtomen kommer ofta smygande och de vanligaste är torrhosta och andfåddhet vid ansträngning.

Rökning är den vanligaste riskfaktorn, men i många fall av lungfibros finns ingen känd orsak. Detta brukar kallas idiopatisk lungfibros (IPF).

Förkortningen kommer från engelskans idiopathic pulmonary fibrosis. Idiopatisk betyder att orsaken är okänd, "pulmonary" är engelska för lungor och fibros betyder att det bildas ärrvävnad.

IPF är en sjukdom där symtomen blir allt mer påtagliga med tiden, men med nya behandlingsmöjligheter kan sjukdomsförloppet bromsas och livskvaliteten förbättras hos de som drabbas.

På lungfibros.se kan du läsa mer om idiopatisk lungfibros (IPF). Skanna QR-koden, så kommer du direkt till sidan.

Lungfibros.se

För dig som vill veta mer om sjukdomen idiopatisk lungfibros (IPF)



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm



För sex år sedan svarade Svensk Lungmedicinsk förening att den som ropade högst fick mest resurser. Och fortfarande saknar föreningen en fungerande samordning, både regionalt och nationellt, för att dimensionera antalet ST-tjänster efter framtida behov.



Saknas fortfarande regional och nationell strategi för att säkra antalet specialister

Redan för 15 år sedan påtalade Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) vikten av att planera för framtiden. Då såg man att stora pensionsavgångar fanns att vänta, men ingenting hände.

▼ Idag ser läget något ljusare ut och åldersfördelningen inom specialiteten är något jämnare.

Men behovet av att tänka långsiktigt är ändå lika aktuellt. Inom fem år kommer ungefär var fjärde specialist i lungmedicin att ha gått i pension och inom allergologin, vilka lungmedicinare ofta har ett tätt samarbete med, är ungefär hälften av specialisterna 60 år eller äldre. Det kräver planering redan nu.

Saknas fungerade samordning

– Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionerna dimensionera antalet ST-tjänster efter framtida behov, men det har inte funnits någon samordning som har fungerat – varken nationellt eller regionalt. Vi är ett litet land och vi har en behovsprövad skattefinansierad sjukvård. Då måste man ha en strategisk plan och en samordning, säger Cecilia Bredin, verksamhetschef medicinsk

enhet Lung- och allergisjukdomar på Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande för SLMF.

Hon tar ett exempel från sin egen region – Stockholm – där man sedan en tid tillbaka har en övergripande ST-studierektor, med mandat att hålla i både pengarna och dimensioneringen av ST-tjänster.

– Vi har en jättebra dialog och träffar henne två, tre gånger per år. Det är tack vare henne som vi nu har kunnat få fem nya ST-tjänster i regionen. Det är den här typen av övergripande struktur som behövs för att komma till rätta med problemen. Men man får bråka, det kommer inte av sig självt, säger Cecilia Bredin och fortsätter:

– Här i Stockholm har vi inget problem med att rekrytera ST-läkare, det finns många sökanden. Däremot kan vi inte anställa om det inte finns budgetmedel. Vi får helt enkelt inte anställa så många som vi behöver för att vår specialitet ska överleva och klara generationsskiftena.

Situationen och karaktären på utmaningarna skiljer sig åt runt om i landet och Cecilia Bredin påpekar att det bara är de som leder verksamheterna, studierektorerna och schemaläggarna som kan ha detaljkoll på hur återväxten och pensionsavgångarna ser ut i varje region.

Skulle vilja ha nationell statistik

– Det kräver god framförhållning för att inte hamna i ett läge där det finns

väldigt många patienter, men ingen kompetens. Jag tror att det behövs nationell statistik, specialitet för specialitet, med en analys och en puff till regionerna att se över hur deras behov ser ut. Besluten bör dock fattas på region- eller på sjukhusnivå, eftersom det är så komplexa bedömningar.

För två år sedan gjordes en genomlysning av den akademiska bilden för lungmedicinare med hjälp av SLMF:s statistik. Den visade att det inom lungmedicin endast finns 19 aktiva professorer eller lektorer med docentkompetens i Sverige. Och även bland dem är medelåldern hög.

– Om vi ska kunna bygga ny kunskap och forska behöver vi locka nya docenter som kan bli professorer i framtiden. Och då måste vi utbilda fler specialister, eftersom det bara är en liten andel av dem som blir docenter.

Hjärt-lungfonden finansierar strategisk satsning på "docentskola"

– Inom SLMF kommer vi under våren att lansera en "docentskola" inom lungmedicin och allergologi som finansieras av Hjärt-Lungfonden. Det är en strategisk satsning från vår sida för att specialisterna ska kunna finnas kvar.

Vad pandemin och den nya kategorin av patienter med post-covid-19-problematik kommer att innebära för specialister inom lungmedicin är det ännu svårt att sja om. Att arbetet för lungmedicinare runt om i landet har påverkats

Inom fem år kommer ungefär var fjärde specialist i lungmedicin att ha gått i pension och inom allergologin, vilka lungmedicinare ofta har ett tätt samarbete med, är ungefär hälften av specialisterna 60 år eller äldre.



Lungmedicinarna ställs nu inför nya stora utmaningar med alla nya post covid-19-problem. Vad det exakt kommer att innebära är svårt att sja om, menar Cecilia Bredin, men än att det är säkert att det kommer att kräva ett multiprofessionellt omhändertagande av dessa patienter.

råder det dock ingen tvekan om.

– Det är en utmaning i hur vi ska kunna hjälpa patienter med post covid-19-problem, eftersom vi inte vet varför de har kvarvarande symtom och organpåverkan. Och det tar mycket resurser att hantera de här patienterna, även om de

inte är en jättestor grupp just nu. Men det här är en utmaning för hela vårdapparaten och inte enbart för oss. Det krävs multiprofessionellt omhändertagande för att kunna hjälpa denna patientgrupp.

Anna Sofia Dahl

Lungmedicin

▼ Svensk Lungmedicinsk Förening har cirka 600 medlemmar, varav cirka 400 är läkare och resten associerade medlemmar. 2015 sänkades det ungefär 100 specialister. Idag finns det fortfarande en brist på specialistläkare i lungmedicin, men åldersfördelningen för att klara av ett pågående generationsskifte ser något bättre ut. Om fem år har 25 procent av alla specialister i lungmedicin gått i pension.

Har det gått framåt eller bakåt?

Svårt att säga under pågående pandemi, möjligen något bättre åldersfördelning för att klara pågående generationsskifte.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, det finns fortfarande en brist på specialistläkare, några orter klarar verksamheten med hyrläkare. 25 procent av alla lungmedicinare är 60 år eller äldre. Och 50 procent av alla allergologer, vilka vi arbetar tillsammans med i hög utsträckning, är över 60 år. Det finns också bara 19 aktiva professorer eller lektorer med docentkompetens i Sverige, där medelåldern också är hög.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Den medicintekniska utvecklingen har hjälpt oss. Det finns nya metoder för att få upp större bitar vävnad ur lungan och för att komma åt områden där man inte ser direkt med ögat under bronkoskopi. Men ny teknik kostar pengar och det tar tid att lära upp de som ska hantera den. Det behöver finnas en kritisk massa med specialistläkare inom lungmedicin för att ta hand om ny teknik och vårda och utveckla den på ett bra sätt.

Vi har också fått nya biologiska läkemedel för svår astma som kan förändra livet för patienten med ökad livskvalitet, färre exacerbationer och minskat behov av kortison i tablettform.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om fem år har 25 procent av alla specialister i lungmedicin gått i pension. Det behövs också tillräckligt med specialister som blir docenter för att fylla behovet på den akademiska sidan. Om budgetmedel tillskapas för att anställa fler ST-läkare i lungmedicin motsvarande kända pensionsavgångar ser framtiden ljus ut, annars inte.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Det behövs nationell statistik med tillhörande analys och puff till regionerna att se över sina behov. Det tar många år att utbilda nya specialister och bedömningarna behöver vara riktade efter behov. Det krävs en övergripande struktur, även om besluten bör ligga regionalt, och samordning av ST-tjänster och budgetmedel som täcker behovet. Sökanden till ST-tjänster finns det gott om.

SLMF kommer inom kort att lansera en satsning på "docentskola" för att öka intresset och kunna ersätta alla professorer som går i pension. Vi gör även extra satsningar på utbildning, fortbildning och nationell utlysning av lungmedicinskt forskningsanslag för klinisk forskning för våra medlemmar.

Idag finns både för många och för få kirurger



”Uppdraget måste renodlas så att kirurgerna används rätt”

Idag är antalet kirurger både för få och för många. För att bli rätt antal och se till att de får tillräckligt med tid vid operationsbordet måste uppdraget renodlas.

▼ – Fler och fler anställs för att sköta det som inte är vårt grunduppdrag, det vill säga operera och sköta om patienterna i anslutning till operationen, säger Linus Axelsson, överläkare vid kirurgkliniken på Blekingesjukhuset och ledamot i Svensk Kirurgisk Förening. Man kan ha en föreställning om att

kirurger opererar hela dagarna, men riktigt så ser verkligheten inte ut enligt Linus Axelsson. Utöver arbetet med de patienter som faktiskt hamnar på operationsbordet vårdar kirurger på många håll i landet även andra typer av patienter – så som palliativa patienter och cancerpatienter där kirurgi inte är aktuellt. Och i de flesta delar av landet är det dessutom kirurger som bemannar akutmottagningarna.

– En gång i tiden var till exempel de patienter som drabbats av cancer i magen våra och den typen av organisation lever kvar på många mindre orter. Det är samma sak på akuten – en del av

de patienter som söker är kirurgiska patienter, men även många andra hamnar hos oss. Någon måste ju ta hand om dem och vi har inget system med en gatekeeper i Sverige, säger Linus Axelsson.

Sett till grunduppdraget utbildas det idag för många kirurger för framtiden. För samtidigt som det antalet fortsätter att öka har paradoxalt nog antalet patienter som behöver opereras gått åt andra hållet.

– Vi opererar inte lika mycket idag, men blir samtidigt fler som ska dela på kakan. Och det oroar oss att den regelbundna återkommande operativa trä-

ningen krymper hela tiden. Det är inget akut läge, men vi måste börja fundera på hur man ska bryta trenden.

Samtidigt är lösningen inte så enkelt att bara minska antalet ST-läkare för att alla på så sätt ska få en större del av nämnda kaka. För att kunna hitta rätt balans mellan antal kirurger och möjlighet till träning måste man börja i rätt ände – att renodla uppdraget.

– Jag förstår att vi alltid kommer att behöva gå nattjour och vi har inga tankar om att vi inte ska träffa patienter på vårdavdelningar eller delta i akutverksamhet. Det är lätt att man hamnar i diskussionen om att vi bara vill operera och göra glass-

görat, men det handlar inte om det. Det handlar om att patienterna ska få ett så bra utfall som möjligt. Och då måste vi fokusera på att kirurgernas uppdrag är utformat så att man har den träning och erfarenhet som är nödvändig för att man ska kunna bedriva högkvalitativ kirurgisk verksamhet. Det andra får inte vara på bekostnad av det, säger han och tillägger:

– Det jag kan vara rädd för är att man helt sätter stopp för nästa generation kirurger och inte anställer någon ST-läkare alls. Då har vi ett åldersglapp där

Fortsättning nästa sida >>>

Kirurgi

▼ Svensk Kirurgisk Förening har 1 471 aktiva (varav 564 kvinnor) och 344 pensionärer medlemmar. För sex år sedan fanns det ingen generell brist på kirurger och man spådde balans gällande antalet specialister framåt. Idag har antalet kirurger ökat och det utbildas generellt för många i förhållande till pensionsavgångar och antal operationer som utförs. Dock finns brist inom vissa områden, så som kärlkirurgi.

Har det gått framåt eller bakåt?

Både framåt och bakåt. Antalet kirurger har ökat. Idag finns det främst brist inom vissa områden, som tex kärlkirurgi. Det finns också brist på specifik erfaren kompetens på vissa enheter.



Varför framåt? Man har anställt ett stort antal ST-läkare i kirurgi sedan flera år, utan motsvarande pensionsavgångar. Antalet specialister i kirurgi ökar därmed. Däremot ökar inte antalet operationer i någon omfattning.



Varför bakåt? Kärlkirurgin och även urologin har varit svårare att rekrytera till under många år, bland annat då det tidigare krävdes att man blev specialist i kirurg också. Numer är både kärlkirurgi och urologi basspecialiteter.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Generellt utbildas idag för många kirurger i förhållande till hur många som går i pension, och hur många operationer som utförs. Inom kärlkirurgin finns däremot en brist.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

ST-läkare i kirurgi anställs inte alltid främst för att utbildas till operatörer i kirurgi, utan för att hantera den generella arbetsbördan på kirurgkliniker där patienter med även andra åkommor också vårdas.

En annan förändring är nya riktlinjer om att olegitimerade ej får gå jour längre. Då anställs ST-läkare i kirurgi för att täcka jourlinjer, utan ett egentligt behov av fler opererande kirurger.

Centralisering av viss kirurgi har också förändrat arbetsuppgifterna, då utbytet av patienter mellan sjukvårdsenheter kräver mycket administration.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om inte situationen förändras kommer det att finnas ett alltför stort antal kirurger i förhållande till antalet operationer som behöver utföras. Det riskerar att leda till mindre erfarna kirurger som i sin tur leder till försämrad kvalitet på kirurgin. Det betyder dock inte att antalet kirurger går att minska, om inte arbetsuppgifterna förändras, då arbetsbördan för många kirurger är väldigt hög.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

En del av de arbetsuppgifter som idag utförs av kirurger men som inte berör just kirurgi bör tas över av andra läkare som är tränade för just detta uppdrag. Patienter med cancersjukdomar som ska opereras på högspecialiserade sjukhus behöver heller inte utredas av en kirurg inom t ex länsjukvården. På det sättet kan man anpassa utbildningstjänsterna till ett verkligt behov av opererande kirurger.

„Sker det ingen förändring riskerar vi att de som blir kirurger blir otränade eller att de inte blir kirurger alls“

ingen som är född på 90-talet blir kirurg och hamnar till slut i samma situation som för ett antal år sedan då det fanns en brist på många ställen.

Om det inte sker en förändring tror Linus Axelsson att det finns två alternativ – att de som blir kirurger riskerar att bli otränade eller att de inte blir kirurger alls.

– Då har vi ägnat energi, upplärning, tid och pengar på något som de aldrig kan bli. Det är samhällsekonomiskt dystert och dystert för individen.

Det är samtidigt långa väntetider till många operationer. Hur går det ihop med att det inte finns en tillräckligt stor kaka?

– Delvis beror det just på att vi inte gör rätt saker, vi är upptagna med annat när vi borde ägna åt oss kirurgi. Och vi är inga solospelare, utan teamspelare, och då hjälper det inte om vi har ett överskott på 20 läkare. Finns det inga operationssjuksköterskor kan vi inte operera. Och finns det inga vårdplatser kan vi inte operera.

För att komma till rätta med allt mycket av kirurgernas tid går till annat än kärnuppdraget tror Linus Axelsson att det krävs en utveckling av till exempel den palliativa vården och onkologin. Också av akutläkarnas uppdrag.

– Men det är en svår fråga. Vi i Svensk Kirurgisk Förening har diskuterat den med våra verksamhetschefer och studierektorer, men varje region måste jobba med frågan var för sig och alla har olika förutsättningar. Ett steg i rätt riktning tror jag var att man underlätade för de som ville att bli akutläkare. Jag tror att man behöver titta på fler sådana steg, till exempel på hur man ska komma till rätta med bristen på onkologer.

Att centralisering skulle vara svaret på att få tillräckligt med volym anser Linus Axelsson är ett fyrkantigt sätt att se på det.



– Kirurgi är ett hantverk där man använder olika kartor. Man ska inte ge sig in på okänd mark, men basalt för att bli en duktig kirurg är att man opererar mycket av flera olika saker egentligen. Särskilt om man ska sköta akutkirurgin. Dessutom har den tekniska komplexe-

ten ökat och kräver mer träning, det räcker inte med att du kan utföra öppen kirurgi idag.

Anna Sofia Dahl

Covid-19 och många erfarna som slutar är de stora utmaningarna

.....REHABILITERINGSMEDICIN.....



Inom fem år har i stort sett alla ämnesföreträdare och professorer i rehabiliteringsmedicin gått i pension. Därefter finns ett stort glapp till de som ska ta över posterna.

▼ – Generationen under professorer är inte riktigt flygfärdiga professorsämnen ännu. Man diskuterar om man ska försöka få in folk från exempelvis Finland eller Holland istället, och det är ingen rolig situation. Dessutom går även ett antal äldre specialister på viktiga överläkartjänster i pension, som kommer att vara svåra att ersätta, säger Kristian Borg, professor och överläkare vid Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm och ordförande för Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin.

Att det finns "ett hål i systemet" tror han, i alla fall delvis, beror på att många färdiga specialister under en period valde att ta olika jobb utanför specialiteten – till exempel på Försäkringskassan eller inom företagshälsovården.

– Det har dränerat ett gäng i "mellanposition" i vår specialitet. Varför de valde att välja sådana jobb vet jag inte, men jag tror att vi skulle behöva kunna svara upp mot sådana erbjudanden både lönemässigt och karriärmässigt.

Däremot är tillgången till ST-läkare i rehabiliteringsmedicin god, menar Kristian Borg. Och det trots att man i den nya läkarutbild-

ningen finns med i mindre utsträckning än tidigare.

– Men vi har lyckats flytta fram positionerna, kunnat visa upp oss ännu mer och bli attraktiv som specialitet.

Rehabiliteringsmedicin är en av de specialiteter som i och med covid-19 fått ställa om stora delar av verksamheten. Inledningsvis, när det egna patientflödet minskade, pandemiplacerades många på IVA och infektionsavdelningar. När insikten om att många covid-patienter är i behov av rehabilitering gick man in i en helt annan fas.

Kristian Borg exemplifierar med hur man i Sörmland helt saknade slutenvårdsrehabilitering och fick bygga upp den, hur man i Östergötland tagit över en ortopedavdelning som blivit covidrehabiliteringsavdelning och nu blivit ansvariga för regionens post-covid vård. Och i bland annat Stockholm har man fått extra vårdplatser för just covidrehabilitering.

– Det är en helt ny kategori patienter som har kognitiva störningar som vi inte har sett förut. Det är personer som har jobbat och haft ett väl fungerande socialt liv, men som efter covid har svårt med till exempel minnet, koncentrationen eller att läsa. Det är något som jag aldrig tidigare sett – inte i den här omfattningen och inte för så unga personer, säger han och tillägger att man även inom covidrehabiliteringen under pandemins gång har fått lära sig hur man bäst tar hand om patienterna.

Utöver de mer direkta konsekvenserna av pandemin har den också fört med sig en vårdskuld även inom rehabiliteringsmedicin. Trycket från primärvården med patienter som är långtidssjuka i covid, framförallt de med kognitiva störningar som inte klaras av inom primärvårdsrehabiliteringen, har ökat.

– De patienter inom slutenvården med hjärnskador som har varit inläggande har vi tagit hand om som vanligt, men det finns en sannolikt en eftersläpning i öppenvården.

– Pandemin har påverkat oss på alla plan. Ibland undrar man om inte hela rehabiliteringskliniken på Danderyds sjukhus skulle göras om till covidrehabilitering.

▼ Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin har ungefär 170 medlemmar, men cirka 450 specialister i Sverige.

Har det gått framåt eller bakåt?
Både framåt och bakåt.

➡ **Varför framåt?**
God tillgång på ST-läkare och stort intresse för specialiteten.

➡ **Varför bakåt?**
Stora pensionsavgångar de kommande fem åren och ett glapp ner till de som ska ersätta.

Saknas det specialister inom er specialitet?
Inte idag.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?
Rehabiliteringsmedicin har fått ett mindre utrymme i läkarutbildningen, men vi har ändå lyckats flytta fram positionerna och blivit en attraktiv specialitet.

Hur ser framtidsprognosen ut?
Brist inom fem år, framförallt på den akademiska sidan då nästan alla professorer och ämnesföreträdare går i pension. Finns ett glapp ner till de som ska ersätta. Även många äldre specialister på viktiga överläkartjänster går i pension inom fem år. Men god tillgång på ST-läkare.

Vilka förslag till åtgärder har ni?
För att kunna locka färdiga specialister, som erbjuds andra administrativa jobb, att stanna skulle vi behöva kunna svara upp mot både lönemässigt och karriärmässigt.

Anna Sofia Dahl

Palliativ medicin – en ung specialitet

Behöver mer än dubbla antalet specialister

Den palliativa vården är enormt ojämlig idag

.....PALLIATIV MEDICIN.....



Vissa områden kan erbjuda palliativ vård dygnet runt – andra får i bästa fall klara sig med telefonstöd

▼ – Många, både allmänheten och en del kolleger, saknar tillräckligt med kunskap om vad palliativ vård innebär, vad vi jobbar med, vad vi kan tillföra och när det kan vara bra att koppla in en läkare med specialistkompetens i palliativ medicin, säger Ursula Scheibling, överläkare vid Palliativa Enheten i Västerbotten och ordförande för Svensk Förening för Palliativ Medicin (SFPM).

Idag är 162 av Sveriges läkare specialister inom palliativ medicin. Att däremot ge en exakt siffra på hur många specialister som saknas är svårt, inte minst eftersom det är oklart hur många specialistenheterna det finns runt om i landet. Men uppskattningsvis menar Ursula Scheibling att det skulle behövas mellan 300 och 400 specialister till för att tillgodose alla olika verksamheters behov av palliativ kompetens.

En sak är dock säker: tillgången på specialister inom palliativ medicin skiljer sig enormt mellan olika delar av landet. Ibland även mellan områden inom samma region.

Palliativ medicin är en yngling i specialitets-sammanhang. Det är också den gemensamma nämnaren bakom många av de utmaningar som Svensk Förening för Palliativ Medicin ser. Utmaningar som fått allt skarpare konturer och satts på sin spets under pandemin.

– I vissa områden kan man erbjuda palliativ vård dygnet runt, medan man i andra i bästa fall får klara sig med telefonstöd av en palliativ medicinare. Avsaknad av kunskap om palliativ vård i hälso- och sjukvårdsledning leder till bristfällig förståelse om vilken kompetens som krävs för god vård i livets slutskede.

Det senaste decenniet har det dock kommit mycket ny kunskap om palliativ vård, bland annat om att ett palliativt förhållningssätt inte bara gagnar patienter i livets slutskede utan även långt innan dess.

– Det medför att det finns ett betydligt större behov av oss palliativ medicinare på exempelvis medicinkliniker i ett tidigare skede. Sen behöver inte alla patienter i palliativ fas handläggas av en specialist, men forskningen säger att mellan 20 och 30 procent av de patienterna någon gång under sin sjukdomsfas har haft så svåra besvär eller symptom att det inte räcker med kompetensen som finns inom allmänmedicin, onkologi, kirurgi eller internmedicin. Då behövs det en specialist i palliativ medicin som stöd.

Om ni hade varit två-tre gånger så

många, vilken skillnad hade det kunnat göra för ert arbete?

– Dels hade vi fått en jämnare tillgång till specialister som kan stötta patienter med behov runt om i landet, dels hade vi på ett annat sätt kunnat tillgodose hjälp med symptomlindring i en tidig fas för fler – det vill säga för de som har en obotlig svår sjukdom, men har pågående livsförlängande behandling. Vi hade kunnat göra konsultationsronder på andra avdelningar och vara med i multidisciplinära diskussioner för att kunna lyfta fram vad vi har att tillföra. Det skulle även ge utrymme

för ökad forskning och utbildning i palliativ medicin.

– Som det är nu i de multidisciplinära konferenserna för cancerrelaterade sjukdomar står det ofta i vårdprogrammet att det skulle vara önskvärt om en palliativ medicinare var med, men det är extremt sällan det är det. Då ligger tyngdpunkten ofta på aktiva behandlingsmöjligheter och inte så mycket på symptomlindring eller en diskussion när man kanske inte längre kan förvänta

Fortsättning nästa sida >>>

Ursula Scheibling: "Avsaknad av kunskap om palliativ vård i hälso- och sjukvårdsledning leder till bristfällig förståelse om vilken kompetens som krävs för god vård i livets slutskede".

Foto: Daniel Nestor.

Palliativ medicin

▼ Svensk Förening för Palliativ Medicin har idag 450 medlemmar, varav 162 är specialister. Det har gått både framåt och bakåt de senaste fem åren.

Har det gått framåt eller bakåt? Både framåt och bakåt.



Varför framåt? Palliativ medicin har blivit egen specialitet, stort steg framåt för oss eftersom det har uppmärksammat behov av specialister i landet. Det har tillkommit C-kurser för blivande specialister i Sverige.



Varför bakåt? Vi borde starkare ha verkat för att få till en översikt över antal blivande specialister och pensionsavgångar. Vi har inte lyckats säkerställa succession av professorer och tillsättning av lektorer på grundutbildning där nu kommande pensionsavgångar riskerar att skapa luckor.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, cirka 300-400 specialister.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?
Se ovan.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi ser ett stort behov av specialister för att kunna tillgodose behov av palliativ expertis tidigare i sjukdomsförlopp, för icke-cancerdiagnoser, ett växande antal patienter med kroniska sjukdomar i palliativ fas samt även för utbildning och kvalitetssäkring.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Regionerna bör upprätta behovsanalyser och handlingsplaner för att inrätta fler ST tjänster för palliativ medicin. Vi efterlyser en nationell plattform som gör det möjligt att få överblick över antal ST läkare inom palliativ medicin vilket är en förutsättning för fortsatt behovsplanering. Palliativ medicin måste integreras i större utsträckning i grundutbildningen.

sig att det hjälper och vad man kan erbjuda istället.

Få har väl undgått den debatt om palliativ vård som från och till pågått under pandemin. Enligt Ursula Scheibling brottas man nu inom specialiteten med en hel del negativ påverkan i svallvågorna efter den samma.

– För oss som arbetar med palliativ medicin har pandemin egentligen inte förändrat vårt arbetssätt – hur vi bedömer patienten, patientens behov eller hur vi kommunicerar. Redan innan pandemin fanns det många patienter där en infektion blir ett allvarligt hot för överlevnad, speciellt om det finns en bakomliggande multisjuklighet, och tillfällen då man reflekterar över vad det finns för chans att vända sjukdomsförloppet, säger hon och fortsätter:

– Men pandemin har inneburit att vi

behöver ägna mycket mer tid i början av kontakten åt att förklara vad vi inte är istället för vad vi är. Att vi inte förkortar livet med våra mediciner och att vi inte ger aktiv dödshjälp, så som det har framställts i media.

Hon beskriver hur de som förening har försökt nå fram i

debatten, men att de upplever att kolleger från helt andra specialiteter som gett en felaktig bild av palliativ medicin fått stå oemotsagda.

– Vi som är representanter för palliativ medicin känner en frustration över att media inte har varit intresserade av att veta hur vi ser på det och velat ge en nyanterad bild. Vi känner också en viss besvikelse över att media faktiskt inte kritiskt har granskat påståenden om att palliativ vård är dödshjälp. Även om man inte har sakkunskap så bör man som journalist kanske fråga vilka belägg det finns, eftersom det inte är lagligt i Sverige.

Att informera både allmänheten och kolleger om vad palliativ vård verkligen står för är en fråga som SFPM arbetar hårt med. Också att bli en del i diskussioner som rör området. För även här finns det nackdelar att vara en ung specialitet, man har ännu inte hunnit bli en "naturlig part".

Frustration att Socialstyrelsen inte lät föreningen vara med i diskussionerna om vården av covidpatienter på äldreboenden

Ursula Scheibling berättar bland annat om att man inom föreningen kände frustration då man i ett tidigt skede försökte uppmärksamma Socialstyrelsen på bristerna i det senare hårt kritiserade dokumentet om vården av covidpatienter på äldreboenden.

– Vi fick aldrig vara med i diskussionerna, utan fick dokumentet en eftermiddag och skulle lämna synpunkter senast nästa morgon. Så vi satt ett kvällspass och formulerade vår syn på det. Sen fick vi till svar att de tackade för synpunkterna, men att de kände sig tvungna att lägga ut det direkt utan att ändra något. Vi fick inget gehör, men vårt namn står ändå med som om man diskuterat det här med oss, säger hon och fortsätter:

– Vi behöver samla alla som är engagerade i palliativ medicin och blir en formell nationell remissinstans dit till exempel

Socialstyrelsen kan vända sig. Den här gruppen skulle behöva ha ett formellt uppdrag och mandat att uttala sig om och driva palliativ medicin framåt i Sverige.

I det långa loppet hoppas Ursula Scheibling att den uppmärksamhet palliativ vård har fått under pandemin ändå ska kunna leda till något

positivt.

– Den har väckt en debatt i Sverige och visat vilka brister som finns, men också synliggjort att vi är en egen specialitet. Bland annat har SKR gett palliativregistret ett uppdrag att sammanställa data för att visa hur verkligheten ser ut. Resultat från Palliativregistret visar att patienter på vård- och omsorgsboende generellt har en mycket god palliativ vård jämfört med den palliativa vården patienter erhållit på landets akutsjukhus, säger hon och fortsätter:

– Generellt har man tagit upp många negativa exempel på palliativ vård, men det finns också de regioner där man har insett att man behöver ha ett mycket bättre samarbete mellan palliativ medicin och akutvårdsavdelningar. Där man med kort varsel har infört multidisciplinära ronder där palliativ medicinare är med. Det är positivt.

Anna Sofia Dahl



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE ANMÄLAN ÄR ÖPPEN

Vårens digitala FSL-kurser

Ledarskap

Sjukdomsförebyggande Arbete

Försäkringsmedicin

Läkemedel

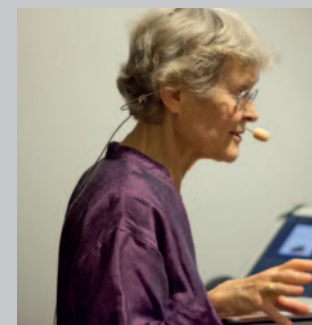
Palliativ Medicin

Likarätt

Välkommen till Malmö Arena
8-10 september 2021



**BÖRJA
LÄNGTA
NU!**



SÖDRA
REGIONVÅRDSNÄMNDEN

SKÅNE

FRAMTIDENSLAKARE.SE

Svenska
Läkarsällskapet

Saknas fortfarande 250-300 specialister

.....ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD.....



Enligt SFAI, Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård, har inte mycket hänt de senaste fem åren som förändrat det tuffa läge som råder. Fortfarande saknar man uppskattningsvis 250 till 300 specialister, trots att intensivvårdens bemanningsproblem varit i fokus. Dessutom finns det nu en oro för hur många som orkar vara kvar i specialiteten efter pandemin.

▼ – Vi vet att det finns sjukskrivna kollegor – dels efter första vågen, men också nu under den andra. Jag tror inte att man kan föreställa sig vilken belastning det är att en verksamhet som redan innan ofta gick på knäna stegar upp ytterligare. Det är klart att det sliter, säger Annette Nyberg, ordförande för Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård (SFAI).

För fem år sedan uppskattade SFAI att det saknades mellan 250 och 300 specialister. Lika många idag. Och

Annette Nyberg spår att bristen kommer att fortsätta de kommande fem åren.

– Visst har det satts ett tydligare fokus på intensivvården och det har tillförts resurser under pandemin, för att man måste. Men så fort den är över kommer vi att återgå till samma besparingskrav som fanns tidigare, säger Annette Nyberg och fortsätter:

– Det finns kliniker där man har haft ST-läkare, men där de av besparingsskäl inte har kunnat anställas som specialis-

ter. Visst, de gör nytta någon annanstans, men det gör att man inte tar in så många ST-läkare som det egentligen behövs. Och i slutändan biter man sig i svansen. Det kostar inte mer att ha fler i tjänst så att personalen kan få den ledighet som de behöver än vad det gör att betala ut ersättning för jourkompensationen. Och vi behöver vara fler för att få en bra arbetsmiljö.

För att komma till rätta med bristen pekar Annette Nyberg och SFAI just på behovet av fler ST-utbildningsplatser. Men också ett ökat stöd från Socialstyrelsen i utbildningen av nya specialister.

– Inom vår specialitet räcker inte Socialstyrelsens SK-kurser (specialistkompetenskurser) för de krav som ställs. Istället är det vår egen specialitet som håller i de flesta kurserna och då är det klinikerna som får betala. Det hade varit välkommet med fler upphandlade kurser via Socialstyrelsen.

I somras skickade SFAI en skrivelse

Behöver statlig hjälp med finansieringen av utbildningen

till Socialstyrelsen, Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet där man beskrev bristen på personal inom anestesi- och intensivvården och dess konsekvenser. Det ledde i sin tur till, vad Annette Nyberg beskriver som, ett "väldigt givande möte".

– De tog till sig det vi framförde, men den processen tar ju tid.

Under mötet lyftes också bland annat vikten av att redan färdiga specialister ska kunna fortbildas. För även på den fronten ser SFAI stora problem.

– Det är jätteviktigt att man har en chans att få ny kunskap, men det har blivit betydligt svårare att få till. Socialstyrelsen delar vår syn, men det gäller ju att det når ner till den verksamhetschef som ska bemanna verksamheten, säger Annette Nyberg.

Pandemin har också gjort att ett antal ST-läkare inom anestesi- och intensivvård, som under normala förhållanden hade blivit färdiga specialister, inte har haft möjligheten att få de



Anette Nyberg: "Man biter sig själv i svansen när man inte anställer ST-läkare på grund av kortsiktiga besparingsskäl."

kurser som behövs för att ta specialistexamen.

Det leder i sin tur inte bara för konsekvenser i arbetet, så som att man som att rollen som specialist är förenat med mer ansvar och en eftersläpning lönemässigt, utan också för privatlivet.

– Om man till exempel vill söka en specialisttjänst på en annan ort så är det inte möjligt innan du fått ditt specialistbevis.

Anna Sofia Dahl

Anestesi- och intensivvård

Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård har omkring xx medlemmar. 2015 uppgav man att det saknades mellan 250 och 300 specialister och att bristen skulle bestå efter fem år. Då ville man se framförhållning, stabila arbetsplatser och fler läkare som chefer som åtgärder.

Har det gått framåt eller bakåt?



Oförändrat.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Samma besparingskrav som tidigare. Trots att intensivvården satts i fokus har inte mycket hänt. Nu under pandemin stegade en verksamhet som på många håll gick på knäna redan innan upp ytterligare.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Samma brist fortsättningsvis.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Fler ST-utbildningsplatser. Mer stöd i ST-kurser. Inom anestesi- och intensivvård håller enskilda läkare till stor del själva i kurserna eftersom SK-kurserna inte är tillräckliga för vår specialitet.

Vi behöver också bli fler för att få till en tillräckligt bra arbetsmiljö. Det är en jourtung specialitet.



5-7 May 2021

THE 3D SURGICON CONGRESS

"Davos for Surgeons"

- on modern needs for Scientifically Validated Surgical Training Methods

More than 40 speakers on 10 Main Topics:

Dean Julie Freischlag, Nobel prize laureate Denis Mukwege, Alberto Breda, Richard Satava, Aaron Cohen-Gadol, Teodor Grantcharov, Julio Mayol, Marlene DeMaio, Mark Bowyer, Steven Wexner, Wakisa Mulwafu, Pernilla Dahm-Kähler, Magnus Kjellman, Johan von Schreeb and Karin Bätelson combined with experts in instructional design like Erno Lehtinen, Jeff Bezemer....

www.surgicon.org

Levetiracetam Orion

levetiracetam

Väljer du det billigaste alternativet?

Levetiracetam måste väljas aktivt vid förskrivning – inget automatiskt utbyte på apotek.

Vid behandling av epilepsi.



ORION PHARMA AB | BOX 85 | 182 11 DANDERYD | ORIONPHARMA.SE

ORION PHARMA

Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx]. Förmån. Som monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. Som tilläggsbehandling vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna, ungdomar, barn och spädbarn från en månads ålder med epilepsi. Som tilläggsbehandling vid myokloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med juvenil myoklonisk epilepsi. Som tilläggsbehandling vid primärt generaliserade toniskloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2020-10-20. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

Omöjligt att rekrytera – många som arbetar med nuklearmedicin är inte specialister

.....NUKLEARMEDICIN.....

▼ Svensk Förening för Nuklearmedicin har knappt runt 200 medlemmar, varav drygt en tredjedel är läkare. För fem år sedan saknades det ungefär 50 specialister och bristen kvarstår på samma nivå, men siffran skulle vara betydligt högre utan kliniska fysiologer och radiologer som arbetar med nuklearmedicin.

Har det gått framåt eller bakåt?
Bakåt.

 **Varför bakåt?** Nuklearmedicinsk verksamhet (främst PET-CT) har utökats kraftigt i landet och att en betydande andel av de läkare som arbetar med nuklearmedicin inte är specialister inom nuklearmedicin. Verksamheterna bedömer att det i princip är omöjligt att rekrytera specialister i nuklearmedicin idag, varför utbildning av ST-läkare är nödvändig.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, uppskattas i nuläget till 50-60 personer, men vi är beroende av att även kliniska fysiologer och radiologer som inte är specialister inom nuk-

learmedicin arbetar med nuklearmedicin. Utan dessa är siffran väsentligt högre.

År 2017 arbetade 196 läkare med nuklearmedicin, endast 37 procent av dessa var specialister i nuklearmedicin. Andelen behöver öka för att säkerställa hög kvalitet inom nuklearmedicinsk verksamhet, inte minst inom metodutveckling, ämnesutveckling och forskning.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Pensionsavgångar. Utbyggnad av nuklearmedicinsk verksamhet över hela landet (främst PET-CT-verksamhet).

Hur ser framtidsprognosen ut?

Med tanke på fortsatt PET-CT-utbyggnad och framtida pensionsavgångar beräknar vi att det kommer att krävas minst 20 nya specialister per år under de närmaste 10 åren.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Radiologiska och kliniska fysiologiska avdelningar behöver vara proaktiva i att rekrytera och utbilda läkare i att även bli specialister inom nuklearmedicin. Vi har initierat årliga möten med chefer inom nuklearmedicin för att diskutera kompetens- och bemanningsutmaningar. Vi planerar för nationellt nätverk för studierektorer

.....ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR.....

Vi närmar oss en överutbildning – men fördelningen i landet är ojäm

▼ Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud och halskirurgi har cirka 920 medlemmar (endast läkare kan bli medlemmar). Det saknades ungefär 50 specialister 2015 och bristen spåddes öka till idag. Då ville man bland annat se en minskning av byråkratiseringen av sjukvården och möjliggöra samtidig anställning inom landstingsdriven och privat verksamhet.

Har det gått framåt eller bakåt?

 Oförändrat. Även om bristen på specialister är relativt oförändrad jämfört med för fem år sedan så ser vi kommande åren en avmattnings och att vi faktiskt identifierat att vi närmar oss en överutbildning av ST-läkare.. Pensionsavgångarna har mötts genom utbildningsinsatser. Fördelningen i landet är ojäm med en tydlig undervikt för region Stockholm till följd av vårdvalet.

Saknas det specialister?

Det saknades 2019 cirka 46 specialister inom ÖNH.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Tillgången på specialister ligger stabilt runt 600 de senaste 10 åren. Det har skett en långsam ökning av antal specialister som fortsätter att arbeta efter 65 år. Antalet ST-läkare som är under utbildning just nu är 200 stycken, ser man tillbaka på den senaste 10 årsperioden har vi ökat antalet ST-läkare med 45 procent.

Hur ser framtidsprognosen ut?

5 år: 185 nya specialister beräknas vara klara i slutet av 2023. Den brist som finns idag samt de som pensioneras under perioden skall ersättas. Beräkningen visar att bristen på specialister kommer att vara 12 vid utgången av år 2023. Det är en förbättring jämfört med tidigare år, dvs behovet börjar mätas.

10 år: Behovet av helt nya ST för nästkommande period 2024 - 2028 har minskat ytterligare jämfört med tidigare år. För perioden behöver vi anställa 104 nya ST för att få full balans 2028. Vi har alltså under lång tid utbildat allt fler specialister inom ÖNH men nu behövs alltså en successiv inbromsning.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Se ovan.

.....NEUROLOGI.....

Kompetensförsörjningen hänger inte med den snabba medicinska utvecklingen

▼ Svenska Neurologföreningen har ungefär 430 medlemmar. 2015 saknades runt 100 specialister och idag uppskattar man att motsvarande siffra är cirka 150.

Intresset för neurologi är stort och det är lätt att rekrytera ST-läkare. Dock är den medicinska utvecklingen inom specialiteten snabbare än vad kompetensförsörjningen hinner med.

Har det gått framåt eller bakåt?
Konstigt nog både framåt och bakåt.

 **Varför framåt?** Det finns ett stort intresse för neurologi. Unga läkare verkar tycka att det är en spännande specialitet. Det är alltså ganska lätt att rekrytera ST-läkare.

 **Varför bakåt?** Återväxten parerar någorlunda pensionsavgångar, men det räcker inte i en specialitet som medicinskt kan göra mer och mer. Specialiteten utvecklas snabbare än vad kompetensförsörjningen hinner med.

Saknas det specialister?

Ja. Cirka 150. En rimlig nivå vore 65 neurologer per miljon invånare.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Medicinsk utveckling inom specialiteten, samtidigt besparingar/uteblivna resurstillskott hos vårdgivarna.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Det är svårt att säga och beror på om vårdbehov eller anslag får styra. Men jag är optimistisk och tror att vi på fem och säkert tio års sikt har betydligt fler neurologer, eftersom huvudmännen kommer att inse behovet.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Jämn och stabil utbildning av ST-läkare. Det går inte att "massutbilda" neurologer – det är en väldigt klinisk specialitet, men vi kan hålla en hög och jämn utbildningstakt. Vi driver också frågan att arbetet med intyg behöver minska – de neurologer som finns ska fokusera på diagnostik och behandling.

”Vårdval och privatisering ett hot mot reumatologin”

.....REUMATOLOGI.....

▼ Svensk Reumatologisk Förening har 430 ordinarie medlemmar. I denna siffra ingår specialister, ST-läkare, pensionärer och andra läkare. För sex år sedan saknades det runt 200 specialister, men spåddes ha minskat till idag. Istället är läget oförändrat, eftersom bemanningen inte klarat av att macha befolkningsökningen. Vårdvalet och annan privatisering bedöms vara det enskilt största hotet mot reumatologin.

Har det gått framåt eller bakåt?

 **Oförändrat**
Antalet specialister som arbetar inom reumatologi (offentligt och privat) och antalet ST-läkare numerärt har ökat under tiden 2015-2020. Samtidigt har det skett en befolkningsökning i Sverige på 600 000 personer. I det perspektivet kan man säga att vi står ungefär oförändrat – vi klarar att matcha befolkningsökningen men inte öka vår bemanning räknat i antal läkare/100 000 inv. Intresset för reumatologi som specialitet är stort.

Saknas det specialister?

Ja, runt 250 specialister. Svensk Reumatologisk Förening (SRF) och Reumatikerförbundet (RF) har bedömt behovet av specialister i reumatologi till 5 specialister/100 000 invånare för att klara tidig upptäckt av reumatisk sjukdom i hela landet och att ge behandling vid kunskapens spets vad

gäller läkemedel och rehabilitering. Detta innebär ett behov av 515 specialister. Vi har idag 272 specialister och 120 ST-läkare. Men cirka 80-90 specialister pensioneras inom 10 år. Dessutom förloras enstaka specialister till läkemedelsindustrin, myndigheter, andra specialiteter, andra uppdrag. Detta innebär att vi med nuvarande takt ökar med 5-10 specialister/år dvs i takt med befolkningsökningen.

Vad har hänt de senaste fem åren som påverkat dagens läge?

SRF har arbetat aktivt med rekrytering och ST-utbildning. Det finns ett stort intresse för specialiteten bland unga läkare. Det har under de senaste 10 åren varit lättare att få till stånd rekrytering av ST-läkare på länssjukhus än på universitetssjukhus. Vi ser också betydande regionala skillnader. Hinder för rekrytering är vårdval och annan privatisering – inom privat sjukvård sker ingen utbildning eller undervisning eller forskning. Dessutom åstadkommer vårdval en snedvridning av patientsammansättningen så att ST blir svårare att genomföra även på de offentligt drivna enheterna. *Detta är det avgjort största hotet mot reumatologin.*

Vårdval medför en prioritering av lättare vård till förfång för kroniska svårbehandlade sjukdomar – helt i strid med lagstiftningen! Vårdval prioriterar den privata vårdgivarens vinst och inte samhällsnytta eller patientnytta eller vetenskap. Sjukvårdsutvecklingen drabbas även av att forskning inte förekommer inom vårdvalsverksamhet.

Centrala ST-medel dvs att ST-medel måste sökas centralt i konkurrens med andra specialiteter skapar ett stelbent system, som inte

tar hänsyn till de naturliga fluktuationer som uppstår i bemanningen. Sålunda har detta medfört att länssjukhusens bemanning ökat, men även att bemanningen vuxit på t.ex. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (där ST-läkarbudgeten ligger inom den reguljära läkarbudgeten). Eftersom reumatologi är en forskningsintensiv specialitet, vilket medför fler forskningsaktiva, är specialiteten beroende av en ständig påfyllning av nya ST-läkare.

Nu slösas mycket offentliga medel bort på privata lösningar såsom vårdval, nätläkare, hyrläkare m.m. Ingen av dessa verksamheter bidrar till utbildning, forskning, undervisning eller handledning. Reumatologi fungerar inte i ett privatiserat vårdvalslandskap.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Mycket hänger på hur svensk sjukvård organiseras framöver. Svensk reumatologi arbetar aktivt med utbildning, undervisning, handledning, rekrytering, forskning m.m. som gör vår specialitet attraktiv. Om privatisering och vårdval kan hållas tillbaka ser framtiden försiktigt ljus ut. Om privatiseringsivrarna vinner ser framtiden mörk ut.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

- Stoppa vårdval/privatisering!
- Att SKR och regionerna arbetar enligt sjukvårdslagen dvs att de svårast sjuka skall prioriteras.
- Lägg ut medel för ST-finansiering direkt ut till enheterna.
- Utbildningsinriktade ansträngningar.
- Ökad forskningsverksamhet på länssjukhus i samarbete med universitetssjukhus ökar ytterligare attraktiviteten för reumatologi på länssjukhus.

.....PLASTIKKIRURGI.....

Estetisk plastikkirurgi ett ständigt problem

▼ Svensk Plastikkirurgisk Förening har ungefär 200 medlemmar. Det finns sju offentliga kliniker i landet och samtliga har ST-läkare. Totalt finns cirka 15-20 ST-läkare i landet.

Saknas det specialister?

Relativt sett saknas det inte specialister inom plastikkirurgin. Brist uppkommer ibland om specialister väljer att gå över till den privata, estetiska plastikkirurgin.

Detta problem har vi alltid haft inom plastikkirurgin och kommer förmodligen alltid ha. Det är svårloöst eftersom vi inte heller kan "överutbilda" för att täcka upp privata marknadens behov, utan utbildar det antal som beräknas behövas inom den offentliga vården.

skapliga underlaget för den valda metoden, som dessutom inte validerats. Därför avstannade tillväxten av antalet rättsläkare åtminstone tillfälligt, särskilt vid ett par av de sex enheterna.

Saknas det specialister?

Med det antal ST-läkare som nu är anställda kommer det inom några få år inte att saknas specialister (förutsatt att inte ytterligare oförutsedda uppdrag av typen "medicinska åldersbedömningar" äläggs rättsläkarna).

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?

Positivt: Regeringens medelstillskott.
Negativt: Regeringsuppdraget angående medicinska åldersbedömningar och den ovaliderade och ur vetenskaplig synvinkel svagt underbyggda metod som RMV valt.

Hur ser framtidsprognosen ut?

En påtaglig ökning av antalet specialister.

Följ med på våra resor tillbaka i tiden!

Följ med oss tillbaka i tiden inom specialiteternas värld!

Vår ciceron är läkaren Stig Andersson från Säfle, författare av boken "En kamp för livet: Sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid".

Stig Andersson är disputerad i medicinsk vetenskap och flitig skribent.

I vår serie om specialiteternas tillstånd berättar Stig om pionjärerna, hur det började och hur man tänkte förr.

Så varsågod, kliv in i hans medicinska tidsmaskin!



.....Lungsjukdomar.....

Kikhosteflygning på 3000 meters höjd

Kikhosta är en besvärlig och mycket smittsam luftvägsinfektion som tidigare orsakade åtskilliga dödsfall hos barn. Ett stort antal folkliga botemedel är kända, exempelvis snäckskal, stomjolk, klöverblad, levande vägglus.

Dess orsak, bakterien Bordella pertussis, upptäcktes 1906. Flera olika vacciner utvecklades från 1920-talet och framåt. Svenska barn fick åren 1954 – 1979 ett helcellsvaccin vars effekt med åren blev allt sämre. Inte heller antibiotika ger effektiv bot.

Dock har erytromycin i tidigt

stadium viss skyddseffekt. Sedan 1996 ingår ett acellulärt vaccin med god effektivitet i det svenska vaccinationsprogrammet.

Kikhosteflygning var en originell behandling som uppkom efter andra världskriget. Det hostande barnet togs upp i ett flygplan till cirka 3000 meters höjd och fick sedan cirkla omkring under en till två timmar. Behandlingsidén gick ut på att det låga lufttrycket skulle hämma hostreflexerna. Så skedde också under flygningen men effekten efter landning lär ha varit kortvarig.

Kirurgi betraktades med ett nedlåtande förakt – inget för en läkare att befatta sig med

.....Kirurgi.....

Den medicinska utbildningen vid de medeltida europeiska universiteten präglades av skolastik. Kunskap inhämtades från de grekisk-romerska och arabiska läkarnas skrifter. Teologi, botanik och astrologi hörde till stoffet.

Kirurgin var urgammal men den betraktades som ett hantverk och därmed med ett nedlåtande förakt. Inget för en läkare att

befatta sig med. Den överläts till barberarna med deras välslipade knivar. Från barberare utvecklades yrket fältskär, viktigt för de många krigsherrarna.

I Sverige stadfästes ett fältskärsskrå 1571 med regler för lärlingar, gesäller och mästarexamen. Fältskärerna var angelägna att markera en gräns mot badmästare och barberare och mot de kringresande "kirurger", som presenterade sig som stensnittare, bråksnidade, okulister eller dentister. De ingrepp dessa hantverkare ägnade sig åt var grymt smärtsamma och farliga på grund av oskicklighet och risk för sår-

infektioner och blödningar.

De fåtaliga läkarna hade också revirproblem, mest med fältskärer och apotekare. Några av dem stiftade 1663 Collegium medicorum och lyckades få kungliga privilegier med bindande föreskrifter, framför allt för andra yrkesgrupper. Collegiet fick rätten att utöva kontroll över fältskärer, badmästare, starrstickare, barnmorskor och apotekare. Med tiden utvecklades det till ett inofficiellt ämbetsverk.

Som motdrag bildade fältskärerna Societetas chirurgicum 1685 och erhöll även de ett kungligt reglemente.

Antagonismen mellan läkare och

kirurger pågick drygt 100 år framåt.

Men utvecklingen medförde att läkarna blev mer praktiskt utbildade och kirurgerna mer akademiskt.

År 1797 upplöstes societeten och kirurgerna gick in i Collegium medicum.

Karolinska institutet öppnades 1811 med syftet att utbilda kirurger för armén. Det fick ett nytt reglemente 1815 och därmed kunde också läkare utbildas på institutet. Utbildningarna smälte med tiden samman, men fältskärsexamen fanns kvar till 1896. En av de sista fältskärerna var Amelia Sterky, den enda kvinnan i yrket.

.....Rättsmedicin.....

Brottslingar förde anatomin framåt

Rättsmedicin har anknytning till kunskapen om människans anatomi. Länges var dissektioner förbjudna, men de förekom illegalt i det fördolda. Senare fick dissektioner göras på avrättade brottslingars kroppar.

Andreas Vesalius' berömda bok om anatomi, "De humanis corporis fabrica", bygger på dissektioner av ett stort antal brottslingar. Dessa fick på så sätt ännu ett straff efter avrättningen.

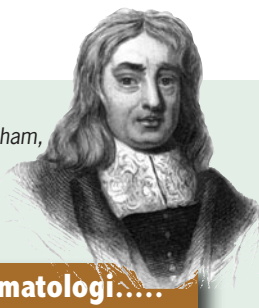
Den svenska provinsialläkarinstruktionen från 1744, som i stort gällde in på 1900-talet, innehöll avsnitt om "medico-legala förrättningar". Vid behov skulle levande kroppar besiktigas, vid vissa omständigheter döda kroppar. Om skäl förelåg skulle rättsmedicinsk obduktion utföras. Då ingick undersökning om "arseniksyrlighet" i fast form förekom.

Under 1800-talet fanns en oro hos myndigheterna för spridning av könssjukdomar. En utbredd föreställning om "degeneration" hade anknytning till syfilis. De kvinnor som prostituerade sig betraktades som spridningshärder, däremot inte deras kunder.

Stockholm införde en "medicinsk reglering" av de "skörlevande" kvinnorna 1847 och en landsomfattande reglering trädde i kraft 1875. Kontrollerna utfördes på ett starkt förödmjukande sätt.

Opponenterna mot reglementet blev allt fler kring sekelskiftet 1900. En framstående sådan var Karolina Widerström, Sveriges första kvinnliga läkare. Regleringen avskaffades 1918 och ersattes ett år senare av "lex veneris".

Thomas Sydenham,
känd som
"Englands
Hippokrates"



.....Reumatologi.....

Ledsjukdomar får trots sin vanlighet liten plats i den medicinska historien. Benämningen "gikt" användes länge som beteckning på ledbesvär av olika typ. Där ingick sannolikhet den sjukdom vi nu kallar reumatoid artrit.

Thomas Sydenham (1624-1689), känd som "Englands Hippokrates", skilde på tre former av ledsjukdom: gikt, reumatism och icke febril reumatism. Han fann att den febrila reumatismen oftast drabbade unga och tidigare friska personer. Den börjar med feber och frossa för att efter några dagar övergå i ledinflammationer som sprider sig till många leder. Reumatism kunde göra folk till krymplingar.

Gikt beskrev han så här: Patien-

Gikt kallades förr "kungarnas sjukdom"

ten vaknar tidigt om morgonen av en smärta som oftast sitter i stortån men ibland i hälen och vristen.

Smärtan är mild i början men växer gradvis och blir så häftig att man inte står ut med vikten av kläder eller skakningarna när en person raskt går över golvet.

Gikt är känd från de antika kulturerna. Genom historien har gikt associerats med riklig föda och överdriven alkoholkonsumtion. Åkomman har därför kallats "kungarnas sjukdom".

Kolchicin var i antiken känt som ett kräkmedel. Den bysantinske läkaren Alexander av Tralles (ungefär 525-605) dokumenterade kolchicin som ett specifikt medel mot gikt. Medlet rekommenderas fortfarande vid akut giktanfall och är därmed ett av våra allra äldsta verksamma läkemedel.

Arvtagare till hospicerörelsen

.....Palliativ vård.....

Så länge människan haft ett medvetande har insikten om dödens oundviklighet funnits med. Memento mori, kom ihåg att du är dödlig, är ett begrepp inom den kristna kulturen, men det har förebilder i den antika grekisk-romerska kulturen och i andra religioner. Inom buddismen, exempelvis, är dödsmedvetandet centralt.

Memento mori-budskapet har burits fram av konst genom århundradena. Det lever kvar i vår nutida kulturs olika konstformer: prosa, film, teater, poesi, bildkonst, musik, dans.

Det anknyter till ars moriende,

konsten att dö. Den är traditionellt i hög grad knuten till religion, i Europas fall kristendom. Men begreppet kan också ha en sekulär innebörd. Den handlar om att försöka skapa sig ett meningsfullt sammanhang av sitt liv, att bearbeta den kommande förlusten av livet, att ta avsked, att acceptera slutet.

Att modern teknologisk sjukvård kan utgöra ett hinder för den sjukes bearbetning av sitt livsslut blev uppenbart i mitten av 1900-talet.

Som en motreaktion uppkom hospicerörelsen med Cecily Sanders som föregångare. Syftet med hospicevården var att göra patientens sista tid så meningsfull som möjligt. Att ge patienten tillfälle att tillämpa ars moriende.

Ide om en "ny människa" – många läkare kom att sympatisera med frisksportsrörelsen och ordinerade dess metoder

.....Rehabilitering....

Ansatser till medicinsk rehabilitering kan spåras långt tillbaka i historien. Gamla kinesiska, grekiska och romerska skrifter, som rekommenderar gymnastik och kroppsövningar för att återvinna hälsa och styrka, har påträffats. Det finns också enstaka europeiska skrifter från tiden efter 1500 om gymnastik som behandling.

"Den svenska gymnastikens fader", Per Henrik Ling (1776-1839) grundade 1813 Gymnastiska centra-

linstitutet för att utbilda gymnastiklärare och sjukgymnaster.

Ling tänkte inte bara på att förbättra styrka och rörelseförmåga. Han tänkte sig att den sjuka eller disharmoniska människans kemiska och mekaniska system hamnat i obalans och att gymnastik kunde vara ett medel för att återställa balansen.

Rörelseövningarna skulle påverka blodflöde och nervimpulser i önskade riktningar. Lings medarbetare och efterträdare Lars Branting utarbetade ett system av rörelser för olika kroppsdelar i olika ställningar.



Per Henrik Ling,
gymnastikens fader.
/Wikimedia
commons.

Kring sekelskiftet 1900 var föreställningen om en

hotande degeneration av befolkningen stark. En motkraft skulle vara ett nytt levnadssätt som gjorde människan mer sund och stark.

En frisksportsrörelse innefattande friluftsliv, regelbunden träning, hälsosam diet och hygien byggdes upp. Företrädarna tänkte sig att "en ny människa" skulle kunna skapas. Många läkare sympatiserade med frisksportsrörelsen och ordinerade dess metoder.

Så tänkte de som upptäckte "ett system av reflexer"

.....Neurologi.....

Edingburgprofessorn Robert Whytt (1714-1766) var den som visade att den lokala muskelreflexen



genereras i ryggmärgen. Han demonstrerade också att pupillreflexen kunde undertryckas genom kompression av den optiska nerven på

hjärnans undersida och att reaktioner som rodnad, mjölkutsöndring, svettning m.m. utlöstes av reflexer.

Hans slutsats var att nervsystemet styr många av kroppens funktioner.

Whytts efterträdare William Cullen (1710-1790) fortsatte i Whytts spår. Enligt Cullen var det "hjärnenergi" som uppehöll livet och att den strömmar ut till kroppens genom nerverna.

Den levande kroppen exciterades ständigt både utifrån och inifrån sig själv. Vid lagom avvägd excitation råder hälsa. Avvikelse i stimuli åt den ena eller det andra hållet medför obalans och därmed sjukdom.

John Hughlings Jackson (1835-1911) är känd för sina epilepsistudier. Han visade att skador i specifika delar av hjärnan gav upphov till olika typer av epilepsianfall. En av hans slutsatser var att kroppens olika delar är representerade i hjärnans bark.

Varje kroppsdel har sina specifika nervceller och att dessa är placerade i



en bestämd inbördes ordning i ett avsnitt av hjärnbarken. Detta gäller både sinnesupplevelserna och de motoriska systemen. Jackson kallade detta "somatotop organisation".

Denna organisation blev principen för diagnostik av skador i hjärnan och nervsystemet. Den innebär att läkaren systematiskt går igenom patientens olika neurologiska funktioner. Om en viss funktion är avvikande kan den kunnige läkaren lokalisera skadan inom nervsystemet.

Källor:

- Roy Porters "The Greatest Benefit to Mankind. Norton & Company, New York 1997. ISBN 0-393-31980-6.
- York, George K. Steinberg, David A. An Introduction to the Life and Work of John Hughlings Jackson. Cambridge Journals, Medical History, Suppl 2007;(26):3-34.
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640105/

Äntligen utredning om medicinskt ansvariga läkare i kommunerna

Med större medicinsk kunskap kan boende snabbt få vård innan akut-sjukvård behövs och också snabbt komma till sjukhus när det är befogat. Socialstyrelsens generaldirektör Olivia Wigzell har fått i uppdrag att utreda om man ska införa ett lagstadgat krav på medicinskt ansvariga läkare i kommunerna.

▼ – Det här har vi arbetat för så länge, säger Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson. Sjukhusläkarna vill dels se en överordnad chefläkare

med ansvar för kommunens hela sjukvårdsverksamhet, dels vill vi se en reglering så att alla boende får adekvat läkarkontakt som MAL. Det kan vara patientens husläkare eller läkare som tillhör boendet, men det viktiga är att alla verkligen får bra kontinuitet och kvalitet.

Redan 2009 skrev Sjukhusläkarna en motion om särskilda kommunöverläkare till Läkarförbundets fullmäktige, som också antogs. Men arbetet har varit trögt tills covid kom.

2020 togs frågan upp igen, tillsammans med Svenska Distriktslä-

karföreningen, med motionen "Fler läkare i äldreården". Sjukhusläkarna skrev också en uppmärksammat debattartikel i SvD om krav på chefsläkare i kommunal omsorg och att införa en nationell reglering för medicinskt ansvariga läkare.

Utredaren ska lämna sina förslag senast den 30 juni 2022.

– Det viktiga är inte att diskutera anställningsform eller att det bara blir en "intention" utan att det verkligen resulterar i bättre medicinsk vård för alla i äldreården, säger Karin Båtelson.

Nytt råd för läkemedel och medicinteknik



Läkarförbundet gör om Rådet för läkemedel, IT och medicinteknik (RLIM) till två råd. Karin Båtelson (bilden) blir ordförande för Läkarförbundets råd för läkemedel och medicinteknik (LLM).

▼ – Allt utvecklas så snabbt och det gäller att kunna

påverka i rätt riktning, säger Karin Båtelson. Hur vi skapar effektivare införanden av nya läkemedel och nya tekniker, finansieringsfrågan, förutsättningar för patienten att få del av alla innovationer och för vården att delta i utvecklingen. Vi samarbetar med beslutsfattare, myndigheter

och andra professionsorganisationer.

Marina Tuutma kommer att leda det nya Digitaliseringsrådet. De båda råden består av fyra ledamöter utöver ordföranden. Alla delföreningar är välkomna att nominera ledamöter och slutligt beslut tas i Förbundsstyrelsen den 18 mars.

Delta på Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 11-12 mars!

▼ Missa inte tillfället att träffa dina kollegor, om än digitalt! Trots att fullmäktige i år hålls via länk kommer vi som vanligt att ha ett varierat program med flera intressanta inbjudna gäster.

Vi vet att vardagen är tuff för många, men ert deltagande är viktigt för oss i styrelsen. Se till att ni fyller era fullmäktigeplatser! Och finns det ytterligare någon medlem som har lust och möjlighet att delta är det välkommet, kontakta i så fall wendela.zetterberg@slf.se.

Minska miljöpåverkan av läkemedel

• I Sverige är avloppssystemen de största spridningsvägarna för läkemedelsrester till miljön. Det saknas krav på svenska reningsverk att ta bort läkemedelsrester, och de kommer därför i stor mängd ut i våra vatten.

Läkemedelsrester hamnar dessutom i avloppsslam, som sedan används som gödningsmedel på våra jordbruksmarker. Vilka läkemedel det gäller och hur stora mängder som sprids på detta vis är delvis oklart, men klart är att vi måste arbeta för att minska miljöpåverkan av läkemedel.

Sjukhusläkarna är aktiva i frågan och på vår webb finns information från Läkare för miljön om vad man kan tipsa sina patienter om.

STYRKA ATT UPPNÅ MER



JARDIANCE® (empagliflozin) minskade risken för kardiovaskulär död och sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt hos patienter med typ 2-diabetes och etablerad hjärtkärlsjukdom*^{1,2}

Jardiance®
(empagliflozin)

Behandling med JARDIANCE:

- Minskade risken för kardiovaskulär död med 38% jämfört med placebo (RRR, ARR 2,2%, p<0,0001)*^{1,2}
- Minskade risken för sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt med 35% jämfört med placebo (RRR, ARR 1,4%, p=0,002)*^{1,2}
- Sänkte signifikant HbA1c, vikt och blodtryck från baslinjen till vecka 24 (HbA1c: -8,4 mmol/mol [p<0,0001]. Vikt: -2,5 kg [p<0,001]. Systoliskt blodtryck: -5,2 mm Hg [p<0,001])*¹

Allt med en tablett, en gång om dagen¹. Och med stöd i rekommendationer och riktlinjer^{3,4}.

*JARDIANCE var överlägset bättre på att reducera det primära sammansatta utfallsmåttet kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke hos vuxna patienter med typ 2-diabetes och kranskärlssjukdom, perifer kärlsjukdom eller tidigare hjärtinfarkt eller stroke, jämfört med placebo. Behandlingseffekten drevs av en signifikant minskning av kardiovaskulär död utan någon signifikant förändring av icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke.^{1,2}

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

²JARDIANCE 25 mg + metformin¹. JARDIANCE är inte indicerat för viktminskning eller blodtryckssänkning. RRR: Relativ riskreduktion. ARR: Absolut riskreduktion.

Referenser

1. JARDIANCE produktresumé, fass.se. 2. Zinman B, et al. N Engl J Med 2015;373:2117-28. 3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. 2017.

4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 4: 2017.

Förskrivarinformation:

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2-hämmare för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte anses lämpligt på grund av intolerans alternativt tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. JARDIANCE kan användas om njurfunktion (eGFR) överstiger 60 ml/min/1,73 m² (ned till 45 ml/min/1,73m² vid pågående behandling). Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om diabetisketoacidosis (DKA). Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. Boehringer Ingelheim AB, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 09/2020.

*Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt.



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



HAN RÄKNAR MED DIG

Familjen räknar med honom.

Hjälp honom att minska risken att drabbas av en ny kardiovaskulär händelse.^{1,2}



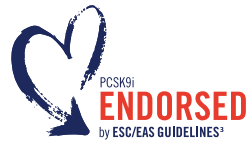
Repatha® minskar risken för kardiovaskulär händelse hos patienter med mycket hög risk, såsom patienter med tidigare hjärtinfarkt som står på maximal tolererbar dos statin och ezetimib.^{1,2}

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

Repatha® (evolokumab) 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 korrigerig 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 kost-omläggning: ■ 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 oktober 2020, se www.fass.se



1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376:1713-1722
2. Repatha (evolokumab) produktresumé, oktober 2020
3. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-88.
SE-REP-0121-00002 januari 2021. ©2020 Amgen Inc. All rights reserved.