

**Miljön
och
sjukvården**

• Sidorna 36-38

AKTUELL PERSON |
Anna Martling

• Sidorna 30-32



**Erik Syk,
patientansvarig
läkare**

• Sidorna 34-35

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 Sjukhusspecialister • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 2/2021

Norrboten 2.833 timmar Sörmland 1.235 timmar

Dalarna 1.445 timmar

Jönköping 7.104 timmar

Uppsala 2.379 timmar

Västerbotten 4.720 timmar

Västmanland Cirka 4.000 timmar

Gotland 1.154 timmar

Kronoberg 2.291 timmar

**Sjukhusläkarens
granskning visar:**

**Regionernas
läkare jobbar
10.000-tals
timmar
gratis varje år**

TEMA

Specialistbristen | del 2



• Sidorna 14-29



– och
mörkertalet
är stort

**Bara drygt hälften av
regionerna kan redovisa
hur många flextimmar som
strukits de tre senaste åren**

• Sidorna 6-13

LEDAREN

Det arbete som inte
kan anstå ska räknas
som övertid och
inte "frivillig flex"

• Sidorna 4-5



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.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®

Bristol Myers Squibb® | Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade 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 (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 hjärklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt produktresumé 11 januari 2021. **För fullständig information och pris se Fass.se.** Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Innovations AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

I DETTA NUMMER:

TEMA | Flex och övertider



Sidorna 6-13

TEMA | Specialiteternas tillstånd



Sidorna 14-29

ÖVRIGT |

- **Ledaren** av Karin Båtelson4-5
- **Aktuell person** | Anna Martling.....30-32
- Rollen som patientansvarig.....34-35

- Miljön och sjukvården.....36-39
- Svensk virusforskning40-41
- Läkarutbildningen.....42-43
- Specialiteternas historia44-49
- Föreningsnytt50

Dolerin®

paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

- 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 och anmälan till webbföreläsningar 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.

Anmäl dig till vår webbföreläsning i maj med smärtspecialisten Peter Dahm.

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, muskelsmärta 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-2021-03-25

Sjukhusläkarna och Sjukhusläkaren gör skillnad

Sjukhusläkarna har just haft fullmäktige och vi har som vanligt stort genomslag för våra frågor, inte minst genom de granskningar och kvalitet som Sjukhusläkaren står för.

Framförallt har Sjukhusläkarens granskande artiklar om Danmarks styrning och tidiga nationella samordning för att hålla igång elektiv vård gjort att allas blickar nu har vänts mot Danmark med mycket media, flera utredningar och granskningar på olika nivåer som följd.

Detta kan förhoppningsvis leda till att vi också kan agera som ett land i Sverige.

Dessutom har vi tagit krafttag mot stress, bristande tid för genomtänkta beslut och möjlighet att kunna ta ansvar hela vägen, frånvaro av fortbildning och belyst vikten av ett nära chefskap med branschkunskap, i vårdens fall medicinsk kompetens.

Våra motioner till Läkarförbundet om betydligt stärkta villkor för stöd och ersättning för covidsmitta på jobbet fick överväldigande stöd i Läkarförbundets fullmäktige, trots att avslag föreslagits.

Kravet från Sjukhusläkarna är att insjuknande i covid ska klassas som arbetskada betydligt enklare och för individen betydligt rättsäkrare än idag. Detta förs nu fram på förhandlingsnivå.

Sätt först på din egen mask, hjälp sedan andra

Sjukhusläkarens uttryck "sätt först på din egen mask hjälp sedan andra" används nu brett när det gäller vårdens professioner både av beslutsfattare och andra professioner, inte minst de som arbetat i den hårt ansträngda covidvården, med en nyvaken insikt om att utan vårdprofessioner ingen vård. Det är ett uttryck som hade varit omöjligt att använda bara för ett år sedan, men som nu antligen har tyngd och giltighet, och fördes fram inte minst i samband med Sjukhusläkarnas framgång i att personal i frontlinjen ska vaccineras inom en högre priogrupp.

Övertid är inte "frivillig flex"

I detta nummer har Sjukhusläkaren fortsatt granskning av flextid. För läkare har det uppstått en mismatch av övertid, flextid och obetald övertid. För andra yrkesgrupper är flextid en möjlighet att planera sin dag utifrån egna förutsättningar med personligt ansvar.

Jag gör färdigt bokslutet på onsdag, kan kontrollern säga, i god tid innan deadline.

Vi jobbar inte så. Vi kan inte säga att jag opererar färdigt på onsdag, för jag ska hämta på dagis idag. Jag

avslutar mottagningen i morgon bitti, dom som är kvar kan nattvanta i väntrummet.

Jag sjukskriver på torsdag, patienten har säkert nån kompis att låna pengar av.

Jag ordinerar medicinerna till den nya patienten på fredag eftermiddag, hoppas hen avled visst.

Nej, jämför inte läkares arbetstid med andra yrkesgrupper, som jurister, ekonomer och ingenjörer.

Sjukhusläkarna är benhårda med att det arbete som inte kan anstå SKA räknas som övertid och inte "frivillig flex".

Blir det för mycket sådana timmar ska de inte heller nollas och försvinna, utan ersättas i pengar eller ledig tid.

Och blir det mer regel än undantag ska ansvarig chef se över bemanning, utbildningsnivå och rutiner.

Ansvarig chef ska kunna kräva av sin ledning att möjligheter ges för att komma tillrätta med detta uppenbara systemfel.

Specialistbrist och arbetsförutsättningar

Sjukhusläkaren har också kartlagt specialistbristen. Staten kan inte styra upp specialistbristen. Det staten kan göra är att styra upp antalet

AT och BT-tjänster och möjligen pressa på regionerna om ST-tjänster. Vi kan utbilda oändligt många läkare helt meningslöst, om de väljer annan bana under eller efter genomförd utbildning. Alla specialiteter har sina upp och nersidor, men det som gör att man sedan blir kvar är att man känner att man har autonomi att göra ett bra jobb, utvecklas, och inte minst har engagerade arbetskamrater och chef.

Det är de lokala klinikerna som har kunskap om specialitetsföreningarnas krav på innehåll, målformulering och handledning för varje läkarspecialitet. Här måste regionerna lyssna på professionen vad som krävs för en bra utbildning och en bra arbetsmiljö där utveckling och patienternas behov tillgodoses utifrån medicinska prioriteringar.

Varje läkare är en stor investering för samhället. Det är en enorm medicinsk utveckling på gång, många fler läkare måste vara i framkant och kunna hantera frågor som ny medicinsk kunskap, etik, finansiering och prioriteringar.

Regionerna är den största arbetsgivaren och har det största ansvaret för att sjukvården blir en utvecklande kunskapsorganisation värd namnet. Det är regionernas uppdrag att se till att det fungerar, men detta måste ske i tätt samarbete med specialitetsföreningarna.



Karin Båtelson
Ordförande i Sjukhusläkarna

BLICKA FRAMÅT

Minska försämringen av lungfunktionen och bromsa sjukdomsutvecklingen nu^{1,2}

OFEV® (nintedanib) – det första och enda läkemedlet godkänt för lungfibros av autoimmun orsak såsom RA-ILD och SSc-ILD.*

Sedan 2015 har OFEV® varit godkänt för idiopatisk lungfibros.¹

*Interstitiell lungsjukdom vid reumatoid artrit respektive systemisk skleros.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé. Fass.se. 2. Flaherty KR, et al. N Engl J Med 2019;381(18):1718–27.

Förskrivningsinformation: OFEV® (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. **Indikationer:** Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF), andra kroniska fibrotiserande interstitiella lungsjukdomar (ILD-sjukdomar) med en progressiv fenotyp och systemisk skleros-associerad interstitiell lungsjukdom (SSc-ILD) hos vuxna. **Kontraindikationer:** Graviditet. Överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. **Varningar och försiktighet:** Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Blödning och tromboemboliska händelser. Amning ska avbrytas. Boehringer Ingelheim AB, tel: 08-721 21 00. **För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén:** 01/2021.

Boehringer Ingelheim

OFEV®
nintedanib

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

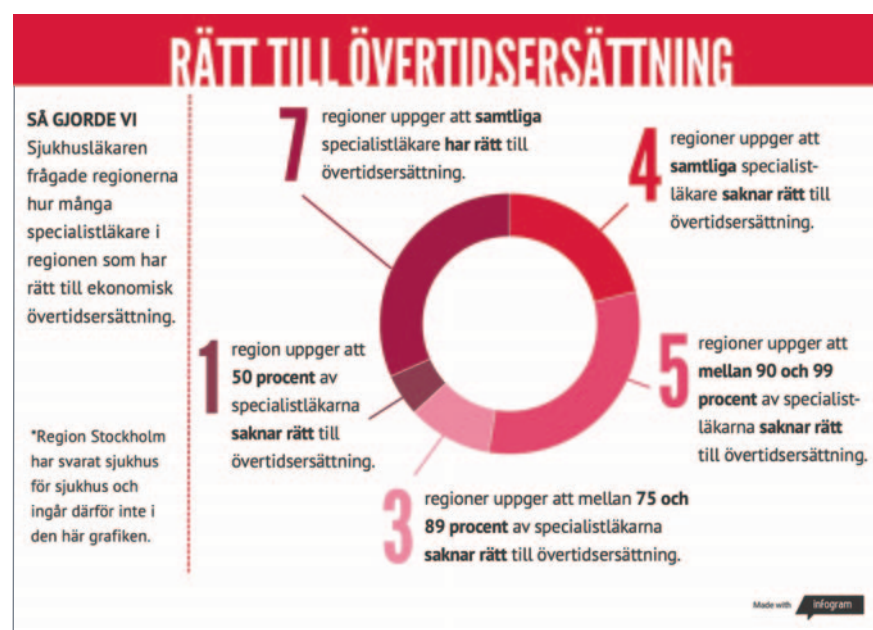
SJUKHUSLÄKARENS GRANSKNING AVSLÖJAR:

Regionernas läkare jobbar 10.000-tals timmar gratis varje år

– och nästan hälften av landets regioner kan inte uppge hur många flextimmar som stryks

Av Anna Sofia Dahl och Malin Gavelin

I det pressade läget under pandemin har frågan om läkarnas dolda övertid blivit mer aktuell än någonsin. Sjukhusläkaren kan nu visa att 10 000-tals överskjutande flextimmar för landets läkare brinner inne varje år. Och då är ändå mörkertalet enormt. Nästan hälften av landets regioner kan nämligen inte redovisa hur många flextimmar som strukits de tre senaste åren – och på många håll kan inte ens facket få klara besked.



▼ Frågan om arbetstid kan anta olika former: normalt, övertid eller flextid.

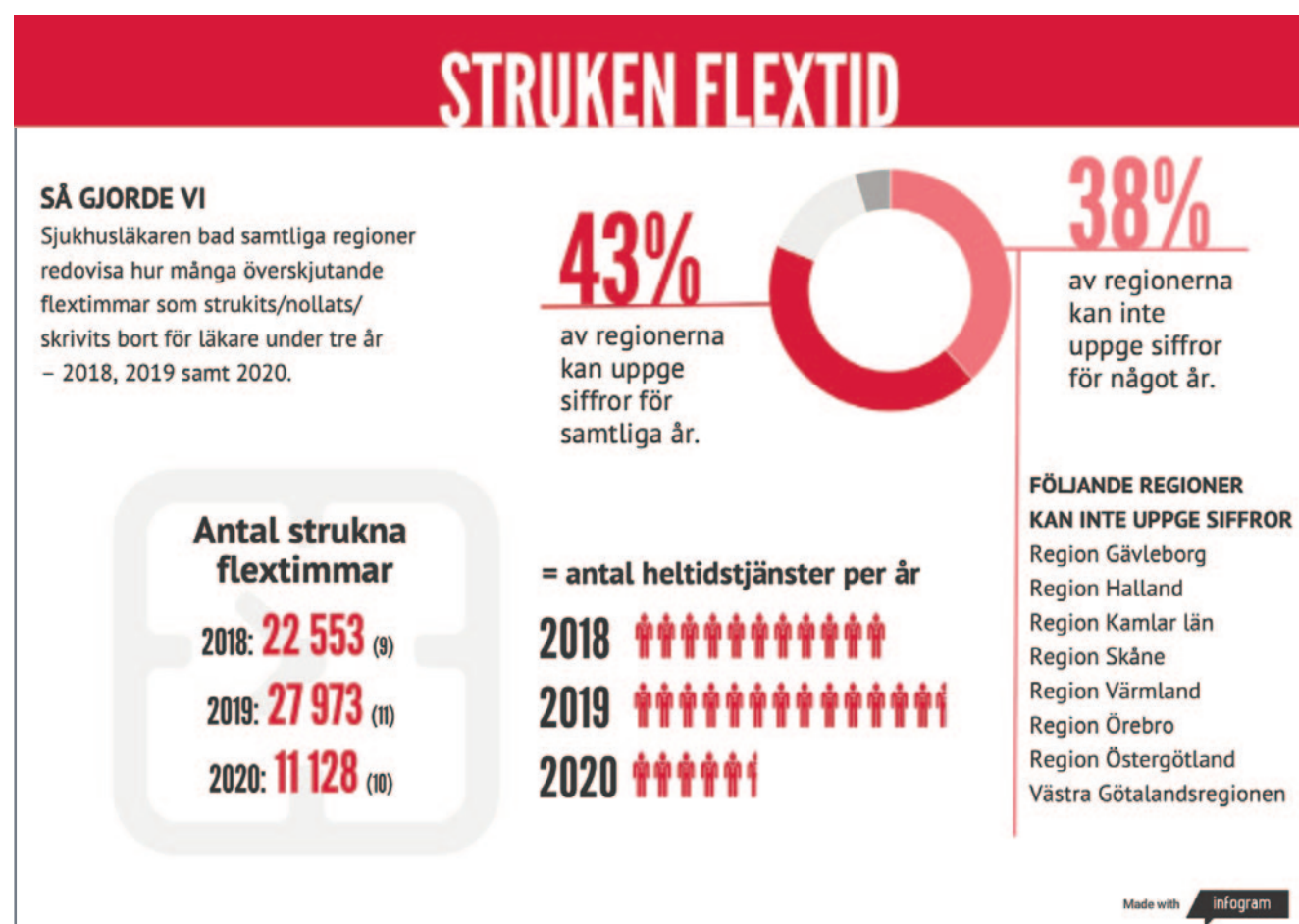
Oavsett vad just den där arbetade timmen kallas har de en sak gemensamt – de ska ersättas med antingen ledig tid eller lön. Men så är inte alltid fallet.

Sjukhusläkaren har tidigare lyft frågan om dold övertid som gömmer sig i flexbergen, och att många timmar vid varje avstämning försvinner i det "svarta hålet". Men exakt hur många flextimmar som förvandlas till gratis övertid över en natt har det varit svårt att få grepp om. Så vi ställde frågan till samtliga regioner.

Det visar sig att åtta av landets regioner inte kan uppge hur mycket av läkarnas överskjutande flextid som strukits år 2018, 2019 respektive 2020. En region kan uppge siffror för ett år och en annan för två år. Och i Region Stockholm är svaren uppdelade sjukhus för sjukhus där vissa, till exempel Danderyd, kan svara och andra inte.

Trots att mörkertalet fortfarande är stort visar regionernas siffror att det 2018 försvann drygt 22 500 flex- timmar. 2019 var siffran knappt 28 000 timmar och under pandemiåret 2020 har över 11 000 flextimmar strukits för landets läkare.

Bland de regioner som kan uppge siffror strök Region Jönköping flest flextimmar – 8 043 timmar 2018



Grafik: Anna Sofia Dahl

respektive 7 104 år 2019. Under 2020 har inga flextimmar strukits med hänsyn till pandemin. Näst mest har Region Västerbotten, som Sjukhusläkaren rapporterade om i förra numret, strukit – 4 622 timmar 2018, 4 720 timmar 2019 och 1 426 timmar 2020 då flextidsavtalet sas upp.

Sjukhusläkaren har också frågat

regionerna hur stor andel av specialistläkarna som har rätt till ekonomisk övertidsersättning.

I fyra regioner saknar samtliga specialister rätt till ekonomisk övertidsersättning. I fem regioner är motsvarande andel mellan 90 och 99 procent. I tre regioner mellan 75 och 85 procent och i en 50 procent.

Det betyder att minst nio av tio specialistläkare i hälften av regionerna saknar rätten till ekonomisk övertidsersättning.

I sju regioner har samtliga specialister i regel rätt till ekonomisk övertidsersättning.

Läs mer – sidorna 8-13 >>>

Jönköping är sämst i klassen

Det är anmärkningsvärt många timmar som har strukits för Jönköpingsläkarna och förklaringen ligger troligtvis i det nya flextidsavtalet. Det menar Bengt Hultberg, ordförande i Jönköpings läns läkarförening, vars region visade sig vara sämst i klassen när det kommer till att stryka läkarnas inestående flex.

▼ – Och käre tid! säger Bengt Hultberg när Sjukhusläkaren når honom för en kommentar kring att hans region visade sig vara den som har strukit flest överskjutande flextimmar för läkarna – både under år 2018 och 2019.

I regionen arbetar cirka 1 300 läkare, berättar Bengt Hultberg. Utslaget per läkare innebär de tusentals strukna flex-timmarna där att nästan en hel arbetsdag per läkare och år förblir obetald, konstaterar han krasst.

– Det är verkligen långt från målet vi har om att inga timmar ska strykas. Vi visste att det fanns den här typen av problem sedan tidigare, framför allt inom den medicinska och kirurgiska verksamheten. Men pandemin och de pausade avstämningarna av flexen har gjort att vi inte har begärt ut flexsaldon från arbetsgivaren de senaste åren, så de här skrämmande siffrorna var nya för mig, säger han.

Huvudproblemet i sammanhanget är det reviderade flextidsavtal som parterna kom överens om för några år sedan, menar Bengt Hultberg. Detta

avtal tillåter endast väldigt låga saldon på plus/minus 15 timmar som sedan justeras tre gånger per år – i januari, maj och september. Detta till skillnad från det föregående avtalet som tillät 30 timmars saldo och endast stämde av två gånger per år.

– Men det står ju faktiskt också i det här avtalet att arbetstagare och chef i god tid innan justeringen sker ska sitta ner och göra upp en plan för hur flex-tiden ska kunna plockas ut. Framför allt för de läkare som ligger väldigt mycket på plus. Man kan också medge uttag utanför ramen om verksamheten tillåter det – både i form av hel- och halvdagar. Dock först efter att man har planerat in sin huvudsemester.

Hur detta efterlevs varierar otroligt mycket, menar Bengt Hultberg. Det finns verksamheter där det här inte alls är något problem – men också enheter inom till exempel medicinsk och kirurgisk vård där det är i princip omöjligt för läkarna att kunna plocka ut lediga timmar.

– Så som vi ser det ska det egentligen inte behöva strykas en enda flex-timme. Det här är arbetad tid och den ska gå att plocka ut med god planering. Sedan har givetvis varje enskild person också ett ansvar att se till så att detta görs.

Enligt Bengt Hultberg får facket dock ytterst sällan, för att inte säga aldrig, in klagomål från läkare som har blivit nekade att ta ut sin flex. Förklaringen tror han kan ligga i att det ibland anses lite genant att inte hinna med sina arbetsuppgifter på utsatt tid.

– Man upplever det kanske som skämmigt att man jobbar väldigt mycket utanför den ordinarie tiden. Man vill inte visa sin chef och andra att man inte hinner med. Vi har haft personer som har åkt in på helgen för att

sköta sina administrativa arbetsuppgifter för att ingen ska märka att de ligger efter. Och så ska det verkligen inte behöva vara!

Men trots att Region Jönköping hade så pass många strukna flextimmar är Bengt Hultberg glad över en sak:

– Vi är ju en region som inte har skrivit bort rätten till övertidsersättning. Så om man står på en operation och normalt slutar klockan 17 men måste vara kvar till 17.30 för att slutföra sitt arbete – då ÄR det övertid. Där bör kollegorna i större omfattning än idag registrera det hela som övertid och inte använda flexen. Annars är faran att man arbetar utan att få någon kompensation överhuvudtaget om det sedan slutar med att man får strukna flextimmar.

Varför tror du att just läkarna i Region Jönköpings län fick flest antal flextimmar strukna i Sjukhusläkarens granskning?

– Det finns nog en diskrepans mellan krav och resurser här hos oss. Vi har inte tillräckligt många läkare för att klara av det jobb som behöver göras och då får folk tråkigt nog jobba oavlönat.

Vad tror du om möjligheten att få till en förändring framåt?

– Det ska ändå göras en revidering av vårt flextidsavtal snart för det finns en hel del felaktigheter så som det ser ut nu. Vår förhoppning är att det då även ska innehålla en åtgärdsplan för att revidera antal strukna timmar och framför allt tydliggöra vad som är flex och vad som är övertid. Jag har goda förhoppningar om att vi ska kunna få till en bra dialog kring det här för vår nytillträdde HR-chef Patrick Nzamba har redan tagit tag i en hel del viktiga frågor under det halvår han har varit i tjänst. Han har visat sig både vara väldigt lyssnande och får saker och ting gjorda.



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

Eliquis® – för både behandling och profylax av djup ventrombos/lungemboli:

- 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.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®

Bristol Myers Squibb | Eliquis® | Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade 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 bryt av antikoagulationsbehandling. Då UFH ges i dagar pådyndning för ett bibehållande av

Mörkertalet är stort

Regioner saknar koll på grund av bristande administrativa system

Sjukhusläkarens granskning visar att åtta av landets regioner inte kan svara på hur många flextidstimmar som strukits under 2018, 2019 eller 2020. Majoriteten hänvisar till bristande administrativa system och en allt för stor arbetsinsats för att manuellt ta fram siffrorna.

▼ En av de regioner som inte kan uppge hur många flexstimmar som strukits är Västra Götalandsregionen (VGR), som också svarar att uppfattningen är att "det inte händer särskilt ofta" och att

kontakt ska tas med lokal företrädare för läkarföreningen innan något stryks.

Men den bilden delar inte huvudskyddsombudet Christina Sjöberg. Tvärtom har fackliga företrädare enligt henne trots tjt och påminnelser inte fått ta del av efterfrågade flexsaldon för regionens specialister.

Hon hör till de överläkare med längst facklig erfarenhet i Västra Götalands läkarförening. När hon får höra vad HR-kontoret svarar på Sjukhusläkarens enkät om i vilken omfattning överskjutande flexstimmar stryks, blir tonfallet bistert.

– Jag kan säga såhär – vi är överens om att ingen statistik förs på det här området. Men i övrigt delar jag inte alls den här bilden av att flexstimmar stryks i väldigt liten omfattning. Åtminstone inte här på Sahlgrenska Universitets-



Christina Sjöberg: "Pandemin har verkligen aktualiserat frågan om vår dolda övertid. Men trots mycket tjtande och påminnelser har jag bara fått ta del av flexlistor från två av sex områden här hos oss."

sjukhuset, säger hon.

Det stora problemet är nämligen att ingen på Sahlgrenska har någon som helst koll på flextimmarnas omfattning, förklarar Christina Sjöberg. Tidsregistreringssystemet Heroma som används i regionen möjliggör helt enkelt inte detta.

– Men ATT flextid stryks förekom-

mer definitivt. Det vet vi via våra medlemmar. På de flesta ställen sker en avstämning var tredje eller fjärde månad. Men eftersom det inte meddelas oss har vi inte koll på omfattningen. Så mörkertalet är stort.

Såhär i pandemitider är läget såklart lite speciellt, understryker Christina Sjöberg. Ett avtal om att inga flexavsträmningar ska göras på grund av covid har signerats, men att se till att det efterföljs är inte det lättaste.

– Pandemin har verkligen aktualiserat frågan om vår dolda övertid. Men trots mycket tjtande och påminnelser har jag bara fått ta del av flexlistor från två av sex områden här hos oss. Bland dem vi har fått in har vi mycket riktigt hittat flera kollegor som ligger över 40 timmar som ju är cut off för när de egentligen börjar stryka ett vanligt år.

Och även om ingenting ska strykas just för tillfället indikerar detta att det döljs en hel del övertid hos läkarna på Sahlgrenska, menar Christina Sjöberg. Dock verkar hennes kollegor på andra ställen i regionen, som till exempel på Skaraborgs sjukhus och på Södra Älvsborgs sjukhus, inte uppleva problemet i riktigt samma omfattning.

– Jag har frågat runt och där menar facket att avräkning sker väldigt sällan. Så det här varierar naturligtvis från sjukhus till sjukhus. Men här på Sahlgrenska är det en annan sak.

Under tidigare skyddsronder inne på An-Op-IVA har facket också kunnat se att ATL-uttaget har varit för stort, men där räknas inte flexen in eftersom den

inte räknas som övertid. Men vi menar att det väldigt ofta är just övertid.

Christina Sjöberg återkommer till det opraktiska systemet Heroma som gör det mer eller mindre omöjligt att registrera övertid om man inte har rätt till det, vilket i princip inga specialister på sjukhuset har.

– Då registrerar ju bara flexklockan det här, men du har ju egentligen rätt till ledighet timme för timme om det är okej för verksamheten. Blir det aldrig registrerat som övertid blir det här naturligtvis helt omöjligt för alla inblandade att hålla reda på.

En del regioner har köpt till en funktion i Heroma som möjliggör registrering av övertid med hjälp av en enkel knapptryckning, berättar Christina Sjöberg. Men trots att facket har efterfrågat detta även inom VGR har det inte blivit verklighet.

Växande problem

– Det är en jättestor fråga för oss hur dåligt det här fungerar. Det vi önskar är ju att vi skulle få ett bättre personaladministrativt system så vi alla kan få en helhetsbild av arbetstiden. Det här blir ju bara ett större och större problem ju mer gränslöst jobbet blir med mer arbete hemifrån och annat. All den tid man lägger utanför sjukhuset på att förbereda presentationer och fundera över lösningar på kluriga patientfall – den blir ju aldrig någonsin registrerad någonstans. Jag tycker att även specialistläkare ska ha rätt till övertidsersättning oavsett vilken lön man tjänar. Det är en gammal

tradition det här att man skriver bort detta när man kommer upp i en viss lön. Detta har gjort att vi inte har någon vana av att registrera övertid för det spelar ju ändå ingen roll. Andra yrkesgrupper har ju en mycket större vana av detta vilket såklart bidrar till att de bevakar sina rättigheter på området mer.

Felaktiga listor i Sörmland

Även i Region Sörmland har facket fått ligga på för att få ta del av läkarnas fullständiga flexsaldon. Ordföranden Marie Engman berättar att hon först fick ut en lista som visade sig vara felaktig.

– Det som är sagt är att all struken flex ska in i ATL-saldot. Vi har försökt få ut listor för att kunna kontrollera att detta verkligen görs för vi litar inte riktigt på det. Och de första listorna vi fick saknade mycket riktigt namnen på en del av de läkare som vi visste hade ett stort flexsaldo sedan innan. Så där har jag fått be om en komplettering.

Egentligen borde regionen ha full koll på flexsaldot via stämpelsystemet, menar Marie Engman. Men eftersom systemet inte verkar vara att lita på har hon fått be arbetsgivaren att gå in och göra manuella körningar.

Marie Engman tycker att arbetsgivaren generellt borde ta ett större ansvar för att se över så varje läkare har möjlighet att lägga ut flexen så den inte ska behöva strykas över huvudtaget.

– Vi har också önskemål om ett högre saldo. De 20 timmar vi har på plussidan och som stryks två gånger per år är ofta otillräckligt.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljumsmiljö utsätter dina ögon för skadligt blå- och ultraviolett ljus. Med tiden kan det skadliga ljuset innebära en ökad risk för ögonsjukdomar som grå starr och åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Skydda dina ögon med marknadens mest effektiva lupp.

Bendent AB | tel: 0769 452 722 | www.bendent.se






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

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: 2021-02-24. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

Så hanterar regionerna flex och övertid

Här är frågorna vi ställde till regionerna

- 1) Hur många överskjutande flextimmar skrevs bort/ströks/nollades totalt för läkarna i er region år 2018, 2019 respektive 2020? (Redovisa gärna svaren år för år.)
- 2) Hur stor andel av specialistläkarna har rätt till ekonomisk övertidsersättning i er region?

1 Region Norrbotten

- 1) 2018: 2 573 timmar
2019: 2 770 timmar
2020: 2 883 timmar
- 2) 652 har rätt till övertid. 91 har det inte.

4 Region Västernorrland

- 1) Inga flextimmar har plockats bort.
- 2) Alla har rätt till övertidsersättning men det är få som arbetar på övertid och registrerar det till lön.

7 Region Värmland

- 1) 2018: Ingen avstämning pga nytt avtal.
2019: Har inte uppgifter tillgängliga på central nivå.
2020: Ingen avstämning/inga timmar reducerades pga pandemin.
* Gällande 2019: Kräver omfattande & resurskrävande manuell hantering att ta fram, med stor risk för bristande kvalitet.
- 2) 10,3 procent

9 Region Örebro län

- 1) Systemet drar per automatik bort det över 20 timmar plus och löneavdrag vid minus. En lista har vid vissa tillfällen under åren gjorts direkt när avdraget görs. I dag finns ingen bra rutin för detta på en övergripande nivå.
- 2) Övertidsersättning är inkluderat i lönen för specialistläkare generellt.

2 Region Västerbotten

- 1) 2018: 4 622 timmar
2019: 4 720 timmar
2020: 1 426 timmar
* Flexid avser hela organisationen.
- 2) Alla specialistläkare har rätt till ekonomisk ersättning, den ingår i totallönen.

5 Region Gävleborg

- 1) Det finns ingen funktion i våra system för att kunna sammanställa statistik på hur många flextimmar som skrivs bort/stryks/nollas då systemet endast visar det i realtid.
- 2) Samtliga specialistläkare har rätt till övertidsersättning.

8 Västra Götalandsregionen

- 1) Detta har vi inte registrerat och sparar i våra system. Det är en fråga som hanteras mellan chef och medarbetare. Enligt uppgift från förvaltningarna sker det inte särskilt ofta. Lokal företrädare för läkarföreningen ska kontaktas innan något stryks.
- 2) 85 procent har det invänt i sin månadslön.

10 Region Västmanland

- 1) 2019: Cirka 4 000 timmar
2020: Cirka 1 500 timmar
* Kunde bara ta fram uppgifter för avstämningarna 2020 och 2019, det finns inte utdrag för tidigare år.
- 2) 100 procent av specialistläkarna har rätt till ersättning för övertid. Om överläkare inkluderas är det 96 procent.

3 Region Jämtland Härjedalen

- 1) Ingen flex nollades under dessa år.
- 2) Alla har rätt till övertidsersättning.

6 Region Dalarna

- 1) 2018: 1 250 timmar
2019: 1 445 timmar
2020: 991 timmar
* Dessa timmar är ytterst preliminära.
- 2) 5,1 procent

11 Region Uppsala

- 1) 2019: 2 378,86 timmar
* Inte tittat om någon fått tillbaka tiden, om hen stämplat korrekt eller om någon tid omräknats till övertid. Kan inte säkerställa att alla läkare finns med i uträkningen.
** Uttag för samtliga år är "en orimlig insats" som måste vägas mot att det är en skattefinansierad verksamhet.
- 2) Huvudinriktning är att de har rätt till övertid.

12 Region Stockholm

- Karolinska**
- 1) Ingen flexavräkning gjord 2020.
 - 2) Antal som har rätt till övertidsersättning har justerats i samband med covid, vilket betyder att 99 % av specialistläkarna har rätt till övertidsersättning.
- Södersjukhuset**
- 1) 2018: 600 timmar
2019: 900 timmar
2020: 750 timmar
 - 2) De har rätt till övertidsersättning.
- Danderyd**
- 1) 2018: Cirka 250 timmar
2019: Cirka 250 timmar
2020: Inga timmar.
Flexavstämningen har pausats under pandemin.
 - 2) Våra läkare är normalt övertidsavlösta och har inte rätt till övertid
- S:t Eriks ögonsjukhus AB**
- 1) Inga flextimmar har "brunnit inne".
 - 2) Endast vid några särskilda tillfällen som läkare arbetar så att de får övertidsersättning.

Södertälje

- 1) Svårt att svara på då detta inte bokförts, men mycket få timmar eller inga alls är bedömningen.
- 2) Drygt hälften.

Capio S:t Görans

- 1) Har inte flexid.
- 2) Alla specialistläkare som arbetar utöver schemalagd normal arbetstid får ersättning enligt avtal.

Tiohundra

- 1) Endast läkarna inom våra psykiatriverksamheter har flex.
- 2) Alla läkare, utöver chefer.

13 Region Sörmland

- 1) 2018: 1 045 timmar
2019: 1 190 timmar
2020: 1 235 timmar
* Läkare alla kategorier Hälso- och sjukvård (ej centrala staberna)
- 2) 23 procent.

16 Region Halland

- 1) Dessvärre möjliggör inte personalsystemet framtagande av uppgifterna.
- 2) Samtliga specialistläkare har rätt till ekonomisk övertidsersättning, bortsett chefer.

19 Region Gotland

- 1) 2018: 1 143,91 timmar
2019: 923,12 timmar
2020: 1 154,61 timmar
* 2020 slöts ett lokalt avtal, där alla flex-timmar över 50+ får sparas som komp.
- 2) Åtta specialistläkare har rätt till övertidsersättning.

14 Region Östergötland

- 1) Justeringar i flexidssaldo genomförs på individnivå i respektive verksamhet. Det är inte möjligt att i det personaladministrativa systemet ta fram efterfrågad data.
- 2) 10 procent

17 Region Kronoberg

- 1) 2018: 3 026,35 timmar
2019: 2 291,84 timmar
2020: 1 187,94 timmar
* Flera har fått tillbaka sina flextimmar.
- 2) Inga specialistläkare har rätt till ekonomisk ersättning.

20 Region Skåne

- 1) Dessa uppgifter går ej att ta fram på övergripande nivå.
- 2) Cirka 50 procent av specialistläkarna.

15 Region Jönköpings län

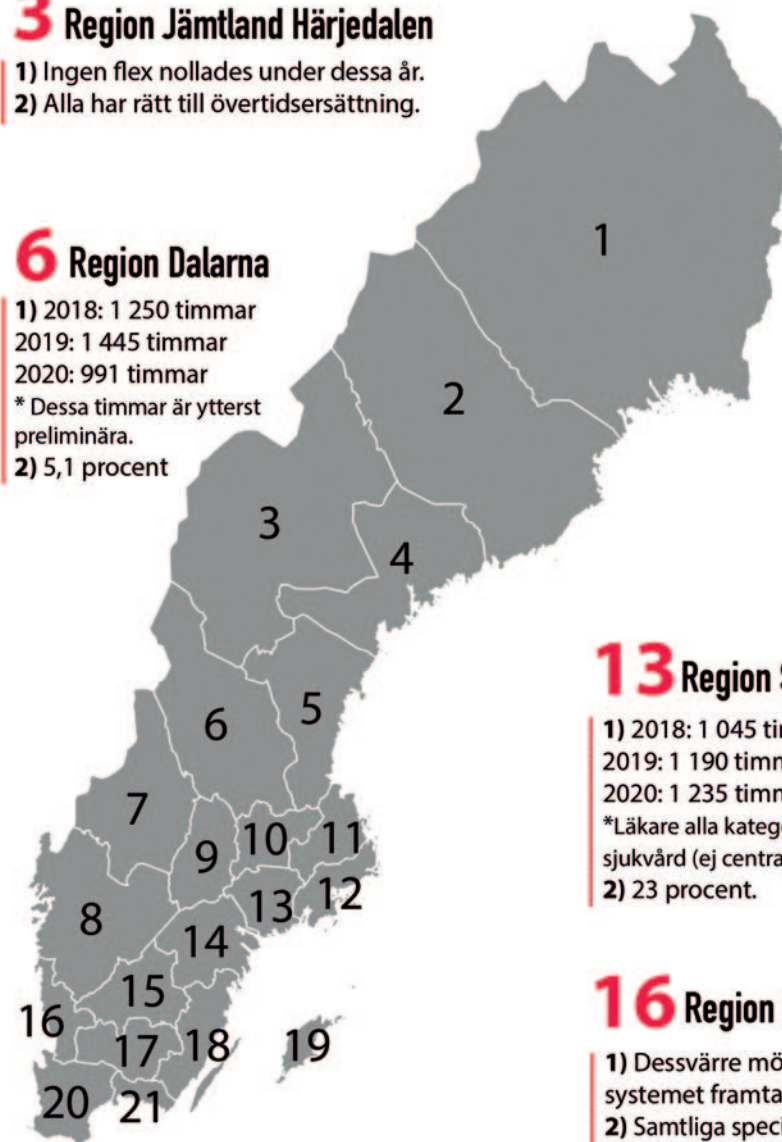
- 1) 2018: 8 043 timmar
2019: 7 104 timmar
2020: Inga strykningar av flex på grund av pandemin.
- 2) Fåtal högre chefer som inte har övertid.

18 Region Kalmar län

- 1) Detta går ej att utläsa på systemnivå. Bedömningen är att det sker mycket sällan.
- 2) Under 10 procent enligt statistik i systemet.

21 Region Blekinge

- 1) Regionen har inget flex-tidsavtal med Läkarförbundet.
- 2) Samtliga läkare har inlöst övertidsersättning.



Av Anna Sofia Dahl

I förra numret inledde vi artikelserien om specialiteternas tillstånd i fyra delar. Här fortsätter vi med del 2.

Miss inte heller Stig Anderssons resor tillbaka i tiden på sidorna 44-49.

.....GASTROENTEROLOGI....

Sverige ligger långt efter

Behövs 100-tals fler specialister för att komma upp i internationell nivå

För att gastroenterologin i Sverige ska komma upp i internationell nivå behövs ytterligare hundratals specialister. Men också krav på att utbildningen ska hålla internationell standard och att varje specialist får ägna arbetet åt rätt saker.

▼ Rofida Ghazvinian, (bilden) specialist i internmedicin, ST-läkare i gastroenterologi vid Skånes universitetssjukhus Malmö och ledamot i Svensk Gastroenterologisk Förening, beskriver hur hon blir gråtfärdig av att jämföra den svenska gastroenterologin med andra jämförbara länders.

– Det som kallas för basal endoskopi i till exempel USA är något som jag aldrig kommer att få samma volym i. Istället sätter de oss på sådant som inte alls har med vår specialitet att göra – så som att vi är på akutmottagningen var sjätte vecka.

Förklaringen tror hon delvis ligger i att gastroenterologin alltid varit en gren av internmedicin, men "inte varit stark nog att driva igenom sina behov".

– På många håll i Sverige är det kirurger som tar hand om endoskopin. Men gastroenterologi handlar inte bara om fingerfärdighet eller att kunna hålla i ett skop. Det handlar om en helhetsbild



Foto: Li Fernstedt

Blir gråtfärdig av att jämföra den svenska gastroenterologin med andra jämförbara länders

som vi gastroenterologer behärskar allra bäst. Utomlands har man förståelse för detta och där ska den endoskopiska verksamheten skötas av gastroenterologer.

Hennes kollega, överläkaren Ervin Toth, har arbetat som läkare i 44 år och i 30 av dem har han haft endoskopi-mottagningen i Malmö som arbetsplats.

Redan när han kom till Sverige som gästforskare i början av 90-talet insåg han att situationen för gastroenterologer i

Fortsättning nästa uppslag >>>

Svensk Gastroenterologisk Förening:

”Det är alldeles för mycket sjukvård som sker utan styrning inom regionerna, eftersom regionerna inte följer våra riktlinjer

Sverige skiljde sig från den i jämförbara länder. Då fanns det runt 100 specialister i Sverige, medan antalet i till exempel Holland och Ungern var minst det dubbla.

– Gastroenterologin, och i synnerhet endoskopin ligger här långt efter andra länder, även de nordiska. Det handlar både om antalet och organisationen, men också kvaliteten. I andra länder utförs i huvudsak endoskopi av gastroenterologer, men så är det inte i Sverige, säger han och fortsätter:

– Volymen för endoskopister i Sverige är ett jättebekymmer. Internationella riktlinjer säger att om du inte gör 300 koloskopier under ett år så ska du sluta göra dem eftersom du då har så dålig kvalitet att det är en patientsäkerhetsfråga. Och många som endoskoperar i Sverige kommer inte upp i det antalet.

En annan fråga som både Ervin Toth och Rofida Ghazvinian återkommer till när de beskriver gastroenterologin i Sverige är kolorektalcancerscreening. Eller snarare avsaknaden av den samma. Många andra jämförbara länder, däribland de nordiska, har för länge sedan infört kolorektalcancerscreening, men i Sverige väntar man fortfarande.

Planen var att införandet skulle ske under 2020, men i och med pandemin har det skjutits upp till i år. I bästa fall. Först måste de långa väntetiderna kapas.

Dessutom menar de att organisationen av den svenska sjukvården försvårar



Ervin Toth:

”Vårdskulden ska bearbetas, men det saknas specialister och det går inte att trolloa”

ett jämlikt införande.

– Hos oss saknas det klara nationella riktlinjer. Varje region får ändå besluta själva om de vill delta eller inte och det finns de som ännu inte sagt ja än, säger Ervin Toth.

Sedan 2014 sitter han med i en europeisk styrgrupp där representanter från

15 länder initierat ett arbete för att förbättra kvaliteten på koloskopin i Europa.

Kravlösheten ett jätteproblem

– När jag representerar Sverige utgår de från att vi har en jättebra sjukvård, men jag skäms ibland över var vår endoskopi ligger generellt. Ibland tittar de på mig och undrar om det jag säger stämmer – att vi inte har ett certifieringssystem, kurser eller strukturerad utbildning. Den här kravlösheten som jag ibland upplever jämfört med hur det ser ut internationellt är ett jättebekymmer. På många ställen kan man börja endoskoperera efter att man har tagit på sig en läkarrock.

Trots att det idag, 30 år efter att Ervin Toth reagerade på det låga antalet gastroenterologer i Sverige, finns dubbelt så många specialister inom gastroenterologi har utvecklingen ändå inte gått tillräckligt snabbt. Samtidigt har uppdraget blivit allt större.

– Det råder en enorm brist i Sverige, så istället försöker man hitta nödlösningar. Och ju större kris, desto mer nödlösningar, säger han.

En av dem menar han blev att utbilda sjuksköterskor till endoskopister – ett beslut som han i Sjukhusläkaren 2009 kallade ”illa övertänt”. Nu har tolv år passerat, men Ervin Toths budskap är det samma.

– Det hade förödande konsekvenser för hela vår specialitet. Vi står nu i en situation där vår specialitet, och framförallt endoskopin, är eftersatt. Och dessa brister har satts på sin spets under pandemin.

Normalt utförs runt 6 000 endoskopier varje år på endoskopimottagningen i Malmö, men under coronaåret har mellan 20 och 30 procent av produktionen fallit bort. De sedan tidigare långa väntetiderna till endoskopiska undersökningar har vuxit sig allt längre.

– Till koloskopi som kräver narkos hade vi, och nu hoppas jag att du sitter ner, längre än ett års väntetid innan pandemin. Patienter som har diarré, oklar sjukdom eller kanske en tumörsjukdom fick vänta i ett år. Det är skandal! Sen har vi SVF:erna. På pappret ska man göra en koloskopi inom två arbetsveckor, men våra väntetider innan pandemin var två till tre månader. Och nu är de ännu längre. Vi låg på marginalen, och sen kom pandemin, säger Ervin Toth och fortsätter:

– Vårdskulden ska bearbetas, men det saknas specialister och det går inte att trolloa. Politiker säger att de ska ge mer uppdrag till den privata vården, men här i Region Skåne utförs redan runt 50 procent av koloskopierna av det privata. Och många av de enheterna har specialister som arbetar inom både det offentliga och det privata, säger Ervin Toth.

Även Rofida Ghazvinian beskriver hur väntetiderna gått från långa till katastrofala och menar att ledningen försöker hitta lösning på situationen.

– Trots att vi har en vårdskuld som byggs på redan långa köer till endoskopi, har man inte kunnat undvara oss gastroenterologer schemaläggning på till exempel akutmottagningarna, för att se till att vi får den volymen vi behöver för att hjälpa till att kapa köerna.

– När pandemin slog till var man tvungen att ta något man aldrig har prioriterat högt och prioritera det ännu lägre. Men vi har både en vårdskuld och en utbildningsskuld. Jag förstår att vi som är ST-läkare behöver hjälpa till med covidpatienter, men när pandemin tar slut måste vi så snabbt som möjligt få återgå till randningar och skyndsamt prioritera utbildningen av våra specialister.

▼ Svensk Gastroenterologisk Förening har 839 medlemmar som är en blandning av både medicinska gastroenterologer och hepatologer samt kirurger.

Har det gått framåt eller bakåt?

Bakåt. Det finns fortfarande cirka 120 ST-läkare vad vi har kunnat inventera fram.



Varför bakåt? Med tanke på att man inför nya uppdrag i vår specialitet, såsom endoskopiska undersökningar och interventioner och går mer mot att med endoskopisk intervention göra det som man tidigare gjort mer kirurgiskt, ökar det behovet.

Med tanke på att vi ska införa kolorektalcancerscreening med endoskopisk metod i Sverige nu ökar behovet.

Med tanke på att vi får fler uppdrag i pankreasjukdomar och övre GI, ökar behovet. Som gastroenterologer har vi även uppdrag i neurogastroenterologiska sjukdomar, vilket är nästintill bortglömt i våra uppdrag inom gastroenterologin i Sverige. Det innebär att vi har ökat behov utan tillgång till tillräckligt med specialistläkare inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi.

Det som borde ha gjorts är:

- Man borde vid varje verksamhet ha sett till att prioritera utifrån gastroenterologins uppdrag och fokuserat på att utbilda färdigt de ST-läkare som finns inom specialiteten, istället för att slösa deras tid på uppdrag som inte tillhör specialiteten.
- Man borde ha haft bättre framförhållning för specialiteten och ansökt om mer pengar för ST-platser för att producera fram fler specialister, särskilt när man visste att vi kommer att ha mer behov av medicinska gastroenterologer som skoperande läkare.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Minst ytterligare 400 specialistläkare inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi, på heltids klinisk tjänst, behövs för att kunna täcka upp behovet idag. Vi kommer att behöva fler specialister om vi ska ha mer forskning, fortbildning och sen ett screeningprogram i Sverige. Vi estimerar att vi behöver 600 specialistläkare inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi. I dagsläget har vi cirka 200.

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

Det är större behov av klinisk forskning och metodutveckling. Vi har i Sverige, relativt till andra länder, för få läkare med klinisk forskning.

På grund av att det finns begränsade möjligheter till klinisk forskning måste läkare ta preklinisk forskning för att ha en anställning inom staten (universiteten) för att få forska.

Vi bör ta mer ledningsansvar och ha fler läkare överhuvudtaget som har chefspositioner, även på

verksamhets- och regiondirektörsnivå, inte bara på sektions- och enhetsnivå.

Vi bör ha fler utbildande läkare, som föreläser för våra läkarstuderanter på universiteten.

Vi läkare måste vara med i den tekniska utvecklingen som sker och se till att AI är till för att underlätta för oss, inte försämra vår arbetsmiljö. Allt det här ställer krav på att vi bör producera fram fler specialistläkare generellt i Sverige.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om vi ska hinna ikapp den medicinska utvecklingen som sker, AI och behovet av högspecialiserad sjukvård på både nationell och regional nivå samtidigt som vi är pressade ekonomiskt, måste vi se till att utbilda våra underläkare till att bli specialistläkare.

Vi måste se till att ha rätt person på rätt plats, både vertikalt och horisontellt: alltså både bland de olika specialiteterna och i de olika karriärstegen. Det är alldeles för mycket sjukvård som sker utan styrning inom regionerna eftersom regionerna inte följer våra riktlinjer eftersom vi läkare (särskilt underläkare) ofta endast ska täcka upp en schemarad.

Många gånger finns det råd från specialistföreningarna om hur man ska vårda patienter med olika diagnoser och hur beslutsvägar ska se ut för behandling, t ex att biologiska läkemedel endast kan ordinerars om man har haft behandlingskonferens med sig och så många specialistläkare på plats. Då kräver det att vi faktiskt har specialistläkare att kunna bedriva en viss vård av viss kvalitet. Förutom detta har vi, som ovan nämnt, behovet av en kolorektalcancerscreening som vi precis ska införa i hela Sverige. Detta är för befolkningen över 65 års ålder. I USA har man infört den för patienter över 50 års ålder och i England diskuterar man liknande.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Svensk Gastroenterologisk Förening arbetar inte med den här frågan i dagsläget, men borde göra det.

Vi måste arbeta med påverkansarbete och se till att verksamheterna värnar om vår specialitet. Vi är aktiva läkare inom stora verksamheter i regionerna och vi måste vara med i prioriteringsarbetet där (om vi nu inte blir chefer, vilket är ännu bättre!).

Det måste ske ett prioriteringsarbete om vi ska börja utbilda våra underläkare till att bli endoskoperande läkare och göra högkvalitativa skopier och bibehålla den praktiska kunskapen.

Våra uppdrag ska värnas om och likställas genom hela landet så att vi erbjuder likvärdig vård. Bevisligen kan inte regionerna samordna sig, därför bör vården ha en statlig samordning. Vi bör då som specialitetsförening kunna påverka nationellt för att ge likvärdig vård i hela Sverige, genom att uppmärksamma politiker, samhället och vår egen kår!

Vårdskulden större än man tror

I en debattartikel i Läkartidningen i december förra året pekade bland annat Ervin Toth och Rofida Ghazvinian på vikten av att också beräkna bortfallet av endoskopiska undersökningar under pandemin.

”En koloskopi är enda sättet att hitta en kolorektalcancer helt säkert, det är enda sättet att ta vävnadsprover och ta bort precancerösa förändringar så att de inte utvecklas till cancrar. När man nu diskuterar vårdskuld har man alltså missat detta mörkertal”, säger Rofida Ghazvinian.



Här kan du som vill forska bli pionjär – här finns inga fotsteg att gå i

Audiologi superhett idag

För grenspecialiteten hörsel- och balansrubbningar är tillhörigheten till öron-, näs- och hals å ena sidan helt naturlig, å andra sidan inte helt oproblematisht.

▼ Att vara en liten grenspecialitet har sina utmaningar när det kommer till rekrytering. Finns det dessutom ganska tydliga skillnader mellan grund- och grenspecialiteten blir knuten ännu svårare att lösa.

– Om man utgår från de fördomar som finns om sjukvården är det få typer av specialister som står längre ifrån varandra än de kirurgiska och de rehab-medicinska. Vi som är rehabmedicinare måste fråga patienten hur hunden mår för att få ett helhetsgrepp, medan kirurgerna vill att det ska vara korta patientbesök och att det ska gå snabbt, säger Filip Lundström, ST-läkare i hörsel- och balansrubbningar på öron-, näs- och halskliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping och ordförande för Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF), och skrattar.

Och även om synen kanske bottenar i förutfattade meningar, tror han att de

olikheterna har försvårat rekryteringen av specialister inom hörsel- och balansrubbningar.

– Man pratar inte så mycket om att vi som läkare är olika som personer, men det är vi ju. Vi som är mer detektiver är helt annorlunda mot de som vill att saker ska hända snabbt. Och när vi ska håva ur dammen med läkare som tycker om det senare blir urvalet begränsat, säger han och fortsätter:

– Vi är glada att kunna ingå i öron-, näs- och halsgemenskapen, men jag tror inte att det har varit fördelaktigt för oss. Det är få som påbörjar sin ST inom önh med målet att bli specialist i hörsel- och balans – det är först när man blir äldre i sin yrkesroll som man inser att det kan vara ett bra alternativ.

Filip Lundström tror också att det finns en problematik i att läkare inte är vana att "behöva prata väl om och marknadsföra vår specialitet". Tidigare har antalet ST-läkare varit så många att det helt enkelt inte har behövts.

– Men läkare som är födda på 70- och 80-talet är inte alltid intresserade av akademiska poäng eller att jobba 80 timmar i veckan. Snarare är det många som hellre vill jobba deltid och få tid till annat. 50 procent av våra ST-läkare gör det och delvis tror jag att det beror på att utbildningstiden är så lång, säger han.

Just på området att synas som specialitet tror han dock att pandemin kan ha fört med sig något positivt för de föreningar som är av modell mindre.

– Vi som är färre människor och har mindre muskler kan dra nytta av att vi under pandemin vant oss vid det digitala. För oss är det svårt att ta ledigt för att vara med i olika sammanhang fysiskt, men det problemet är inte lika stort om det hålls digitalt. I etern kan vi ta lika mycket plats som större specialiteter. Dessutom är vi en väldigt digital specialitet – jag lever i multidisciplinära konferenser hela dagarna.

Filip Lundström menar att det finns en okunskap om vad det innebär att arbeta inom hörsel- och balans. Inte för att kolleger är ointresserade eller okunniga, utan för att specialiteten exploderat de senaste åren.

– Vi kan rehabilitera på ett helt annat sätt med hörapparater nu – vi kan faktiskt återskapa ett sinne, vilket är få specialiteter förunnat. Utvecklingen går i en rasande hastighet.

Och det blir ännu mer spännande, enligt Filip Lundström, om man är intresserad av genetik. Gensekvenseringar som "vi bara kunde drömma om för tio år sedan" har skapat möjligheten att diagnostisera ärftliga hörselnedsättningar betydligt tidigare än förut.

– Vi träffar många väldigt ovanliga



"Om vi hade varit tillräckligt många hade vi i högre utsträckning kunnat rehabilitera hörselnedsatta barn i tid. Och vi skulle kunna ta oss an den superstora patientkategorin "yra patienter" mer än vad vi gör idag. Yrsel är en av de mest sökta orsakerna i primärvårdssektorn och oftast kategoriseras det som "yrsel utan närmare specifikation". Men det är inte helt sällan det har med det vestibulära organet att göra. Den bollen hade vi kunnat fånga", säger Filip Lundström.

Foto: Klas Wirén

syndrom tidigt och är ofta de som ställer diagnosen. Om tio år tror jag att vår specialitet kommer att vara supertätt sammankopplad med genetiken. Hörsel och balansdiagnostiken är superhet och om man är forskningsintresserad finns det hur mycket möjligheter som helst att bli lite av en pionjär. Det finns inga fotsteg att gå i.

Det faktum att hörsel- och balansrubbningar är en unik grenspecialitet för Sverige gör det omöjligt att rekrytera specialister från utlandet.

– Vi som inte kan ta in läkare utifrån är superberoende av att den svenska utbildningsmodellen fungerar. Och jag tror att hörsel- och balans har blivit en markör för hur dåligt systemet är och hur svårt det är att synas, säger Filip Lundström.

Han kallar hela systemet med specialiseringstjänstgöringen för "barockt" och gjort för att "man ska kunna utnyttja de här supermotiverade unga läkarna som är hungriga och har studerat hela livet".

– Jag har jättemånga kolleger som har jobbat ett år här och ett år där, utan att få ST. De får byta arbetsplats och kanske ort. Till slut hamnar vissa någonstans som de inte valt själva. Och vad händer när man "hamnar" – man kanske inte trivs lika bra med jobbet, forskar mindre och har lättare att gå ner i tjänstgöringsgrad, säger han och fortsätter:

– På så sätt är ju också specialistbristen självförvårdad – om man inte hade drivit underläkare till att jobba två år innan de får en ST så hade de blivit färdiga fortare.

Hörsel- och balansrubbningar

▼ Svensk medicinsk audiologisk förening har 93 medlemmar.

Har det gått framåt eller bakåt?
Bakåt



Varför bakåt? De ST-läkare som utbildas gör det på deltid vilket gör att det tar alldeles för lång tid att bli klar. Verksamhetscheferna

har för sent insett att man måste utbilda de audiologer man behöver eftersom specialiteten inte finns i så många länder och det inte finns överskott i någon region.

Det råder brist på handledare vilket innebär att ST-läkarna måste pendla och osäkerheten kring om upplägget man har kommer att godkännas gör att många tvekar att påbörja en grenspecialisering.

Målbeskrivningen kräver att man ånyo ska bevisa sin ÖNH-kompetens med kursbevis mm, vilket ofta är svårt om det är länge sedan man blev ÖNH-specialist. Socialstyrelsen borde se över målbeskrivningen och verksamhetscheferna borde prioritera utbildning på heltid.

Saknas det specialister?

Ja. Enligt 2019 års tjänstenkät skulle verksamhetscheferna omgående kunna anställa 18 specialister och nio ST-läkare. Det fanns i februari 2019 46 specialister i offentlig tjänst och 17 ST-läkare (Enstaka privata).

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

Fler pensionsavgångar. Det tar längre tid än beräknat för ST-läkarna att bli klara.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Utifrån årets tjänstenkät behöver vi utbilda 45 audiologer under de kommande tio åren. Enkäten visar att 18 specialister fyller 65 år under kommande tioårsperiod och att nio yrkesverksamma specialister redan idag är över 65 år. Detta tillsammans med ett redan befintligt underskott på 18 ger ett behov på 45 audiologer. 28 ST-läkare behöver alltså anställas förutom de 17 vi har. Vi bör sikta på 4-5 nya specialister inom hörsel- och balans per år. Tyvärr när vi inte det målet.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Eftersom hörsel- och balansrubbningar är en grenspecialitet till ÖNH behöver man redan när man anställer ST-läkare i ÖNH fundera på vem som kan bli audiolog, eftersom ÖNH är en kirurgisk specialitet och hörsel- och balans en medicinsk rehab-specialitet. Det är inte alltid samma egenskaper som krävs för att bli en duktig ÖNH-läkare som för att bli en duktig audiolog.

Utbildningen behöver ske på heltid. Den som har ett specialistbevis kan handleda nya specialister och så behöver målbeskrivningen förenklas så att det framgår vad man ska kunna utöver att vara specialist inom ÖNH.

.....ONKOLOGI.....

”Det känns som att vi har näsan precis ovanför vattenytan”

– Det behövs cirka 100 fler onkologer om Sverige ska hänga med i det snabba utvecklingstempot

Trots att antalet onkologer växer i samma takt som antalet cancerfall ökar saknas det specialister inom onkologin – i synnerhet inom strål-onkologin. Anledningen går framförallt att finna i specialitetens höga utvecklingstempo. Och för att kunna leva upp till en cancervård värd namnet behövs fler specialister. Det menar Signe Friesland och Kjell Bergfeldt från Svensk Onkologisk Förening.

▼ Medan cancervården de senaste 15 åren har utvecklats i en rasande takt har

strålbehandlingen hamnat i bakvattnet. Det menar Kjell Bergfeldt, onkolog som leder ett nationellt projekt för att utveckla svensk strålbehandling och tillika styrelseledamot i Svensk Onkologisk Förening.

– Under alla år som man har satsat på cancervården och en nationell cancerstrategi – med RCC, kontakt-sjuksköterskor, standardiserat vårdförlopp, utveckling av kvalitetsregister och vårdprogram – har strål-onkologin gått under radarn, säger han.

Idag finns det runt 60 heltidstjänster som är högspecialiserade inom strålbehandling, men enligt en rapport som Kjell Bergfeldt varit med att ta fram under sin tid som verksamhetschef på Skandionkliniken i Uppsala behövs det betydligt fler. Faktum är att det saknas 100 strål-onkologer i Sverige enligt riktlinjer från den europeiska strål-onkologiska organisationen ESTRO.

Svensk Onkologisk Förening arbetar

nu aktivt för att vända utvecklingen. Signe Friesland är ordförande och verksamhetschef för onkologin inom Tema Cancer på Karolinska Universitetssjukhuset:

– Även om bristen är mest påtaglig inom strål-onkologin saknas det även specialister inom onkologin som helhet. Anledningen kan delvis härledas till den snabba utveckling vi ser inom specialiteten. Allt fler specialister krävs helt

enkelt för att kunna hantera komplexa situationer och det sker också subspecialisering för att ha en möjlighet att hinna följa med i utvecklingen.

– Strål-onkologin utvecklas liksom annan cancerbehandling mot allt större precision. Den tekniska utvecklingen mot precisionsbehandling kräver både mer och tätare läkarbedömningar. När tekniken hela tiden förfinas ställer det krav på att det finns kompetens att tillgå

för att kunna hantera den och ge den bästa behandlingen, säger Kjell Bergfeldt.

Sverige har halkat efter

Han pekar också på att Sverige generellt halkar efter inom strål-onkologisk forskning och utveckling.

– Det är till exempel otroligt svårt att tillsätta professorer i strål-onkologi, eftersom det saknas specialister med hög

akademisk kompetens. Idag finns det totalt fyra professorer, tre av dem har passerat pensionsåldern. Om man tar Danmark som exempel så har de 15 professorer, och det på en befolkningsmängd som är hälften så stor som Sverige.

För 20 år sedan var Sverige ett av de ledande länderna i Europa inom forsk-

Fortsättning nästa uppslag >>>



ningen kring klinisk strålbehandling. Vid jämförelser av vetenskaplig aktivitet i form av publikationer hamnar vi idag betydligt längre ner på listan, samtidigt som länder som Danmark och Nederländerna stadigt klättrat uppåt.

Kjell Bergfeldt menar att Danmarks utveckling är resultatet av den stora nationella satsning på cancervården som man gjort under de senaste 20 åren.

– Deras första cancerplan som kom runt sekelskiftet och innehöll stora satsningar på nya maskiner, professurer, bemanning, forskning och utveckling. Från att då ha varit Europas ”enfant terrible” när det gällde canceröverlevnad är de nu uppe på samma nivå som Sverige och Norge, säger han.

I Danmark syns också en tydligare satsning på strålnekologin. När Kjell Bergfeldt jämförde hur mycket av de beviljade forskningsanslagen från Cancerfonden och den danska motsvarigheten Kræftens Bekæmpelse som gick till projekt kring strålbehandlingar visade det sig finnas stora skillnader. I Danmark var andelen 16 procent, medan den i Sverige var två procent.

– Nu har Cancerfonden börjat agera och gjort utlysningar av både tjänster och forskningsanslag med inriktning mot strålbehandling, vilket är mycket glädjande.

Anledningen till att Sverige inte längre ligger i framkant tror Kjell Bergfeldt går att finna i den allt mer pressade kliniska vardagen, där antalet specialister helt enkelt inte räcker till.
– Läkare får inte utrymme att delta i utveckling och forskning, även när man fått pengar till olika projekt, eftersom den kliniska tjänstgöringen kräver ständig närvaro.
Det får i sin tur konsekvenser för införandet av ny teknik och nya behandlingsmetoder.

– Inom strålbehandlingen hänger vi än så länge med, men det känns som om vi har näsan precis ovanför vattenytan. Om vi inte är med och utvecklar nya behandlingsmetoder eller bidrar till nya forskningsrön kommer vi att behöva



Pandemin har drabbat vissa patienter väldigt hårt. – Jag har kolleger som jobbar med lungcancer som säger att de under det här året har sett avancerade fall som de annars inte sett på 20 år. Samma sak med kolleger som jobbar med bröstcancer – det kommer in kvinnor med avancerad bröstcancer, något man inte sett på väldigt länge, säger Signe Friesland, ordförande i Svensk Onkologisk förening.

Foto: Stefan Nilsson

importera dem. Då kommer nyheter och förbättringar att ta längre tid att implementera, vilket i slutändan drabbar patienterna, säger han.

Det kommer att krävas ett långsiktigt arbete för att vända bristen på specialister inom onkologin i stort och strålnekologin i synnerhet. Men det måste inledas nu. Kjell Bergfeldt menar också att vägen dit av nödvändighet kommer att innebära att man måste prova många lösningar. Och att även de kan skapa problem.

– Exempelvis har man på vissa kliniker provat mottagningar där en specialist står bakom flera mottagningspass som bemannas med läkare under utbildning. Konsekvensen riskerar att bli att de yngre, trots ett visst stöd, får möta situationer de ännu inte är mogna för och att våra specialister enbart tar de tyngsta och svåraste fallen. Jag ser en risk med detta, för att

även om man ska klara av att möta svårt sjuka patienter som specialist kan det finnas ett pris i form av emotionell stress och utbrändhet om allt fokus under en arbetsvecka läggs på det tyngsta i vårt jobb. Svensk Onkologisk Förening har i sina medlemsenkäter sett att det finns kolleger som överväger att lämna specialiteten på grund av arbetsbördan.

Som många andra lyfter han också problemet med att 21 olika huvudmän ansvarar för sin egen kompetensförsörjning, där både ambitionsnivå och ekonomiska förutsättningar skiljer sig åt.

– Vi vill ju ha en likvärdig sjukvård över hela landet. Men i dag saknas en ”ägare” till frågan om kompetensförsörjning inom vården, något som bidrar till att det är svårt att få till förändringar. Det behövs någon form av övergripande ansvar, men exakt hur det ska utformas är svårt att säga.

Däremot tror han, liksom SOF-styrelsen, inte att svaret är så enkelt som att enbart öka antalet specialister.

– Jag tror att man måste vara medveten om att arbetssätt, organisation och samverkan med andra specialister är nog så viktig för att kunna erbjuda den bästa behandlingen. Men det finns helt klart en bristsituation.

Signe Friesland fyller i:

– Kunskapsutvecklingen har inneburit att vi har så många fler patienter idag än för bara tioåret sedan. Patienterna lever längre, behandlingsmöjligheterna är så många fler, men också mer komplicerade. Utvecklingen är så snabb att det är svårt att behärska den med den bemanning vi har idag. Och om vi ska kunna leva upp till en cancervård värd namnet behöver vi vara

fler specialister.

Vad har pandemin inneburit för er inom onkologin?

– Att screeningen låg nere under en period var problematiskt, eftersom man nu får en puckel av fler screeningupptäckta patienter.

Men framförallt handlar det om att så många har låtit bli att söka för tidiga symptom, patienter med en behandlingsbar sjukdom, som nu kommer in med en betydligt mer avancerad och kanske inte behandlingsbar sjukdom.

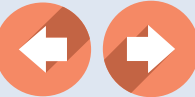
Jag hör kolleger som jobbar med lungcancer som säger att de under det här året har sett avancerade fall som de annars inte sett på 20 år. Samma sak med kolleger som jobbar med bröstcancer – det kommer in kvinnor med avancerad bröstcancer, något man inte sett på väldigt länge.

Svensk onkologisk förening

▼ Svensk onkologisk förening har 879 medlemmar. Kunskapsutvecklingen inom onkologin kommer att fortsätta växa exponentiellt och för att det ska finnas tillräckligt med kompetens att tillämpa denna ständigt växande kunskap behöver kompetensbristen lösas. Men det kommer att ta tid, säkert tio år om alla drar åt samma håll. Störst brist finns idag inom strålnekologin.

Har det gått framåt eller bakåt?

Både framåt och bakåt



Varför både och? Om man tittar på antalet aktiva specialister inom hälso- och sjukvården så ökar det i en jämn takt och ungefär i samma takt som antalet cancerfall ökar i Sverige. Dock har onkologin under 2000-talet blivit otroligt mycket mer komplex, åldersstrukturen i befolkningen ställer nya krav och utvecklingen av angränsande områden är sådan att behoven inte kan tillgodoses.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, det saknas runt 100 specialister och ett stort antal av dem skulle behöva vara strålspecialister.

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

Att till exempel den palliativa vården utvecklats enormt gör att det finns en större brist på onkologer, eftersom många jobbar där. Runt år 2 000 var det nästan inga onkologer som jobbade inom den palliativa vården.

Cancervården förbättras hela tiden och når bättre och bättre resultat, vilket i sin tur kräver fler specialister i onkologi för att kunna ta hand om ett ökat antal patienter.

Läkemedelsanvändningen har ökat och det kommer fler och fler nya läkemedel som fordrar en hög kompetens att hantera. När till exempel immunterapi, som idag betraktas som en rutinbehandling på många håll, introducerades var de biverkningar man såg och då inte kunde hantera så bekymmersamma att det till och med fanns tveksamheter om nyttan var större än skadan.

Det fordrar fler och fler specialister för att hantera mer och mer komplexa situationer. Det gör också att det sker en subspecialisering inom cancervården för att man ska kunna hantera utvecklingen.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Kunskapsutvecklingen inom onkologin kommer att fortsätta växa exponentiellt. Att ha tillräckligt med kompetens att tillämpa denna ständigt växande kunskap fordrar att vi löser kompetensbristen, men det kommer att ta tid, säkert tio år om alla drar åt samma håll. På vägen dit behöver vi vara innovativa och titta på olika lösningar.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Kompetensförsörjningen måste bygga på att de behov som finns tillgodoses för att man ska kunna ha en rimlig arbetsituation och arbetsmiljö. Vi behöver satsa på utbildning och behöver fler ST-tjänster. Vi önskar också fler kombinations-tjänster med möjlighet till forskning. Vi önskar också att fler vanliga tjänster har utrymme för forskning och utveckling.

Cancervården baseras på en snabb kunskapsutveckling och nya rön kommer in i en otroligt hög hastighet. Som profession förväntas vi vara del av den utvecklingen. Det gör också att man skapar en större känsla av sammanhang och kan bidra till både rekrytering och att man väljer att stanna kvar inom onkologin.

.....HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR...

Vårdval har skapat problem

Att svara på hur bristen på specialister inom dermatovenereologi ser ut är inte helt enkel. Att specialiteten nu möter en helt ny utmaning när det gäller utbildning av ST-läkare står dock klart. Också att den utmaningen stavas vårdval.

▼ De senaste två åren har antalet ST-tjänster inom vårdval specialiserad hudsjukvård i Region Stockholm nämligen ökat markant. 2020 fanns runt hälften av regionens ST-tjänster där. Eftersom tillsättningen av ST i vårdval sker utan regionens styrning eller kontroll, riskerar det att leda till köbildning för randningar och brist på platser till ST-kurser.

Eftersom den som redan är specialist kan tillgodoräkna sig delar av tidigare specialisering vid "omskolning" betyder det att ST nummer två kan vara klar efter 2,5 år – det gäller oavsett om den sker på sjukhus eller inom vårdval. Däremot saknas det formella krav på att randningar ska göras på sjukhusklinik.

Sammantaget gör det att Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi ser med viss oro på vad den nya typen av ST kan leda till.

Kvaliten på ST oroar

– Patientpopulationen som man ser inom den privata verksamheten uppfyller inte kraven för att ST-läkare ska få se den breda dermatologiska problematiken. Det största problemet för oss just nu är att vi måste kunna kvalitetsssäkra utbildningen för de specialister i dermatovenereologi som kommer efter oss, säger Amra Osmancevic, överläkare på hudklinik vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och



"Det blir en snedvridning av resurserna om den offentliga sjukvården ska ta hand om patienter med svåra och komplexa hudsjukdomar, vilket är en väldigt dyr sjukvård. Vårdvalet är ett politiskt beslut för att möta ett ökat dermatologiskt behov", säger Amra Osmancevic.

Foto: Julia Sjöberg

ordförande för Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV).

Det är Socialstyrelsens föreskrifter som i grunden reglerar specialiseringstjänstgöring, men precis som de flesta andra specialitetsföreningar har SSDV utfärdat rekommendationer som kompletterar och konkretiserar dessa föreskrifter. Problemet är att rekommendationer inte är juridiskt bindande.

– Vi har bildat en arbetsgrupp som

ska utreda hur vi ska kunna säkra ST-utbildningen oavsett vilken form av verksamhet man utbildas inom. Vi har också haft kontakt med Socialstyrelsen och önskar att de gav oss stöd i att man måste ha minst fyra års specialiserings-tjänstgöring inom dermatovenereologi – men de är bundna till lagen som styr hur man kan och inte kan godkänna, säger Amra Osmancevic.

Sverige unikt i Europa med att tillåta ST hos privata vårdgivare utan styrning och samverkan med den offentliga sjukvården

Att det är möjligt för ST-läkare att huvudsakligen göra specialiseringstjänstgöringen i privat regi får Sverige att sticka ut i ett europeiskt sammanhang. I Danmark tillåter man exempelvis att en kortare del av utbildningen sker i privat verksamhet, men först efter att sådan enhet är granskad och godkänd som utbildningsenhet. Att till stor del göra ST i en privatverksamhet är enligt Amra Osmancevic dock ett svenskt fenomen.

För att undvika att det skapas ett "olika lag inom dermatologin" vill SSDV – utöver nämnda krav på att man måste ha minst fyra års specialiseringstjänstgöring – också att ST-läkare inom vårdval i Region Stockholm genomgår stora delar av utbildningen inom den offentliga sjukvården för att kunna uppnå de rekommenderade utbildningsmålen.

Fara att kåren splittras

– Vi vill ha en jämn kvalitet på ST-utbildningen och att alla skall ha gjort liknande ST-utbildning både till innehåll och längd oavsett var man bor i landet och oavsett vad man har för tidigare erfarenheter inom läkaryrket/annan specialitet. Läkarna som arbetar inom vårdval är duktiga läkare som gjort samma utbildning som vi som stannat kvar i det offentliga har gjort, och vi vill inte att vår specialitet splittras. Vi måste hålla ihop och jobba tillsammans för att lösa den här fråga, säger Amra Osmancevic och fortsätter:

– Men om inte ST-förordningen reglerar detta är det svårt. Vi skulle vilja se att den var mer nyancerad när det gäller möjligheten att tillgodoräkna sig upp till 2,5 år av tidigare specialistutbildning. Det är en sak om man byter mellan snarlika specialiteter där vissa moment är identiska, men med två skilda specialiteter borde det inte vara möjligt.

Skönhetsbehandlingar hot mot sjukhusvården

En annan fråga som påverkar specialiteten är skönhetsdermatologin som växer allt snabbare och lockar allt fler färdiga specialister att lämna den offentliga sjukvården. Det gör i sin tur att specialisterna på sjukhusen inte räcker till – varken till att ta hand om en komplex verksamhet eller handledning.

– Det finns en sårbarhet om allt fler lockas till det privata. Det måste finnas kompetenta handledare för att kunna utbilda ST-läkarna, säger Amra Osmancevic och fortsätter:

"Utbildningen borde centraliseras"

– Vi har en enorm koncentration av specialistläkare i Stockholm, medan det i andra delar av landet finns en brist. Vi tror att utbildningen borde centraliseras och anställning av ST-läkare borde vara knuten till sjukhus som har kompetens och resurser att utbilda dem. Också att dimensioneringen av ST ska styras utifrån regionernas behov.

▼ Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi har cirka 580 medlemmar. Trots att det utbildas många ST-läkare är bristen oförändrad, eftersom allt fler väljer att lämna den offentliga sjukvården för den privata. Det största problemet för specialiteten handlar dock om att ST-läkare i snabb takt anställs inom vårdval hud i Region Stockholm och vad det innebär för framtiden.

Har det gått framåt eller bakåt?

Det har både gått framåt bakåt.



Varför framåt? Många nya ST-läkare utbildas.



Varför bakåt? Flera (ingen siffra finns) lämnar den offentliga vården när de blir färdiga specialister och börjar jobba i privat sjukvård. Det som hänt de senaste fem åren är att Vårdval införts i flera regioner och i t ex

Stockholm är det taklöst, vilket har bidragit till en ökad konsumtion av specialiserad hudsjukvård. En del specialister har i ökande omfattning lämnat den offentliga vården vilket lett till en relativ brist på läkare på offentliga kliniker.

Oro finns att handledarna inte ska räckas till, liksom platser på obligatoriska kurser och platser för obligatorisk sidotjänstgöring i bland annat slutenvård. Detta gör att det bildas kö, sidotjänstgöringen kortas eller uteblir med befarat resultat att kompetensen på de nya specialisterna sänks.

Rekryteringen av ST-läkare till Vårdval sker utan samordning med den offentliga vården och utan att man säkerställt att ST-läkarna kan tillgodogöra sig alla delar av ST-utbildningen.

Det finns i år cirka 22 ST-läkare i dermatologi inom offentlig vård i Region Stockholm, och det finns cirka 26 stycken anställda inom Vårdval, dvs i privat regi. De allra flesta av ST-läkarna inom Vårdval verkar ha anställts det senaste 1-2 åren, dvs på mycket kort tid.

Saknas det specialister inom er specialitet?

På vissa kliniker, i vissa delar av landet, finns brist, och brist på handledare. Vi har svårt att säga hur många, och håller själva på att undersöka saken. Vi har nyligen skickat ut en enkät till samtliga offentliga vårdgivare och många privata i Sverige, med ambitionen att kartlägga hur det ser ut. För många kliniker är det svårt att rekrytera specialister. Väljer en specialist att sluta är det mycket svårt att tillsätta vakansen med en annan specialist.

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

Vårdval, i en del regioner taklöst vårdval som lett till ökad (privat) konsumtion av offentligt finansierad specialiserad hudsjukvård.

Även ST-tjänsterna påverkas och utbildningskvaliteten blir svår att säkerställa. Varken Socialstyrelsen eller regionerna verkar ha någon överblick, insyn eller förståelse för detta "fenomen", att ST-läkare anställs i Vårdval, utan att det finns någon behovsprövning eller någon garanti för att vårdenheten kan säkerställa kvaliteten på ST-utbildningen.

Det finns också en trend inom samhället idag med ökad konsumtion av skönhetsingrepp, alltså icke samhällsfinansierat. En del hudläkare rekryteras till sådana mottagningar, på del- eller heltid. Skönhetsbranschen konkurrerar alltså också om de specialister som finns, vilket gör att det kan bli en brist inom offentlig vård, även om man utbildar så många man behöver.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Svårt att säga, eftersom det i så hög bra är beroende av politiska beslut och Vårdval.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

En centralstyrning av antalet ST-block skulle kunna ge en jämn återväxt, men problemet med brist kvarstår om de färdiga specialisterna försvinner efter uppnådd specialistkompetens. Om det saknas handledare är det svårt att utbilda ST-läkare, även om det finns ST-block.

Inga problem att locka nya läkare

.....KARDIOLOGI.....

▼ Svenska Kardiologföreningen har 1 157 aktiva medlemmar. Det är fortfarande populärt att bli specialist i kardiologi och det råder ingen brist inom specialiteten. Däremot ser man att behovet i framtiden sannolikt kommer att öka något, eftersom man är mer aktiva i behandlingen av patienter och antalet äldre växer.

Har det gått framåt eller bakåt?

— Oförändrat. Att bli kardiolog verkar fortsatt vara populärt (sannolikt den mest populära invärtesmedicinska subspecialiseringen) och intrycket är att det finns konkurrens bland sökande till de utannonserade kardiologtjänsterna. Att det går framåt beror på att det är en spännande specialitet. Jobbet som kardiolog är mångfacetterat:

- Handläggande av urakuta tillstånd men också möjlighet att följa patienter över tid
- Möjlighet att arbeta praktiskt (göra PCI, ablationer, lägga pacemakrar etc).

Har fått luft under vingarna, men oklart vem som ska stå för utbildningen av nya specialister

.....SKOLLÄKARE.....

▼ Svenska Skolläkarföreningen har ungefär 250 medlemmar. Under de sex år som passerat har utvecklingen vänt från fritt fall till luft under vingarna för specialiteten. De tidigare ointresserade huvudmännen låter nu skolläkare som inte är specialister gå SK-kursen, men föreningen vill ändå se tydligare nationella direktiv.

Har det gått framåt eller bakåt?

Framåt.

➡ **Varför framåt?** Jämfört med för fem år sedan har utvecklingen vänt. Vi har varit i en situation där huvudmännen var helt ointresserade av specialistutbildning och ville inte ens skicka sina läkare om någon annan betalade. Socialstyrelsen har under tre år beviljat oss medel till en SK-kurs som har blivit så uppskattad och efterfrågad att huvudmännen har backat och låter sina skolläkare som inte är specialister gå kursen.

Saknas det specialister inom er specialitet? Vi är i en specialitet där huvudmännen och SKR

- Förbättrade diagnostiska möjligheter med t ex hjärt-EKO, hjärt-MR, PET-CT hjärta, nya klockor som övervakar hjärtrytm, kardiiovaskulära appar etc.
- Möjlighet till subspecialisering inom kardiologi (finns på Universitetssjukhusen).
- Stort patientunderlag som möjliggör att arbeta privat. (Bara i Göteborg finns fem privata kardiologmottagningar.)

Känslan är att intresset hos kvinnor för att bli kardiologer har ökat.

Saknas det specialister?

Känslan är att det råder större brist inom andra subspecialiteter. Vi är ändå rätt många kardiologer i Sverige. Så svaret är nog "nej", även om det är en viss tvekan då man själv alltid tycker att man har för mycket att göra.

Vad har hänt de senaste fem åren?

Tror inte att det är någon större skillnad.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Behovet av kardiologer kommer sannolikt att öka något eftersom vi är allt mer aktiva i behandlingen av patienter och eftersom antalet äldre stadigt växer.

tycker att det enda formella kravet är läkarlegitimation, vilket är helt orimligt. Vår uppfattning är att skolläkare ska ha en baskompetens som barnläkare, allmänläkare eller barnpsykiater som man sedan bygger på med tilläggspecialiteten skolhälsovård. Räknar man hur många som skulle behöva ta ut sin tilläggspecialitet så är det ett drygt hundratal, dvs hälften av våra medlemmar

Hur ser framtidsprognosen ut?

I slutbetänkandet av utredningen "elevers möjligheter att nå kunskapskraven SOU 2021:11" föreslår regeringen en kraftig förstärkning av elevhälsan med en 30-procentig ökning av antalet skolläkare jämfört med idag. Dessutom är många av våra medlemmar 40- och 50-talister, som snart går i pension. Så vi är i en stark uppbyggnadsfas.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Vårt problem är många små huvudmän i kommuner och friskolor som inte anser att det är deras uppdrag att utbilda och fortbilda specialister i skolhälsovård. Vi behöver nationella direktiv och kanske ekonomisk stimulans av skolans myndigheter annars riskerar hela utbildningsprogrammet att stanna av.

.....ÖGONSJUKDOMAR.....

Personalflykten från den offentliga vården kräver ökad samverkan med den privata sektorn

▼ Sveriges Ögonläkarförening har cirka 1 120 medlemmar. Det saknas 85 ögonläkare och om fem år uppskattas den bristen vara runt 100. De senaste sex åren har allt fler färdiga specialister valt att lämna den offentliga sjukvården för att arbeta inom privat sektor. Det finns också ett ökat vårdbehov som relaterar till en åldrad befolkning och ökade krav på ögonhälsa/syn från befolkningen.

Har det gått framåt eller bakåt?

➡ Bakåt

Vad som hänt de senaste åren som påverkat dagens läge?

- Större vårdbehov relaterat till åldrad befolkning, fler/nya behandlingsmöjligheter, ökade krav på ögonhälsa/syn från befolkningen.
- Många färdiga specialister väljer att lämna offentligt driven sjukvård för att arbeta inom privat sektor. Utvecklingen går mot att stora delar av ögonsjukvården bedrivs via avtal med privata vårdgivare, exempelvis kataraktkirurgi. Merparten av kataraktkirurgin utförs nu av privata vårdgivare, däremot sker all utbildning av kirurger inom offentlig vård.
- Generationsväxling där största andelen av kvarvarande specialister är yngre, som ansvarar för utbildningen av ett ökande antal ST-läkare. Utbildningsuppdraget blir således större och mer krävande.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om fem år kan bristen bli cirka 100 stycken.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

- Öka incitament för nyblivna specialister att stanna inom offentligt driven sjukvård; lön, möjligheter till fortbildning och forskning, god arbetsmiljö, utveckling av arbetssätt.
- Framförhållning avseende anställning/utbildning av nya specialister, ta höjd för tapp till privat sektor, resurser till god och strukturerad ST-utbildning.
- Ökad samverkan med privat sektor avseende utbildning, eventuellt även möjliggöra för specialister att arbeta både i privat och offentlig vård.

Kritiskt läge med stora pensionsavgångar och ännu inget samlat ansvar för att få fram nödvändiga ST-tjänster

...ARBETS- OCH MILJÖMEDICIN...

▼ Svensk Arbetsmedicinsk och Arbets- och miljömedicinsk förening har cirka 140 medlemmar. Enligt föreningen är kompetensförsörjningen fortsatt oroande för Arbets- och Miljömedicin och extremt oroande för Arbetsmedicin. Bristen inom Arbets- och Miljömedicin väntas bestå de kommande åren, medan den inom Arbetsmedicin förväntas förvärras ytterligare de kommande åren.

Har det gått framåt eller bakåt?

Inom Arbets- och Miljömedicin har utvecklingen fortsatt i samma riktning. För Arbetsmedicin har det gått bakåt.

— **Varför oförändrat?** Inom Arbets- och Miljömedicin har inga större åtgärder vidtagits och läget liknar det för fem år sedan. Pensionsavgångarna har varit och kommer vara stora de närmaste åren, och den lätt ökade nyrekryteringen av ST-läkare vi anar de senaste åren kommer att ta ett antal år innan den kan kompensera för detta, och leder till stort handledningsbehov för nuvarande specialister.

➡ **Varför bakåt?** Inom Arbetsmedicin har situationen försämrats ytterligare på grund av för få ST-tjänster.

Det beror bland annat på stora svårigheter att finansiera ST-tjänsterna och bristande statlig samordning

Saknas det specialister inom er specialitet?

Inom Arbets- och Miljömedicin saknas specialister särskilt på kliniker på mindre orter där verksamheten och ST-utbildningen ibland är beroende av enstaka specialister, några tiotal. Inom Arbetsmedicin är bristen mycket stor. För specialister inom företagshälsovård är situationen särskilt bekymmersam på grund av pensionsavgångar på 50-tal specialister per år.

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

Inom Arbets- och Miljömedicin har det varit och kommer vara stora pensionsavgångar närmaste åren. Rekryteringen av nya ST-läkare har ökat något senaste åren men det tar lång tid att utbilda erfarna specialister.

Att notera senaste fem åren är att ledarskapet förändrats från att nästintill alla klinikchefer var läkare och professorer till att nästan ingen klinikchef är vare sig läkare eller professor idag. Utöver detta har andelen av yngre läkare som är aktiva forskare minskat kraftigt vilket är oroande för en högspecialiserad specialitet.

Inom Arbetsmedicin har viktiga frågor såsom finansiering och administrativ samordning av specialisttjänster inte fått någon lösning varför problematiken kring för få ST-tjänster kvarstår.

Otydligt medicinskt ledarskap i vissa regioner gör det svårt att få läkare att vilja stanna kvar

...BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI...

▼ Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri har 466 medlemmar. Samtidigt som många unga läkare intresserar sig för specialiteten saknas det i en del regioner ett tydligt medicinskt ledarskap som gör det svårt att få läkare att vilja stanna kvar.

Har det gått framåt eller bakåt?

Både framåt och bakåt.

➡ **Varför framåt?** Vi har många unga läkare som är intresserade av specialiteten. Etableringen av Första linjens vård för tidigt debuterande psykiatriska tillstånd i primärvården aktualiserar kompetensfältet för alla läkare.

➡ **Varför bakåt?** Årminstone står det still i vissa regioner där man fortfarande inte har ett tydligt medicinskt ledarskap på kliniken, vilket gör att man får svårt att få läkare att trivas och stanna kvar. Det står still också i bemärkelsen att vi fortfarande saknar effektiva behandlingsmetoder för de mest komplexa patienterna, vilket påverkar hur man upplever att man kan göra ett bra jobb. SFBUP rekommenderar att läkare bör ledas av läkare samt uppmuntrar forskning kring mer komplexa tillstånd, samsjuklighet och tidigt begynnande personlighetsproblematik.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, fortsatt cirka 200.

Vad har hänt de senaste fem åren?

Etableringen av Första linjen i primärvården, etableringen av "En väg in", implementering av

Hur ser framtidsprognosen ut?

Inom Arbets- och Miljömedicin kommer bristen bestå på fem och tio års sikt. För små kliniker kan läget bli kritiskt om någon kollega väljer att byta arbete, men de större kommer sannolikt att klara läkarbemanningen.

Inom Arbetsmedicin förväntas situationen försämrats framöver på grund av för få ST-läkare i kombination med höga pensionsavgångar.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

- Överrekrytering av ST-läkare inom Arbets- och Miljömedicin de närmaste åren vore önskvärt då ett antal förväntas övergå till att arbeta inom företagshälsovården.
- På de Arbets- och Miljömedicinska klinikerna är en hög prioritet fler kombinerade forsknings-tjänster såsom ALF-ST, och rekrytering av forskningsintresserade läkare, då verksamheten är beroende av aktivt forskande läkare.
- Långsiktig planering och läkare i ledande positioner vore önskvärt.
- Givet den utveckling vi förväntar oss kommer ökat samarbete mellan kliniker krävas för att stötta de med brist på specialister.
- Inom Arbetsmedicin behövs snarast nationella och/eller regionala insatser för att hitta lösningar på de hinder som finns för att kunna få fram fler ST-tjänster. Medel från stat och landsting till specialistutbildning i arbetsmedicin är mycket angeläget.

nationella riktlinjer för bedömning och behandling. ADHD-uppdraget överförs nu i många regioner till BUP från barnmedicin, vilket väsentligen ökar inflödet. Coronapandemin har påverkat utbildningarna som blivit digitala, inställd kongress 2020 och nu osäkerhet kring framtida utbildningsinsatser för specialister. Det fanns också en ökad patienttillströmning även innan pandemin.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Viktigt att bättre behandlingsmetoder implementeras. Elevhälsans uppdrag behöver definieras för att underlätta arbetet runt våra barn och unga.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

SFBUP kommer jobba med frågan om de komplexa patienterna, bedömning och behandling med syfte att fortbilda och sätta frågan på kartan. Detta är vad som efterfrågas av våra medlemmar.

Efterlyser bättre arbetsvillkor i den offentliga vården och flexibilitet att kunna blanda offentlig och privat vård

.....ORTOPEDI.....

▼ Svensk Ortopedisk Förening har drygt 1 800 medlemmar. Fortfarande saknas det mellan 20 och 25 procent av behovet av specialister, framförallt finns icke besatta tjänster utanför storstäderna. Men en ökad privatisering har också lett till en relativ brist i storstäderna.

Har det gått framåt eller bakåt?

— Det har förändrats. Bristen uppskattas som likvärdig i omfång.

Saknas det specialister inom er specialitet?
Ja. Framför allt icke besatta tjänster utanför storstäderna.

Vad har hänt de senaste fem åren som har påverkat dagens läge?
Det har med ökad privatisering snarast skett en

överetablering inom vissa regioner. Det leder till att de saknas ortopeder utanför storstäderna, men också till en relativ brist inom storstadsregioner.

Vissa subspecialiteter dräneras på kompetens i den offentliga vården vilket leder till svårigheter att upprätthålla jourlinjer.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Med fortsatt privatisering, väntade stora pensionsavgångar, och problematisk arbetsmiljö i det offentliga tror vi att denna utveckling kommer fortsätta. Sannolikt kommer även antalet deltidsarbetande kollegor öka vilket också bidrar till en relativ bristsituation.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

- Fortsätta fylla på underifrån med god ST-utbildning.
- Arbetsvillkoren i den offentliga vården måste bli konkurrenskraftiga så medarbetarna vill jobba kvar och orkar med att jobba heltid.
- Översyn kring hur privatiseringen regleras, möjligheter att göra både och.

Ny tilläggsspecialitet på frammarsch

.....BEROENDEMEDICIN.....

▼ Svensk Förening för Beroendemedicin har drygt 300 medlemmar. Antalet ny-examinerade specialister ökar år för år.

Har det gått framåt eller bakåt?
Framåt.

— **Varför framåt?** Beroendemedicin skapades som tilläggsspecialitet 2015, och med tanke på det har utvecklingen naturligtvis gått framåt. Under dessa första fem år har ett femtiotal kollegor blivit specialister i beroendemedicin och det har utvecklats ett adekvat kursutbud för nya ST-läkare.

Saknas det specialister i er specialitet?
Ja, eftersom beroendemedicin är en tilläggsspecialitet till två andra specialiteter där det råder brist, nämligen psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, är det ont även om beroendemedicinare. Exakt hur många som skulle behövas är dock svårt att uppskatta, eftersom specialiteten är ny och många utan specifik

sådan specialistexamen redan nu arbetar med beroendevård.

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

Det har successivt byggts upp en organisation för utbildning av specialister i beroendemedicin, även om det fortfarande är ont om sådana specialister utanför universitetssorterna.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi har ingen tydlig prognos, men antalet nyexaminerade specialister ökar år för år och om fem år tror vi att god och bred handledningskompetens finnas etablerad åtminstone på samtliga universitetssorter.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Som specialistförening bidrar vi aktivt till att hålla återkommande kurser specifikt för ST-läkare i vår specialitet, vilket hittills varit framgångsrikt. På längre sikt står beroendevården inför flera viktiga politiska beslut, exempelvis om huvudmannaskapet ska fortsätta att vara splittrat mellan regioner och kommuner, vilket kommer påverka behovet av beroendeläkare. Vi hoppas på flera reformer kring detta, och kommer arbeta för att kompetensförsörjningen tillgodoses.

...NEUROKIRURGI...

Ingen brist – men hoppas bli fler i framtiden när kraven ändras

▼ Svensk Neurokirurgisk Förening har cirka 130 medlemmar. Det är fortsatt en stabil situation gällande antalet specialister inom neurokirurgin. Däremot kommer det eventuellt att behövas fler specialister i framtiden, eftersom det bland annat finns önskemål om att minska jourbördan och att operera mer tillsammans.

Har det gått framåt eller bakåt?

— Oförändrat. Fortfarande ingen uppenbar brist, stabil situation.

Saknas det specialister inom er specialitet?
Nej.

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

Sjukvårdsorganisationen har ändrat sig vilket innebär ökad administration, anställningsstopp m.m. Det finns också ökande krav på tillgänglighet via t ex nätjournaler, vårdgarantiproccesser etc.

Pandemin har orsakat en operationskö hos oss som vi inte är vana vid, samt att underläkarna blivit omplacerade till covid-avdelningarna. Så på alla nivåer, inte bara ST-läkare, har det blivit färre operationer.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Behövs sannolikt fler läkare – på grund av att kollegor behöver ha möjlighet att ta ut mer ledighet (pga föräldraledigheter, forskningsledigheter m.m.), önskemål om att sänka jourbördan, önskemål om att operera mindre ensamt och mer tillsammans.

Antalet specialister som arbetar inom hälso- och sjukvården behöver fyrdubblas

.....SOCIALMEDICIN.....

▼ Svensk Socialmedicinsk Förening har cirka 100 medlemmar, men endast hälften är läkare och många är pensionärer, även om många inom akademien är verksamma långt upp i åldrarna. Det saknas fortfarande runt 70 specialister i socialmedicin. Intresset för specialiteten är stort, men ansvaret för finansieringen av utbildningen saknas.

Har det gått framåt eller bakåt?

— Oförändrat. Det har stagnerat, dvs bristen består. Vi har fått fyra nya specialister och det finns fyra ST-tjänster, men det har skett flera pensioneringar och alla färdiga ST har inte fått tjänst som specialistläkare.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, uppskattningen är att det behövs 120 specialister i Sverige varav 100 i sjukvården (1/100 000 invånare), tio på myndigheter och tio på universitetssorterna för utbildning och forskning.

Vi vet inte det aktuella antalet verksamma specialistläkare i socialmedicin i vården eftersom deras tjänster heter ofta annat – de kan jobba i stab, på folkhälsoenheter, i närvården eller med hemlösa, beroende, etc. Idag finns 49 specialister, men hälften är över 62 år. Endast 17 arbetar inom hälso- och sjukvården. Således fattas cirka 70.

Vad har hänt de senaste fem åren?

Endast Östergötland och Stockholm har fortsatt satsning på ST-läkare i socialmedicin. Skåne har helt lagt ner sin ST-utbildning och inga nya regioner har utlyst block. Däremot finns det alltför unga läkare som "gräblockar". Pandemin har gjort att det är fler som har fått upp ögonen för hälsans bestämningss faktorer och ojämlikhet i hälsa. Det gäller bara att beslutsfattare gör kopplingen till att socialmedicin är en del av lösningen

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om fem år är bristen 95 stycken minus fyra ST som blir klara, alltså 91 stycken. Det finns fem gånger så många unga läkare som vill ha en ST i socialmedicin än vad det finns ST-platser just nu.

De är unga, drivna, entusiastiska, ofta disputerade eller har gjort flera år av en annan specialistutbildning som de kan tillgodoräkna

sig i en socialmedicin-ST. De är beredda att ta sig an sjukvårdens och folkhälsans komplexa problem och kan vara ett stort stöd i omställningen till den nära vården och bidra till en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Så behovet är tydligt, det är ansvaret för finansieringen av utbildningen som inte är löst. Vi är flera handledare som gärna tar hand om ST-läkarna och vi har goda elektroniska lösningar för handledning och ST-träffar.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Vårt förslag är att statliga myndigheter tar ett större ansvar för utbildningen och erbjuder betalda randningsplatser. Samtal pågår exempelvis med Folkhälsomyndigheten och de är positiva. Det finns exempel på centralt finansierade ST-tjänster också, exempelvis inom försvaret. Staten har möjlighet att göra så om man anser att man behöver en kompetens som inte sjukvårdshuvudmännen omedelbart ser ett ansvar för att utbilda.

Vi tycker också att möjligheten till gräblock ska finnas kvar som ett tydligt och lagligt alternativ i den nya bestämmelserna om ST. För många blivande socialmedicinare är gräblock med olika separata kliniska-, myndighets- och utvecklingsplaceringar enligt en plan och med handledning den enda rejäla möjligheten till specialistbevis.

Populär specialitet utan brist på läkare

.....BARNKIRURGI.....

▼ Svensk Barnkirurgisk Förening har cirka 100 medlemmar. Precis som för sex år sedan råder det inte någon brist inom specialiteten. Föreningen ser inte heller någon risk för framtida brist.

Har det gått bakåt eller framåt?

— Läget är oförändrat.

Saknas det specialister?

Det råder ingen brist på specialister och vi är fortfarande

en populär specialitet där det inte är svårt att rekrytera när ST-tjänster utlyses.

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

En viktig händelse för vår specialitet är att vissa kirurgiska ingrepp vid vissa medfödda missbildningar har centraliserats, det vill säga blivit så kallad rikssjukvård. Dessa ingrepp utförs nu endast på två barnkirurgiska kliniker, Lund och Stockholm, i stället för som innan vid alla fyra enheter i Sverige – det vill säga Lund, Stockholm, Uppsala och Göteborg.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi ser ingen risk för framtida brist i nuläget.

"Kvinnosjukvården måste uppvärderas"

....OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI....

▼ Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi har cirka 1 750 medlemmar. SFOG vill se en uppvärdering av kvinnosjukvården och skapa intresse för specialiteten redan under grundutbildningen.

Har det gått framåt eller bakåt?

— Oförändrat. Vi har ingen säker statistik, men enligt SFOG:s årsrapport så har det totala behovet av stafettläkare varit i stort sett oförändrat.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, på flera sjukhus i landet, men vi har ingen exakt uppgift på hur stor bristen är.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Intresset för specialiteten är fortsatt stort, men olika organisationsförändringar, vårdval etc. kan riskera att intresset minskar.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Det behövs fortsatt uppvärdering av kvinnosjukvården. Dessutom behöver man skapa intresse för specialiteten redan under grundutbildningen då ju obstetrik och gynekologi inte finns under AT eller kommande BT.

ANNA MARTLING,
"ÅRETS CANCERFORSKARE"

"Precisionsmedicin är den enda vägen framåt"

Säg precisionsmedicin och de flesta tänker på kostsamma läkemedel och tuffa etiska överväganden. Men enligt årets cancerforskare Anna Martling är detta arbetssätt snarare något vi inte har råd att vara utan – och definitivt den enda vägen framåt för svensk sjukvård.

▼ När professor Anna Martling började sin bana som kolorektalkirurg för 25 år sedan fick omkring 30 procent av patienterna lokalt återfall i sin tarmcancersjukdom. Idag skräddarsys behandlingen på ett helt annat sätt och tillsammans med nya förbättrade behandlingsmetoder ser statistiken betydligt mer upplyftande ut. Bara en patient av 20 drabbas idag av återfall lokalt efter genomgången operation och behandling.

PERSONLIGT

Namn: Anna Martling.
Ålder: 52 år.
Bor: I Stockholm.
Gör: Professor i kirurgi vid Karolinska Institutet, överläkare på Karolinska universitetssjukhuset.

Familj: Man, två söner och tre bonussöner.
Fritid: Att åka ut på havet, umgås med familjen och syssla med trädgårdsarbete. Men den bistra sanningen är att forskningen även till stor del är min hobby.

– Ja, det är precis det här som är precisionsmedicin och också det som fick mig att fastna för forskning inom det här området. Även om frågan till viss del har kommit att handla om den här diskussionen kring vilka läkemedel vi har råd med och inte. Men genom att ge rätt behandling till rätt patient i rätt tid blir behandlingarna inte bara effektivare utan också mer ekonomiskt lönsamma och vi minskar också onödigt lidande hos patienterna. Det är där jag tycker att vårt fokus bör ligga, säger hon.

Och det är också precis här Anna Martling hittar sin främsta drivkraft som kirurg och forskare, berättar hon. Att ständigt kunna vara med och skruva på detaljerna, ringa in behovet av ännu en tilläggsbehandling som förbättrar utfallet för just den här specifika patienten – det är helt enkelt djupt tillfredsställande för en läkare och forskare som fullkomligt brinner för det hon gör. Och gladeligen erkänner att hon har forskningen som sin främsta hobby.

– Det är väldigt uppslukande, säger hon med ett skratt men blir allvarlig i nästa stund.

– För mig är precisionsmedicin framtidens sjukvård. Vi har ingen annan

väg att gå. Utvecklingen går så fort nu och vi kan både göra mer och bota fler. Vi kan få fram så mycket mer information som kan komma patienterna till gagn. Jag menar att vi därför inte har råd att INTE göra det här.

Och att göra all form av behandling tillgänglig för alla patienter i landet och inte bara för dem som bor nära eller själva har kunskap och förmåga att kontakta ett högspecialiserat universitetssjukhus – det är en av precisionsmedicinens stora utmaningar just nu, berättar Anna Martling. Och det var bland annat den utmaningen som hon blev ombedd av ledningen för Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset att ta tag i våren 2020, mitt under brinnande pandemi.

– Jag fick i uppgift att leda en arbetsgrupp vars uppdrag är att accelerera implementeringen av precisionsmedicinen inom hälso- och sjukvården. Många komponenter finns redan på plats så vårt främsta fokus ligger på att försöka koppla ihop alla de här generiska frågorna som måste lösas för att komma vidare.

För att lösa upp de största knutarna valde arbetsgruppen tre fokusområden till att börja med, berättar Anna Martling. Det första området gäller att försöka få till övergripande avtal för att kunna arbeta sömlöst och organisera verksamheten på ett klokt sätt mellan inblandade huvudmän. Ett steg på vägen mot detta blev uppstarten av ett

Fortsättning nästa uppslag >>>

”

På lång sikt hoppas jag att vem man än är, var man än bor och vilken socioekonomisk grupp man än tillhör så ska man kunna få tillgång till likvärdig precisionsbehandling. Arbetet hittills har varit väldigt fokuserat på cancer och sällsynta sjukdomar – men behov finns även inom andra stora folksjukdomar, till exempel neurologi och reumatologi.

Foto: Thron Ullberg

precisionsmedicinskt centrum i slutet av februari i år.

– Det andra fokusområdet handlar om datahantering och datalagring. Precisionsmedicin handlar ju i grund och botten om att samla så mycket information som möjligt om patienten under hela resan genom vården. Det kan röra sig om allt från journaluppgifter om tidigare sjukdomar ner till uppgifter på cellnivå om proteiner och biomarkörer i blodet med mera. För att det ska fungera kräver det en hel del av sjukvården, menar Anna Martling. Därför är det så viktigt att KI jobbar MED sjukvården, betonar hon. Tidigare har akademien bidragit med främst ny kunskap och nya metoder men nu behöver de även vara en aktiv del av patientens behandling och även se till att implementera nya metoder under behandlingens gång.

– Då är det jätteviktigt att kunna hantera stora datamängder! Alla beslut inom sjukvården fattas ju grundat på data, men med precisionsmedicin har man så mycket större mängder och mer komplexa data att ta hänsyn till och det ställer helt andra krav.

Det tredje fokusområdet handlar om diagnostisk utveckling, berättar Anna Martling.

– Vi behöver kunna driva innovation och snabbt implementera nya metoder och ny diagnostisk i vården. Även där har vi många saker som måste lösas mellan akademien och sjukvården innan det kan börja fungera på ett smidigt sätt.

En annan besvärlig knut som behöver lösas för att precisionsmedicinen ska kunna implementeras fullt ut i vården är dagens lagstiftning, berättar Anna Martling. Det finns helt enkelt väldigt många olika lagstiftningar inom det här området som i dagsläget är i otakt med varandra.

– Vi behöver kunna dela data mellan huvudmän. Där har vi en lagstiftning som inte riktigt är anpassad till det här nya arbetssättet. I dag är vi så begränsade att man inte ens får dela data mellan vårdgivare. Den stora frågan är: Hur får vi till en lagstiftning som gör



Foto: Samuel Unéus

”Framgångsfaktorn handlar om att konkretisera det vi vill göra och hålla en tät kontakt mellan rektor och sjukhuschef

att vi kan hantera den här stora mängden data och samtidigt beakta den personliga integriteten?

Vilka lösningar tror du själv på i den här frågan?

– Det pågår flera arbeten på nationell nivå för att möjliggöra det här med att dela data. Här måste vi vara generösa och hjälpa varandra. Det gäller att fokusera på olika saker i olika regioner och tillsammans finna en väg framåt. Precisionsmedicin finns med på agendan i både den regionala och

nationella life science-strategin och är en av de allra viktigaste faktorerna som bara måste falla på plats framåt. Framgångsfaktorn handlar om att konkretisera det vi vill göra och hålla en tät kontakt mellan rektor och sjukhuschef. Det är lätt att det blir för abstrakt och det måste vi komma bort ifrån.

Vad hoppas du på för framtiden?

– Jag hoppas att vi kan lyckas ta de här stegen som är så viktiga och avgörande för att precisionsmedicinen ska kunna praktiseras fullt ut och det är det jag även önskar på lång sikt. Jag ser det här som en process. Det här är steg vi måste ta och fråga efter fråga måste lösas och sedan implementerar vi under tiden. På lång sikt hoppas jag att vem man än är, var man än bor och vilken

socioekonomisk grupp man än tillhör så ska man kunna få tillgång till likvärdig behandling. Arbetet hittills har varit väldigt fokuserat på cancer och sällsynta sjukdomar – men behov finns även inom andra stora folksjukdomar till exempel neurologi och reumatologi. Det är därför också en stor förhoppning för framtiden att vi ska kunna lära av varandra och att kunskaperna kan komma flera olika specialiteter till del.

Vad har du själv för intressant forskning på gång inom precisionsmedicin den närmaste tiden?

– Dels håller jag på att slutföra en stor nordisk studie där vi tittar på en särskild genförändring och vad tillägg av vanlig acetylsalicylsyra kan göra för skillnad för dessa patienter. Vi drar också igång en ny stor studie om cirkulerande tumörfragment i blodet där vi hoppas kunna hitta arvsmassan med hjälp av ett vanligt blodprov och på så vis enkelt kunna konstatera om det finns spår av tumören kvar efter behandlingen. Detta skulle då kunna indikera ett tidigt återfall, något som helt kan revolutionera hela behandlingen av tarmcancer och bota en fjärrspridning tidigt. Detta är ett typexempel på hur precisionsmedicin kan användas praktiskt och det är naturligtvis jättespännande inför framtiden.

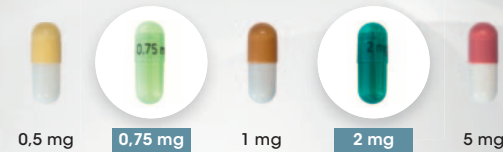
Hur kändes det att bli utsedd till Årets cancerforskare 2021?

– Det är förstås extremt hedersamt och det känns också väldigt roligt att det arbete vi har lagt ner får en kvalitetsstämpel av det här slaget. Det betyder mycket, inte bara för mig, utan för hela min grupp – för forskning är som bekant ett teamwork och en utmärkelse som denna blir en gemensam drivkraft och bekräftelse på att vi jobbar med rätt frågor. Det är också kul att man uppmärksammar just tarmcancer eftersom det inte är den cancerform man pratar mest om. Att medvetandegöra för en bred allmänhet att sjukdomen finns leder förhoppningsvis till att fler söker hjälp vid symtom och blir utredda i ett tidigare skede. Få saker skulle göra mig gladare än just det.

Malin Gavelin

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:

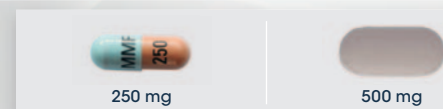
- Jämnare balansering av morgon-/kvälldos
- Dosering i 0,25 mg intervall från 0,5 mg och uppåt
- Minskning av totala antalet kapslar per dygn för vissa doseringar

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

Referens: 1. www.reveal.se. 2. www.tvl.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 kvalificerad 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.tvl.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 för profylax mot akut transplantatavstötning efter njur-, hjärt- eller levertransplantation i kombination med ciklosporin och kortikosteroider. **Kontraindikationer:** Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till patienter med överkänslighet mot mykofenolatmofetil, mykofenolsyra eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1. Överkänslighetsreaktioner mot Mycophenolate mofetil Sandoz har iakttagits (se avsnitt 4.8). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till fertila kvinnor som inte använder högeffektiva preventivmedel (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz-behandling ska inte påbörjas hos fertila kvinnor utan att resultatet från ett graviditetstest uppmärksammas för att utesluta oavsiktlig användning vid graviditet (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte användas vid graviditet förutom om det inte finns någon lämplig alternativ behandling för att förebygga transplantatavstötning (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till kvinnor som ammar (se avsnitt 4.6). **Preventivmedel:** Se produktresumé avsnitt 4.6, www.fass.se. **Dosering och administreringssätt:** Behandling med Mycophenolate mofetil Sandoz bör ske under ledning av specialistläkare inom transplantationsmedicin. För aktuella priser samt produktresumé se www.tvl.se. Produktresumé uppdaterad 2020-02-03 för 250 mg och 2020-02-12 för 500 mg.

Azathioprin 1A Farma (azathioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmragerade 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 azathioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra 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 filmragerade 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.tvl.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

Erik Syk, kirurg, trivs med rollen som patientansvarig läkare

”Man blir som en advokat för patienten och då blir vården bättre”

”Att doktorn och patienten lär känna varandra har många fördelar. Helheten leder till bättre beslut. Jag blir pådrivande och ser till att saker händer. Patienten slipper vänta i onödan”, säger kolorektalkirurgen Erik Syk om sin roll som PAL, patientansvarig läkare, på Ersta sjukhus.

▼ PAL innebär att en och samma läkare har hand om vårdtagaren från början till slut. Hen träffar sin patient före, vid och efter operationen, samt under själva sjukhusvistelsen. Samma doktor har också hand om uppföljningen. Eftersom läkaren redan är inläst på fallet, slipper patienten upprepa sin sjukdomshistoria; något som gynnar båda parter.

– Som läkare får jag en lugnare tillvaro. Jag har mellan en och fyra patienter inlagda samtidigt som jag sköter. Jag rondar morgon och kväll, vilket går väldigt smidigt, eftersom jag känner dem väl. Det är sällan som något nytt

eller oförutsägbart inträffar, säger kolorektalkirurgen Erik Syk, som tjänstgjort på Ersta sjukhus sedan 1998.

Han jämför PAL med verksamheten på flera större akutsjukhus, där han jobbat ett par perioder, och konstaterar att det är svårare att se helheten i vården där.

– Man gör mer av en punktinsats. När man inte har det hela ansvaret, kan man skjuta på beslut och låta en annan läkare fatta dem. Så kan jag inte göra som PAL. Då bestämmer jag tillsammans med patienten vad som ska göras. Jag tror att detta leder till en bättre helhet och bättre beslut säger Erik Syk, men tillägger att alla svåra fall, samt alla cancerpatienter, diskuteras på multidisciplinär konferens. Det är lättare att rekommendera behandling när jag känner patienten och vet hur hen vill ha det!

Det hör till ovanligheterna att patienter vill byta läkare på Ersta. Men om det händer, beror det oftast på att personkemin inte fungerar; något som brukar gå lätt att lösa.

En nackdel med PAL är att bördan för läkaren kan bli för tung.

– Man blir mer personligt involverad när man tagit fullt ansvar för en patient. Om det går dåligt, kan man känna sig

påtagligt tyngd. Man kan tro att man gjort något fel. Är man flera om ansvaret kan man dela den bördan. Men jag jobbar ju i ett team här med tio läkare och vi stöttar och avlastar varandra ifall det blir jobbigt.

Liksom många andra sjukhus bedriver Ersta specialistutbildning. Erik Syk är en av handledarna inom mag- och tarmkirurgi.

– Vi arbetar i par under operationen, men PAL är alltid ansvarig för sin patient, oavsett vem av oss som ”håller i kniven”, säger han.

För en patientansvarig läkare blir det naturligt att ha en pådrivande roll. Läkaren blir som ”en slags advokat” för sina patienter.

– Jag träffar dem varje dag. Som ansvarig läkare har jag ett slags egenintresse av att se till att saker blir gjorda. Jag vill ha trygga och nöjda patienter. Och om resurser finns, och det gör de på Ersta, så funkar det. Patienten slipper vänta i onödan. Jag står sällan och skäms!

På Ersta sjukhus finns också ett liknande system för sköterskor, PAS, patientansvarig sköterska.

– Jag har en och samma sköterska på mottagningen, vilket fungerar väldigt bra. Patienten känner oss båda och kan



När man inte har hela ansvaret kan man skjuta på beslut och låta en annan läkare fatta dem

Erik Syk tror att Sverige är ganska unikt i världen, om att inte ha ett generellt PAL-system. Han är också förvånad att PAL inte finns på de flesta mindre sjukhus.

Fakta | Ersta sjukhus

▼ Ersta sjukhus i Stockholm är en del av Ersta diakoni, Sveriges största idéburna aktör inom vård och omsorg. Sjukhuset har bedrivit sjukvård sedan 1851. Kirurgi- och anestesikliniken är specialiserad på avancerad kirurgi inom mag- och tarmområdet. Här utförs även mindre ingrepp, exempelvis bräckoperationer och kirurgi för anala åkommor. På Ersta finns också avdelningar för medicin, röntgen, ASIH, rehabilitering samt hospice. På Lilla Erstagården finns Sveriges enda barnhospice. Region Stockholm är den enskilt största beställaren av vård.

ringa sköterskan vid frågor. Hon i sin tur kan sedan hänvisa till mig, säger Erik Syk.

Redan när han började på Ersta sjukhus, fanns här ett system som liknade PAL, även om det inte kallades så då. Numera är PAL etablerat i alla delar av den avancerade vården som innebär långvariga patientkontakter. Vid små operationer som inte kräver slutenvård, är det dock inte alltid så, även om intentionen finns.

– Det beror på; det är en planeringsfråga. Men den opererande kirurgen sköter utskrivning och tar ansvar för eventuella komplikationer.

Erik Syk tror att Sverige är ganska unikt i världen, om att inte ha ett generellt PAL-system. Att det fungerar så bra på Ersta, beror antagligen på att sjukhuset är litet och saknar akut-sjukvård. Den planerade sjukvården kan fortgå utan avbrott. Men att PAL inte finns på andra mindre sjukhus förvånar

honom. Fördelarna är så stora och nackdelarna få.

Omsättningen på läkare är låg på Ersta sjukhus vilket kan bero på den trivsel PAL skapar.

– I mitt fall är det så och jag tror att det gäller för flera av mina kolleger också. Kontinuiteten är viktig och en orsak till att jag blivit kvar, säger Erik Syk.

Ingemo Orstadius.

Södersjukhuset minskade matsvinnet med 70 procent

Det slängs stora mängder mat på landets sjukhus. Med ett globalt hållbarhetsmål om halverat matsvinn till 2030 har frågan hamnat på den politiska dagordningen. Södersjukhuset i Stockholm har med ett nytt måltidskoncept lyckats minska matsvinnet med 70 procent sedan 2017.

▼ På Södersjukhuset i Stockholm slängdes 40 procent av maten år 2017 vilket kostade regionen tio miljoner kronor. Med ett nytt kök och ett helt nytt måltidskoncept har sjukhuset nu minskat matsvinnet med 70 procent.

Konceptet som bygger på kyllda portioner med lång hållbarhet har väckt uppmärksamhet och intresse runt om i landet. Region Skåne har fattat beslut om att införa ett liknande system.

Måltidssystemet behöver dock alltid anpassas till förutsättningarna på olika sjukhus. Södersjukhusets modell bygger på en fast meny som fungerar väl på ett akutsjukhus där patienterna inte ligger inne så länge.

En tredjedel av den mat som produceras i världen kastas bort. Det innebär ett omfattande slöseri med resurser och utsläppen från matsvinnet står för mellan sex och åtta procent av de globala klimatutsläppen.

I offentliga kök som sjukhusköken är det dessutom skattepengar som försvinner ned i avfallshinken när mat

Receptet: Fast meny och kyllda portioner



Måltidschefen Håkan Lundholm.

slängs. Detta sker samtidigt som många patienter inte får i sig den mat och därmed den näring och energi de behöver. Karin Fritz är kostekonom och projektledare på Livsmedelsverket:

– En patient som äter tillräckligt med mat mår bättre, tillfrisknar snabbare och vårdas kortare tid. Om maten hamnar i magen minskar också mängden mat som kastas bort, säger Karin Fritz

Enligt de globala hållbarhetsmålen ska världens matsvinn halveras mellan 2015 och 2030. Den svenska regeringen höll en "kick-off" för minskat matsvinn 2017. Sedan dess har Livsmedelsverket skrivit en handlingsplan för minskat matsvinn i hela samhället och tagit fram en handbok specifikt för offentliga måltider.

Regionerna sätter upp lokala mål för hur mycket matsvinnet ska minska men det är de enskilda sjukhusen som ska fatta beslut om åtgärder. Enligt Karin Fritz finns det ofta en medvetenhet om vikten av att minska matsvinnet inom sjukhusets måltidsverksamheter, men

ledningen och personalen ute på vårdavdelningarna behöver också vara med på tåget.

På Södersjukhuset valde man att ta ett helhetsgrepp om situationen för att förbättra måltidsservicen, anpassa den till sjukhusets karaktär och samtidigt minska matsvinnet. Kantinserveringen övergavs och nu lagas en fast meny med 12 rätter som kyls ned och finns tillgängliga ute på avdelningarna.

Patienten kan välja mellan rätterna och maten kan ätas var och när hen önskar. På det sättet försvinner i princip serveringssvinnet och tallriksvinnet motverkas genom systemets flexibilitet. Kökssvinnet är minimalt och det beror enligt måltidschefen Håkan Lundholm till stor del på den fasta menyn. När samma mat lagas vecka efter vecka vet man hur mycket som kommer att gå åt.

Håkan Lundholm berättar att det nya konceptet innebar en stor omställning och att implementering skedde succesivt för att "koppla på", informera och få med sig varje vårdavdelning.

– Det genomfördes i en lugn och jämn takt, så att alla var med på tåget. Dels var det mycket information och internutbildningar i förväg, sedan var en person från måltidsservice med på avdelningen, förklarade konceptet och hjälpte till att starta upp det.

Mindre matsvinn ger lägre klimatpåverkan men inköpen är också betydelsefulla. På Södersjukhuset finns klimatpåverkan med som en faktor vid menyplaneringen och tre av de tolv rätterna som serveras är vegetariska.

En negativ effekt av det nya måltidskonceptet är den ökade användningen av engångsförpackningar. I dagsläget används dessutom svart plast som inte går att återvinna. Det beror på att just den



typ av förpackningar som fungerar bäst i systemet i dag bara tillverkas i svart plast.

– Den plast som vi använder ger ändå en lägre klimatpåverkan än utsläppen som undviks genom det minskade matsvinnet, säger Håkan Lundholm.

Det finns i dag inte någon tillgänglig översikt över hur stort matsvinnet är på de svenska sjukhusen. Även om mätningar genomförts på vissa sjukhus sedan 2011 och sammanställs av Best Service, som är ett nätverk för regionernas serviceorganisationer, så är dessa siffror inte åtkomliga utanför nätverket.

Best Service kan inte svara på om matsvinnet generellt sett minskar på de 44 sjukhus som i dag ingår i nätverket.

Under 2021 ska Livsmedelsverket kartlägga matsvinn inom offentliga måltider och de hoppas få tillgång till Best Service resultat så att en översikt kan publiceras. 2020 gjorde myndigheten en mindre kartläggning av matsvinnet från sjukhus men uppgifterna bedöms som osäkra.

Sofie Leksäther är kontaktperson för expertgruppen för måltider på Best Service. Enligt henne handlar samarbetet om matsvinn inom nätverket i dag mer om att mäta matsvinnet än om att minska det.

Flera olika sorters svinn ska mätas och eftersom förutsättningarna på sjukhusen ser olika ut innebär det problem att få fram jämförbara mätresultat.



Engångsförpackningar och svarta plastlådor som inte går att återvinna är en negativ effekt av det nya konceptet.

– Men den plast som vi använder ger ändå en lägre klimatpåverkan än utsläppen som undviks genom det minskade matsvinnet, säger måltidschefen Håkan Lundholm.

"Att mäta matsvinnet sätter frågan på dagordningen men det är åtgärderna det handlar om"



Så länge politiken inte ställer krav på uppföljningar och kontrollerar vad som har gjorts och vad det leder till, så är risken att man inte kommer vidare och faktiskt lyckas minska svinnet, menar Karin Fritz.

Lena Frändberg

Några exempel på hur stort matsvinnet är på sjukhusen

▼ I Västra Götalandsregionen kastades i genomsnitt 31 procent av maten per portion bort 2013 och 2020 hade den siffran minskat till 25 procent.

▼ I Region Skåne kastas ungefär en tredjedel av sjukhusmaten.

▼ På Södersjukhuset slängs fortfarande 15 procent av maten efter att det nya måltidskonceptet införts. Det är dock en stor förbättring jämfört med de 40 procent som slängdes 2017.

Fotnot: Mätmetoder med mera kan variera mellan regionerna så siffrorna är inte helt jämförbara.

Gänget som vet hur man handskas med miljö

Plasthandskar med sju liv kan bli första steget till lokal återvinning och tillverkning



• Prototypen till maskinen som är tänkt att stå exempelvis på ett större sjukhus och återvinna och tillverka skyddsutrustning lokalt.

• Uppfinnarna Axel Sjöberg, Albert Eriksson, Adam Backman, Johan Olsson Stjernberg, Marcus Skoog.



Skyddsutrustning som återvinns på plats ute på svenska sjukhus. Det kan bli verklighet med hjälp av en uppfinning som fem studenter på Blekinge Tekniska Högskola står bakom.

▼ Adam Backman och fyra andra studenter på Blekinge Tekniska Högskola har gjort en världsunik uppfinning. Den består av en maskin som i dagsläget kan återvinna plasthandskar sex gånger utan att handskarnas egenskaper försämras. Idén är att skapa system för att återvinna alla typer av skyddsutrustning inom vården och tillverka nya produkter på plats.

Studenternas resa mot uppfinnarvärlden startade under en internationell projektkurs när gruppen började designa system för att hålla kvar plast i cirkulära flöden. Deras drivkraft var nedskräpningen av haven som de upplevde som plågsam att se.

I början handlade det om att skapa återvinningssystem för förpackningar. Men när pandemin slog till skiftade

fokus till skyddsutrustning inom sjukvården. Det blev tydligt hur mycket engångsmaterial som används och hur sårbar vården är för bristsituationer.

Handsakar är den engångsprodukt som används mest i sjukvården och enligt European Environmental Agency (EEA) har importen av engångshandskar till EU ökat betydligt under pandemin.

Eftersom plasthandskar används i så stora volymer bestämde sig Adam Backman och de andra studenterna för att designa en maskin som kan återvinna just handskar. De lyckades och maskinen utsågs i höstas till en av topp 20 bland cirka 1 800 bidrag till den internationella innovationstävlingen James Dyson Award.

I maskinen löses handskarna upp i hett vatten, steriliseras och formas till nya handskar. Materialet som används är en särskild typ av polyvinylalkohol (PVA) men tanken är att så småningom kunna använda biobaserad plast.

ReGlove-handsken fungerar enligt studenterna som en nitrilhandske och är både slitstark och formbar.

Uppfinningen är en prototyp i dagsläget och maskinen behöver optimeras för att vara gångbar på marknaden. Tillverkningen ska gå fortare och steriliser-

ingsprocessen behöver automatiseras.

– Man ska kunna slänga handskarna i maskinen och så kommer den att spotta ut ett par nya på andra sidan, säger Adam Backman.

Maskinen ska kunna stå på ett större sjukhus eller på en plats där flera verksamheter kan samsas om den. Både tillverkning och återvinning sker alltså lokalt och minskar beroendet av marknaden vid en krissituation. Med dagens maskin tillverkas handsken i det första steget och återvinns sedan sex gånger vilket ger sju ”liv” och 85 procent mindre materialanvändning. Förhoppningen är att produkterna ska kunna återvinnas ännu fler gånger i framtiden. Minskade material- och transportbehov betyder enligt Adam Backman att systemet kan hjälpa sjukvården att minska sin klimatpåverkan betydligt.

– Handskar som används i den svenska sjukvården färdas ofta över halva jorden för att användas i ett par minuter och sen slängas och brännas. Vilket är en ohållbar livscykel, säger han.

Lena Frändberg

Forskarstudie visar:

Avloppsvatten från sjukhus riskerar att utveckla nya resistenta bakterier

Nya former av resistenta bakterier riskerar att utvecklas i sjukhusens avloppssystem, enligt ny svensk forskning. Orsaken är att sjukhusavlopp som innehåller höjda halter av antibiotika hastigt kan döda känsliga bakterier samtidigt som de multiresistenta bakterierna gynnas.

▼ – Nu behöver vi göra fler studier för att ta reda på hur omfattande det här är, säger Joakim Larsson, professor i miljöfarmakologi vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, som leder arbetet i den forskargrupp som gjort studien, vars resultat presenterats i den vetenskapliga tidskriften *Environment international*.

Forskarna tog prover i avloppsvatten från Sahlgrenska universitetssjukhuset och jämförde med såväl renat som orenat avloppsvatten från det kommunala reningsverket Ryaverket. De filtrerade avloppsvattnen och avlägsnade alla bakterier, medan läkemedel och andra kemikalier fick vara kvar. Forskarna undersökte sedan vilken påverkan vattnet hade på bakterier i ett flertal laboratorieexperiment.

– Resultatet visade att bakterierna som var känsliga för antibiotika dog på bara ett par timmar, medan de som var resistenta mot flera olika antibiotika fortsatte att växa. Skillnaden var påtaglig, säger Joakim Larsson.

– Vi har tittat på ett sjukhus, men vill undersöka fler, säger Joakim Larsson som pekar på möjligheterna att rena avloppsvatten direkt på sjukhus, vilket man redan gör i flera andra länder.

Adam Öhman

KRÖNIKA

EN ANNAN SIDA AV SJUKVÅRDEN



Christine Takami Lageborn

Hen ser på mig med orolig blick. Berättar att hen ogillar sjukvården och egentligen inte vill vara här. Är stressad och tydligt obekvämt där i besöksstolen. Hen har undvikit att söka vård för sina symtom in i det längsta. Men nu går det inte längre.

Det är min första vecka som AT-läkare på vårdcentralen. Innan har jag varit tjänstledig för forskning i ett halvår. Jag känner mig kliniskt ringrostig och ovan i min nya roll som läkare med eget rum och egna patienter. Jag gör en bedömning utifrån patientens symtom och sätter in en behandling som jag visserligen tror på, men samtidigt känner mig lite tveksam till. Den är inte felaktig, jag har rådfrågat min handledare. Men kommer den verkligen att hjälpa? Patienten verkar mest lättad över att läkarbesöket äntligen är över.

Några veckor senare är det inbokat ett återbesök. Patienten berättar att hen inte mår bättre av behandlingen, men inte heller sämre. Hur ska jag utvärdera det? Jag frågar: ”Hur tycker du själv att vi ska göra nu?”

”Det blir som du bestämmer”, svarar hen.

”Nej, det blir som vi kommer överens om”, säger jag.

Och där någonstans börjar vi mötas. Där börjar det skapas, det lilla fröet till det där som mina allmänläkarkollegor kallar för allians. Plötsligt flyter samtalet på och vi kommer tillsammans överens om hur vi ska fortsätta, patienten och jag. Vi lägger upp en tydlig plan i punktform. Och så bestämmer vi att vi ska ses igen om ett par veckor.

Det är mycket som är annorlunda med AT-rollen i primärvården jämfört med under sjukhusplaceringarna. Såsom det här att jag får följa patienter över lång tid och se hur olika symtom utvecklar sig. Jag förvånas över att det som jag trodde kunde vara allvarligt inte var det. Och det är intressant att se

hur många symtom som går över eller förändras med tiden. Jag försöker bli bättre på att göra tydliga bedömningar. Inte nöja mig med att utesluta något farligt och konstatera att det inte är akut, utan att även ge ett rimligt förslag på vad det ofarliga symtomet kan bero på, vad vi kan göra åt det och en prognos för om och när det kommer att bli bättre eller gå över.

Min AT-handledare, som är en erfaren specialist i allmänmedicin, sitter med mig en timme per vecka och lyssnar på mina frågor och resonemang kring olika patientfall. Jag tror att han har börjat förstå hur jag fungerar, vad jag behöver stöd i och på vilket sätt. Det är delvis nya insikter för mig också. Och det är stor skillnad jämfört med tidigare under AT. Då hade jag en personlig handledare som jag träffade ibland, men i den kliniska vardagen var det olika från vecka till vecka. Det berodde på vem som var överläkare på avdelningen just då. Ibland stämde allt i handledningen och jag fick med mig värdefull kunskap och konstruktiv feedback. Andra gånger fungerade det sämre. Men det blev sällan någon uppföljning på given feedback eftersom vi inte kom att jobba ihop igen.

Vid patientens senaste återbesök var det som att träffa en ny person. Det gladdde mig att höra att hen hade gjort allt det som vi hade kommit överens om. Men framför allt gladdde det mig att hen såg ut att må så mycket bättre och dessutom själv sade att hen mädde bra.

Det här, tänker jag, måste vara den största belöningen med att vara allmänläkare. Att få se hur en behandlingsstrategi kan göra positiv skillnad för en annan människas liv. En människa som man dessutom har förmånen att få lära känna längs vägen. Förhoppningsvis kan liknande möten uppstå även i öppenvårdsdelen av många sjukhusspecialiteter. Men det är en värld som jag ännu inte fått möta.

■■■

Niklas Arnberg, ordförande i nystartade pandemifonden vars mål är att få fram nya antivirala läkemedel för att förhindra nya pandemier

"Vi måste göra något utöver det vanliga"

Om vi hade haft antivirala läkemedel mot coronavirus när utbrottet drog igång för drygt ett år sedan hade vi förmodligen kunnat mota Olle i grind och aldrig fått någon pandemi. Det menar Niklas Arnberg, ordförande i nystartade Pandemi-fonden, vars vision är att stärka upp svensk virus-forskning och väcka intresse för virusfrågan till den grad att vi aldrig behöver hamna i en virusutlöst pandemi igen.

▼ Behovet av att stärka upp svensk virusforskning har funnits länge. Före coronapandemin var antalet forskare som ägnade sig hängivet åt just coronavirus minimal och frågan om virus och dess påverkan på samhället i stort var svår att få särskilt mycket gehör för.

Men under pandemin har bristen på fungerande antivirala läkemedel blivit

smärtsamt påtaglig och inställningen till forskning på området en annan. Så i höstas när den andra coronavågen sköljde in över samhället kände Niklas Arnberg och kollegorna inom Svenska Sällskapet för Virologi att tiden var mogen. Med Cancerfonden, Hjärt- och Lungfonden och andra sjukdomsspecifika ideella organisationer som förebild blev Virus- och Pandemi-fonden verklighet. Målet är att samla in så mycket pengar till virusforskning som det bara går.

– Vi hade egentligen sett behovet av den här typen av fond länge. Virusinfektioners påverkan på människors hälsa, sjukvården och samhället i stort är både stor och kostsam även under icke-pandemiska år, säger Niklas Arnberg.

Som exempel nämner han att Försäkringskassan betalar ut sju miljarder kronor årligen bara för vård av sjuka barn – som i en klar majoritet av fallen beror på vanliga virusinfektioner av olika slag. Och Karolinska, Sahlgrenska och Södersjukhuset har alla tvingats upp i stabsläge på grund av virussjukdomar som influensa, mässling och vinterkräksjukan de senaste åren.

– Den totala kostnaden för detta uppgår ju sannolikt till många tiotals miljarder kronor varje år. Vi har föreslagit att regeringen ska räkna på det här

och vad satsningar på virusforskning skulle kunna få för samhällsekonomisk betydelse, men vi har aldrig fått gehör.

Men under pandemin har det blivit annat ljud i skällan. På förslag från Svenska Sällskapet för Virologi har regeringen via forskningspropositionen nu initierat ett nationellt forskningsprogram om virus – den första riktigt stora framgången på området, berättar Niklas Arnberg entusiastiskt.

– Det är naturligtvis otroligt glädjande att inställningen har ändrats så drastiskt. Men jag vill samtidigt betona att jag inte riktar kritik mot någon i det här sammanhanget. Vi som forskar inom det här området får rannsaka oss själva – vi har inte varit tillräckligt bra på att kommunicera ut virussjukdomarnas påverkan på samhället tidigare. Där har coronapandemin tydliggjort behovet på ett sätt som vi inte har kunnat. Men faktum är att om vi hade haft forskningsresurser för att ta fram läkemedel mot våra vanliga säsongsbundna virus som förkylningar tidigare – då hade vi förmodligen även haft ett läkemedel mot corona färdigt redan när

de första fallen upptäcktes.

Antivirala läkemedel fungerar nämligen på ungefär samma sätt som antibiotika fungerar mot bakterier i vår kropp – och bland är de också verksamma mot flera andra virus inom samma familj, berättar Niklas Arnberg.

– Låt säga att vi hade haft möjlighet att forska så mycket på det här området att vi hade haft färdiga, fungerande antivirala läkemedel mot andra virus i coronafamiljen – då hade dessa sannolikt fungerat även mot det nya coronaviruset. Och vi hade kunnat bryta smittkedjorna i ett tidigt skede – långt innan en ny pandemi var ett faktum. På liknande sätt bör vi tänka och arbeta när det gäller de andra 21 virusfamiljerna. Det säger väldigt mycket om hur viktigt det är att lägga stora forskningsresurser på det här området, säger han.

Och egentligen är ju en pandemi av det här slaget något vi hade kunnat förutse länge och borde ha kunnat ha haft betydligt bättre beredskap för, menar Niklas Arnberg.

– Om vi tittar bakåt i tiden så har virus de facto varit boven i dramat vid

samtliga tillfällen som WHO har utlöst globalt nödläge sedan början av 2000-talet. Därför är det egentligen väldigt konstigt att inte virusforskningen har fått mer resurser och uppmärksamhet genom åren, säger han.

Vad hade det gjort för skillnad om vi hade haft antivirala läkemedel mot coronavirus vid årsskiftet 2019/2020?

– Det hade förändrat världsläget fullständigt. Då hade vi haft en effektiv behandling för de första patienterna som insjuknade i Wuhan och fått ner deras virusnivåer så de inte förde smittan vidare. Vi hade inte behövt stänga ner samhället – skolor, idrottsevenemang, kulturevenemang – ja allt hade kunnat hålla öppet precis som vanligt. Coronapandemin hade förmodligen aldrig existerat.

Vad hoppas du och dina 250 forskarkollegor i Pandemi-fonden på inom den närmaste framtiden?

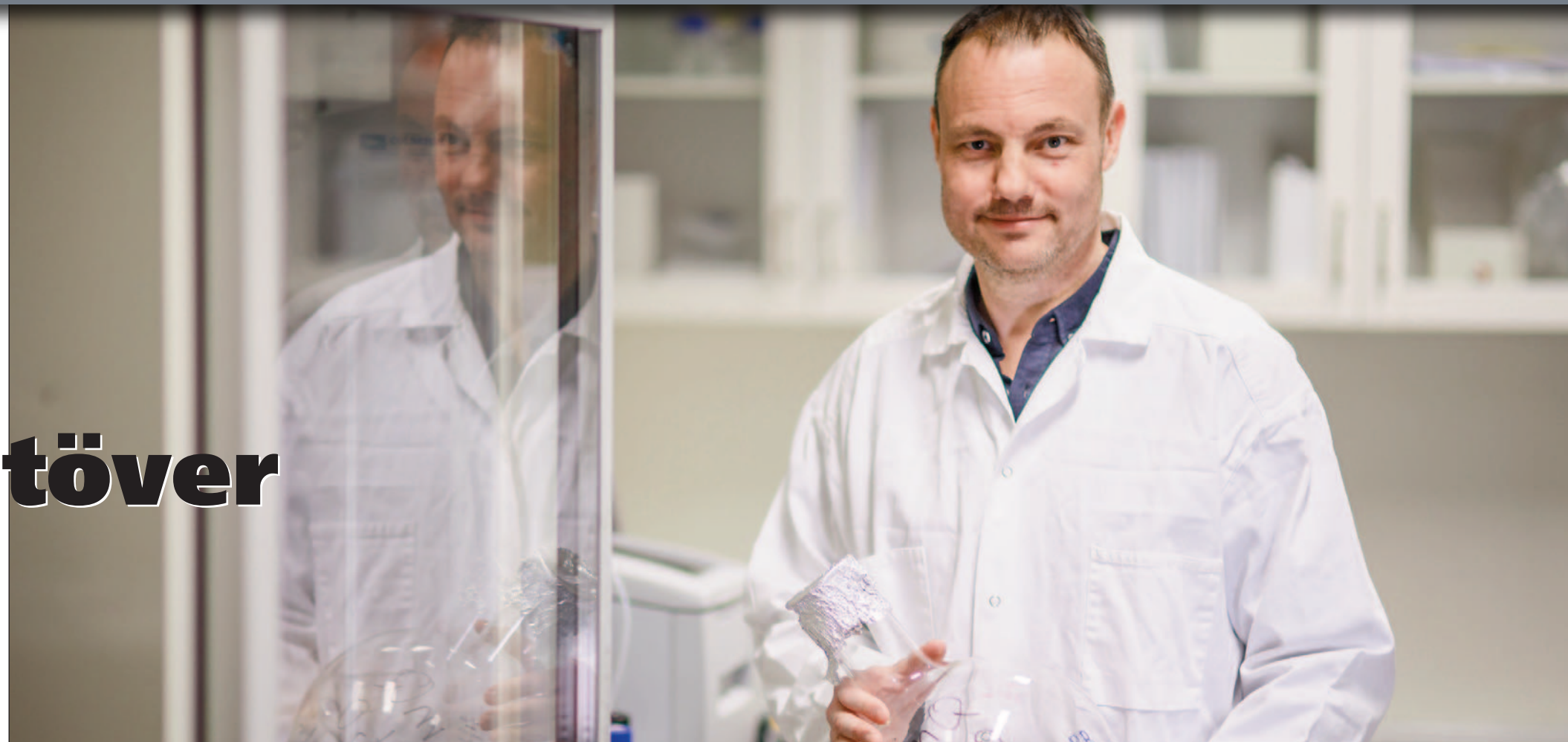
– Vi hoppas på människors stöd i form av stora och små donationer så vi får möjlighet att kunna utbilda nästa generations virusforskare och utveckla

framtidens läkemedel och även framtidens testsystem. Visionerna är att vi ska kunna stärka svensk virusforskning och bygga upp den så att den blir ännu bättre. Den är redan bra men den är alldeles för liten. Vi behöver bli fler kollegor så vi kan täcka in fler områden. Givet den påverkan som virus har på samhället och så få antivirala läkemedel vi har tillgång till idag så måste vi helt enkelt göra något utöver det vanliga. Ju mer virusforskning vi kan bedriva desto större är sannolikheten för bättre läkemedel, bättre vaccin och bättre kunskap och skydd mot kommande pandemier i framtiden.

Malin Gavelin.

Vill du bidra?

▼ Pandemi-fonden tar tacksamt emot din gåva på bankgiro: 900-7485, postgiro: 900748-5 eller via swisch på 1239007485. Läs mer om hur du kan bli månads-givare eller stötta fonden på andra sätt på www.pandemifonden.se



Pandemifondens ordförande Niklas Arnberg är doktor i medicinsk vetenskap med inriktning virologi och verksam vid Umeå universitet. Vid hans sida i Pandemi-fonden finns bland andra professorerna Tomas Bergström, Jan Albert, Matti Sällberg och Ali Mirazimi. Foto: Mattias Pettersson

Sabine Naessén

Prisad för fjärde gången



Uppskattningen är ömsesidig mellan Sabine Naessén, överläkare i obstetrik och gynekologi, och läkarstudenterna på Karolinska institutet.

Nyligen prisades hon för fjärde gången för sitt engagerade, empatiska och lyhörda sätt att undervisa.

Foto: Stefan Nilsson.

Lyhördhet, vetenskaplighet och gedigna ämneskunskaper. För att undervisa och stötta yngre kollegor på bästa sätt är det viktigt att möta dem på en jämlik nivå, men också att för egen del ha goda förutsättningar att fortbilda sig.

Det säger Sabine Naessén, överläkare i obstetrik och gynekologi, vars pedagogiska insatser nyligen prisades för fjärde gången.

▼ Studenterna på läkarutbildningens termin 10 på Karolinska institutet motiverade priset med att Sabine Naessén är "en omtänksam, lyhörd och pedagogisk lärare" på kursen reproduktionsmedicin.

"Under våra kliniska placeringar med Sabine utmanade hon oss att arbeta självständigt, men hon fanns alltid där, vilket fick oss alla att känna oss trygga i vår läkarroll. Hon förmår

oss att utvecklas det lilla extra genom sin kombination av tillit och stöd."

– Jag känner mig otroligt hedrad och glad. Motiveringen återspeglar mina intentioner. Målsättningen är att väcka ett intresse för ämnet bland studenterna och samtidigt hjälpa dem att bli självständiga och lärande individer. Jag är glad att jag har nått fram till mina blivande kollegor, säger hon.

– Det finns många olika pedagogiska instrument som man kan använda, exempelvis kritiska diskussioner med högt i tak, där studenterna får möjlighet att ställa frågor, dra slutsatser och motivera sina tankegångar, utan att riskera att känna sig dumma eller mindre kunniga. Men det är också viktigt att visa att man som lärare brinner för ämnet. Det smittar av sig.

Sabine Naessén har parallellt med sitt arbete som läkare, lärare och forskare, även en lång facklig bakgrund. Hon engagerade sig i Läkarförbundet för första gången redan när hon på

1980-talet gick andra terminen på läkarutbildningen i Uppsala. Sedan dess har hon bland annat under en tioårsperiod suttit i styrelsen för Karolinska universitetssjukhusets läkarförening.

I dag är hon styrelseledamot i Sjukhusläkarna i Stockholm. Bland hennes hjärtefrågor finns, vid sidan av till exempel läkares arbetsmiljö, just frågan om utbildning på alla nivåer.

– Som läkare är det ju centralt att hela tiden lära sig nya saker, att vara uppdaterad och hålla koll på nya rön och behandlingsmetoder. Alla läkare är på sätt och vis studenter genom hela yrkeslivet. Vi måste vara närvarande och lyssnande – det är min filosofi, säger hon.

När det gäller utbildningen av yngre kollegor vill Sabine Naessén gärna se att kliniska ämnen och moment får mer tid på läkarprogrammet. Hon upplever att studenterna många gånger knappt hinner bli varma i kläderna i vissa delar innan de måste skynda vidare.

– Jag tror att man skulle vinna

mycket på att lyssna mer på studenterna. Läkaryrket är ju till stor del ett hantverk, och det krävs att man får tid att prova sig fram.

Vad skulle man plocka bort från utbildningen i sådana fall?

– Jag vill inte peka ut något specifikt. Mer allmänt kan jag däremot tycka att man ibland betonar forskningsdelen på bekostnad av mer basala kunskaper. Det finns studenter som slussas fram till termin 10 utan att ha alla grundkunskaper. De kanske har klarat tentorna genom att memorera fakta, men de saknar djupare kunskaper om vissa tillstånd och ser inte helheten, säger Sabine Naessén.

– Nästa gång står de själva och ska ta hand om en patient och behöver ha de kunskaper som krävs. De allra flesta har dock ett genuint intresse och vill lära sig så mycket som möjligt. Det är min uppfattning.

Adam Öhman



THE 3D WORLD CONGRESS ON SURGICAL TRAINING - SURGICON

5-7 May 2021

**47 världsberömda ledare inom kirurgin, pedagogiken och industrin
föreläser och diskuterar behovet av evidensbaserade träningsmetoder för
upplärning inom hantverket:**

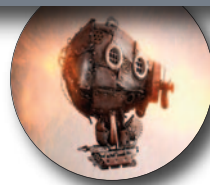
Nobels Fredspristagare 2018
Denis Mukwege, COD
 och
Julie Freischlag, USA
Richard Satava, USA
Carla Pugh, USA
Teodor Grantcharov, CAN
Steven Wexner, USA
Alberto Breda, NL
Julio Mayol, ESP
Marlene DeMaio, USA
Richard L Angelo, USA
Mark Bowyer, USA
Sean Tierney, IRL
Peter Linz, USA
Sloane Guy, USA

Leon Snyman, South Africa
Wakisa Mulwafu, Malawi
Magnus Kjellman, SE
Pernilla Dahm-Kähler, SE
Johan von Schreeb, SE
Karin Båtelson, SE
Peter Naredi, SE
Lars Dahlin, SE
Dan Farahmand, SE
Helena Taffin, SE

Medtech Europe, Bryssel:
Aline Lautenberg, BE
Experter inom pedagogik:
Erno Lehtinen, FIN
Jeff Bezemer, UK
Jeroen van Merriënboer, NL
Oskar Lindwall, SE
Operationssköterskan:
Susanne Börjesson, SE
Patienten och fotbollsspelaren
Pontus Kåmark, SE
 och många fler



Anmälan:
www.surgicon.org



Följ med oss på våra resor tillbaka i tiden inom specialiteternas värld! Vår ciceron är läkaren Stig Andersson från Säffle, 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!



.....Barn- och ungdomspsykiatri....

På 1940-talet handlade det om aborter, nattvätning, snatterier, nervositet...

År 1941 beslöt Landstinget i Värmland att tillsätta en läkartjänst i "psykisk barnavård". Läkaren skulle vara konsult för BVC, skolor, hälsovårdsnämnder samt läkare vid landstingets barnhem. Tjänsten gick till Gustav Jonsson (bilden ovan), senare känd för barnbyn Skå på Färingsö.

Han hade till sitt förfogande sex vårdplatser som 1946 ökades till tolv. Större delen av verksamheten var öppen och starkt decentraliserad.

Vanliga orsaker till kontakt var läs- och skrivsvårigheter, misstänkt efterblivenhet, nervositet, skolmognadsprövning, talrubbingar, nattvätning, snatterier och vårdnadsmål.

Gustav Jonsson avgick 1947 och ersattes då av två kollegor. Mottagningen hade då 1.500 - 1.800 besök per år. Åldersgruppen 7 - 14 år stod för 60 procent av besöken.

En särskild grupp utgjordes av abortsökande flickor och unga kvinnor under 21 års ålder. Efter utredning skickades ansökan till Medicinalstyrelsen.

Vilka var då de barnpsykiatriska behandlingsmetoderna under 1940-talet? Några rent medicinska lösningar fanns inte att tillgå. Inte heller hade läkaren något "team" med psykolog och socialarbetare. De vanligaste åtgärderna var:

- Placering i hjälpklass eller specialklass.
- Uppskov med skolgång.
- Placering i fosterhem eller på barnhem.
- Intagning på avdelning.

Uppgifter om antalet abortsökande saknas för 40-talet. De första åren av 1950-talet anger årsberättelserna 35 - 40 abortsökande. Av dessa beviljades knappt tio abort.

Källa: Förste provinsialläkarens i Värmlands årsrapporter.

Amerikanska inbördeskriget gav uppsving för sjukvården

.....Ortopedi....

Amputation har en lång historia. Under antik tid utfördes operationen i akuta situationer som vid öppna frakturer, krosskador eller gangrän. Historiskt hör amputationer hemma i krigskirurgin. Kirurgernas stora problem var smärtan och infektionen. Mot smärtan gavs opium och alkohol men det hjälpte föga. Risken för sårfeber reducerades först när Joseph Listers antiseptiska metod fått genomslag under 1870-talet.

Det amerikanska inbördeskriget pågick före antiseptikens genombrott. Sjukdomar och skador ledde till stor dödlighet. Utanför krigssjukhusens tält låg travar av amputerade armar och ben.

En amputation var ett drastiskt ingrepp men kunde å andra sidan vara livsreddande. Soldaterna fasade för operationen, många skadade valde hellre döden.

De medicinska skälen var starka. En läkare visade att av 19 soldater som amputerades inom två dygn efter skada överlevde alla utom en. En lika stor grupp med motsva-



Foto: Wikimedia Commons.

rande skador amputerades först i sent stadium. Endast en överlevde. Utifrån denna studie utfärdades anvisningar om tidig amputation. Under kriget tillämpades också "resektion". Kirurgen avlägsnade då enbart den skadade delen av skelettet och sam-

manfogade därefter de avsågade ändarna. I ett stort antal fall kunde armen eller benet räddas. För de amputerade utvecklades efter kriget förbättrade proteser.

På 1840-talet hade narkos börjat användas men den hade ännu inte

slagit igenom när inbördeskrigets började. En del läkare ansåg att smärta i sig stimulerade kroppens läkande förmåga och motsatte sig anestesi. Men verkligheten besegrade idén. Under kriget gavs 80 000 narkoser med inhalation av kloroform.

.....Gastroenterologi....

Den amerikanske läkaren William Beaumont (1785-1853) råkade 1822 vara i närheten när unge Alexis St Martin träffades av ett vådaskott från en musköt. Bålens vänstersida slets upp, lungan och magsäcken buktade fram, föda rann ut ur en öppning i magsäcken.

Mot alla odds överlevde ynglingen men en fistel kvarstod

Vådaskottet som fick stor betydelse

mellan magsäcken och huden. Beaumont kom då på att den kunde utnyttjas för studium av magsäckens funktion. St Martin accepterade och fick i gengäld en anställning som vaktmästare.

Beaumont genomförde en serie experiment på den tålige mannen i sitt hem. Genom att peta in och dra ut olika slags födoämnen med hjälp av en tråd kunde han iaktta hur olika föda påverkades av magsaften.

Han konstaterade att magsäcken hade en hög halt av saltsyra och att syran åstadkom koagulation av äggvita. Han noterade att flöde av magsaften framkallas av måltider och att psykiska reaktioner kunde påverka flödet.

En annan iakttagelse var att födan inte mosas sönder nere i magen och att den inte heller undergår jäsnings. Det måste således finnas någon annan verksam substans i magsaften som får födan att smälta ner. Substansen visades

senare vara pepsin.

Beaumont kom att kallas för "magfysiologins fader". Han är ett exempel på att viktig forskning ofta beror på förmågan att utnyttja ett givet tillfälle. St Martin återvände efter experimenten till sitt hemland Kanada där han sägs ha avlidit vid 83 års ålder.

Uppgifterna är främst hämtade ur Alf Sagners bok "Livets tjänare", Kristianstads boktryckeri AB 1980. ISBN 91.7046-134-1.



.....Arbets- och yrkesmedicin.....

Specialitet som fanns redan i antikens högkulturer

När man läser om yrkesmedicinens historia framträder den italienske 1600-talsläkaren Bernardino Ramazzini (bilden t.v.) som dess fader. Han gick systematiskt igenom ett 50-tal yrken och visade vilka hälsoproblem vart och ett gav upphov till. Hans synfält var brett.

Han uppmärksammade bland annat röda och inflammerade ögon hos smeder och hos de föraktade renhållarna av latriner, kloaker och avlopp. Men han tog också upp de problem som kan drabba dem som ägnar sig åt lärda studier.

Stillasittandet var inte hälsosamt och risken med att gräva ner sig i

filosofiska problem var att man förlorar kontakten med verkligheten.

Yrkesmedicin kan dock spåras längre bort, till antikens högkulturer. Läkare följde de romerska trupperna, som därmed kan sägas hade arbetshälsovård. Även gladiatorer och vakter hade särskilda läkare. Den store



Galenos (bilden) var till exempel gladiatorläkare. En yrkesgrupp vars risker och osunda arbetsmiljö tidigt uppmärksammades var gruvarbetare.

Den tidiga industrialismen skapade arbetsmiljöer som inte bara

socialt tänkande läkare utan även personer utanför medicin och sjukvård reagerade på. Olycksfall och exposition för oren och giftig luft hörde till de största riskerna.

Svenska provinsialläkare påtalade de eländiga villkor som skogsarbeare, kolare och jordbruksarbetare levde med. Detta gav å ena sidan upphov till en ganska omfattande kulturkritik, å andra sidan stärkte det preventivt tänkande och preventiva åtgärder.

Källor:
Nils Uddenberg. Lidande & läkedom I. Fri tanke Förlag 2015. ISBN 978-91-86061-57-9.

Encyclopedia Britannica. Occupational medicine.
www.britannica.com/science/occupational-medicine.

FRAMTIDENS
SPECIALISTLÄKARE

NU MÖTS VI IGEN!

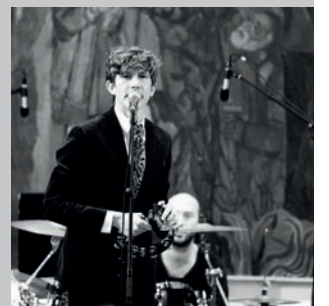
Utbildning och fortbildning
med kommunikation i fokus

Välkommen till Malmö Arena
8-10 september 2021
Fysiskt och digitalt

ANMÄL
DIG NU



FRAMTIDENSLAKARE.SE



På 1800-talet stod flickornas hälsa i fokus

Flickor diagnosticerades som svagare än pojkar
och mest sjuka ansågs "högreståndsflickor" vara

.....Skolhälsovård.....

Vid slutet av 1800-talet startade hälsoundersökningar av svenska skolbarn. Den allmänna uppfattningen var att flickor var svagare än pojkar. Flickornas hälsa stod därför i fokus.

Farhågorna besannades. Vid undersökning av 3 000 flickor visade sig 65,7 procent vara mer eller mindre sjuka. De vanligaste åkommorna var bleksot, kraftlöshet, huvudvärk, näsblod och skolios. Mest sjuka var de högre samhällsklassernas flickor. En undersökning av läroverkspojkar redo-

visade 45 procents sjuklighet. Bleksot, huvudvärk, näsblod och närsynthet var vanligast.

Några år senare kontrollerades folk-skolebarn i Stockholm. De vägde mindre, var kortare i växten och kom senare in i puberteten än läroverksbarnen.

Utom de redan nämnda diagnoserna fanns bland dessa barn skrofler, hjärtfel och magkatarr. 50 procent av flickorna och 40 procent av pojkarna betecknades som sjuka. Liknande resultat kom från andra städer.

En undersökning av skolbarn i Stockholm cirka 20 år senare (1907-1910) gav andra resultat. Nu framkom inga skillnader mellan flickor och



Foto:
Stads-
museet.
Fotograf
okänd.

pojkar. Som orsaker till ohälsa påvisades fattigdom, osunda bostäder och dålig kost.

De annorlunda resultaten torde främst visa att läkarnas syn på symtom och sjukdom hade ändrats. Gränsen mellan friskt och sjukt var flyttad. Förändringen kan också bero på individuella åsiktsskillnader bland läkarna och att det skett en viss förändring i deras patriarkala syn på könen och könsrollerna.

Källa: Fridh, Anna-Karin. "Flickorna är sjuka, klena och öfveransträngda". Sjukligheten bland flickor och pojkar utifrån svenska hälsoundersökningar ca 1870-1930. Svensk Medicinhistorisk tidskrift 2004;8:67-97.



Cellpatologins faders andra sida – Radikal socialmedicinare som gav samhället skulden för folkets elände och sjukdomar

.....Socialmedicin.....

Rudolf Virchow är känd som cellpatologins fader men han var också en tidig och radikal socialmedicinare. 1848 skrev han en rapport om en tyfus-epidemi i Oberschlesien där han uttryckte sig klart.

Skulden till epidemin låg i befolkningens eländiga livsvillkor, i apatin hos ett folk som berövats all värdighet och hölls i förtryck och okunskap.

Han skrev: "Medicin är en samhällsvetenskap och politik ingenting annat än medicin i stor skala."

Vad folket behövde var demokrati, utbildning, makt över sig själva. Samhällets skyldighet var att garantera förutsättningarna för en god hälsa:

bättre kost, bostäder och arbetsmiljöer, tillgång till läkare och sjukhus.

Kring sekelskiftet 1900 fördes en livlig debatt om sjukdomar och bristande hälsa hos befolkningen.



I stället för "glada och lyckliga människobarn, se vi bleka, blodfattiga, slappa varelser utan motståndskraft. En här af förut okända sjukdomar hafva inställt sig.

Hypokondriska och hysteriska människor, öfverfyllda dårhus, se der våra akulturella framstegs mörka skuggsida."

Bakgrunden fanns i industrialiseringen, urbaniseringens och teknifieringens inflytande på människan. Tidigare sociala roller hade ryckts upp

ur trygga och begripliga ramar. Människan befann sig i ett kroniskt tillstånd av konkurrens, tävlan och kamp för överlevnad. Symboler för den nya tiden var de snabba samfärdsmedlen: tågen, bilen, spårvagnen.

Enligt många läkare levde sekelskiftesmänniskan i dekadens och idéer om degeneration var vanliga. Degeneration kopplades till nervsjukdom, tuberkulos, alkoholism, sexuella utsvävningar, syfilis, kriminalitet och rasblandning.

Klyftan var djup mellan de konservativa, som längtade tillbaka till det gamla auktoritära ståndssamhället, och de socialt och politiskt radikala som ville skapa ett nytt samhälle och en ny människa.

Klyftan delade även läkarkåren. Dess majoritet var konservativ men den radikala gruppen hade starka argument och röster. På båda sidor fanns inslag av arvs- eller rashygien.

Bild: Wikimedia. Commons

.....Ögonsjukdomar | Ögonavläsning.....

Den tyske läkaren
Karl Henrich Baumgärtner

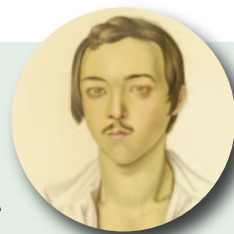


Bild: Wikimedia. Commons

Diagnosticerade utifrån blicken i patientens öga

Ögat hade en viktig plats i äldre medicin. Läkarens öga skulle kunna bedöma patientens tillstånd. Det var inte fråga om att se kroppen i sin helhet. Det var ansiktets och ögats uttryck som skulle studeras.

Ansiktet betraktades som själens fönster och i ögat och mimiken kunde den inre människan tolkas. Det gällde inte bara sjukdomen utan även egenskaper och karaktär.

Den tyske läkaren Karl Henrich Baumgärtner gav 1832 ut en lärobok, "Kranken-Physiognomik", där ögat stod i centrum. Baumgärtner trodde sig kunna skilja mellan olika sjukdomsblickar: den intensiva (ofta

dödens), den förvirrade (nervfeberns), den inåtvända (smärtans), den stela (depressionens), den flackande (könsjukdomens), den vilda (hjärnhinneinflammationens), den ångestfyllda (hjärtsjukdomens), den betryckta (magsjukdomens) och den strålande (förbättringens) blick.

Han såg tecknen i pupillens förstoring eller hopdragning, i ögats ställning och rörelser, i sättet att blinka och i ögonlockens ömtåliga darrningar och ryckningar. Ansiktet och ögat framstår i Baumgärtners idévärld som en spegel och en karta. Han hade många anhängare också i Sverige.

Vid mitten av 1800-talet hade den

vetenskapligt baserade medicinen växt sig stark. Optik, matematik och fysiologi formade den nya oftalmologin. Ett viktigt steg var uppfinningen av oftalmoskopet. Dess skapare, den snillrike och mångsidige Herman von Helmholtz, personifierade den matematiskt betonade naturvetenskapen. Baumgärtners ögonavläsning förpassades till alternativmedicinens domäner.

Källor: Karin Johannisson. Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar. Norstedts Förlag 2004. ISBN: 91-1-391283-5. Herman von Helmholtz. German scientist and philosopher. www.britannica.com/biography/herman-von-helmholtz

.....Neurokirurgi.....

Neurokirurgins grundare var extraordinärt skicklig och avlägsnade 2 000 hjärntumörer under sin karriär

Även om Harvey Cushing (1869-1939) hade några föregångare bör han ses som neurokirurgins grundare. Under sin karriär avlägsnade han drygt 2 000 hjärntumörer, var och en noggrant bokförda.

Han var också en av endokrinologins stora genom sitt utforskande av hypofysens funktioner och genom upptäckten av tillväxthormonet och dess effekter. Ett tillstånd med överproduktion av hypofyshormonet ACTH har beteckningen Cushings syndrom.

När Cushing började med hjärn-

kirurgi var kännedomen om hjärnans funktioner och deras lokalisering ännu bristfällig. Han utvecklade stor skicklighet i att lokalisera hjärnskador utifrån deras kliniska bild.

Hans operationsteknik var minutiöst noggrann med minsta möjliga vävnadspåverkan, omsorgsfull blodstillning med silverklips och elkoagulation samt noggrann kontroll av de vitala funktionerna under operationen ("surgery of safety").



Dödligheten i samband med hjärnoperationer sjönk på hans klinik från 50 procent till 10 procent.

Cushing var en mångsidig begåvning med breda intressen. Han skrev över 300 artiklar och gav ut 13 böcker. För eftervärlden är det inte fackböckerna utan hans biografier över kollegan William Osler och om renässansanatomen Andreas Vesalius som är mest kända. Sitt väldiga bibliotek donerade han till Yale University.

Källor:
Del Maestro Rolando. Harvey Cushing: A Life in Surgery. Can J Surg. 2007;50(1):70-71.
Wikipedia.
https://en.wikipedia.org/wiki/Harvey_Cushing

.....Hud- och könssjukdomar.....

Peter Hernquist.
Litografi av Johan Elias Cardon / Wikimedia Commons



Den skamliga sjukdomen som de flesta försökte dölja behandlades med svältkost

Syfilis hade under 17- och 1800-talen stor utbredning i Europa. De veneriska sjukdomarna dominerade på lasarett och kurhus.

I sitt kroniska stadium kunde ingå inflammationer i hjärnan och nervsystemet med symtom som blindhet, förlamningar, känselstörningar, psykos och demens (dementia paralytica).

Sjukdomen spreds utom vid sexuella kontakter även från mor till barn och från barn till amma. Det var en skamlig sjukdom som de flesta försökte dölja. För provinsialläkarna blev detta ett problem. De genomförde ibland "besiktningar" som

kunde vara kränkande.

Linnélärjungen Peter Hernquist (1726-1808) startade veterinärskola i Skara 1775. Han hade också kommit att intressera sig för de syfilissjukas situation och öppnade 1784 ett "veneriskt lasarett" dit många patienter sökte sig.

Att det gav lindring och tröst kan inte betvivlas. Behandlingen ter sig för nutida betraktare tveksam. Kvicksilver hade använts mot syfilis sedan Paracelsus tid på 1500-talet.

Hernquist behandlade med kamamel, som var ett kvicksilversalt. En annan behandling var "Osbeckskuren" som bestod av en kombination

av diet och dekokter. Patienterna fick under flera veckor svältkost samt stora mängder av dryck med dekokter som guajak (ett harts från pockenholtssträd i Mellanamerika), sassaparill (växtsaft från Amerika), kinarot (från smilaxväxter, klättrväxter med bär) och sublimatpiller (kvicksilverklorid).

Tanken bakom kuren var att syfilisgiften fanns i fettväv. Genom avmagring skulle den försvinna ur kroppen.

Källa:
Om Peter Hernquist och hans syfilisbehandling särskilt med kvicksilver. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift 1997-1998;2:137-163.

Anmäl dig till Sjukhusläkarnas digifysiska seminarium under Folkhälsodalen den 21 april



Foto: Daniel Stiller

Den 21 april anordnar Sjukhusläkarna seminariet "Befria patienter och profession från gränserna" som kommer att diskutera statlig styrning av sjukvården.

▼ Seminariet är en del av

Folkhälsodalen, ett digifysiskt event med rubriken "Gränslös sjukvård – på gott och ont?".

Det kommer att gästas av bland annat Ulf Kristerson, partiledare (M), Karin Båtelson (bilden), ordförande Sjukhusläkarna, Hjärnfonden

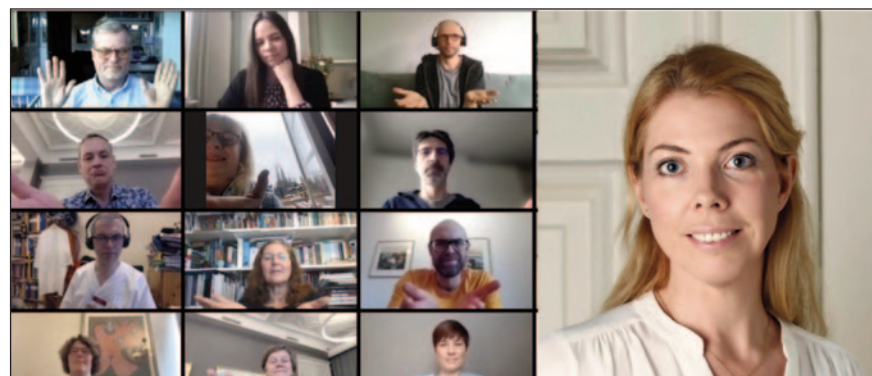
och företrädare för flera patientorganisationer. Kan vi komma närmare ökat handlingsutrymme och inflytande både för patienter och profession genom ökad statlig styrning? Gå in på folkhalsodalen.se för mer information.

Diskussioner om vårdens styrning engagerade

Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte anordnades digitalt för andra året i rad på grund av pandemin. Cirka 50 personer deltog och ett antal gästföreläsare var inbjudna på teman som arbetsmiljö och vårdens styrning. Under dagarna fanns också tillfällen att delta i olika arbetsgrupper.

▼ – Det var roligt att se ett sådant engagemang och att många kunde delta, säger Karin Båtelson, ordförande i Sjukhusläkarna. Vi i styrelsen fick bra inspel från arbetsgrupperna. Arbetsmiljö och läkares villkor behöver verkligen diskuteras, och nu jobbar vi vidare. Vi måste våga säga ifrån, resonera och ta diskussionen när vi ser att saker är knepiga på jobbet.

Sju motioner behandlades av mötet. Sjukhusläkarna i Stockholm konstaterade att flera lagar inte följs av arbetsgivarna och motionerade om att skyddsombudens roll måste stärkas och deras inflytande genomlysas, vilket fullmäktige biföll. En återkommande fråga som också var



en motion är rätten till ekonomisk ersättning vid arbetad övertid.

Sjukhusläkarna i Lund argumenterade för vikten av att yrkesföreningen verkar emot att läkare avtalar bort rätten till ekonomisk ersättning. Styrelsen menade att föreningen redan arbetar med frågorna och att motionen skulle ses som besvarad. Fullmäktige landade i samma slutsats, frånsett en att-sats om att föreningen också ska uppmärksamma övertidsfrågan för läkare inom privat sektor som bifölls.

Under mötet omvaldes Bengt von Zur-Mühlen till förste vice ordfö-

rande till och med ordinarie fullmäktige 2023. Shokoufeh Manouchehpour, Sten Östenson och Jonas Holm valdes om som styrelseledamöter, och Magnus Hellström fick förnyat förtroende som suppleant.

I den utvärdering som skickats ut till de deltagande efter mötet ger majoriteten de två fullmäktigedagarna mycket väl godkänt. Allra högst betyg får gästföreläsarna, där förvaltningsforskaren Louise Bringselius medverkan särskilt omnämns.

Flera har kommenterat att diskussionen om vårdens styrning var den viktigaste.

"Specialistbristen kan inte lösas om inte läkares arbetsvillkor förbättras"

Staten kan inte lösa specialistbristen, och det räcker inte med fler AT- och ST-tjänster, även om det en viktig grundförutsättning.

▼ – Bemanningen är för tätt idag med för stort fokus på den så kallade produktionen.

Man måste lägga lika stor vikt på att garantera forskning, utveckling, patientdiskussioner och allt annat som behövs för en bra arbetsmiljö, säger Karin Båtelson. Varje arbetsplats måste också ha bra handledare och chefer, och många AT- och ST-

tjänster vilket staten kan reglera – då blir det attraktivt att välja den specialiteten och också vilja vara kvar.

Mer om vad Sjukhusläkarna vill gå att läsa i verksamhetsplanen på Sjukhusläkarnas webbplats: slf.se/sjukhuslakarna/

ALL BEHANDLING AV TYP 2-DIABETES HANDLAR OM ATT SÄNKA HbA1c.

VI HAR SATT MÅLET LITE HÖGRE ÄN SÅ.



Jardiance®
(empagliflozin)

Behandling med JARDIANCE:

- 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}
- 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}

Allt i en liten tablett, där dosen inte behöver titreras, som tas med eller utan mat en gång om dagen¹ och med stöd i rekommendationer och riktlinjer.³⁻⁵

^{*}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 kranskärslsjukdom, 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}

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

^{*}JARDIANCE 25 mg + metformin[†]. JARDIANCE är inte indicerat för viktneigång 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. 2018. 4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 4: 2017. 5. Konsensusdokument kring nya diabetes-hjärtriktlinjer från Svenska Kardiologföreningen och Svensk förening för Diabetologi avseende användning av SGLT-2 hämmare och GLP-1RA hos patienter med förhöjd risk för kardiovaskulär händelse. https://www.sls.se/globalassets/svktf/internationella-riktlinjer/konsensus-final_20200423.pdf

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/1,73 m² vid pågående behandling). Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om diabetesketoacidosis (DKA). Ska inte användas vid typ 1-diabetes. 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 korrigering av andra riskfaktorer: ■ i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller, ■ ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad. **Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:** Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till 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.