

Ny alarmerande statistik
om Sveriges operationsberg

• Sidorna 36-37

Ledaren av
Karin Båtelson:

• Sidorna 4-5



Häng med på en
rundresa i Danmark!

• Sidan 29

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSLÄKARE • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 3/2021

Den store starke ledaren som
lovar guld och gröna skogar
och pekar med hela handen

Är detta din dröm?



Illustration: Myran

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®



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, 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 | Sjukvårdens framtid



- Ledaren4-5
- Inledning6-7
- Anders Anell om nationell styrning8-11
- Sagt på webinarier12-17
- Ordet är fritt – Louise Bringselius18-24

Sjukvården i Danmark



- Bakgrund26-27
- Häng med på vår resa genom Danmark29
- Hur stort är det danska vårdberget?30-34
- Rundvandring i maktens boning44-47
- **Nära vård** | Allmänläkaren Nina Åslund48-52
- **Nära vård** | Patienten Björn Ekman48-55

Sjukvården i Sverige

- Hur stort är det svenska vårdberget?36-37

Sverige vs Danmark

- Danskar får vård, svenskar får vänta38-43

ÖVRIGT |

- **Aktuell person** | Björn Eriksson56-57
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna58

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

* Interstiell 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 interstiella lungsjukdomar (ILD-sjukdomar) med en progressiv fenotyp och systemisk skleros-associerad interstiell 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 AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

Det kravlösa landet

En förtvivlad kompis ringde och frågade om jag på något sätt kunde hjälpa till för att dottern skulle få adekvat vård. Inte akutakut, men dottern lider av en allvarlig sjukdom i kritiskt skede. Han berättade om oklara besked, felaktiga besked, inga besked, ändrade besked eller rent brutna löften. Han upplevde också att de bemötts av människor som inte förmedlat förståelse och empati.

En annan vän som arbetar som sekreterare på en sjukhusmottagning med hopplöst långa väntetider – flera år för oprioriterade patienter förklarar trotsigt att den som ringer och klagar får en tid direkt. Jag vägrar att sitta där och bli utskäld och jag lider med dom som gråter, säger hon.

Som sjukvårdsanställd, och dessutom förtroendevald av medlemmar som man vet sliter och verkligen ger sitt yttersta, så blir jag alltid ledsen av alla dessa kontakter. Jag inte bara skäms och känner mig maktlös utan också oerhört frustrerad över att det inte fungerar och att jag inte kan bistå med adekvat hjälp.

Pandemin har blottlagt stora brister i samordning, beredskap och resurser inom och mellan regionerna och man har också byggt upp ett gigantiskt vårdbehov med all undanträngd vård. Regionerna som, i samarbete med sin arbetsgivar- och intresse-

organisatio SKR, är ansvariga för det allra mesta av styrningen av sjukvården var starkt ifrågasatta redan innan pandemin och de är än mer ifrågasatta nu när det kommunala självstyret inom sjukvården – 21 små egna land i pyttelandet Sverige – allt mer utvärderas efter pandemiåret.

Så varför är det så här? Tidningen Sjukhusläkaren, som du nu har i handen, har tidigare under året fått allas blickar att vända sig från Norge och istället se på Danmark har fortsatt sin granskning av vården för våra danska grannar. Varför lyckas Danmark där Sverige kapitalt har misslyckas?

I Danmark har staten satt upp tydliga mål för hälso- och sjukvården. Mål som inte är förhandlingsbara. Sjukvårdslagar och och författningar ska följas och patienter har lagstadgad rätt till vård. I Sverige har vi nästan tvärtom – här får regionerna premier för att de följer lagstadgade krav, exempelvis om vårdgaranti. Ett märkligt system att får extra betalt för något som du redan taxerat medborgarna för.

Nej, i Sverige ha regionerna fritt valt arbete och har inget tydligt krav att tillhandahålla den vård som behövs. I praktiken kan man lugnt avvakta ytterligare stimulansmedel

från staten ska komma. På deras intresseorganisations hemsida är det svåröskta redovisningar av väntetider och enbart om inom eller utanför den lagstadgade vårdgarantin. "Den lagstadgade vårdgarantin" är i sin tur politikerbestämd, tidsstyrd och inte alls baserat på vare sig medicinska eller patientens förutsättningar. Patienterna har få rättigheter i praktiken medan du i Danmark får hjälp att få vård i annan region eller till och med utomlands om inte väntetiderna hålls.

Regionpolitiker för också fram vikten av närhetsprincipen, vård nära medborgaren alltså. Men det stämmer dåligt då de flesta regioner bara vill bli större och större.

Dessutom står lilla landet Sverigemed två av Europas största sjukhus. Fast det har vi ju egentligen inte eftersom det är samma sjukhus med ny logga och behov av enorma administrativa överbyggnader.

Regionerna har visat ett de istället för närhetsprincipen har en övertro på stora "långtbortaorganisationer", bara det inte är staten.

Vi har dessutom olika nivåer av självstyrande enheter, helt utan demokrati eftersom de mest fantasifulla politiska koalitioner uppstår efter varje val. De uppstår på alla självstyrande nivåer, kors och tvärs, där man ger och tar olika hjärtefrågor hit och dit. Helt ovanför medborgarnas huvuden, utan möjlighet för oss

väljare att påverka eller förutse. Jag skulle vilja kalla det för maktfullkomlighet.

Läs nu detta numret om Danmark. Läs om Lena i invaliderad väntan på ny höft i Sverige när Danmark har obegripligt korta värdköer. Dessutom läkare i beslutande ställning på nationell nivå, att både profession och privat vård självklar del i utförande och uppföljning och att medborgare absolut inte stängs in i en region utan får hjälp till vård både till annan region och utomlands

Vi kan förstås inte copy-pasta Danmarks sätt att organisera sin sjukvård, men jag vill se att vi uppnår deras resultat och slippa alla frustrerande telefonsamtal om motsatsen.

Karin Båtelson
Ordförande i Sjukhusläkarna



"Drömmen om förstatligande, är den svenska varianten av "en stark ledare" som pekar med hela handen"

Text: Christer Bark

Under 2021 har den svenska modellen med 21 självstyrande regioner och SKR:s roll blivit alltmer ifrågasatt. Läkare, sjuksköterskor, patientorganisationer och forskare har i olika forum diskuterat framtidens svenska sjukvård och att den bör bli mer nationell.

▼ Sjukhusläkaren har följt debatten. Vad är det som sägs från de som vill ha en ny styrning av sjukvården i framtiden? Vad "drömmer" man om?

Och är det så att en nationellt styrd sjukvård inte kan bedrivas nära invånarna. Danmark införde statlig finansiering och ökad nationell styrning 2007. Så hur ligger det till med sjukvården i vårt grannland?

Styrs den av en handfull generaldirektörer i danska staten utan samverkan med regioner och professioner som SKR menar blir konsekvensen av nationell styrning i sitt debattinlägg? Och saknar Danmark nära vård av kvalitet? Är

sjukvården i Danmark mindre jämlik än i Sverige eller är det kanske tvärtom? Vilka rättigheter och vilken insyn har patienterna i den danska sjukvården? Sämre eller bättre än i Sverige? Hur mycket inflytande har läkarprofessionen? Vem har kontroll över kunskapsbygget, väntetidsregister, databaser, sjukvårdsrådgivning och annat av nationellt intresse?

Frågorna är många – vi har sökt svaren

Men vi startar resan i den svenska debatten och vi börjar med professorn i hälso- och sjukvårdsorganisation och ekonomistyrning, Anders Anell.

Därefter tar vi en liten rundresa och besöker några av alla de webinarier som arrangerats under våren med deltagare av experter med olika kunskaper.

Efter det har vi bjudit in organisationsforskaren Louise Bringselius, som

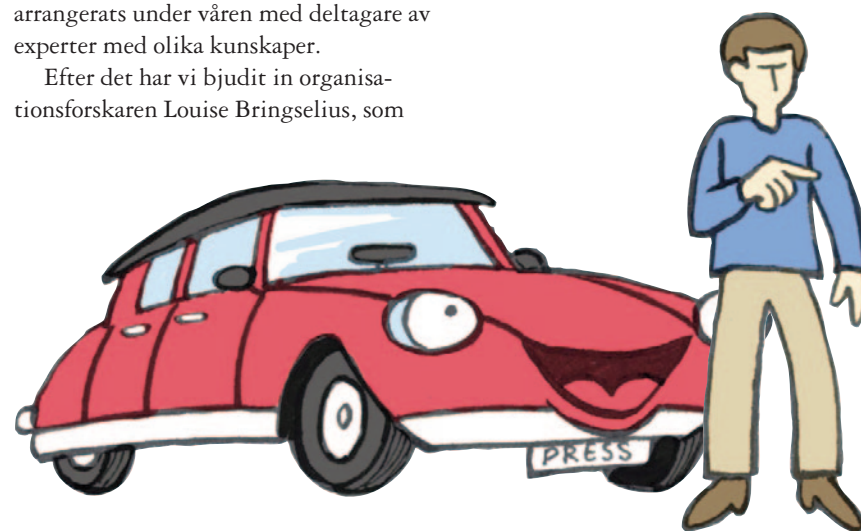
var forskningsledare i regeringens Tillitsdelegation att tala ofiltrerat.

Slutligen tar vi oss till Danmark. Ja vi kanske gör någon avstickare dit redan innan för att få lite blandade upplevelser på resan.

Det är coronatider så resan blir fiktiv då det varit omöjligt att träffas fysiskt, men det ger oss å andra sidan större möjligheter att resa lite kors och tvärs.

Vi gör det med vår illustratör Myrans nytillverkade och självkörande reportagebil (visst är den läcker!) och vår egen reporter-avatar.

Så häng med!
Nu kör vi!



*Anders Knappe, ordförande,
Carola Gunnarsson, 1:e vice ordförande,
Anders Henriksson, 2:e vice ordförande i SKR på Aftonbladet Debatt.*



- Läkare
- Hälso- och Sjukvård
- Butik
- Kontor

MALMÖ ARENA TOWER - HYLLIES BÄSTA LÄGE

Med utsikt över hela Malmö och centralt placerad i Hyllie har vi nya lediga lokaler på övre plan från 100-500 kvm med garageplatser och hotell.

Vid intresse kontakta
percy.nilsson@malmoarena.com



Så vill Anders Anell förändra sjukvårdens styrning

– professor i hälso- och sjukvårdsorganisation och ekonomistyrning

Text: Anna Sofia Dahl

Utan en bättre arbetsmiljö kommer det inte att vara möjligt att möta de utmaningar som svensk sjukvård står inför. Och för att nå dit behöver styrningen av sjukvården förändras. Staten bör ta ett större och mer långsiktigt ansvar, samtidigt som regionerna måste fokusera på mer på lärande och innovationer – och i högre grad utgå från professionernas drivkrafter. Det menar professor Anders Anell.

▼ Varför är det så svårt att få till en bra styrning av hälso- och sjukvården? Frågan är lika enkel att ställa som svår att ge svar på. Men oavsett var svaret landar är en sak tydlig – problemet är alltför komplext för att ha en enkel lösning.

En av de som ändå ger svar på hur framtidens styrning av hälso- och sjukvården kan se ut är Anders Anell, professor i företagsekonomi vid Lunds universitet, som i drygt 30 år har ägnat sin tid åt ämnet.

I fjol publicerades hans forskningsrapport "Vården är värd en bättre styrning" där han, förutom att blicka bakåt ringar in de utmaningar och möjligheter som vården står inför och även lämnar en rad rekommendationer för framtiden.

Rekommendationer som förenklat kan sammanfattas i tre delar:

1. Större och en mer långsiktig roll för staten.
 2. Mer regionalt fokus på professionens drivkrafter.
 3. Större autonomi för de nära verksamhetscheferna.
- Anledningen till att jag inte

föreslår några radikala förändringar i de övergripande institutionerna är att jag tror att det kommer att ta för lång tid att komma fram till ett resultat. Om vi ska vänta med alla förändringar tills man har gjort en strukturreform likt Danmark eller Norge får vi vänta ganska länge, samtidigt som det är nu vi behöver öka produktiviteten och det är nu arbetsmiljön är dålig. Därför behövs det förändringar här och nu snarare än nya utredningar, säger han.

– Om man blickar tillbaka på hur man har diskuterat inför styrmodeller i hälso- och sjukvården tidigare så har det varit mycket fokus på modellerna och mindre hur det ska fungera praktiskt och i vardagen. Värdebaserad vård, som jag är ganska kritisk till, är ett uttryck för det. Det ser bra ut på papper och teoretiskt, men sen när man ska föra ner det på praktisk nivå blir det problematiskt.

"Minimiera pressmeddelandepengarna"

Men låt oss återgå till Anders Anells rekommendationer. För det första menar han att staten borde ta ett större ansvar

- ✓ Staten bör ta ett större och mer långsiktigt ansvar
- ✓ De nära verksamhetscheferna bör ges större autonomi
- ✓ Fokusera på professionens drivkrafter, istället för finansiella incitament

"I hälso- och sjukvården är det mycket fokus på styrmodeller och ersättningsprinciper, snarare än på verksamheten och verksamhetens innehåll. Den diskussionen finns nästan inte i några andra branscher – det finns ingen offentlig diskussion om hur man styr i svenska verkstadsbolag till exempel. Det säger en hel del om förutsättningarna", säger Anders Anell.

Foto: Stefan Nilsson

för den långsiktiga finansieringen – exempelvis för digitaliseringen, kompetensförsörjningen och infrastrukturen – och då också förändra sättet den styr på. Från de kortsiktiga bidragen, de som ibland kallas för "pressmeddelandepengar", mot mer långsiktiga investeringar.

– Jag tror att staten behöver ta ett

mer samlat och långsiktigt grepp om finansieringen för att säkerställa att vården får tillräckligt med resurser, och att det blir en jämlik vård.

– Erfarenheten av de kortsiktiga satsningarna är sällan goda. De påverkar arbetet på regional nivå och jag tror också att de kan förklara en del av den överbyggnad vi har i regionerna,

eftersom man måste ha någon som hanterar de där pengarna. Det kan också förklara en överbyggnad hos SKR som ofta får i uppdrag att samordna utvecklingen inom de olika bidragssatsningarna, säger han.

I den förändrade styrningen ligger också behovet av ett större ansvarsutkrävande gentemot regionerna. Eller annor-

lunda uttryckt: den som vill ta del av statens pengar bör också följa vissa åtaganden.

Vad ska staten göra?

Anders Anell poängterar också att man nog måste överväga vad statens

Fortsättning nästa uppslag >>>



Anders Anell är också styrelseordförande för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt en av ledamöterna i Tillgänglighetsdelegationen och tidigare chef för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund, IHE.

utökade roll kommer att innebära.

– Jag tycker att man ska ha en mer fördjupad diskussion om vad staten ska göra – det är ju det som är det viktiga egentligen. Vi kan minska antalet regioner från 21 till sex, men frågan är ändå: vad staten ska göra? Om man istället diskuterar det tror jag att man kan få till förändringar lite snabbare, säger han och fortsätter:

– Och om man tycker att staten ska ha en större och mer aktiv roll är det viktigt att det handlar om långsiktiga procedurer så att det inte blir en ryckighet beroende på vem som sitter i regeringen. Det skulle inte vara lyckligt för vården om man vid varje ny mandatperiod och ny regeringskonstellation får en annorlunda hälso- och sjukvårdspolitik. Därför är det viktigt att man parlamentariskt kommer fram till en princip som ska gälla, med långsiktiga uppdrag till myndigheterna.

Regionernas roll

Men vilken roll ska då regionerna ha?

Anders Anell menar att regionernas styrning måste förändras mot att fokusera mer på lärande och innovationer – och då utgå från motivationen som kommer med professionella drivkrafter. Att det är först då de förändringar som behövs kan få tillräckligt med legitimitet.

För utmaningarna är både stora och komplexa. Samtidigt som demografin och den medicinska utvecklingen gör att produktiviteten kommer att behöva öka, finns det också ett skriande behov av en bättre arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Utan det kommer ingen av de utmaningar som väntar att kunna lösas, menar Anders Anell.

– När man säger till vården att produktiviteten måste öka tycker de att man inte begriper förutsättningarna. Det tror jag handlar om att man lägger in olika saker i ”ökad produktivitet”. Ute i vården uppfattar man det som att man ska göra samma saker som idag, men lite snabbare. Men det är inte på det sättet som man ökar produktiviteten bäst, menar jag. Det gör man genom att



"All form av styrning behöver någon form av ansvarsutkrävande, men det behöver inte vara genom lagar eller ekonomiska incitament. Finansiella instrument är alldeles för trubbiga. Istället behöver man förlita sig på de goda professionella drivkrafterna".

göra saker på ett nytt sätt – genom att utveckla arbetsformerna. Det gäller i hälso- och sjukvården, precis som på många andra håll, säger han och fortsätter:

– Och det är det som är tricket. Om man försöker utveckla produktiviteten genom nya arbetsformer, kan man också utveckla arbetsmiljön i samma veva. Därför behöver inte ökad produktivitet och nya arbetsformer sättas i motsatts till arbetsmiljön, vilket det annars oftast gör. Men de utmaningar som finns går inte fixa om man inte har en bra arbetsmiljö i botten – det är grunden för att orka ta sig an dem.

"Verksamhetscheferna bör få en viktigare och friare roll"

Men för att nå en lyckad kombination av ökad produktivitet och en bättre arbetsmiljö måste förändringarna komma från de som känner till förutsättningarna. Därför tror Anders Anell att verksamhetscheferna i hälso- och sjukvården kommer att behöva spela en ännu viktigare roll i framtiden, bland annat genom att se möjligheter och motivera till förändring. Men för att kunna rekrytera bra verksamhetschefer måste de ges bra förutsättningar, bland annat gällande frihetsgrader.

– Finansiella instrument är alldeles för trubbiga. Istället behöver man förlita sig på de goda professionella drivkrafterna. I den professionella identiteten ligger det att vara intresserad av hur det går för patienterna, utvecklingsmöjligheter, att jämföra sig med andra och

best practice. Också att diskutera möjligheter till vad man kan göra och hur man kan bli bättre. Därför blir det också väldigt viktigt vem som är chef nära verksamheten. På en övergripande nivå tror jag att man pratar för lite om det.

Däremot undviker Anders Anell begreppet tillitsbaserad styrning, även om hans tankar om vikten av att professionen ska få en större frihetsgrad och större grad av autonomi tangerar det som många fyller begreppet med.

– Jag menar att all form av styrning behöver någon form av ansvarsutkrävande, men det behöver inte vara genom lagar eller ekonomiska incitament. Även inom professionen finns en långt drivet ansvarsutkrävande i kraft av att man har en professionell stolthet och identitet. Det är oerhört värdefulla och viktiga drivkrafter som också fungerar som ett ansvarsutkrävande.

Anders Anell menar också att en bättre och mer transparent uppföljning har visat sig fungera som incitament för förändring.

– Inom professionerna vet man ofta ganska väl vilka kollegor och verksamheter som är mer eller mindre professionella, vilka man ser upp till och inte. Detta är också drivkrafter som kan initiera förbättringsarbeten och utveckling av nya arbetssätt. Utan uppföljning och återkoppling av resultat finns det däremot en risk att både den egna och kollegernas prestation värderas högre än vad den egentligen är.



ANDERS ANELL OM:

Omställningen till "Nära vård"

"Jag tror inte på idén att det går att flytta pengar från sjukhusen till primärvården på kort- och medellång sikt"

Jag tror att man behöver nya pengar. Jag tror också att man behöver fundera över vårdvalet i primärvården, så att man får ett mer

stratifierat vårdval där man säkerställer att sköra äldre som får kommunala insatser får bättre läkarstöd och kontinuitet. Och att man får in

nätläkarna som en integrerad del så att de i första hand kan fokusera på enkla sällanbesökare i vården där betydelsen av kontinuitet är lägre."

Hur pandemin förändrat hans syn

"Det behövs nära verksamhetschefer som kan reagera snabbt på det som är oförutsett"

En sak som jag har funderat på är att man måste ta till sig är att det alltid kommer att finnas en x-faktor som man inte tänkte på innan. Man kan inte planera för allt och man måste ha en beredskap och en styrning som håller även i ett läge där det kommer något oförutsett.

Då blir vikten av att ha nära verksamhetschefer och en förmåga

att utveckla verksamheten nära än mer viktigt. Vi behöver bygga in en hållbarhet och uthållighet i systemet så att vi kan klara av den här och andra typer av chocker. Och då tror jag att vi måste ha långsiktiga uppdrag, starka och bra nära chefer som kan utveckla verksamheten och snabbt reagera på det som är oförutsett."

Behovet av fler fristående aktörer inom sjukvården

"Vore bra med fler – problemet är att vi saknar en tradition med icke vinstsyftande institutioner som i Tyskland och Nederländerna"

Jag tycker att det är bra med fler fristående aktörer inom primärvården och jag tror att det hade varit bra att få en sådan utveckling på sjukhussidan också. Även om det är mycket svårare.

Problemet i svensk sjukvård är att vi av tradition inte har de här icke vinstsyftande institutionerna, som är en stor och viktig del av andra länders sjukhussystem. I Tyskland till exempel är hälften av

de privata sjukhusen icke vinstsyftande och de flest av de större universitetssjukhusen är icke vinstsyftande. I Nederländerna är alla sjukhus icke vinstsyftande, även om de är privata i organisationen.

Det hade varit mycket enklare om vi hade något sådant att gå mot – mer fristående vårdgivare där uppdragen mer bygger på dialog än en ensidig beställning från regionerna.

SKR:s roll

"På sikt bör myndigheterna ha en viktigare roll än SKR"

Om staten tar en annan roll och ägnar mer tid åt ansvarsutkrävande gentemot regionerna, så blir det kanske en annan roll för SKR och en mer direkt relation mellan regionerna och staten,

Det är ett problem idag att regionerna inte är förpliktigade att följa de överenskommelser som SKR har med staten. Och det är klart att det blir svårt att ansvarsutkräva om överenskommelserna ser ut på det sättet.

Sen tror jag också att det behövs göras ett arbete på nationell nivå.

I en långsiktig styrning och med långsiktiga investeringar i infrastruktur kan jag tycka att myndigheterna bör ha en viktigare roll än vad SKR bör ha.

Problemet när man gör saker i samverkan är att om det är någon region som tycker att det går för långsamt eller vill göra något annorlunda så kan den regionen hoppa av eller göra på sitt eget sätt. Om det görs av en statlig myndighet fungerar inte det och då blir det förhoppningsvis en annan utvecklingskraft.



– Det går för långsamt Nu måste Sverige välja väg

Texter: Anna Sofia Dahl / Christer Bark

Implementeringen av innovativa läkemedel går för långsamt och fokus behöver flyttas från kostnader. Nu behöver Sverige ta ett tydligt ställningstagande – ska vi vara ett föregångsland eller ställa oss längre bak i kön och vänta?

▼ Under pre Folkhälsodalens seminarium "Det är en fråga om liv – patienter behöver få snabbare tillgång till nya innovativa läkemedel" gav Anders Blanck, vd för LIF, tydliga besked om vad han tror behövs framåt i arbetet med att införa innovativa läkemedel. Bland annat behöver man bygga bryggan mellan den nationella politiken, de nationella strategierna och hur verkligheten ser ut ute i regionerna. Och då är det några saker som är viktiga på kort sikt:

– Hur ser användningen av de nya läkemedlen ut i Sverige och hur jämför vi oss med andra länder? Det tycker jag är ett väldigt enkelt regeringsuppdrag till TLV. De har idag i uppdrag att titta på priser och kostnader, men absolut ingenting som handlar om implementering. Det säger en del om var vi har vårt fokus när det gäller läkemedel.

– Sedan tycker jag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att göra årliga analyser av jämlik tillgång till läkemedel över landets regioner. Det saknas också idag – det finns ingen sådan jämförelse. Då kan vi få med det regionala perspektivet och på olika sätt putta på, men också stötta.

Enligt Ander Blanck visar Lif:s årliga



Ander Blanck: – Regeringen måste agera och ge TLV och Socialstyrelsen tydliga uppdrag. Foto: Gunilla Lundström

kartläggningen att 68 av 116 av de läkemedel som godkändes av den europeiska läkemedelsmyndigheten under perioden 2017-2019 fanns tillgängliga för en svensk patient i december 2020. Att Sverige gått från att i princip alla nya läkemedel subventionerades och finansierades av samhället under 90-talet till att idag enbart gälla drygt hälften av de EU-godkända läkemedlen.

– Det finns idag en mycket begränsad politisk styrning när det gäller tillgängligheten för patienter i Sverige till den läkemedelsbehandling som patienterna behöver.

Han påpekade också att reglerna för läkemedelssubventionering återspeglar en annan tid och andra utmaningar än de vi står inför idag – där de nya läkemedlen med stor sannolikhet har avsevärt mycket bättre effekt, men samtidigt ett högre pris och är inriktade mot svåra sjukdomar som drabbar färre patienter.

– Dagens situation kan inte lösas med tekniska justeringar i ett 20 år gammalt system.

Det som behövs är istället ett tydligt politiskt ställningstagande vilket land Sverige ska vara och vilka ambitioner vi ska ha. Valet står mellan att vara ett föregångsland som säkerställer att svenska patienter kan behandlas med de

läkemedel som godkänns inom EU eller att vi ställer oss längre bak i kön och helt enkelt väntar. Väljer vi det senare alternativet sätter vi oss också på läktaren och kan släppa ambitionerna att vara framstående inom Life science.

Ander Blanck menade att det nu behövs ett tydligt ledarskap för att tydligt koppla åtgärderna i Life Science-strategin till introduktionen av nya läkemedel och behandlingsmetoder.

– Våra hälsoekonomiska utvärderingar ligger på gruppnivå, det betyder att det finns individer som kan ha extremt stor nytta av det. Det kan vara väldigt, väldigt små patientgrupper där det finns potentiellt botande behandlingar. Vi behöver fundera på hur vi hanterar det.

– Så här tror vi också att det behövs ett uppdrag till TLV. Jag tror att staten spelar en väldigt viktig roll för att stötta regioner i det här, för att på olika sätt säkerställa att de läkemedel som bli godkända i EU också finns tillgängliga här. Då behöver man använda avtalsinstrumentet och andra instrument mycket mer aktivt på ett konsekvent sätt. Och där tror vi att TLV kan ha en nyckelroll ihop med regionerna.

Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna, lyfte också vikten av att finansieringen inte får stoppa införandet av nya läkemedel.

– Sedan får det inte heller stoppa på att vi inte har tid eller kompetens i vården och inte får möjlighet att träffa rätt patientgrupper. Kliniska prövningar är också en del – det måste vara möjligt att få kunskap om de här nya läkemedlen, hur de ska användas, hur patienten reagerar och hur behandlingen kan följas upp. Och både tid för klinisk prövning och forskning ska vara meriterande. Sedan vill vi inte att patienter stängs in i olika regioner så att olika regioner får olika behandlingsalternativ.

"Befria patienter och professionen från gränserna"

Låt professionens kompetens och patienternas delaktighet få styra och forma vården. Genomför en maktutredning i svensk sjukvård och minska den byråkratiska bördan.

▼ Det var några av de delar som lyftes under pre Folkhälsodalens seminariet "Befria patienter och profession från gränserna".

Sjukhusläkarna vill ha ökad nationell samordning, och ökad nationell styrning i många delar. Det betyder däremot inte att vi vill ha en statligt driven sjukvård eller statliga sjukhus – vi vill ha en mångfald av utförare. Det menade Karin Båtelso, ordförande för Sjukhusläkarna, och lyfte även att flera myndigheter får i

uppdrag att utreda likartade frågor vilket resulterar i olika påbud så som samverkan, partnerskap, överenskommelser och tillsammans.

Däremot handlar det mycket sällan om vad man egentligen ska göra.

– Vi som är profession, patient och medborgare får det inte att gå ihop. Vi tycker att vi finns för

mycket gränser som stänger in både patienter och personal – det finns inget riktigt fritt val och ingen riktigt fri arbetsmarknad. Vi vill ha en mer tillits-



Karin Båtelson: Vi vill ha ökad nationell samordning, men inte statligt driven sjukvård och statliga sjukhus.

baserad vård, där professionens kompetens och patientens delaktighet får styra och forma vården, sa hon.

Bland deltagarna fanns även Dag Larsson (S), ledamot i riksdagens socialutskott, som tyckte att det behövs en maktutredning i svensk sjukvård. Han menade också att det inte är de förtroendevalda politikerna som är inne och detaljstyr vården, utan att det snarare görs av både nationella och regionala byråkrater.

Även Johan Hultberg (M), ledamot i riksdagens socialutskott, pekade på att minska den byråkratiska bördan som en nyckelfaktor för att locka fler till vårdyrkena. Också på att politiker på nationell nivå behöver ha inflytande över sjukvårdens övergripande inriktning, medan vården professioner behöver få ett större handlingsutrymme i den dagliga verksamheten.

"De regionala cancerområdena saknar mandat – det behövs en nationell samordning"

Vården och politiken riskerar att stå kvar på perrongen medan cancerutvecklingen tuffar på.

▼ Det menade Thomas Wahlgren, medicinsk direktör, onkologi på Pfizer, under seminariet "Vem tar ledarskapet för en cancervård i världsklass?" under pre Folkhälsodalens.

– Den största bristen är nationell samordning. Vi har 21 regioner som styr och det finns en tydlig styrningsproblematik i den modell vi har. De regionala cancerområdena man har idag saknar mandat, sa han.

Thomas Wahlgren listade tre politiska beslut, samtliga på nationell nivå,

för att vi ska undvika att hamna i den situationen:

■ Behovet av att standardisera kvalitetsregister och processer för att få ut hälso-data som man kan lära och utvecklas av.

■ Behovet av en nationell plan för kompetensförsörjningen av cancer vården med en organisationsstruktur för vård och forskning med ett nationellt perspektiv.

■ Behovet av en nationell finansieringsplan för teknik och läkemedel för att säkerställa en jämlik vård.

Även Margareta Haag, ordförande i Nätverket mot Cancer, lyfte behovet av en nationell styrning av cancer vården.

– Regionerna har försökt att få till en jämlik vård i decennier, men utan att lyckas, sa hon och framhöll att det behöver finnas ett mandat på nationell

nivå där man också tar ansvar för att utvecklingen går åt samma håll.

Bland annat pekade hon på finansieringen av läkemedelsterapier till regioner som inte har tillräcklig kompetens eller resurser.

Även ojämlikheterna inom cancerrehabilitering lyftes. Margareta Haag sitter själv med i det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering och menar att det utvecklats "ganska ordentligt" de senaste åren.

– Tyvärr ska det anpassas i regionerna och då ser det väldigt, väldigt olika ut. Det ska också anpassas i cancer vården och där ser vi jättestora brister. Vi har pratat om att vi tycker att det ska gå från bör till ska i cancerrehabiliteringsprogrammet. Det har vi inte upplevt ännu.



9
mars

Del 1: "Staten, professionen, folket och SKR – hur skapar vi en god och ändamålsenlig styrning av vården?"

▼ I ett samarbete mellan Göteborgs universitet, Svenska Infektionsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet anordnades två webinarier under våren med temat "God och ändamålsenlig styrning av vården". Seminarierna leddes av Svenska Infektionsläkarföreningens ordförande Lars-Magnus Andersson. Sjukhusläkaren bevakade dem. Här är ett axplock med citat från vad som sades på webinarierna som hölls 9 mars och 3 maj.

Avtal med SKR är risky business

Sammanställt av Anna Sofia Dahl och Christer Bark

SAGT OM:

Avtalen med SKR

Lena Marcusson, professor emerita i förvaltningsrätt vid Uppsala universitet:



” Om SKR ska få ha hand om uppgifter som är mer långsiktiga, såsom att bidra till kunskapsuppbyggande och olika datainsamlingar, finns det ingen garanti för att det här är något långsiktigt – det kan plötsligt bli ett avbrott i det hela. Man har helt enkelt inte riktigt kontroll över vad man ger sig in i.

Regeringen har naturligtvis ett ansvar för att man ingått de här överenskommelserna och innehållet i dem, men själva utförandet av de här uppgifterna som läggs på SKR har vi ju inte särskilt mycket insyn i.

När det gäller överenskommelserna

och hur de kommer till kan man se att det finns en risk för bristande beredning – det finns inget remissförfarande, inga förarbeten som kan ge ledning till vad de innebär egentligen. Och också bristande kontroll när det gäller Riksrevisionens, IVO:s och allmänhetens möjligheter att få insyn i vad SKR gör.

Lena Marcusson kommenterade även senare i debatten de nationella programområdena och SKR:s inblandning.

Även om vi kanske har bra sjukvård i allmänhet, är de inslagen rätt besvärliga. Det är väldigt komplexa förhandlingar med många parter i olika led och en fragmentering av den kunskapsutbyggnad som sker i den offentliga sektorn och vem som står för det egentligen. Det är hela tiden det här kravet på samordning och samverkan mellan alla möjliga olika parter – regeringen, regioner, SKR och myndigheter.

Det är ett ganska komplext system och för en utomstående tror jag att det är helt omöjligt att förstå vem som står bakom resultaten och besluten som egentligen kommer fram här. Jag vill

varna för de här inslagen i överenskommelserna och allt de innehåller som inte kan kontrolleras närmare.

Bo Rothstein, professor i statsvetenskap vid Göteborgs universitet:



” Regeringen har delvis abdikerat att styra sjukvården via sina statliga myndigheter. Istället ingår man avtal med SKR. Men det finns inga rättsliga sanktionsmöjligheter mot en region som bryter mot avtal.

Avtalen saknar till skillnad från lagar rättsligt verkan för medborgarna, man kan inte åberopa dem gentemot en region om vad de lovat att göra.

Decentralisering har länge varit slagordet, men det som man kan se som en decentralisering skulle jag säga ofta i praktiken genom SKR:s ökade inflytande faktiskt är en centralisering.



Förlåt en kanske kordad fråga, men vad är "Good governance"?

”



Frågan är inte alls kordad. Jag fick själv kolla upp det, men "Good governance" eller "god samhällsstyrning" kännetecknas av en balans mellan råd och synpunkter från profession och experter med demokratisk insyn och möjlighet för politiker att göra välvägd val, något som många menar att Sverige misslyckats med i hanteringen av corona-pandemin.

Lars-Magnus Andersson, verksamhetschef vid Infektionskliniken i Göteborg och ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen



”

De här överenskommelserna med SKR har inneburit resursöverföringar från staten till SKR centralt, det framgår av Riksrevisionens rapport.

Det är sannolikt ganska stora summor som använts till central förvaltning och administration. Hur stora är svårt att se eftersom SKR inte råder under offentlighetsprincipen.

2017 var det inte redovisat till riksdagen enligt Riksrevisionen, men Riksrevisionen gjorde en uppskattning och då fick man på summor motsvarande den fjärde största myndigheten på vårdområdet.

SAGT OM:

Professionell kompetens

och styrning genom experter

Lars-Magnus Andersson:

”

Under pandemin ställde vi oss ibland frågan vilka prioriteringar som gjordes, och då var det ibland inte

helt uppenbart för oss vilka som gjorts när det kom riktlinjer från myndigheter och också oklart vilka experter som man anlitar för att få fram dem.

En reflektion som föddes var – finns det tillräckligt intern professionell kompetens inom myndigheterna, eller har man avvecklat den?

I det gamla Smittskyddsinstitutet fanns det heltidsprofessorer som anställda, då fanns det en vetenskaplig kompetens inom myndigheten som var ojävig var vår reflektion.

Vi såg en otydlighet i den andra änden när vi försökte påtala att vi skulle nog behöva större kapacitet av vissa

Karin Pukk Härenstam, ordförande i Svenska Läkaresällskapets kvalitetsdelegation:



”

Hela covid-19-situationen har visat på styrkan i balansen mellan riktlinjer och styrning å ena sidan, men att också ha en möjlighet för professionen att tillämpa sin djupa kompetens – både inom medicin som ämne och sjukvård som ämne – men även att via sina system snabbt kunna ställa om och anpassa till en helt ny situation”.

SAGT OM:

Nationell samordning

Lena Dillner tidigare verksamhetschef, Karolinska Universitetssjukhuset:



”

Kring högisoleringsvården i Sverige, där vi tar emot väldigt högsnittade patienter, så har vi tre enheter och vi har tidigare tillsammans sagt till både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att här borde vi ha nationell samordning. Ett nationellt lager av skyddsutrustning, läkemedel, osv och organiserade transporter över landet, men vi får tillbaka frågan att det är regionerna som har ansvaret för vården även om det är en nationell angelägenhet.

För vissa frågor ser jag ett tydligt

behov av en övergripande myndighet som tar ansvar.

Webinariet avslutades med att Lars-Magnus Andersson ställde frågan om Sverige har "good governance" alltså god samhällsstyrning av hälso- och sjukvården nu? Om inte vad kan vi göra för att driva det här åt rätt håll?

Jon Pierre professor i statsvetenskap, Göteborgs universitet:



”

Jag tror att vi har en väldigt förvirrad styrning. Jag tror inte att vi släpper lös experterna så mycket som vi behöver göra.

Vi har också konkurrerande styrningssystem. Politiken och demokratin som ett system och professionen som ett annat system och så har vi interna marknader som ett tredje system. Inget av de här systemen kan agera enbart utan det handlar om att få de här systemen att interagera för det är en risk att systemen stör varandra. Vi har lite mischmasch om jag ska uttrycka mig väldigt kort.

David Feltenius, docent i statsvetenskap, Umeå Universitet:



”

Ta grundlagen på allvar. Det kommunala självstyret är starkt fastslaget i regeringsformen och givet det så blir den traditionella styrningen ett sätt att hantera det och den maktfördelning vi har.

Ska man renodla alternativen till den nuvarande ordningen så brukar vi hamna i expertstyre eller en stark centralmakt,

Fortsättning nästa uppslag >>>

blir det en bättre styrning? Det är den frågan man måste ställa sig.

Magnus Gisslén,
professor
och överläkare
Sahlgrenska
univer-
sitetssjukhuset:



Jag tror att mycket skulle vara vunnet av återprofessionalisering av myndigheter och statliga organisationer. Jag tycker man ska ha tjänster med seniora experter på myndigheterna, personer som inte bara forskat utan forskat i väldigt många år.

3
maj

Del 2: "Hur skapar vi en god och ändamålsenlig styrning av vården? Jämförelse mellan Sverige, Norge, Danmark och Finland"

SAGT OM:

Svenska statens styrning

Bo Rothstein,
professor i
statsvetenskap
vid Göteborgs
universitet:



Vi har 21 regioner, 290 kommuner som är ansvariga för äldreomsorgen, vi har Sveriges kommuner och regioner och så finns det

en stor hög med myndigheter, e-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, IVO, Inspektionen för socialförsäkringar, Läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket, Myndigheten för vårdanalys, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Det är också en stor hög med tillfälliga statliga organ.

En nyordning i den svenska förvaltningsstrukturen är förekomsten av väldigt många "nationella samordnare", de är någon slags utredare som också ska organisera saker och ting.

Vi har en nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess, för ökad fysisk aktivitet, psykisk hälsa, sjukvårdsförsäkringen, för kompetensförsörjningen inom vård och omsorg, för äldre, för effektivt resursutnyttjande i vården, och för styrning med kunskap.

Min slutsats är att vi har väldigt många myndigheter, men att det tydligen också behövs väldigt mycket extrainsatta åtgärder för att skapa en nationell samordning.

SKR som är intresseorganisationen för de här centraliserade verksamheterna har efterhand fått en mycket stark nästan myndighetsliknande ställning.

Samtidigt har den statliga myndigheten Socialstyrelsen fått en svagare och mer undanträngd ställning.

Vi har mindre styrning av sjukvården genom lagstiftning och förordningar, mer med uppgörelser mellan regeringen och SKR och så har vi alla dessa nationella samordnare.

Vad är då problemet?

Socialstyrelsen och SKR har roller som blandas samman och utifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor har Riksrevisionen och många andra visat att det finns väldigt stora skillnader i vården som är problematiska.

Vården ges inte alltid på lika villkor, vården upplevs som fragmenterad, vårdens organisering är till vissa delar inte effektiv, bästa möjliga kunskap används inte alltid och vården, har en splittrad styrning på flera aktörer.

Vad tycker svenska folket om sjukvården?

Det allmänna förtroendet är väldigt högt. 75 procent har ganska eller mycket stort förtroende för personalen, det är ett väldigt högt förtroende för sjukvårdens personal, men förtroendet för de politiker som styr sjukvården är mycket lågt, enbart 16 procent svarar att de har mycket eller stort förtroende för politikerna, 50 procent svarar att de har lite eller mycket litet förtroende.

SAGT OM:

Danmarks styrning

Karsten Vrangbäck,
professor, avdelningen för Sundhedstjenesteforskning, vid Institutet för statskunskap, vid Köpenhamns Universitet.



Danmark har genom sammanslagning fått större regioner och på så sätt fått mer kapacitet i hälso- och sjukvården. Det är regionerna som äger och styr sjukhusen, regionerna som betalar allmänläkarna under en nationell överenskommelse – som sätter både villkor och priser för vad som utförs – och regionerna som planerar sjukvårdens kapacitet.

Om man jämför Sverige och Danmark är det mer centralstyrning i Danmark på så vis att staten står starkare gentemot kommuner och regioner. Detta sedan kommunreformen 2007, då det har varit ett underförstått hot att man kan lägga ner regionerna om de inte lever upp till de krav man ställer på dem.

Man har infört en budgetlag som innehåller automatiska sanktioner om enskilda regioner eller kommuner överskrider budgeten där de blir bestraffade individuellt, men även kollektivt, vilket har gett en rätt stark självdisciplin, där man vet att man får sin granne på ryggen om man inte sköter ekonomi.

SAGT OM:

Danmarks pandemihantering

Karsten Vrangbäck:



Under pandemin har huvudlinjen varit att agera flexibelt på de områden där det finns problem. Danmark har haft en mycket utvecklad strategi, vilken kom till på grund av samspelet mellan de statliga, regionala och lokala myndigheterna som varit eniga om att allokera extra resurser och använda extra fonder. Man har verkligen upprustat.

Sammanfattningsvis har man hela vägen haft en integrerad styrningsstruktur – både med koordinationen på toppnivå, men även på tvärs med regioner och kommuner.

Sättet man gjort det på är att man haft digitala möten mellan regioner,

nationella myndigheter, kommunerna plus allmänläkarnas fackförbund där man varje dag har diskuterat hur man ska koordinera. Idén har varit att man sitter i samma båt och att vi tar debatten efter krisen.

SAGT OM:

Sverige och övriga Norden

Lena Marcusson,
professor emerita
i förvaltningsrätt
vid Uppsala
universitet:



Trots olika lösningar i varje land verkar det finnas en gemensam nämnare för samtliga länder som skiljer sig mot i Sverige – det är en tydlig kompetensfördelning

och ansvarsfördelning. Utifrån det håller jag med dem som i diskussionen talar om att organiseringen av svensk sjukvård kräver en rejäl översyn idag. Därmed inte sagt att det ska vara ett regelrätt förstatligande, men det krävs en annan balans i den svenska regleringen av sjukvården.

Jag tror att det behövs ett ökat statligt ansvar, ett tydligare ansvar för hälso- och sjukvårdsområdet istället för att man förlitar sig på de här överenskommelserna med SKR.

Behöver vi exempelvis nationella forskrifter om hur tillgången av läkare på äldreboenden ska garanteras så bör det ske genom lag, eller eventuellt genom bemyndigande meddelat med föreskrifter. Vi behöver också skärpa tillsynen inom hälso- och sjukvården.

■ ■ ■

Ansökan
lämnas senast
15/9 2021

Ansök om anslag till diabetesforskning

Diabetesfonden utlyser projektbidrag, för såväl grundforskning som klinisk patientnära forskning med tydlig diabetesrelevans, avseende diabetesforskning med hög vetenskaplig kvalitet. Anslag kommer i första hand att tilldelas forskargrupper med mer omfattande program. Endast undantagsvis

tilldelas enskilda forskare eller mindre projektanslag. Huvudsökande för projektet ska vara disputerad. Anslag kan endast tilldelas forskare vars lön till minst 50% uppbärs i Sverige. Ansökan lämnas senast den 15 september 2021. **Läs mer och ansök på www.diabetesfonden.se**

 **Diabetesfonden**
För en framtid utan diabetes



Under rubriken "Ordet är ditt" kommer Sjukhusläkaren då och då framöver att publicera föredrag av personer som har kunskaper och idéer hur svensk sjukvård kan förbättras i framtiden. Den 11 mars höll Louise Bringselius ett sådant föredrag på Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte. Hennes budskap, grundad på forskning, var att sjukvården för att klara framtidens utmaningar måste ställa om helt och bygga på mer tillit och ge professionen mer autonomi.

Christer Bark, chefredaktör.

Louise Bringselius

Ordet är ditt

Louise Bringselius, tidigare forskningsledare i Tillitsdelegationen är en av Sveriges mest framträdande organisationsforskare, med inriktning mot offentlig sektor. Framförallt är hon specialiserad inom tillitsbaserad styrning och ledning.



”

Det hjälper inte att vi tapetserar hela våra arbetsplatser med fina värdeord, om styrningen signalerar, och främjar, helt andra värden. Det har blivit tydligt för många av dem som arbetar i hälso- och sjukvården under senare år. Exempelvis ser vi hur detaljstyrning och formalism signalerar misstro och hur det leder till minskat handlingsutrymme för läkare och andra vårdprofessioner som verkar i kärnuppdraget.

Kanske läste ni överläkaren Anna Spencers krönika i Dagens Medicin augusti 2018? Den hade rubriken "Hög tid att avskaffa dumhetskultu-

ren". Krönikan blev snabbt en av tidningens mest delade och många instämde i Annas kritik. Hon skrev bland annat så här:

"Jag vill inte höra fler ogenomtänkta förslag från okunniga, detaljstyrande politiker, regiondirektörer eller administratörer. [...] Jag vill inte höra ordet produktion när det heter sjukvård. Jag vill inte ha fler musmattor med värdegrundsord, inte fler ledningsgrupper där ingen vågar vara ärlig. Jag vill inte ha fler kontrollfunktioner eller enkäter utformade av människor som inte förstår vad vi gör. Eller vad de själva gör."

Anna Spencer vittnar om detaljstyrning, tystnadskultur och en frustration ute på golvet, där personalen i stället för strama riktlinjer och rapporteringskrav skulle behöva ökad stöd för att kunna utföra sitt uppdrag. I stället blir de avlödade på makt och inflytande. Det här är inte bara ett fenomen vi ser i Sverige, utan även internationellt. Så

här skriver en av mina favoritforskare inom organisationsteori, Henry Mintzberg, i boken "Managing the myths of health care" (2017).

"Jag kallar det för styrning med fjärrkontroll därför att den är avskuren från verksamheten, men ändå fast besluten att kontrollera den. [...] I hälso- och sjukvården innebär det att man omorganiserar oförtröttligt, mäter som en galning, premierar en heroisk form av ledarskap, gynnar konkurrens där det man behöver är samarbete samt låtsas att detta levnadskall ska hanteras som ett företag."

"Det där med Levnadskallet är viktigt, för när man frågar personer som jobbar inom offentlig sektor om vad som motiverar dem så tenderar de att vara starkt inifrån-motiverade".

Det betyder att de har en känsla av levnadskall i sitt arbete och känner att deras arbete är meningsfullt och viktigt.

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Vänd på pyramiden”

Och så är det ju också eftersom vården hanterar människor i utsatta situationer. Där är den drivkraften viktig för att göra det lilla extra och den bildar också en etisk ryggrad i verksamheten. För en läkare talar vi ibland om det som en ambition att ”om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta” (Läkarförbundets etiska regler).

Problemet är att när vi detaljstyr människor som har en stark känsla av levnadskall har denna inre motivation en tendens att minska. Det här vet vi i forskningen sedan över tio år tillbaka, men i organisationsvärlden finns det fortfarande många som tror att den inre motivationen överlever allt. För att fånga upp den som inte presterar eller för att det känns tryggt och bra sätter man därför upp detaljerade ersättningsmodeller, kontrollsystem, rutiner och riktlinjer.

Visst behövs det i någon utsträckning och visst kan det hjälpa i vissa fall. Man den läkare som har en stark känsla av levnadskall kommer bli allt mer frustrerad och drabbas av samvetsstress när systemen hindrar hen från att göra det goda arbete som hen vill göra.



Jag brukar illustrera detta med ett barn som förlorar sin ballong i vinden. Balloongen har formen av ett hjärta och det

motsvarar för mig hur hjärtat som vi har med oss i vårt arbete går förlorat när man försöker styra fram exakta prestationer från människor.

Som en konsekvens av dagens övertro på styrning och standardisering har vi fått allt större grupper som arbetar i stödfunktioner på central nivå med att utveckla riktlinjer, manualer, policies och planer samt med all den uppföljning som ingår i styrningen. Dessa staber har ofta blivit mer styrande än stödjande. Men ofta är också de fångade i ett system som är svårt att bryta sig loss från. De vill, precis som alla andra, känna att deras arbete tillför värde till verksamheten.

Även ansvariga politiker vill känna att de bidrar med värde. Men deras höga ambitioner tar sig alltför ofta uttryck i ett regn av mål och andra styrsignaler till verksamheten. Dessa mål svarar mot förväntningar i omvärlden och de kan också vara ett sätt att hålla ryggen fri, så att de inte ska kunna kritiseras för passivitet.

De högre tjänstemännen bryter sedan ned målen till indikatorer och aktiviteter som skickas ut i verksamheten. På så vis vill man säkerställa att de politiska målen förverkligas. I kärnverksamheten leder det ofta till mållkonflikter, exempelvis mellan ekonomi och kvalitet. Dessa mållkonflikter måste professionerna hantera och på politisk nivå är man ofta inte ens medveten om dem.

På samma sätt är det med problem som uppstår på grund av de mått som används för att rapportera resultat från verksamheten. Ofta känner högre tjänstemän och förtroendevalda politiker inte till dessa problem eller hur illa måtten fungerar. Beslutslinjen är nämligen inget bra verktyg för feedback mellan kärnverksamheten och de högsta nivåerna, utan mycket information tenderar att stanna på golvet. I stället behövs direktkanaler för denna återkoppling, något som ställer krav på

utvecklad internkommunikation och en lyhörd stödfunktion för uppföljning av ekonomi och kvalitet.

Om vi ska sammanfatta de problem som utmärker både vården och andra delar av den offentliga sektorn idag så ser vi detaljstyrning på långt avstånd, mätfixering, förpappring, en övertro på formalisering med detaljerade regler, strategier och planer samt en övertro på standardisering med hjälp av manualer. Vi ser frånvarande chefer i kärnuppgifter, med bristande administrativt stöd, bristande psykologisk trygghet och allmänt en övertro på beslutslinjen.

Här finns det ett pedagogiskt problem. Det är nämligen inte så att vi ska sluta mäta, formalisera och utveckla beslutsstöd till kärnverksamheten. Tvärtom är detta ofta viktigt för lärande och utveckling. Men ofta har vi gått för långt i vår tro på dessa system och ofta har ägandet över dem flyttats för långt bort från professionerna. Vissa talar om dessa trender i termer av New Public Management, NPM. Det är ett begrepp som myntades första gången år 1991 av forskaren Christopher Hood i en forskningsjournal. Det rymmer en mängd olika trender, men bland annat märks en övertro på mätning och belönings-system.

Vi behöver mäta, men mäter vi rätt saker, på rätt sätt och i rätt utsträckning? Vad vi mäter påverkar vad vi ser och vad vi gör. Mätandet riktar blicken och gör att vi kan missa aspekter som inte är lika lätta att mäta eller som av andra skäl inte mäts idag. Det kan också påverka verksamheten på sätt som inte är önskvärda. En gedigen genomgång av problemen med en övertro på mätning och granskning finns i boken ”The Audit Society: Rituals of Verification” av Michael Power (1997). Även filosofen Jonna Bornemark efterlyser ett större fokus på det omätbara i dagens organisationer, i boken ”Det omätbara renässans” (2019).

Idag behöver vi ett större fokus på främjande och lärande vid mätning och annan uppföljning. Att använda mätandet för att leta syndabockar och fördela skuld bygger inte upp tilliten i verksamheten, utan bidrar snarare till rädsla. Vi ska mäta med försiktighet och vara vaksamma både på hur mätandet påverkar verksamheten, vad måtten säger och vad syftet med mätandet egentligen är. Ur ett tillitsperspektiv bör siffror följas upp med möjlighet att förklara och följas av ett erbjudande från överordnad om stöd, om resultaten sviktar. Så skapar vi teamkänsla och trygghet.

Jag har ägnat en hel del tid åt att följa olika personalgrupper i vården och att även skugga chefer. Jag minns särskilt ett verksamhetsbesök. Personalen stod uppställda längs väggarna i det lilla rummet och såg fram emot att berätta om ett stort förbättringsarbete som de hade gjort och hur nöjda både patienter och personal var. Chefen svarade att det inte spelade någon roll om det inte syntes ”i siffrorna”. Man såg hur luften gick ur personalen.

Inom vården upplever jag att man är ovanligt fixerad vid mätning, ekonomivärden och att hålla beslutslinjen. Det anses också väldigt viktigt att vara lojal mot organisationen som varumärke. Det är ett problem, därför att det riskerar att inkräkta på de anställdas yttrandefrihet och meddelarfrihet och påverka den professionella etiken, där fokus främst ska ligga på uppdraget till medborgaren.

I den rollen har de en skyldighet att agera som demokratins väktare och slå larm vid missförhållanden och problem, även om det skulle drabba varumärket negativt. På lång sikt är det med denna öppenhet vi bygger tilliten till våra offentliga institutioner. Offentliga verksamheter ska dessutom samarbeta, inte konkurrera med varandra. De arbetar på ett gemensamt offentligt uppdrag.

Som en reaktion på denna utveckling efterlyser många av oss idag en mer tillitsbaserad styrning och ledning. Begreppet går tillbaka till publikationer av forskare som Robert Nyhan (2000) och Paul S. Adler (2001). Under senare år har jag och andra varit med och vidareutvecklat det, bland annat inom ramen för den statliga utredningen Tillitsdelegationen, där jag var forskningsledare. Regeringen vill nämligen också få till ett skifte.

Tillitsbaserad styrning är en verksamhetsfilosofi som betonar tillit både som förhållningssätt och som styrprincip och där strävan framför allt är att visa tillit genom att skapa handlingsutrymme och förutsättningar för de medborgare/klienter och anställda som möts i kärnuppgifter. Det handlar alltså inte bara om tillit som ett förhållningssätt i relationer i allmänhet, utan det här är också en princip som ska prägla allt från styrning och strukturer till ledarskap. Tre nyckelområden att arbeta med är styrning, ledarskap och organisatoriskt stöd. I stödet ingår stödfunktionernas arbete, men också processer och IT-system.



På vilket sätt är det radikalt mot hur vi arbetat tidigare? Jo, man kan säga att vi river pyramiden – eller vänder på den. I

stället för att alltid peka med hela handen från högsta nivån i styrkedjan innebär det att man måste bli bättre på att lyssna på verksamheten och framför allt på de som arbetar i kärnuppgifter.

Den viktigaste rollen för högre chefer och stödfunktioner är att stötta kärnuppgifter. Då behövs ett verksamhetstjänande ledarskap, på engelska kallat servant leadership. Blicken riktar då mot uppdraget, i stället för att vi förlorar oss i byråkratin.

Brukarstyrd inläggning i psykiatri är ett exempel på en modell som bygger på tillit. Här riktar sig tilliten hela vägen ut till patienten, som själv får möjlighet att välja när hen önskar inläggning. Det har lett till goda resultat för både patient och vård och vårdpersonalen har kunnat gå över till att bli mer av en stödfunktion än en portvakt för patienten. Det här skiftet är viktigt och nödvändigt.

Ett annat exempel på Bostad först inom socialtjänsten, där hemlösa i utanförskap får bostad utan andra krav på motprestationer än att personen sköter sin bostad. Även där har resultaten varit mycket positiva för alla parter och modellen sprids nu både i Sverige och internationellt.

Att lyssna av signaler och behov hos medarbetare, första linjens chefer och de verksamheten finns till för (t ex patienten) är alltså grunden i den tillitsbaserade styrningen. Därefter utvecklas system för styrning och stöd i dialog och det professionella omdömet är grunden. För ledarskapet blir det här ett rejält skifte om man som chef vill peka med hela handen och styra och ställa och bestämma. Det behövs också ibland, men nu måste tonvikten i stället ligga vid rollen som vägröjare för medarbetarna och uppdraget är att ge dem så goda förutsättningar som möjligt i arbetet.

Fortsättning nästa uppslag >>>

“Undersök möjligheten att starta fristäder”

Det är roligare att vara chef med ett tillitsbaserat ledarskap, eftersom det innebär ett helt annat samskapande. Du står inte lika ensam, utan du är en tydligare del av den professionella gemenskapen, och har en starkare roll i att skapa en gemensam förståelse för uppdraget och en utvecklingsanda. Men självklart kommer du också ha ett fortsatt ansvar också för att följa upp verksamheten och markera vid allvarliga problem. I forskningen talar vi om distribuerat ledarskap, för att beskriva den här ambitionen att låta alla ta på sig ledartröjan gemensamt. Tillit innebär ett tillsammansarbete, där vi hjälper varandra och samarbetar prestigelöst.

Jag har hört talas om konsulter som har översatt tillitsbaserat ledarskap till en övning där alla chefer får arbeta med att formulera sitt personliga erbjudande till överordnad chef. För mig är det här det gamla sättet att se på ledarskapet. Med ett tillitsbaserat ledarskap frågar du dig snarare vad du kan göra för att dina medarbetare ska lyckas. Du riktar blicken mot kärnuppdraget – och samma sak gör övriga chefer, stödfunktioner och politiker. Den fråga som ständigt går genom verksamheten är hur man kan underlätta för dem som jobbar på golvet och för de patienter och anhöriga som verksamheten finns till för.

Förr kunde chefer kräva tilliten av de anställda. Idag vet vi från forskningen att tilliten börjar på toppen. Du måste, med andra ord, själv börja med att visa tillit som ledare, för att den sedan ska kunna bli ömsesidig. Och den här tilliten måste präglade både strukturer och relationer.

Tillsbaserat ledarskap innebär att vi arbetar både tillitsbaserat, för att skapa handlingsutrymme, och tillitsbyggande, för att skapa handlingsförmåga. Handlingsförmågan skapar vi med organisatoriska förutsättningar i form av ekonomiska resurser, fungerande lagstiftning, goda strukturer och

processer, och så vidare.

Ska vi komplicera det här lite grand? Då kan vi gå tillbaka till publikationer som sträcker sig mer än tjugo år tillbaka. Det här är filosofiska resonemang om organisationer och de principer bidrar till samarbete och goda prestationer. Där talar bland annat Paul S. Adler (2001) om att det finns tre styrprinciper, eller koordineringsmekanismer, i alla samhällen och organisationer.

Den första är belöningar. Denna princip vilar på ett antagande om att det krävs detaljerade belöningar och bestraffningar och inslag av tävling för att människor ska vilja prestera.

Den andra är byråkrati och en vilar på ett antagande om att det krävs detaljerad reglering, formalisering och följsamhet mot beslutslinjen för att människor ska kunna prestera.

Den tredje är tillit. Den här principen bygger på en praktikgemenskap. Det innebär en gemensam förståelse för det professionella uppdraget och vad det innebär i praktiken. Praktikgemenskapen utvecklas i kollegiala strukturer som byggs upp såväl inom professioner som mellan professioner och lägger grunden för samarbete.

Paul S. Adler (2001) är en av de forskare som menar att alla tre principerna behövs, men att vi har alldeles för lite tonvikt vid tillit som styrprincip i dagens organisationer. Vi lever i ett kunskapssamhälle och tillit borde vara den dominerande principen. Ändå är det precis tvärtom.

Vi har mycket konkurrens, vi har mycket reglering och byråkrati, men väldigt lite tillit. I stället styrs många verksamheter hårt uppifrån och ned. I offentlig sektor ska det finnas en politisk styrning som går just i denna riktning, men ofta är den alldeles för långtgående och det direkta inflytande som medborgare idag önskar sig tvingas inte sällan stå tillbaka. Här behöver man förstå att vi lever i en ny tid, där folkviljan inte

enbart kanaliseras genom politikerna, utan där människor också förväntar sig möjlighet att påverka i direktkontakt med verksamheten. Då är det professionerna i frontlinjen de möter – och det är de som behöver verktyg och handlingsutrymme för att kunna möta medborgarnas behov, men också för att kanalisera deras feedback vidare uppåt i styrkedjan.

Idag behöver vi mindre fokus på tävling och belöningar och mindre fokus på beslutslinje och formalisering. I stället behöver alla nivåer i sjukvårdens organisation vara inriktad på att främja och samarbeta. Fokuset ska ligga på kärnuppdraget.

Det viktigaste instrumentet för att utveckla verksamheten ur ett tillitsperspektiv är lärande, helhetsansvar, relationsbyggande, värdegemenskap och patientfokus – det vi idag kallar för personcentrerad vård. Utvärdering av prestationer behöver i högre grad ske kollektivt, t ex med klinisk medicinsk revision. Utvärderingen behöver också vara mer främjande förståelseinriktad och mindre fixerad vid det mätbara och vid det hårda ansvarsutkrävandet. Som chef behöver du alltid ställa frågan, när du ställs inför dåliga resultat, hur du och dina överordnade kan hjälpa verksamheten att lyckas bättre. Att stå och kräva resultat med hårt tonläge tillhör den gamla tidens ledarskap.

Vad kan den tillitsbaserade styrningen innebära i praktiken? Här är några av mina kärphästar.

▼ Vi behöver ha fler direktkanaler mellan golv och tak. Ordade vägar för feedback från medarbetare till centrala tjänstemän och politiker och en viktig del när vi vill samskapa en god styrning. ▼ Vi behöver en upprepning bland planer, strategier, riktlinjer, regelverk och rapporteringskrav. Inventera dagens system och rensa bort så mycket som möjligt. Fråga i stället medarbetare, första linjens chefer och patienter vilka

behov de ser och låt strategiutvecklingen vara ett löpande arbete med utgångspunkt i dessa berättelser.

▼ Fråga dig hela tiden hur verksamheten bättre kan leva upp till patienternas behov och önskemål. Låt frågan finnas med på varje ledningsgruppsmöte och bjud gärna in patienter att berätta om sina upplevelser vid chefsdagar och interna seminarier. Annars finns risken att fokus flyttas till byråkratin och de lösningar som blir enklast för organisationen att hantera. Brukarstyrda inläggningar i psykiatri är ett exempel på en tillitsbaserad modell.

▼ Samarbeta med andra regioner och med kommunerna. Vi ser för mycket tävlingstänkande mellan regionerna och det utmanar professionerna, som representerar ett yrkeskunnande där organisationsgränser inte har betydelse.

Det är detta yrkeskunnande som måste lyftas fram när vi vill bygga broar

mellan olika aktörer som arbetar på offentligt uppdrag.

▼ Undersök möjligheten att starta fristäder. Det är miljöer som delvis frikopplas från detaljstyrningen och tillåts

arbeta annorlunda, med stort stöd från staberna.

▼ Arbeta med ledarskapet. Jag menar att ett tillitsbaserat ledarskap rymmer tre huvudsakliga roller: kompass, coach och vägröjare. Traditionella ledarskapsmodeller lägger fokus mycket på rollen som coach. De kan man t ex använda utvecklande i ledarskap eller coachande ledarskap som verktyg, men också lyfta frågor om inkludering. Men för att bygga tillit behöver du också ha ett stort fokus på att skapa en gemensam förståelse för uppdraget och det gemensamma syftet. Det har du i rollen som kompass, där vi också har etiska aspekter. Du behöver också ha ett stort fokus på att skapa förutsättningar för verksamheten, genom att påverka strukturer, styrning, processer och regelverk. Det gör du i rollen som vägröjare. Du behöver, med andra ord, en större verktygslåda än du får när ledarskapet enbart handlar om relationella aspekter.

▼ Försök att arbeta med framväxande och samskapade förändringar, i stället för stora organisatoriska omtag. Vårdprofessionerna måste vara med i utvecklingen av nya strukturer och det är bättre när det finns möjlighet att revidera planerna längs vägen. Förr så man att förändringsledning handlade till 90 procent av planering och resten om implementering. Vi organisationsvetare säger hellre tvärtom.

▼ Se över så att det blir ett rimligt antal medarbetare per chef. Du kan inte förväntas vara närvarande i ditt ledarskap om du har över 50 direktrapporterande.

Det är en ödesfråga att vi lyckas med den här omställningen. Med tillitsbaserad styrning och ledning knyter vi an till decennier av forskning inom en rad olika forskningsfält. Sjukvården ska inte bara arbeta forskningsbaserat inom medicin och omvårdnad, menar jag, utan också i sättet att leda och styra verksamheten.

Fortsättning nästa uppslag>>>



SKR:s roll är inte långsiktigt hållbar

”

Jag tycker att man fastnat i en lösning där det handlar om fullständigt förstatligande eller inte alls. Därför skrev jag i februari en debattartikel i DN under rubriken "Så kan regeringen ta större ansvar för styrning av vården"

Idag har vi mycket riktade statsbidrag, och vi har ett SKR som gör rankingar och faktiskt driver en konkurrens mellan regionerna när de egentligen borde driva ett samarbete, ett SKR som framförallt fungerar som ett filter i tillitsbyggandet mellan stat och regioner.

Jag ville öppna upp frågan vilka ansvar är det rimligt att staten har, vilka är det rimligt att regionerna har, när vi dessutom har det här med likvärdig vård som ambition.

Mycket pekar på att lösningen ligger i både en centralisering och decentralisering för vården. Centralisering av statlig styrning på vissa områden och decentralisering i form av att stärka professionens handlingsutrymme på lokal nivå. För det är det som driver en god vård – att man har en god arbetsmiljö på det lokala planet och möjlighet att agera.

Jag tycker att regeringen behöver kliva ned från läktaren och ta ett större ansvar för styrningen av hälso- och sjukvården.

Det handlar om större fastighetsinvesteringar, vårdköer, beredskapslager, patientdatasystem, nationella läkemedelslistor, biobanker, precisionsmediciner, hela det som är grunden för Sveriges Life science-strategi, som behöver



hanteras samordnat på statlig nivå.

Det fungerar inte det här att vi har SKR som en låtsasmyndighet i Sverige. Regeringen ska inte ha överenskommelser med SKR, det är en lobbyorganisation och en arbetsgivarorganisation. SKR:s roll är inte långsiktigt hållbar.

SKR har exempelvis inte beslutanderätt över någon av sina medlemmar och även om regeringen tecknar avtal med SKR så kan man inte vara säker på att besluten genomförs.

Trots att SKR fungerar som en myndighetsliknande konstruktion, är de inte underkastade samma lagstiftning som myndigheter, såsom krav på transparens.

I allmänhet tycker jag att vi behöver tänka mer samordning och mindre styrning. Regeringen har Socialstyrelsen som verktyg och finansieringsmyndighet och de har många myndigheter till stöd för sitt arbete.

Med ökad tillit mellan stat och regioner skulle man kunna tänka sig att regionerna ber om hjälp med samordning från Socialstyrelsen. Det skulle inte inkräkta på det kommunala självstyret.

Det behöver inte handla om styrning där man pekar med hela handen utan

om en samordnande funktion. Därför behöver det hållas täta samråd direkt mellan ansvariga statsråd och landets regionråd – utan SKR som mellanhand. I denna dialog behöver även företrädare för vårdprofessionerna medverka.

Genom att öka tilliten i alla led i styrkedjan kan vi lägga grunden för en styrning som är mer lyhörd och ändamålsenlig för verksamheten runt om i landet, där alla verkar utifrån ett helhetsperspektiv.

För att lyckas med detta vore en möjlighet att återgå till modellen med nationell beredning. På så vis kunde man röra sig bort från det trubbiga instrument som riktade statsbidrag utgör. De leder i dag till ökat konkurrenstänkande och driver på administrativa kostnader, men missar ofta att möta de olika behov som kan finnas lokalt.

Det finns även möjlighet att använda Sveriges sex sjukvårdsregioner i högre grad.

Vårdprofessionerna behöver stärkas genom ökat handlingsutrymme, ökat stöd och mindre byråkrati. Detta handlingsutrymme bör även riktas till patienterna, med personcentrerad vård och ökat patientinflytande.

I dag riskerar byråkrati och revirtänkande att riva sönder det klimat av samarbete och lärande som är vårdens viktigaste tillgång.

Utmaningen för dagens politiker och ledare är att vända den här utvecklingen. Det som krävs är en stor omställning, inte bara inom många regioner, utan även i den statliga styrningen av dessa.

Det är en ödesfråga att vi lyckas skapa det här utrymmet – att våga släppa taget på toppen och släppa fram professionerna.



”

Kör över Öresundsbron! Nu är det dags för Danmark.

För symtomatiska KOL-patienter med risk för exacerbationer när LAMA/LABA eller ICS/LABA inte ger tillräcklig effekt

TRIXEO AEROSPHERE®

(budesonid/glykopyrronium/formoterol)

DEN FÖRSTA
TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

FÖRBÄTTRAR SYMPTOMKONTROLL OCH MINSKAR RISKEN FÖR EXACERBATIONER JÄMFÖRT MED LABA/LAMA OCH ICS/LABA^{1,2*}

* Med symtomkontroll syftas på minskad andfåddhet (mätt med TDI fokaloäng 0,4 enheter förbättring; $p < 0,0001$ vs LAMA/LABA och 0,31 enheter förbättring; $p < 0,0001$ vs ICS/LABA) och minskad användning av akutmedicin (skillnad i behandling -0,51 puffar/dag; $p < 0,0001$ vs LAMA/LABA och -0,37 puffar/dag; $p < 0,0001$ vs ICS/LABA). Antalet måttliga/svåra exacerbationer minskade med 24% (1,08 vs 1,42 händelser per patientår; $p < 0,0001$) jämfört med LAMA/LABA och 13% (1,08 vs 1,24 händelser per patientår; $p = 0,0027$) jämfört med ICS/LABA. I det kliniska studieprogrammet jämfördes Trixeo® med de fasta kombinationerna av glykopyrronium/formoterol och budesonid/formoterol.

Referens: 1. Trixeo Aerosphere® SPC 2021-02-08. 2. Rabe KF et al. N Engl J Med. 2020;383:35-48

Trixeo Aerosphere® (formoterolfumarat, glykopyrronium, budesonid) 5 mikrogram/7,2 mikrogram/160 mikrogram, inhalationsspray, suspension, R03AL11, Rx, F = ingår i förmånen

Indikationer: Trixeo Aerosphere är indicerat för underhållsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte är adekvat behandlade med en kombination av en inhalerad kortikosteroid och en långverkande β_2 -agonist eller en kombination av en långverkande β_2 -agonist och en långverkande muskarinantagonist.

Dosering och administrering: Den rekommenderade och maximala dosen är två inhalationer två gånger dagligen (två inhalationer på morgonen och två inhalationer på kvällen).

Varningar och försiktighet: Detta läkemedel är inte avsett för behandling av akuta episoder av bronkospasm, det vill säga är inte avsett för symtomlindring av bronkkonstriktion under akuta situationer. Administrering av formoterol/glykopyrronium/budesonid kan orsaka paradoxal bronkospasm med en omedelbar väsande andning och andnöd efter dosering och kan vara livshotande. Behandling med detta läkemedel ska omedelbart avbrytas om paradoxal bronkospasm inträffar. Patienten ska utvärderas och alternativ behandling sättas in om nödvändigt. Behandling med detta läkemedel bör inte avbrytas plötsligt, om patienter upplever att behandlingen är ineffektiv bör de fortsätta behandlingen men uppsöka läkare.

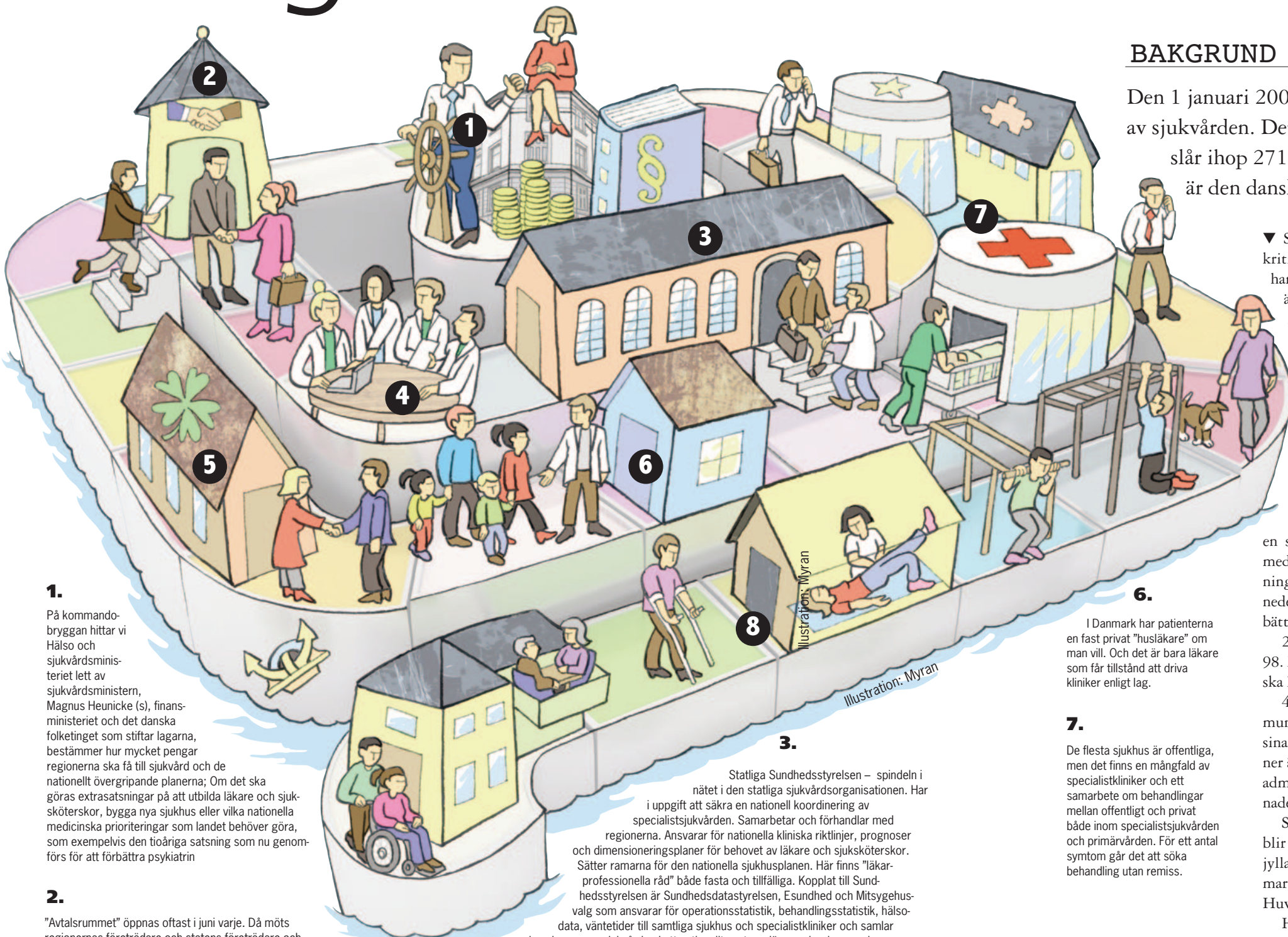
Senaste översyn av produktresumén: 2020-12-09. För ytterligare information och priser se www.fass.se
AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca



**TRIXEO
AEROSPHERE®**
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)
Inhalation Aerosol

Idag sitter alla i samma båt



1.

På kommandobryggan hittar vi Hälso och sjukvårdsministeriet lett av sjukvårdsministern, Magnus Heunicke (s), finansministeriet och det danska folkettinget som stiftar lagarna, bestämmer hur mycket pengar regionerna ska få till sjukvård och de nationellt övergripande planerna; Om det ska göras extrasatsningar på att utbilda läkare och sjuksköterskor, bygga nya sjukhus eller vilka nationella medicinska prioriteringar som landet behöver göra, som exempelvis den tioåriga satsning som nu genomförs för att förbättra psykiatrien

2.

"Avtalsrummet" öppnas oftast i juni varje. Då möts regionernas företrädare och statens företrädare och förhandlar om hur skattepengarna ska fördelas, men även om överordnade målsättningar inom den danska hälso- och sjukvården.

4.

De medicinskt professionella råden. Finns både fasta råd och tillfälliga inom Sundhedsstyrelsen.

5.

Regionhuset. De fem politiskt styrda regionerna ansvarar för driften och planeringen av specialsjukvården och gör avtal med privata specialsjukhus och specialistkliniker. Är arbetsgivare och löneförhandlar. Regionerna delar också ut tillstånd till privatpraktiserande allmänläkare och ansvarar för planeringen av tillgång till allmänläkare på olika orter.

3.

Statliga Sundhedsstyrelsen – spindeln i nätet i den statliga sjukvårdsorganisationen. Har i uppgift att säkra en nationell koordinering av specialsjukvården. Samarbetar och förhandlar med regionerna. Ansvarar för nationella kliniska riktlinjer, prognoser och dimensioneringsplaner för behovet av läkare och sjuksköterskor. Sätter ramarna för den nationella sjukhusplanen. Här finns "läkarprofessionella råd" både fasta och tillfälliga. Kopplat till Sundhedsstyrelsen är Sundhedsdatastyrelsen, Esundhed og Mitsygehusvalg som ansvarar för operationsstatistik, behandlingsstatistik, hälso-data, väntetider till samtliga sjukhus och specialistkliniker och samlar kunskapen om sjukvården i ett nationellt system där man har insyn och övervakning av de avtal som sluts.

BAKGRUND

Av Christer Bark

Den 1 januari 2007 sjösätter Danmark statlig finansiering och en mer nationell styrning av sjukvården. Det sker i samband med att Danmark genomför en kommunreform och slår ihop 271 kommuner till 98 och 13 landsting till 5 storregioner. Vid den tiden är den danska sjukvårdsskutan nedsliten och behöver rustas upp.

▼ Speciellt har det riktats kritik mot cancervården som har sämre medicinska resultat än i grannländerna i Norden. Bland medborgarna finns även missnöje med den ojämlika vården i landet där postnumret avgör vilken behandling man får. Man vill ha jämlik vård.

Staten tar över rodet. Målet är att minska den politiskt detaljstyrande byråkratin och få till stånd en sammanhållen dansk skuta med mer professionell besättning från översta däck till nedersta som kan samarbeta bättre.

271 kommuner slås ihop till 98. Målet är att alla kommuner ska ha minst 30.000 invånare.

40 procent, över 2 000, kommunfullmäktigepolitiker mister sina uppdrag. Med dem försvinner även deras stödfunktioner, administration och en rad byggnader.

Samma sker då 13 landsting blir fem storregioner – Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjælland och region Hovedstaden.

Här inleds dock en medveten nationell kostsam uppbyggnad av landets nedslitna sjukhus-system som inte sparar pengar, tvärtom. Nya sjukhus ska byggas, gamla läggas ner eller upprustas, en process att centralisera och specialisera sjukhusen och specialistvården inleds, där

även nationella behov blir styrande.

Ökade krav ställs på akutsjukhusen och de 35 akutsjukhus som fanns 2007 har idag blivit 21.

Staten inrättar en kvalitetsfond på 30 miljarder kr för att bygga nya sjukhus och rusta upp gamla som regionerna kan söka medel från om de bidrar med 40 procent själva. Från och med nu ska regioner och stat gå hand i hand där det danska sjukhusystemet ska betraktas som en enhet.

I Sundhedslagens (den danska hälso- och sjukvårdslagen) paragraf 208 tilldelas Sundhedsstyrelsen ansvaret för att fastställa och portionera ut speciella medicinska behandlingar på olika sjukhus.

De sammanslagna kommunerna får fortsatt ansvar för omsorgen.

De fem nya storregionerna blir ansvariga för driften och planeringen av hälso- och sjukvården, men de mister beskattningsrätten vilket förändrar maktbalansen.

Regionerna kan inte längre göra som de vill. Det decentraliserade regionala sjukvårdssystemet med egna politiskt beslutande församlingar måste även tänka nationellt. De fem regionerna tvingas nu att utarbeta fleråriga hälso- och sjukvårdsplaner som de måste rådgöra med staten om, men även enas sinsemellan inför de årliga för-

handlingar med staten, vanligtvis i juni, då skattemedlen fördelas ut i det regionala sjukvårdssystemet.

Förhandlingar där det även ska avtalas om överordnade målsättningar inom den danska hälso- och sjukvården. Det kan gälla allt från implementeringen av cancerplaner till medborgarrättigheter, som exempelvis rätt till utredning och behandling inom viss tid.

Och det som avtalas i den så kallade "specialplanen" som gäller sjukhusystemet och godkänts av Sundhedsstyrelsen är regionpolitikerna tvungna att följa. En ny balans mellan det centrala och decentraliserade har förändrat spelplanen..

Men det finns ju spelare på planen också. Vilka är de? Och är de helt styrda av de nationella förbundskaptenerna Magnus Heunicke och Sören Broström, eller får proffsen vara proffs med fria roller på delar av spelplanen. Det tänkte vi försöka få en liten glimt av, men det blir ingen vittnesed. Vi reportrar lovar och försäkrar inte på heder och samvete att vi säger hela sanningen om Danmarks sjukvårdssystem. Men vi försäkrar att vi har gjort vårt bästa för att sanningsenligt ha försökt beskriva de ämnen som vi hoppas kan tillföra debatten om framtidens sjukvård något som du som läsare kan ha användning av.

Fine for me, men nu vill jeg videre





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



SÖDRA
REGIONVÅRDSNÄMNDEN

SKANE

Svenska
Läkarsällskapet

Häng med, nu börjar vår resa i Danmark



Jag tänkte att vi kollar några patienträttigheter först. Sedan är jag nyfiken på det som kallas Good governance som infektionsläkaren Lars Magnus Andersson ställde frågor om på sidan 15. Finns det här i Danmark? Och hur går kunskapsstyrningen till? Och så tänkte jag att vi ska kolla den stora sjukhusomställningen.

Men nu vill jag nog faktisk ta en paus från alla intressanta tankar om framtiden.

Känner ett sug efter aktuell information och fakta. Så kör mig till vårdberget. Jag vill veta hur stort det är i Danmark nu. Vår frilansreporter Malin Gavelin har varit där och och pejlade läget. Ska bli spännande att se vad hon fick fram.

Så fortsatt framåt till nästa uppslag bara. >>>



Skarpa patienträttigheter förändrade vården

1

§ 86 Det fria sjukhusvalet

▼ Enligt den danska hälso- och sjukvårdslagens § 86 har en patient rätt att söka specialistvård på vilket offentligt sjukhus som helst i hela landet.

§ 87 Det utvidgade fria sjukhusvalet

▼ Klarar inte regionens offentliga sjukhus att erbjuda undersökning eller behandling inom 30 dagar så har patienten rätt att bli undersökt eller behandlad, helt eller delvis, på ett privat sjukhus eller en privat klinik som regionen slutit avtal. Finns ingen sådant så har patienten fortsatt rätt att söka vård utanför regionen.

2

Vårdgarantin ger rätt till snabb utredning och behandling

▼ Den danska vårdgarantin på 30 dagar för utredning och behandling är en skarp rättighetslag som fått ner väntetiderna ordentligt. Den ger också patienten rätt att inom åtta dagar efter att remissen inkommit till sjukhuset eller en utredning är klar få en tidsplan för när den kan ske eller väntetider till andra sjukhus.

När det gäller flertalet cancerdiagnoser och en rad hjärt-kärlsjukdomar är vårdgarantin ännu kortare. Där gäller max 14 dagar för undersökning och 14 dagar för operation efter operationsbeslut.

Regionen där patienten bor är skyldig att tillhandahålla behandlingen antingen i

den egna regionen, eller i en annan region, eller på ett privat sjukhus eller utomlands. Om inte det är möjligt är regionen förpliktad att vända sig till Sundhedsstyrelsen om patienten vill det. Sundhedsstyrelsen är då skyldig att försöka hitta en behandling inom eller utom Danmark inom tidsgränsen.



Illustration: Myran



”Ja, verkligen, verkligen härligt! Fast det gäller kanske inte alla. Läste att SKR har ont om personal och värdjat om hjälp från Danmark och övriga Norden i sommar.



”Vårdberget ska vara borta före semesterperioden”



Region Huvudstaden

Region Huvudstadens ambition är att samtliga uppskjutna operationer och behandlingar ska vara genomförda innan semesterperioden 2021 inleds.

▼ Över 11 000 uppskjutna behandlingar och nästan lika många uppskjutna operationer. Det blev facit för Region Huvudstaden efter coronans andra våg. Men nu kavlar man upp ärmarna för att göra sig av med hela den uppkomna vårdskulden innan sommarsemesterperioden tar vid, meddelar regionrådsförmannen Sophie Hæstorp Andersen (s).

– Coronan har drabbat människor på väldigt många olika sätt och en av de drabbade grupperna är de människor som har väntat i osäkerhet på när det blir deras tur att få sin behandling. Det ska inte behöva vänta mer än nödvändigt så därför hoppas jag att vi lyckas inhämta det här före sommaren, säger hon.

Regionen kommer att ta till allt som krävs – samarbete med privata sjukhus, avlastning mellan regionens egna sjukhus och extra ekonomiskt tillskott till särskilt pressade enheter, berättar hon. Till sin hjälp har regionen 50 miljoner danska kronor som är öron-



Sophie Hæstorp Andersen regionrådsförmän (s): ”Under andra vågen har vi bara stängt ner när det varit helt nödvändigt”.

Foto: Jens Astrup

märkt för att användas just till att bekämpa den uppkomna vårdskulden.

Det kommer också att göras en ny genomgång av alla väntande patienter för att säkerställa att de med särskilt uttalade behov av operationer eller behandling, till exempel de med svåra smärtor eller de vars sjukdom riskerar

att utvecklas till ett farligare tillstånd, kan få flytta fram i kön.

Men även om många behandlingar och operationer fick ställas in även under den andra coronavågen så kom regionen betydligt mer lindrigt undan i det här avseendet än under våg nummer ett, menar Sophie Hæstorp Andersen.

– Vi har inte upplevt samma nedgång i den planerade verksamheten som under första vågen när vi stängde ner mycket mer inne på sjukhusen eftersom det var helt helt okänd mark för oss och vi fruktade samma utveckling som i Italien.

Under andra vågen har vi bara stängt ner aktiviteten när det har varit helt nödvändigt och med fokus på en individuell bedömning av samtliga patienter, säger hon.

Malin Gavelin

Privata sjukhus räddade den vanliga vården

Under de sista fem månaderna av 2020 remitterade de danska regionerna 19 procent fler patienter till privata sjukhus än året innan.

▼ Den privata kapaciteten har därmed varit en viktig del i regionernas arbete med att hjälpa de många patienter som fått sina operationer och behandlingar uppskjutna under vårens coronastängning. Totalt remitterades 63 430 patienter vidare till den privata vården under nämnda tidsperiod.

– Vi är nöjda med det starka samarbete som har skett mellan regionerna och de privata sjukhusen och klinikerna under 2020, trots den extraordinära situationen med covid-19.

Tillsammans har vi fullgjort uppgiften, så många patienter har behandlats så snart som möjligt, säger Nis Alstrup, styrelseordförande i Sundhed Danmark.

Malin Gavelin

"Puckeln är förbluffande liten"



Region Syddanmark

I Region Syddanmark har puckeln av patienter som har fått vänta på sin operation eller behandling under coronapandemin blivit förbluffande liten.



Mads Haugaard: "Väntetiderna har varit något längre, men inte markant".

▼ Det meddelar Mads Haugaard, avdelningschef för kvalitet och forskning i regionen.

Före pandemin var väntetiderna på en operation i Region Syddanmark någonstans mellan tre och sex veckor lång beroende på vilket ingrepp det rörde sig. Nu, mitt i andra vågen, har den ökat något och ligger på mellan fyra och åtta veckor.

– Man kan sammanfatta det som att

vi gick in med förnuftiga väntetider vilket gjorde att vi var gott rustade och därför tog oss ganska helskinnade igenom den här utmanande situationen. Väntetiderna har blivit något längre men inte markant längre, säger Mads Haugaard.

I regionen har man haft en stor frihet att lägga om vården, för att kunna leva upp till förpliktelserna gentemot patienterna, berättar Mads Haugaard. Framför allt är det möjligheten att slussa vidare patienterna till privata sjukhus som har räddat situationen.

– I stort sett under hela den här utmanande perioden har vi haft riktigt god användning av privatsjukhusen. De har hjälpt oss med de planerade patienterna så att vi har kunnat ägna våra resurser åt covidvården och vi har även gjort vårt bästa för att kunna avlasta de andra regionerna som har varit mer hårt pressade än vi.

Malin Gavelin

"Den planerade vården är i stort sett normaliserad"



Region Mittjylland

Efter att ha fått skjuta upp 20 000 operationer och över 200 000 behandlingar under coronans första och andra våg var Region Mittjylland tillbaka på i stort sett normala väntetider igen redan i slutet på april.



▼ – Statusen är nu att smittan i Region Mittjylland är på en någorlunda konstant låg nivå och sjukhusens elektiva kapacitet är i stort sett normaliserad, säger Ole Thomsen (bilden) som är koncerndirektör i Region Mittjylland.

För att beta av vårdskulden beslutade regionen att tillföra omkring 70 miljoner danska kronor. Pengar som framför allt har använts för att skicka

vidare de uppskjutna patienterna till privata sjukhus. Detta har, precis som för de andra regionerna, varit en viktig lösning på Region Mittjyllands coronorsakade vårdknut – i kombination med avlastning från de privatpraktiserande specialistläkarna.

Tack vare denna avlastning fick majoriteten av de uppskjutna patienterna en ny operationstid eller ny tid för behandling redan under vintern 2020/2021.

Detta gjorde att man gick in i den andra vågen nästan helt utan eftersläpande vårdskuld.

– Vi kommer att fortsätta med den här strategin att använda oss av de privata sjukhusen och specialistläkarna för att beta av de återstående uppskjutna operationerna och behandlingarna efter den andra vågen. Det finns dock en utmaning i att vår egen vårdpersonal på grund av sin extraordinära insats under pandemin inte är intresserad av att jobba mer övertid för tillfället.

Malin Gavelin



Region Nordjylland skruvade upp tempot i slutet av mars

I Region Nordjylland skjuter man nu till extra pengar för att komma tillrätta med den eftersläpande vården från coronakrisens andra våg.

▼ I slutet på mars månad bestämde sig politikerna i Region Nordjylland för att

det var dags att skruva upp tempot rejält och beta av de uppskjutna behandlingarna och operationerna som hade hopat sig under andra coronavågen. Förhoppningen är att privatsjukhusen tillsammans med regionens egna sjukhus och de externa specialistläkarna ska kunna lösa situationen så snabbt som möjligt så att väntetiderna för de nordjylländska patienterna kan återgå till normala nivåer.

– De allvarliga sjukdomarna som till

exempel cancer och hjärtsjukdomar har vi kunnat hantera i tid genom hela coronakrisen men andra patientgrupper som till exempel ortopedkirurgiska patienter har fått sina operationer uppskjutna. Det är inte tillfredsställande, men tyvärr har det varit nödvändigt. Men nu har vi en bred politisk överenskommelse om att vi även ska gå de här patienterna till mötes, säger Ulla Astman (s) som är regionrådsförman i Region Nordjylland.

Rent konkret avsätter Region Nordjylland 50 miljoner danska kronor extra för att ge patienterna möjlighet till att få sin operation eller behandling utförd på något av landets privatsjukhus under årets andra kvartal. Exakt hur många extra behandlingar den summan möjliggör är svårt att säga exakt, menar Ulla Astman. Men det rör sig om flera tusen.

Även på regionens egna sjukhus kommer aktiviteten att öka och där har

20 miljoner kronor avsatts. Samtliga extra kostnader finansieras av den statliga kompensation för merutgifter i samband med Covid-19.

Regionen har även ingått en nytt avtal om att omvandla viss sjukhusvård till extern specialistläkarevård för att avlasta sjukhusen ytterligare. Detta gäller till exempel patienter som är i behov av öronläkare.

Malin Gavelin

Ska vara tillbaka på samma nivå som före pandemin innan årets slut



I Region Själland ska alla de 2 700 patienter som har fått sina operationer uppskjutna under pandemin inom kort ha erbjudits en ny operationstid. Det meddelade regionrådsförmannen Heino Knudsen redan i slutet av mars månad.

▼ Region Själland var tillsammans med Region Huvudstaden den region i Danmark som drabbades hårdast av covid-19 förra året. Och precis som i Sverige innebar det att ett större antal planerade operationer fick skjutas upp, framför allt under december månad. Totalt blev drygt 2700 operationer och 27 000 utredningar och behandlingar uppskjutna, summerade regionledningen i början av våren.

Men i takt med att trycket på vården lättade var regionen snabb på att sätta



Heino Knudsen som är regionrådsförmän i Region Själland berättar att redan i slutet på mars hade hälften av alla de uppskjutna patienterna erhållit en ny tid.

upp en ny, ambitiös målsättning: att beta av den uppkomna vårdskulden så snabbt det bara var möjligt. Och redan i slutet på mars hade hälften av alla de uppskjutna patienterna erhållit en ny tid och resterande har en ny tid att vänta inom den närmaste tiden.

– Jag är väldigt nöjd med att alla patienter med uppskjutna operationer och behandlingar nu får erbjudande om en ny tid. Det är viktigt att vi så fort som möjligt kan återgå till det normala så att alla patienter kan få sin behandling utförd och slipper vänta. Vi fokuserar på att detta ska kunna ske samtidigt som vi har medarbetarnas trivsel för ögonen. Speciellt de som har varit

hårdast belastade och i beredskap under pandemin, säger Heino Knudsen som är regionrådsförmän i Region Själland.

Regionledningen har arbetat systematiskt och slagit fast en rad principer för att så snart det bara är möjligt kunna återgå till det normala på sjukhusen, berättar han.

En av de viktigaste principerna är att de sjukaste patienterna ska behandlas först och att måendet hos personalen ska prioriteras så att till exempel möjlighet att ta semester finns.

Samtidigt betonar han att patienträttigheterna som garanterar danska patienter en snabb utredning och behandling trädde i kraft igen den 1 mars. Så om inte regionen klarar att erbjuda en tid inom 30 dagar har patienterna rätt att vända sig till ett privat sjukhus för motsvarande vård.

– Den stora pressen på vården som har uppstått under vintern har gjort att vi har en grupp patienter som har fått vänta. Vi arbetar så hårt vi kan för att hämta in det här men en läkare kan bara vara på ett ställe åt gången och det kan bara vara en patient på operationsbordet åt gången så vi har en tuff uppgift framför oss. Detta såg vi även förra året efter den första covid-19-vågen, säger Heino Knudsen och fortsätter:

Uppskattningen från Region Själlands administration är att måluppfyllelsen för patienträttigheterna ska vara tillbaka på samma nivå som före pandemin redan innan årets slut.

Malin Gavelin



Sorry! Vi måste ändra resplanen. Vi får åka till maktens boning senare. Det har hänt saker! Min reporterkompis Anna Sofia Dahl har pratat med en riktig expert på operationsköer och vårdberg i Sverige. Det verkade illavarslande, så vi måste höra vad han har att säga med en gång! Och så har vår flitiga frilansreporter Malin Gavelin intervjuat Lena Sterneland som väntat grymt länge på en ny höftledsprotos. Hennes berättelse måste vi höra. Så vi får slå två flugor i en smäll. Kör tillbaka över Sundsbron bara för en dag. Jag lovar du ska få komma till en statlig maktens boning i Danmark, även om det kanske blir ett kortare besök än vi tänkt oss.



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®



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 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 hjärtklaffprotos 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.

Sveriges operationsberg nu gigantiskt

Mellan januari 2020 och slutet av maj i år har det gjorts nästan 130 000 färre operationer jämfört med normalåret 2019. Det visar statistik från SPOR, Svenskt Perioperativt Register.

▼ – Om vi först kommer upp i samma fullbemannade nivå som 2019 och därefter ökar personalstyrkan med tio procent kommer det ta ungefär tre år att komma i kapp. Men det är en chimär säger SPOR:s biträdande registerhållare Gunnar Enlund.

Anledningen till att tre år snarast kan ses som en önskedröm snarare än en verklig bortre gräns är att det dels kommer att krävas tio procents större personalstyrka – ”men det finns inte att hitta hur vi än lockar”, dels kommer det att krävas att arbetssättet effektiviseras – ”vilket vi har arbetat med de senaste 20 åren”.

Dessutom, menar Gunnar Enlund, var även 2019 ett år då vårdköerna sakta byggdes upp och redan vid årsskiftet



Gunnar Enlund, SPOR:s registerhållare:

”Vi har vant oss vid helt orimliga vårdköer”

2020 fanns 133 000 väntande i kön.

– Vi har haft en stabil nivå över hur många vi har opererat per år sedan 2010. Och vi har vant oss vid att det ska finnas en vårdkö på mellan 100 000 till 130 000 personer ungefär, vilket egent-

ligen är en helt orimlig nivå säger han och fortsätter:

– Jag hittade en gammal PowerPoint från en föreläsning som jag höll 2002. På förstasidan hade jag en bild där det stod ”Kris i Sverige – 40 000 operationer i kö”. Då tyckte man att det var världens kris och gjorde stora kösatsningar. Idag är vi upp i det tredubbla.

Under årets 20 första veckor har det utförts nästan 38 500 färre operationer jämfört med 2019. Tillsammans med tappet på 91 312 operationer under hela 2020 gör det att det pandemiorsakade vårdberget i slutet av maj är 129 754 operationer stort.

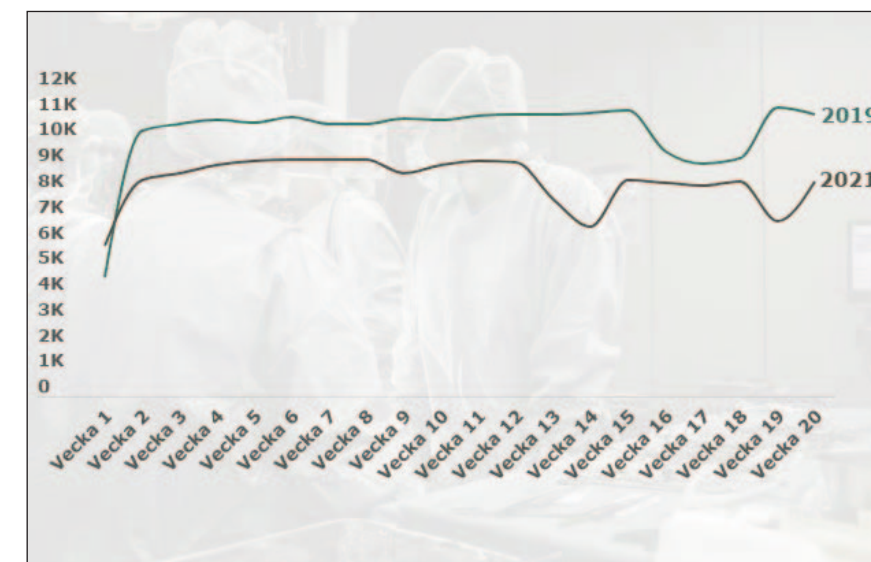
– Jag tror att det behövs någon form av samarbete över regiongränserna under de kommande åren för att möta de behov som finns. Det krävs en rejäl insats och vi har inte riktigt hittat formerna för hur det ska gå till. Men det handlar om lokalt ledarskap på varje sjukhus för att ändra arbetssätten – det här kan inte bara styras genom några centrala beslut.

Under veckorna 15 till 20 år 2021 låg operationskapaciteten stadigt runt 73 procent jämfört med 2019.

– Trots att tredje vågen har börjat släppa har operationsverksamheten inte hämtat sig ännu. Delvis beror det på att vi har en massa trött personal som måste få ut ledighet och återhämta sig, säger Gunnar Enlund.

Samma fenomen – att operationskapaciteten inte återhämtar sig så snabbt som förväntat trots minskande belastning på IVA – sågs enligt SPOR:s siffror även under veckorna 35-42 under 2020. En huvudsak är att framför allt personal, men även ledningsfunktioner, är utmattade och behöver få möjlighet till återhämtning innan vårdberget kan börja betas av, menar Gunnar Enlund.

Han pekar också på att ”vi har använt uppvakningsavdelningar till IVA-platser och vi får därför inte full funktionalitet i operationsprocessen så länge dessa tillfälliga COVID-IVA-platser finns kvar”. Dessutom att det tar ett par veckor innan det sjunkande antalet nyinlagda IVA-patienter avspeglas i ett minskat behov av intensivvård, eftersom medelvårdtiden på IVA för Covidpatienter är mellan tio och tolv dagar.



SPOR:s statistik över antal utförda operationer vecka 1-20 2019 respektive 2021 visar att operationskapaciteten i Sverige i slutet av maj ännu inte kommit upp i normala nivåer.



Anna Sofia Dahl

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.

ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljussmiljö 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



BENDENT



”Den svenska vårdgarantin existerar inte”!

Det finns ingen vårdganti i Sverige. Det menar svårt artrosdrabbade Lena Sterneland som förtvivlat har väntat på en ny höft sedan förra sommaren.

▼ Det är med långsamma, smärtande steg hon tar sig mot bilen för att köra till det närliggande köpcentret och handla mat till sig och det inneboende barnbarnet. I den av artros så hårt ansatta höften ligger ben mot ben. Detta enligt en röntgen som gjordes i augusti månad förra året – precis i det lilla andrummet som uppstod efter att den första pandemivågen svept färdigt in över vårdsvrige och långsamt börjat dra sig undan igen.

Väl framme vid bilen får Lena ta tag i sitt vänstra ben och bokstavligen lyfta in det i bilen. Smärtorna gör det omöjligt för kroppens muskler att lyda henne. Bara att trycka på kopplingen är en utmaning, men alternativet att åka kollektivt fungerar om möjligt ännu sämre eftersom promenadsträckorna då blir längre. Och mat på bordet måste hon ju ha!

– Det här är så frustrerande för mig som verkligen älskar att gå! säger Lena och beskriver vilket tomrum det har blivit i livet nu när hon varken kan vistas i naturen eller gå på sina älskade Friskis och svettis-pass. För att inte tala om känslan av misslyckande över att inte längre kunna gå till jobbet som undersköterska i Partille kommun.

– Jag är en person som försöker gnetä och gno och jag jobbade verkligen in i det sista! Först var jag sjukskriven i sju veckor på grund av smärtorna men efter en kortisonspruta i februari förra året lyckades jag släpa mig fram på jobbet i nästan ett helt år. Mina kollegor tyckte att jag var galen som haltade runt och sa

att ”det är inte klokt som du håller på”. Det är ju ett ganska tungt yrke vi har i hemtjänsten med många snabba insatser. Men det är lite så jag är som person. Det är nog min småländska envishet som driver mig. Och jag försöker tänka att det finns de som har det värre än jag.

Men till slut gick det helt enkelt inte längre. Arbetsplatsen hade omorganiserats och tempot i hemvården hade dessutom skruvats upp mycket på grund av pandemin. Det blev en omöjlig uppgift för någon med Lenas smärtor att hänga med i de många turerna mellan de olika vårdtagarna, berättar hon.

Vardagen som sjukskriven fyller hon nu istället med alldeles för mycket tv-tittande och små ljusglimtar i form av telefonsamtal till nära och kära. Samt genom att fixa lunch och på andra sätt pyssla om det inneboende barnbarnet som är i gymnasieåldern och har distansundervisning hemma i Lenas lägenhet. Värst är nätterna där Lena, trots tunga smärtstillande mediciner, har väldigt svårt att sova.

– Det är inte bara höften som värker numera utan hela benet. Det har även börjat vrida sig sig inåt på ett konstigt sätt. Jag skulle tro att det beror på artrosen. Jag har dessutom fått en bakercysta på baksidan av båda knäna och jag har börjat få artros i händer, knän och fötter också. Det finns liksom ingen ände på allt den här jäkla kroppen råkar ut för!

Men trots att hon inte kunde erbjudas någon operationstid vid sitt hemsjukhus i Mölndal är det med varm röst Lena pratar om sin ortopedläkare där.

– Han var jättegullig och förstod ju att jag inte kunde jobba så som röntgenplåtarna såg ut. Jag hoppades först att det skulle bli han som opererade mig också. Men sedan fick jag ett brev hem om att de inte hade möjlighet att uppfylla vårdgarantin och att jag skulle



Jag gör vad som helst – jag kan sätta mig på ett tåg till Kiruna om det nu skulle vara så. En operation hade fått mig tillbaka till livet, säger Lena Sterneland.

Foto: Julia Sjöberg

bli kontaktad av vården i Halmstad istället. Antingen för ett nybesök eller för en operation.

Sedan dess har det varit tyst från vården i Lenas telefon. Flera gånger om dagen kollar hon posten i hopp om en kallelse. Men månaderna bara går.

– Den svenska vårdgarantin existerar inte! Tre månader säger de att man ska behöva vänta. men jag har inte hört ett ljud om en operationstid sedan förra sommaren. Jag började ringa till de här koordinatörerna som det står att man kan kontakta, men det enda de kan säga

är att jag står på vänt. Nu går snart min sjukskrivning ut igen och jag vet inte ens vem jag ska vända mig till. Är det min vanliga läkare eller någon i Halmstad?

Några fler samtal till Halmstad orkar Lena inte ringa. Hon har hört det där

förhatliga ”det är många som ringer just nu. Var god försök senare” tillräckligt många gånger, menar hon. Hon har helt enkelt börjat förlika sig med att bollen ligger hos dem.

Fortsättning nästa uppslag >>>

"Det enda jag drömmer om är att få vara delaktig i samhället"

>>> Fortsättning från föregående sida

– Nu återstår bara att vänta och se. Men varje dag och natt är en prövning för någon som har så ont som jag.

Viss förståelse för att det uppstår ett dröjsmål i pandemi-tider menar Lena att hon har. Och hon försöker tänka att det säkert finns de som har de värre än hon själv och att många andra också har fått sina operationer inställda.

– Samtidigt hör jag vänner och bekanta som har fått gjort sina operationer betydligt snabbare och då kan jag inte låta bli att tänka – om de fick det, varför inte jag? Jag gör vad som helst – jag kan sätta mig på ett tåg till Kiruna om det nu skulle vara så! Det enda jag drömmer om är att kunna få vara delaktig i samhället och börja jobba och försörja mig igen. Jag kanske inte hade kunnat jobba full tid direkt – men sedan! En operation hade fått mig tillbaka till livet.

Malin Gavelin



”Snart! De ligger ditåt, men först ska vi bara stanna till en kort stund på vägen och få de sista kalla faktana hur redo sjukhusen är att ta emot mig om jag skulle få gallsten eller du skulle drabbas av ett framfall. Tryck på gasen! Men var försiktig så du inte kör på Lena.

Här hade Lena Sterneland blivit opererad inom två veckor om hon varit danska



Här på Aleris Hamlet i Söborg och Aleris Hamlet i Århus hade Lena Sterneland kunnat bli både undersökt och opererad, om hon varit danska, inom två veckor i april då Sjukhusläkaren gjorde intervjun.

Danmarks största privata aktör Aleris Hamlet har kunnat erbjuda 90 procent av patienterna som har sökt sig vidare till dem en operationstid inom en till två veckor genom hela pandemin.

▼ Det berättar vd:n Michael Gramm Kirkegaard som hyllar det täta och framgångsrika samarbetet med de danska regionerna som har intensifierats rejält i kristid.

Med sina totalt sex sjukhus fördelade över samtliga fem regioner i Danmark är Aleris Hamlet den marknadsledande privata aktören i landet. Här utför de vanligtvis omkring 25 000 operationer och 100 000 behandlingsförlopp om året – både på uppdrag av regionerna, försäkringsbolag och till en mindre del även privatpersoner. Framför allt är det ortopediska operationer som företaget utför i Danmark men de opererar även en hel del inom området mage- och tarm samt öron- näsa- hals, övervikt och plastik, berättar vd:n Michael Gramm Kirkegaard när Sjukhusläkaren når honom via Teams en fredagsförmiddag i april.

Schemat är hektiskt. Sedan den 1 mars har patienträttigheterna i Danmark åter trätt i kraft, vilket innebär att den som inte får sin operation inom en månad har rätt att söka sig vidare till vilken privat vårdinrättning man vill. Att skapa förutsättningar för att utan alltför mycket dröjsmål ta emot majoriteten av de uppskjutna operationerna som har samlats på hög kräver sin



Michael Gramm Kirkegaard, vd på Aleris Hamlet som klarat att operera 90 procent av patienterna inom en till två veckor genom hela pandemin.

logistik, sina avtal och sina frekventa möten.

– För oss har det handlat mycket om att utnyttja hela vår kapacitet till max. Vi har ju fördelen av att vara en stor aktör med många operationsalar runt om i landet vilket har underlättat mycket för oss. Sedan har vi helt enkelt fått betala och på andra sätt ersätta vår personal för all den övertid som det här har inneburit för dem.

Samarbetet med regionerna under pandemin tycker Michael Gramm Kirkegaard har fungerat "riktigt, riktigt bra".

– Under första vågen var allting nytt och varje vecka kom det nya bud. Dialogen mellan oss tätnade och vi tog med oss en hel del lärdomar framåt. En av dem är den här känslan av att vi är samarbetspartners istället för konkurrenter. Vi ställer oss frågan vilka våra samlade resurser är – inte vilka resurser vi har var och en för sig. I början av pandemin fanns även en oro för att vi inom det privata till exempel skulle

stjäla personal från den offentliga verksamheten. Men nu har vi kunnat visa att så inte har blivit fallet. Vi har istället kunnat visa att vi inom den privata verksamheten är snabba på att ställa om och därför är en viktig samarbetspartner i kristider.

I slutet av första coronavågen fanns en gemensam ambition att beta av hela den uppkomna vårdskulden till januari 2021, berättar Michael Gramm Kirkegaard. Men tyvärr kom den andra vågen och ställde till det.

– Det har gjort att det har blivit en större utmaning för oss, men på det stora hela lever vi upp till den tidsfrist som vi är förpliktigade till genom avtalet över hela landet. Över 90 procent av patienterna som söker sig till oss har en tid för operation eller behandling inom en till två veckor.

Totalt sett ökade den vård som Aleris Hamlet utförde för regionerna med nästan 100 procent under pandemiåret 2020, berättar Michael Gramm Kirkegaard. I botten finns de operationer som företaget har åtagit sig att utföra i olika ramavtal, men den största skillnaden har bestått av så kallade DUF-patienter, det vill säga patienter som via det fria vårdvalet har sökt sig vidare till privata vårdgivare efter att inte ha fått sin operation eller behandling inom den lagstadgade tidsfristen.

– Där har regionerna fått extrapengar beviljade från staten för att vi tillsammans ska kunna ta hand om alla vars vård har fått skjutas upp under pandemin och avveckla det här vårdberget som har uppstått. Och jag är glad över att kunna säga att vi generellt är i ett läge nu när vi levererar över hela paletten, säger Michael Gramm Kirkegaard.

Malin Gavelin

Danska sjukhus redo I Sverige får du vänta, vänta...

Av: Anna Sofia Dahl / Christer Bark

Det är den 3 maj och i Danmark är vårdgarantin för vanlig vård inom 30 dagar införd sedan två månader tillbaka trots att pandemin pågår. Men hur redo är sjukhusen? Hur många klarar uppgiften? Vi beslutar oss för att ta reda på det.

▼ I Danmark finns en omfattande nationell databas på esundhed.dk som är en del av danska Sundhedsdatastyrelsen. Där rapporterar alla offentliga sjukhus och kliniker, men även privata, sina förväntade väntetider för i stort sett alla diagnoser.

Databasen är uppdelad i en offentlig del och en för sjukvårdens behov. Den offentliga är till för patienterna, som har fritt sjukhusval, att med hjälp av databasen kunna välja sjukhus eller klinik var som helst i Danmark. Förutom väntetider kan patienterna även se hur långt det är till sjukhuset om man anger sitt postnummer.

Hur ser det då ut i Sverige den 2 mars?

Hur många sjukhus rapporterar att de kan ge en operation/behandling inom danska vårdgarantin på 30 dagar och hur många sjukhus uppger väntetider över Sveriges vårdgaranti på 90 dagar.

Vi kollar i SKR:s databas dit sjukhusen rapporterar in förväntade väntetider.

Vi väljer samma diagnoser som vid tidigare jämförelser mellan Sveriges och Danmarks väntetider 2016 och 2019.

(Se länkar nästa sida).

Här är resultatet i form av kalla fakta:

Diskbräck ländrygg

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 74%

Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 9%

Sverige 72%

Gallsten

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 59% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 14% **Sverige 80%**

Gråstarr / Katarakt

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 59% Sverige 31%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 18% **Sverige 33%**

Ljumskbräck

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 62% Sverige 3%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 11% **Sverige 79%**

Reumatoid artrit

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 82% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 0% **Sverige 69%**

Prostataförstoring

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 59% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 24% **Sverige 96%**



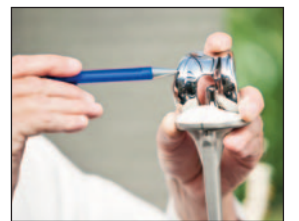
Knäledsprotes

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 46% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 22% **Sverige 81%**



Axelledsprotes

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 33% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 14% **Sverige 82%**



Halsmandeloperation

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 79% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 0% **Sverige 83%**



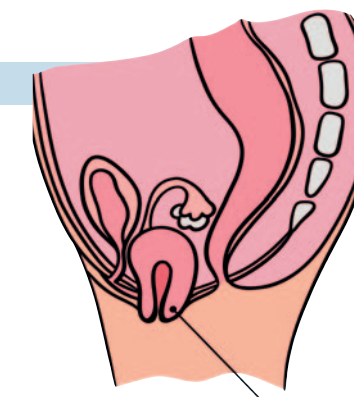
Framfall

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 53% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 6% **Sverige 80%**



Sköldkörteloperation

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 44% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 11% **Sverige 94%**



Inkontinens kvinnor

Procent sjukhus med väntetider under 4 veckor

Danmark 31% Sverige 0%

Procent sjukhus med väntetider över 13 veckor

Danmark 6% **Sverige 79%**



Läs mer: www.sjukhuslakaren.se/danmark-och-sverige-tva-skilda-varldar/
<https://www.sjukhuslakaren.se/inget-har-hant-fortsatt-stora-skillnader-mellan-landerna/>
www.sjukhuslakaren.se/danmarks-sjukvardssystem-varnade-den-vanliga-varden-sverige-misslyckades/

Nya
ändringar
reportern?



Nej,
nu tittar vi in i
en av
maktens
statliga
boningar.

En rundvandring i maktens boning



Jag vill veta om det finns Good governance i det statligt styrda Danmark, det du frågade om på sidan 15.

Vilka experter har den store sterke ledaren utsett som ska viska i hans öra.

Det är därför du har fått köra mig hit till Islands Brygge 67, där Sundhedsstyrelsen som har det största ansvaret för danskarnas hälso- och sjukvård bland de statliga styrelserna huserar.

Ska bli spännande att se vilka människor som fått toppositionerna.

Tyvärr gick det inte att träffa fysiskt i dessa corona-tider, men ju fullt möjligt att lära känna dem ändå tack vare geniet Tim Berners-Lee!

Okey, nu går jag in med hjälp av honom.

Sundhedsstyrelsen på Islands Brygge 67 – vem styr och ställer här?

Reporter: Christer Bark

▼ Högste "general-direktören" heter Sören Broström.

Han har varit direktör sedan 2015. Sören Broström är specialist i gynekologi och obstetrik, som han kompletterat med en expertutbildning i urogynekologi med fokus på laparoskopisk bäckenkirurgi och från och med maj i år sitter han med i WHO:s globala styrelse (The Executive Board).

Vicedirektören heter Helene Bilsted Probst.

Hon är läkare sedan 2002 och specialist i samhällsmedicin. Under två år var hon "Senior Policy and Planning Adviser" i Tanzanias "Socialstyrelse".

Hon har också en "Master of Public Administration" från "Copenhagen Business School".

Tillsammans utgör hon och Sören Boström direktören som har det strategiska ansvaret.

Vi vandrar vidare i

maktens korridor för att se vem som styr de olika enheterna i maktens boning.

Enheten för evidensbaserad medicin

Här utarbetas nationella kliniska riktlinjer och utfärdas rekommendationer för läkemedelsbehandlingar och screeningsprogram. Enheten är också donationsansvarig

▼ Chef från 1 april i år är Britta Tendal Jeppesen

Hon hämtades nyligen hem från andra sidan jordklotet där hon hade en ledande ställning i Australiens "National covid-19 Clinical Evidence Taskforce". Hon är aktiv i det internationella Cochranesamarbetet och har stått i spetsen för Australiens Cochrane-centers "Living Guidelines program" och varit initiativtagare till det nordiska professionella nätverket "Guidelines International Network Nordic".

2013-2019 stod hon i spetsen för Sundhedsstyrelsens arbete med nationella kliniska riktlinjer.

Dessförinnan var hon anställd

som forskare vid Nordic Cochrane Center, där hon försvarade sin ph.d. om metaanalys 2010.

Enheten för beredskap och smittsamma sjukdomar

Fick en viktig roll då pandemin bröt ut. Har det nationella beredskapsansvaret inom hälso- och sjukvården, har uppgifter som gäller vaccinationsprogram, utarbetar riktlinjer, vägledningar och rekommendationer.

▼ Chefen här heter Bolette Söborg.

Är läkare sedan 1999. Hon blev specialist i samhällsmedicin 2015 och är doktorerad i infektions-epidemiologi. Hon har även en epidemiologutbildning från europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC.

Enheten för sjukhusplanläggning

Enheten utarbetar rekommendationer, krav och riktlinjer för sjukhusväsendet, bland annat för akutsjukvården, tioårsplanen för psykiatri och den nationella så kallade spe-

cialplanläggningen för speciella funktioner. (Se nästa uppslag.) I arbetet involveras en lång rad samarbetspartners och experter från professionen runt om i landet.

▼ Enhetschef sedan oktober 2020 och med i Sundhedsstyrelsens chefsgrupp är Charlotte Hosbond, sedan Camilla Noelle Rathcke slutat då hon blivit vald till ordförande i danska Läkarförbundet

Charlotte Hosbond har de senaste 15 åren arbetat med planläggning, organisering och utveckling av sjukhusväsendet i olika roller, senast i Region huvudstaden som chef för regionens sjukhusplanering.

Sektionsledare sedan 2019 är Agnethe Vale Nielsen.

Examinerad läkare 2007 och sedan 2019 specialist i samhällsmedicin. Har arbetat på en rad sjukhus i Region Själland och Region huvudstaden. Hon kommer senast från en administrativ placering i Region Huvudstadens kvalitetsavdelning.

De fasta sakkunniga rådgivarna

▼ I Sundhedsstyrelsens organisation ingår även att knyta till sig fasta sakkunniga rådgivare som kontrakteras under en period av tre år åt gången. Deras uppgift är att övervaka utvecklingen inom sitt specialområde, ge råd i enskilda fall, delta i kommittéer och hjälpa till i förberedelser för nya lagar.

I rådet sitter idag 10 läkare och en barnmorska.

▼ Barn- och ungdomspsykiatri Birgitte Borgbjerg Moltke, klinikchef, ph.d.

▼ Gynekologi och obstetrik Kresten Rubeck Petersen, överläkare, dr.med.

▼ Internmedicin: Infektionsmedicin Gitte Kronborg, överläkare, dr.med.

▼ Internmedicin: Kardiologi Sören Bösgård, cheföverläkare, dr.med.

▼ Barnmorskeväsendet. Mette Kiel Smed, avdelningsbarnmorska.

▼ Klinisk fysiologi och nukleärmedicin Lars Thorbjörn Jensen, cheföverläkare, dr.med.

▼ Psykiatri Poul Videbech, professor och överläkare.

Drogmissbruk Inge Birkemose, överläkare.

▼ Urologi Per Bagi, överläkare, ph.d.

▼ Vaccination Lone Graff Stensballe, specialistläkare och professor.

Expertråden

▼ På en rad områden hämtar Sundhedsstyrelsen också in synpunkter från ett antal olika expertråd, som är sammansatta antingen av sakkunniga inom området eller av intresserepresentanter.

Expertråden är självständiga myndigheter, men de kan inte göra överenskommelser inom sina områden, utan bara ge råd till Sundhedsstyrelsen. Exempel på sådana råd är: Det nationella och det regionala rådet för läkares vidareutbildning.



Då fattar jag mig kort

Sundhedsdatastyrelsen är danska statens paraplyorganisation för statistik och digitala lösningar och har ansvar för en rad databaser. Bland annat om behandlingar, medicinförbrukning, och hälsostatistik.

Sundhedsdatastyrelsen sköter och utvecklar DRG-systemet till kommuner, departement, sjukhus och regioner.

Utvecklar digitala lösningar till hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och tar fram digitala riktlinjer.

Inom Sundhedsdatastyrelsen finns en databank som kallas esundhed.dk som registrerar och publicerar all sorts

operationsstatistik som även publiceras offentligt veckovis, region för region och för hela landet.

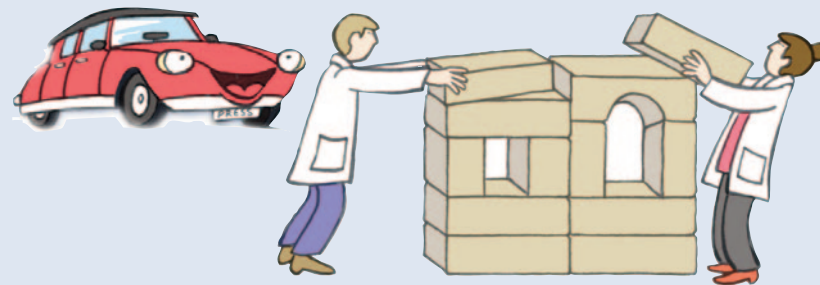
esundhed.dk övervakar också en rad medicinska områden, som även dom publiceras offentligt.

Under e-sundhed.dk ligger bland annat Mitsygehusval och landspati-entregistret.

På Mitsygehusvalg kan danska patienter hitta väntetider till samtliga sjukhus och specialistklinikerna både offentliga och privata för i stort sett alla diagnoser.

Här går också att få avstånd till sjukhuset om man fyller i sitt postnummer. Och vilka databaser! Som svensk blir man riktigt avundsjuk.

Kunskapsbygget sköts av specialitetsföreningarna



I Danmark är det specialitetsföreningarna (De läkarvetenskapliga sällskapen) som står för byggstenarna i det nationella kunskapsbygget.

▼ Sundhedsstyrelsen har det överordnade ansvaret för de nationella kliniska riktlinjerna, men det är specialitetsföreningarna själva, via sina styrelser, som bestämmer vilka läkare som ska ingå i framtagandet av riktlinjerna.

Samma sak gäller för regionernas cirka 85 rikstäckande kvalitetsdatabaser. Regionerna administrerar och finansierar, men specialitetsföreningarna bestämmer vilka som ska sköta det omfattande kunskapsbygget.

De nationella kliniska riktlinjerna

I Danmark utarbetas de nationella kliniska riktlinjerna enligt en speciell modell och tidsplan.

I korthet går processen till så här: Efter att ha konsulterat ett expertråd ber Sundhedsstyrelsen specialitetsföreningarna att välja ut 5-10 personer. 8-10 avgränsade frågeställningar slås fast.

En referensgrupp tillsätts, bestående av personer eller organisationer som berörs av riktlinjen, som får komma med råd under arbetets gång. Det kan handla om representanter för en kommun eller en patientorganisation.

Frågeställningarna, de evidensbaserade bedömningarna och rekommendationerna sammanställs till en rapport som går ut på en bred remissrunda och även till utomstående experter på området för peer-review.

Den normala tiden för att få fram en riktlinje är ett år.

Utöver de nationella riktlinjer som överordnat styrs av Sundhedsstyrelsen har det också varit möjligt de senaste åren för andra grupper inom hälso- och sjukvården att söka medel ur en statlig pott till egna nationella riktlinjer baserade på en internationell metod kallad AGREE II instrumentet (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation).

Sundhedsstyrelsen har ansvaret för att välja ut vilka som ska få stöd, men utarbetandet av riktlinjerna sker utanför Sundhedsstyrelsens regi och rekommendationerna kan vara annorlunda än Sundhedsstyrelsens.

Christer Bark

Den stora nationella sjukhusplanen

Det stora nationella projektet att upprusta det danska sjukhus-systemet sattes igång 2007 då staten via en kvalitetsfond beslutade att satsa 30 miljarder danska kronor mot att regionerna bidrog med 40 procent på 16 stora sjukhusbyggen.

▼ Idag har det gått nästan 15 år, och den nationella satsningen har inte avstannat. Det byggs så det knakar både med statliga medel och regionala och privata.

Och det är här staten i form av Sundhedsstyrelsen främst lägger ner mest krut i det danska sjukvårdssystemet genom att bestämma ramarna och på vilka sjukhus speciella behandlingar ska utföras, idag inte bara för högspecialiserad vård utan även regional, där bara några få kliniker klarar att utföra det som krävs.

Idag är det cirka 1 000 "behandlingar" som klassas som speciella vilket är tio procent av sjukhusens uppgifter.

Specialfunktioner, som de kallas på danska, där Sundhedsstyrelsen bestämmer vem som får tillstånd att utföra uppgiften – offentliga vårdgivare eller privata – och var den ska ske.

En regional specialfunktion kan exempelvis vara behandling av äldre patienter med yrsel och fallproblematik som trots vissa speciella utredningar inte går



"Barnlandet". Ett nytt innovativt sjukhus för barn byggs på Rikshospitalet för 2,4 miljarder kr. Här ska lek bli en integrerad del av behandlingen och arkitekturen.

att förklara och som bör behandlas på ett visst sätt och därför bör förläggas till vissa sjukhus där kompetens finns.

Men även om Sundhedsstyrelsen har makten i slutänden så sker hela processen i samråd med professionen och regionerna.

Den senaste revisionen av "Specialplanen" genomfördes med experter både från regionerna och de danska specialitetsföreningarna som rådgivare inom alla de 36 specialiteterna.

49 sjukhusbyggen är idag på gång för cirka 50 miljarder kronor.

Se var det byggs på kartan.

K betyder finansiering av statens Kapitalfond och R att bygget är regionalt finansierat.



Värmländskan Nina Åslund blev allmänläkare i Danmark:

”Har fått en tillvaro med det bästa av två världar”

Text: Christer Bark

Text: Malin Gavelin



I Danmark drivs all primärvård av privata allmänläkare med egna kliniker och det är endast läkare som får tillstånd att köpa eller öppna nya.

▼ Utvecklingen går mot större kliniker. Sundhedsdatastyrelsens senaste statistik för 2021 visar att två tredjedelar av de privatpraktiserande allmänläkarna gått ihop i kompanjonskap där flera läkare samsas om en klinik och delar journalsystem, ekonomi, lokaler och personal. Läkarna kan då antingen ha sina egna patienter eller så har man tillsammans ansvar för alla patienter.

Bara cirka en av fem arbetar ensamma

Bara 17 procent arbetar idag helt ensamma och 6 procent ensamma men i samarbete med någon eller några andra läkare.

Det är regionerna som delar ut

Fortsättning nästa uppslag >>>

En läkartillvaro med det bästa av två världar – med incitament att både göra ett bra arbete och att ha hand om många patienter på samma gång. Så beskriver Nina Åslund vardagen som allmänläkare i Danmark, även om det finns baksidor.

▼ Att Värmlandsbördiga Nina Åslund skulle driva egen klinik som allmänläkare ett stenkast från flygplatsen Kastrup i Danmark var långt ifrån en självklarhet när hon valde yrkesbana för 21 år sedan. Men när betygen inte riktigt räckte till för medicinstudier i Sverige kändes utbildningen i Köpenhamn som ett bra alternativ.

– När jag var färdig läkare hade jag först tankar på att bli kirurg men under den danska motsvarigheten till AT:n hamnade jag hos en allmänläkare som arbetade som sololäkare. Jag gillade verkligen det här med att han kände sina patienter så väl och att han själv hade valt vem han skulle anställa och på vilket sätt han skulle driva sin klinik.

Efter att ha återvänt en sväng till Sverige som färdigutbildad specialisläkare i allmänmedicin dök plötsligt det där erbjudandet upp som Nina Åslund bara inte kunde tacka nej till. En kollega i Danmark behövde sälja sin klinik snabbt och erbjöd henne att köpa den till ett förmånligt pris.

– Han hade fått ett annat jobb-erbjudande och behövde komma ur den här upparbetade kliniken med



En sololäkare som Nina Åslund fungerar både som allmänläkare, gynekolog, distriktssköterska och barnmorska i en och samma person. Men större läkarkliniker i Danmark kan mycket väl ha både sjuksköterskor och barnmorskor anställda, berättar hon.

Foto: Emil Frej Hansen.

tillhörande patienter. Nackdelen med att driva en läkarklinik i Danmark är att du måste hitta någon som tar över den om du vill sluta för annars går en väldig massa pengar förlorade.

För när det gäller läkarkliniker i

Danmark fungerar det lite på samma sätt som det gör på den svenska bostadsmarknaden, förklarar Nina Åslund. Licenserna/förmånsnumren som ger dig möjlighet att jobba under ett särskilt avtal med regionen köps och säljs till

högstbjudande och det är vanligt att listade patienter, lokaler, inventarier, it-utrustning och ibland även anställd personal ingår.

– Det här med att driva egen klinik ligger verkligen i allmänläkarnas DNA

här i Danmark. Varje läkare bestämmer själv hur många anställda hon eller han ska ha samt vilken yrkeskategori man vill samarbeta med. Själv har jag en

Fortsättning nästa uppslag >>>

DEN NÄRA VÅRDEN I DANMARK

>>> Fortsättning från föregående uppslag

tillstånd efter att ha rådgjort med den statliga Sundhedsstyrelsen och villkoren för att öppna eller köpa en klinik är hårt reglerade, men det finns även ett antal andra specialvarianter på kliniker. Går det till exempel inte att få tag på en privatpraktiserande allmänläkare i området kan regionen öppna en egen klinik eller låta ett danskt eller utländskt vårdbolag att starta en för att se till medborgarnas vårdbehov.

Det råder idag viss brist på allmänläkare. Enligt PLO, de privatpraktiserande läkarnas organisation, borde det utbildas 400 om året mot dagens 350.

Förslag om tjänsteplikt drogs tillbaka

Bristen har lett till att regeringen föreslagit tjänsteplikt för nyutbildade läkare för att komma tillrätta med problemen i vissa områden, men förslaget drogs nyligen tillbaka efter starka protester från läkarorganisationerna, som fick en bred majoritet i det danska Folketinget att avfärda idén. Nya politiska förhandlingar ska nu inledas för att lösa bristen på allmänpraktiserande läkare.

En privatpraktiserande allmänläkare har i genomsnitt mellan

1500 - 1700 patienter visar Sundhedsdatastyrelsens statistik, men det kan variera mycket mellan olika delar i landet.

Bristen på läkare i vissa områden har även fått till konsekvens att det kan vara svårt att byta läkare då kliniker tvingats säga nej till nya patienter då de är fullteknade. Under senare år har det speciellt i Region Nordjylland och Region Sjælland blivit svårare att hitta en ny läkare då patientens läkare slutar, medan det blivit lättare de senaste två åren i Region Hovedstaden.

Fortsättning nästa uppslag >>>

läkarsekreterare anställd men många har en sjuksköterska eller undersköterska. Du som läkare kan sedan lära upp och delegera arbetsuppgifter lite som du vill. En sjuksköterska kan ju avlasta en hel del med kronikerkontroller, såromläggningar, frysning av fotvårter med mera. Min sekreterare är också upplärd till det men vi har inte så mycket

plats i min lilla klinik, så en del sådana uppgifter klarar jag själv. Men å andra sidan får jag väldigt fin hjälp med det administrativa arbetet och med att sortera mina patienter i telefonen, och den biten tycker jag är väldigt viktig.

Det blir också vanligare och vanligare att flera läkare går ihop och bildar större kliniker där de delar på personal – och hyreskostnader – en utveckling som myndigheterna önskar eftersom de verkar tro att det blir bättre med större enheter, berättar Nina Åslund.

– Det innebär ju såklart en annan flexibilitet när läkarna kan dela på ansvaret och avlasta varandra med jourer och annat, men jag föredrar verkligen att arbeta som sololäkare och det är också den mest populära driftsformen hos patienterna, säger Nina Åslund.

Patienterna vill ha en och samma läkare

Som kvinnlig sololäkare är hon nämligen mäktigt populär och fulllistad sedan lång tid tillbaka. Ett tungt vägande skäl för många patienter är att de vet att det är samma läkare de får träffa varje gång när de kontaktar kliniken. Detta får både många svenskar som jobbar i Danmark och danskar som är bosatta i Sverige att söka sig till henne istället för att vända sig till den svenska primärvården, berättar hon.

– Jag känner mina patienter väl och ofta hör jag redan på rösten, innan de hinner säga sitt namn, vem det är som ringer. Det har verkligen enorma fördelar att ha den här nära patientkontakten. Jag minns någorlunda deras sjukdomshistorik. Jag hör direkt på andningen om det är tyngre än vanligt och jag kan se om någon ser ovanligt blek ut eller har tappat i vikt. Jag har hela tiden något att jämföra med och

det missar du helt om du bara träffar en patient vid ett enstaka tillfälle. Dessutom lär jag känna patienternas hemförhållanden och sociala situation på ett sätt som du kanske inte alltid får möjlighet att göra som distriktsläkare i Sverige. Det gör behandlingen väldigt patientsäker.

Som allmänläkare i Danmark förbinder du dig att vara tillgänglig för dina patienter via telefon en timme per dag, berättar Nina Åslund. Övrig tid går det bra att låta en sekreterare svara i telefon medan mottagningen är i full gång.

– Jag har 10-15 minuter avsatta för varje patient och de kommer i en strid ström hela dagen. Som privatpraktiserande allmänläkare är du på sätt och vis en del av det offentliga eftersom Regionen är din största kund. Vi är väldigt reglerade av vår kontrakt och har många plikter. En normal dag träffar jag cirka 25 patienter på min mottagning, tar ungefär 10-15 patientärenden över telefon, besvarar cirka 5 e-mejlkonsultationer och har även en del korrespondens med hemsjukvården. För varje patientbesök får jag till exempel 146 danska kronor, en e-mejlkonsultation ger 47 kronor och för varje listad patient får jag 475 danska kronor per år.

– Eftersom jag även är fackligt aktiv har jag valt att hålla antalet patienter på miniminivån som är 1600 patienter per läkarkapacitet, men annars lönar det sig ju ekonomiskt att ha fler patienter listade. Det blir en avvägning som varje läkare får göra. Vi har ett servicemål som är att en patient under normala förhållanden ska kunna få tid hos läkaren inom fem vardagar. Vissa tjänster i förbindelse med patientbesöket ger extra ersättning; blodprov, småoperationer, hemblodtrycksmätning, cellprov, urinsticka och -odling, barnavårds- och mödravårdskontroller med mera.

På det stora hela är det danska systemet ett väldigt effektivt och billigt system för skattebetalarna, menar Nina Åslund och berättar att den danska primärvården kostar ungefär 1400 danska kronor per person och år, inklusive jourläkarsystemet kvälls- och nattetid. När hon har försökt sig på att räkna ut motsvarande siffra för den svenska vården hamnar hon på minst det dubbla.

– Det är ju svårt att göra exakta jämförelser eftersom systemen skiljer sig så mycket åt. Men min upplevelse är att det danska

”Vår fortbildning är gedigen och bra”

systemet på många sätt är det bästa av två världar – offentligt och privat. Vi som läkare har både incitament att ta emot många patienter och samtidigt göra ett bra arbete eftersom kliniken blir ens ”hjärtebarn” och man får ett nära förhållande till patienterna.

Men hur står det till med vidareutbildningen då? Är det inte lätt att stagnera och fasta i gamla hjulspår när man jobbar solo?

Inte alls, menar Nina Åslund och berättar om de gedigna utbildningsprogram som du har tillgång till som praktiserande allmänläkare i Danmark.

– Fortbildningen är väldigt bra. Även här är systemet baserat på ersättning och varje år får du ett belopp på ett konto som är öronmärkt till efterutbildning. Man kan välja kurser i både Danmark och utlandet. I grunden är det väldigt valbart men det finns också en systematisk efterutbildning där vi måste ta tre kursdagar varje år.

På det stora hela har vi faktiskt bättre möjlighet till fortbildning än sjukhusläkarna har.

Även forskning är möjligt att ägna sig åt för en allmänläkare i Danmark, berättar Nina Åslund. Beroende på hur mycket tid man vill lägga på forskning kan man hantera det på lite olika sätt, en möjlighet för att få frigjort tid är att ansöka om att få färre

listade patienter. Har man en större klinik med flera kollegor kan man avtala det internt. Du kan både välja att vardagsforska på din egen klinik en del av din tid eller vara knuten till större projekt via den allmänmedicinska forskningsenheten. Men det kräver såklart att man hittar finansiering, precis som för svenska forskande läkare.

Men vart vänder sig patienterna efter att din klinik har stängt för dagen?

– Det skiljer sig åt mellan Region Hovedstaden och övriga landet. Här i region Hovedstaden där jag jobbar finns ett särskilt nummer som påminner om det svenska 1177 där sjuksköterskor besvarar patienternas frågor utanför kontorstid och kan hänvisa dem vidare till exempelvis akuten om det skulle behövas. I alla andra

Fortsättning nästa uppslag >>>



>>> Fortsättning från föregående uppslag

Allmänläkarna är precis som i Sverige gatekeepers och skriver remisser till övrig specialistvård.

Till vissa specialistkliniker som regionerna har avtal med, som exempelvis ortopedikirurgi, psykiatri och öron- näs och hals, kan patienterna dock söka vård utan remiss. På dessa, som framförallt ligger kring de större städerna, arbetar cirka 1 000 privata specialistläkare.

Patienterna mycket nöjda

En nyligen gjord undersökning av PLO, de privatpraktiserande läkarnas organisation, där över 121.000 patienter tillfrågades visade att mer än nio av tio patienter var nöjda med vården. Mest nöjda var man med läkar-patientförhållandet där 97 procent tyckte att det var mycket bra eller bra.

Att bli privatpratpraktiserande läkare med egen klinik lockar också många av de yngre kommande specialister i allmänmedicin. Över hälften föreställde sig att ha en egen klinik efter två år och 85 procent efter fem år i en undersökning utförd av PLO.

Utöver utvecklingen att fler och fler läkare går ihop i större kliniker så uppmuntras också samarbeten mellan de allmänpraktiserande läkarna.

Kollegiala kvalitetskluster

Sedan 2018 finns en treårig överenskommelse att etablera ett kvalitetsprogram för de danska privatpraktiserande allmänläkarna som innebär att läkare inom ett geografiskt område går samman i kollegiala kluster för att arbeta med kvalitet utifrån lokalt definierade behov.

Programmet, som även ingår i en treårig forskningsstudie utformas och utvecklats underifrån i professionella kollegiala sällskap utan centraliserade kontrollmekanismer.

regioner är det läkarna själva som besvarar samtalen när de jobbar jourpass. En del tycker att vi har det lite lyxigare här på det sättet att vi inte behöver ta några jourpass alls, men Hovedstadens akuttelefon genererar å andra sidan en del extra arbete åt oss i dagtid. På fredagseftermiddagar turas vi allmänläkarkliniker i området om att ta varandras ringningar för att ge varandra möjlighet att checka ut lite tidigare vid behov. Där har jag jour var sextonde dag och vi samarbetar även i semestertider och hjälper varandra vid sjukdom eller om man ska på kurs och så vidare för att öka flexibiliteten. Det är väldigt bra med ett väl utbyggt nätverk mellan allmänläkarklinikerna, så man blir mindre sårbar.

Finns det några baksidor med det danska systemet, tycker du?

– Jo, det är klart att det finns för- och nackdelar med båda de här systemen men

jag skulle säga att för patienterna är det danska systemet helt klart bättre. För oss läkare däremot kan det finnas vissa nackdelar med det danska systemet beroende på hur man ser det. I Sverige är du en lönemottagare. Du kan vara sjuk eller vabba om du behöver det. Här i Danmark har du ett väldigt stort eget ansvar och du eller

personalen måste ringa runt till varena inbokad patient och boka om och ordna så de får vård på annat håll om du skulle vara frånvarande någon dag. Nu har jag inte själv några barn men jag känner kollegor som har inrett särskilda barnrum på mottagningen så barnen kan vara där till exempel om de skulle vara sjuka.

– Det danska systemet skapar också en hel del stress och 38 procent av oss har moderata symtom på utbrändhet enligt statistik från vårt fackförbund PLO. Vi försöker förhandla med regionerna men det är svårt att förbättra våra villkor. Det kostar på att vara i det här hamsterhju-

let med ett ständigt flöde av patienter samtidigt som du har ansvar för driften. Någon ska stå för alla inköp, ordna så att vaccinationerna står i kylskåpet och inte har passerat bäst-före-datum och se till så att inte pappret på britsen är slut och att IT och telefoni fungerar. Det är en hel del basala grejer att hålla reda på och det skulle kunna ses som en nackdel, men jag trivs med det.

– Det går ju också att köpa in olika tjänster som till exempel en ”praksismanager” som sköter logistiken med mera men det innebär att du kanske måste lista fler patienter för att få verksamheten att gå runt. På min klinik har min sekreterare fått en hel del av de här uppgifterna.

Om en patient skulle vara missnöjd med sin läkare - kan hon eller han byta då?

– Ja, det är möjligt men det kostar 250 danska kronor och du måste hitta en läkare som har möjlighet att ta emot nya patienter, vilket till exempel inte jag har som fullstadi. Förut var man tvungen att välja en läkare i närheten men numera har inte det fysiska avståndet någon betydelse. Jag har patienter som kör till mig ända från tyska gränsen.

Hur fungerar samarbetet med övrig vård och sjukhus? – Det fungerar ungefär

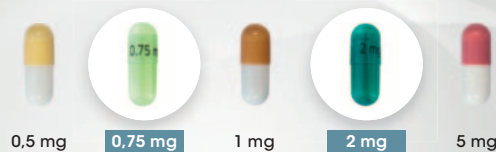
som i Sverige. Man skickar en remiss och så blir patienterna kallade. Men i region Hovedstaden där jag jobbar remitterar vi inte så ofta till sjukhuset utan vi har många småkliniker med skilda specialiteter som till exempel hudläkare lungläkare, hjärtläkare med flera. De arbetar som jag ungefär, men inom sin specialitet. Fördelen med att remittera dit är att vi allmänläkare lär känna de läkarna och det ger ett bra samarbete om patienterna. På samma sätt funkar det med remisser till en fysioterapeut.



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-/kväldsdos
- 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

*bid, för takrolimus med direkt frisättning.

Referens: 1. www.reveal.se. 2. www.tv.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 administreringsätt:** Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. Rekommendationen är att den orala dygnsdosen ges uppdelat på två dosstillfällen (tex. morgon och kväll). Varningar och försiktighet se www.fass.se. För aktuella priser se www.tv.se. Produktresumé uppdaterad 2020-07-15.

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

Mycophenolate mofetil Sandoz (mykofenolatmofetil) ATC-kod L04AA06. Immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Tablett 500 mg, 50 st. Kapsel 250 mg 100 st. (Rx/F). **Indikationer:** Mycophenolate mofetil Sandoz är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erytematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azathioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller barmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingsperioden. 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.tv.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 2020-08-26.

Azathioprin 1A Farma (azathioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmdragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erytematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azathioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller barmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingsperioden. 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.tv.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 2020-08-26.

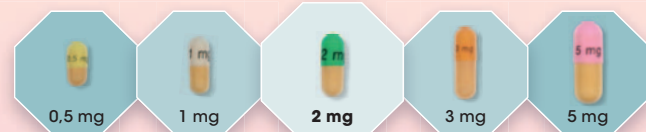
Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis
Division

Dailiport

– ett generiskt alternativ till Advagraf

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



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

Dailiport – möjliga fördelar med 2 mg styrkan:

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

dailiport®
TAKROLIMUS
depotkapsel

Azathioprin 1A Farma

– den enda azathioprinprodukten som tillhandahålls i 75 mg och 100 mg



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

Azathioprin
1A Farma azathioprin 75mg 100mg

Björn Ekman, Sjukhusläkarens krönikör, bosatt och patient i Danmark sedan länge om den nära vården:

"Danmark är den solklara vinnaren för mig"

Redan efter några veckor som boende i Danmark damp det lilla sjukvårdskortet av plast ner i Björn Ekmans brevlåda. På kortet stod telefonnummer och adress till den klinik på femte våningen i centrala Roskilde som han hade blivit tilldelad – och namnet på hans fasta läkarkontakt.

▼ – Det finns ingen bild på mig på det här kortet, men det räknas ändå förvånande nog som en id-handling i väldigt många sammanhang, säger Björn Ekman.

Men det lilla sjukvårdskortet är också en biljett rakt in i det danska primärvårdssystemet. Vid minsta medicinska besvär hos någon i familjen är det bara att lyfta luren och boka en tid. Oftast får du komma samma dag, men om inte situationen är akut kanske du får vänta till dagen efter.

"Tillgänglighet är en ickefråga i Danmark"

– Tillgänglighet är helt klart en ickefråga i Danmark. Ibland är det till och med min läkare själv som svarar i telefonen när jag ringer. Det fungerar på ett helt annat sätt än våra svenska vårdcentraler. Det påminner mer om det system som finns i många andra europeiska länder och är uppbyggt av många små, privata, vinstdrivande kliniker säger han.

Väl framme på kliniken drar du som patient ditt lilla plastkort i en kortläsare och sätter dig i väntrummet för att sedan kallas in av din egenläkare,

berättar Björn Ekman. Någon sekreterare är sällan inblandad numera utan finns bara tillgänglig om något särskilt avancerat pappersarbete behöver utföras.

Däremot kan man inte förvänta sig all den vård som en svensk vårdcentral kan erbjuda i form av sjukgymnaster och dietister på en dansk primärvårdsklinik, säger Björn Ekman

– Du kan få en remiss till en sådan enhet från din läkare men de drivs helt självständigt, säger han.

Men fördelarna med en fast läkarkontakt är många, menar Björn Ekman. Tryggheten att alltid veta vem man ska träffa och att den personen känner till ens sjukvårdshistorik är en viktig punkt, inte minst för barnen

– Det är ett tryggt och stabilt system. Jag har bytt läkare vid ett enda tillfälle och det var när min första läkare gick i pension. Då togs hans klinik över av en annan läkare som har drivit den sedan dess. Om du jämför med hur många olika läkarkontakter mina svenska vänner och släktingar har fått träffa på sina vårdcentraler så är det ju som natt och dag.

Det finns dock en tendens till att flera mindre kliniker har börjat gå ihop och husera i samma byggnader, berättar Björn Ekman. Detta uppmuntras av myndigheterna och är ett sätt att dela på kostnaderna för till exempel sekreterare och lokalhyra.

– Genom att de går ihop två, tre eller fyra stycken har de ju även bättre möjlighet att kunna erbjuda vård under semestrar och vid sjukdom och liknande. Det blir en annan stabilitet och jag skulle säga att det är en positiv utveckling.

Men att det danska primärvårdssystemet med fasta egenläkare skulle vara rakt igenom idealiskt vill inte Björn



Björn Ekman, här med sonen Anton som kollar upp tider för en hälsoundersökning inför ett kommande körkortsprov.

Ekman skriva under på. Själv har han haft turen att få en väldigt bra fast läkare, men för den som har oturen att bli tilldelad en läkare som han eller hon inte är nöjd med kan situationen vara svår att förändra, menar han

– Du kan i princip byta läkare men bara under en viss period på året och ett begränsat antal gånger.

I situationer där kvaliteten på vården brister, gör det danska sjukvårdssystemet det svårt för en missnöjd patient att snabbt få kontakt med en annan läkare.

Björn Ekman upplever också att en hel del av de åkommor en dansk primärvårdsläkare handlägger snarare skulle hanteras av en sjuksköterska i Sverige.

– I Danmark går vi ju till vår egenläkare med precis allting. Jag skulle uppkatta att en stor del av det du söker för hos din egenläkare i Danmark snarare är en sjuksköterskeuppgift på andra sidan sundet. Som till exempel omläggning av sår eller enklare provtagning.

Men trots att Björn Ekman kan se vissa problem även med det danska pri-

märvårdssystemet tvekar han inte när han får frågan om var han anser sig få den bästa vården.

– Danmark är den solklara vinnaren för mig. Jag är nöjd med min läkare och jag har förtroende för honom. Uppstår det några hälsoproblem för någon av mina familjemedlemmar så vänder jag mig till honom och han finns alltid där.

EPILOG



Absolut, även om vi drabbades av sjukdom och inte fick fram allt vi såg. I den danska sjukvården avtalar man om väldigt mycket i detalj. Parterna måste konkret skriva på

saker som det går att kontrollera om man uppfyller, vilket gör att det går att utkräva ansvar på ett enkelt sätt. Det var en superintressant iakttagelse. Tyvärr hann vi inte skriva en rad om det.

Likasa hann vi inte skriva något om att även Danmark har personalbrist inom vissa specialiteter och att de Läkarvetenskapliga sällskapen tittar med trånande blick på Holland som inte är så politikerstyrt som Danmark och Sverige.

Å andra sidan var inte det uppdraget, men hade gärna skrivit nåt om det också, även om vi gjort det förut.



Ja, faktiskt.

Att enkla raka beslut kan betyda mer än årslånga utredningar. Beslutet att vårdgarantin ska vara 30 dagar och klarar du inte det så får någon annan jobbet gjorde susen direkt. Och att danskarna fick jämlig vård genom en enkel lag.

Sedan tyckte jag kanske att höjdpunkten var att få resa runt med dig! Hoppas vi får göra om det. Jag hade inte tänkt avslöja det, men jag kan inte hålla mig. Myran har redan omlackerat dig i min favoritfärg. Säger inget mer, men jag tror att du kommer att bli nöjd.

Tack för den här gången bilen! Du är bäst!



Malin Gavelin

Läkemedelsverkets nye generaldirektör

BJÖRN
ERIKSSON

– Att stötta implementeringen av precisionsläkemedel och kontrollera utvecklingen av AI blir våra nya stora utmaningar

Björn Eriksson är kardiologen som precis lämnat rollen som hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Stockholm och klivit på uppdraget som generaldirektör för Läkemedelsverket.

▼ Det har gått drygt fyra år sedan han helt lämnade det kliniska arbetet för att på heltid fokusera på sitt chefskap. Björn Eriksson är disputerad kardiolog och har under många år kunnat kombinera kliniskt arbete med uppdrag som förvaltningschef för hälso- och sjukvården i Region Skåne, regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen och nu senast som hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Stockholm.

Men mitt under en brinnande pandemi och efter bara två år, valde Björn Eriksson att lämna tjänsten i Stockholm. Uppdraget som myndighetschef för Läkemedelsverket var alltför lockande, menar han.

– Jag har ett långvarigt intresse för läkemedelsfrågor och har suttit i myn-

dighetens styrelse sedan 2018. Jag ser det som en stor möjlighet att få arbeta med viktiga uppdrag och frågor, både vad gäller den intensiva utvecklingen inom läkemedelsområdet och det medicintekniska området, men också när det gäller att stärka Sverige som life science-nation.

Ett av Läkemedelsverket prioriterade mål är just att stötta regeringens samverkansprogram Hälsa och life science och den nationella life science-strategin.

– Det handlar bland annat om att stärka Sveriges konkurrenskraft när det gäller avancerade terapiläkemedel, ATMP. Vår uppgift är att stötta den här utvecklingen och se till att de precisionsmedicinska läkemedel som tas fram är effektiva och säkra och att regelverket är lättförståeligt. Inom kort kommer det att finnas målstyrda och individanpassade proteinläkemedel för väldigt många sjukdomar. Det är en spännande utveckling vi har framför oss.

En av målsättningarna i regeringens life science-strategi är att Sverige ska ha en effektiv process för implementering av nya terapier och att vi ska vara ett föregångsland när det gäller att implementera precisionsmedicin.

Hur ska Sverige kunna hävda sig i

konkurrensen och utvecklingen av nya innovativa läkemedel när vi har en modell som innebär att Sverige avvisar vissa innovativa behandlingar som godkänts i Europa?

– Läkemedelsverket är delaktigt i europeiska godkännanden av läkemedel. Det vi bedömer är effektivitet och säkerhet. Men sedan görs en hälsoekonomisk värdering av TLV som sedan NT-rådet baserar sin rekommendation på. Jag har verkligen full förståelse för att både patienter och kliniker kan uppleva en stark frustration över att godkända och effektiva läkemedel inte kan forskrivas med hänvisning till kostnaden i relation till nyttan.

Björn Eriksson tycker dock att den svenska modellen på många sätt är bra. Enskilda kliniker behöver inte lämnas ensamma med förtvivlade patienter i svåra beslutssituationer, utan kan luta sig mot den svenska samverkansmodellen och de beslut som tas långt från kliniken.

– Övergripande beslut och prioriteringar bör göras i konsensus med bäst tillgänglig kunskap.

Samtidigt växer frustrationen ute i regionerna över Läkemedelsverkets förslag till regeringen om att höja avgif-

Nyfiken på...

Björn Eriksson

Ålder: 54.

Bor: Nyköping och Stockholm.

Familj: Gift, tre barn.

Drivs av: Lagarbete.

Motto: Hoppas på det bästa men planera för det värsta.

Roas av: Ny kunskap och bra berättelser.

Oroas av: Fördomar och kunskapsförakt.

Drömmer om: Värme och att Covid-19 pandemin är över.

terna för den statliga kontrollen av läkemedel. Etikansökan för att kunna starta en randomiserad läkemedelsprövning har tidigare varit kostnadsfri. Avgiften föreslås nu höjas till 50 000 kronor, pengar som måste tas från redan tigha forskningsbudgetar ute på klinikerna. Förslaget slår direkt mot den kliniska forskningen och undergräver möjligheterna att bedriva kliniska läkemedelsprövningar, menar kritiker.

Björn Eriksson är själv disputerad forskare vid Karolinska institutet och skrev sin avhandling om kärlek och bakomliggande mekanismer.

– Jag har full förståelse för att man som akademisk forskare tycker att detta är kännbart. Men vi måste se till att vi får täckning för de kostnader som myndigheten har. Skälet till avgiftshöjningen är att vi gjort omfattande investeringar i IT-utveckling driven av en ökad digitalisering. Vi behöver även ta höjd för att kunna hantera ärenden som innehåller stora datamängder.

Förslaget ligger nu hos Socialdepartementet och beslut förväntas tas till hösten.

Kunskapsutvecklingen går snabbt och Läkemedelsverkets uppdrag har successivt breddats. I slutet av maj träder nya EU-förordningar som rör medicintekniska produkter (MDR) i kraft. Den nya lagstiftningen innebär skärpta och tvingande krav som ska öka patientsäkerheten, öppenheten och spårbarheten.

– Det är verkligen på tiden att vi får en reglering av marknaden för medicintekniska produkter. På Läkemedels-



Björn Eriksson: "Det är verkligen på tiden att vi får en reglering av marknaden för medicintekniska produkter". Foto: Jeanette Hägglund

verket har vi en stor avdelning som arbetar specifikt med de nya förordningarna. Det är många olika kompetenser som behövs eftersom det är ett komplicerat område.

– Läkemedelsverket har och kommer att ha en viktig roll när det gäller att kontrollera utvecklingen inom AI. Ta exempelvis medicintekniska produkter som använder artificiell intelligens. Det kan vara appar som vi måste kunna värdera och utvärdera så att de kan användas på ett evidensbaserat och säkert sätt. I framtiden kommer AI att vara en stor och viktig del av Läkemedelsverkets bevakningsområde.

I november 2020 presenterade EU-kommissionen ett förslag till en ny läkemedelsstrategi. Det är bara början på en längre process som kommer att innebära

förändringar av den EU-gemensamma lagstiftningen; ambitionen är att ta ett helhetsgrepp om läkemedelsfrågorna så att patienter inom EU får tillgång till läkemedel till rimliga priser.

Vad innebär EU:s nya läkemedelsstrategi för Sverige och kommer den att påverka den svenska samverkansmodellen?

– Den innebär att stärka tillgången till effektiva och prisvärda läkemedel och uppfylla medicinska behov. Det handlar också om att stärka life science-sektorn och öka krisberedskapen i Europa. Den nya strategin innebär att EU och EMA ska vara en stark röst i världen. Läkemedelsverket strävar efter att vara en stark röst i Europa.

Eva Nordin

Karin Filipsson utsedd till "Årets diabetolog"

Karin Filipsson är överläkare på VE Endokrin, Skånes universitetssjukhus i Lund. Nu har hon fått utmärkelsen Årets diabetolog 2020 för att ha skapat både kollektiv och individuell patientnytta.

▼ – Det känns jätteroligt att bli uppmärksammas för det jobb man gör varje dag, kommenterar Karin Filipsson. (bilden)



Utmärkelsen Årets Diabetolog ges varje år av Svensk förening för Diabetologi till en eller två läkare som genom sin gärning verkat för att främja vården för personer med diabetes. Pristagarna får ett diplom och 20 000 kr att använda till fortbildning.

Karin Filipsson träffar dagligen många diabetespatienter i sitt arbete på endokrinmottagningen i Lund. Utmärkande för mottagningen är att även patienter med diabetes typ 2 tas emot, en diagnos som ofta annars hanteras i primärvården. Mottagningen arbetar utifrån varje patients behov och att specialistläkare under en viss tid kan hjälpa till med deras diabetesbehandling.

På sin mottagning möter Karin också patienter med ovanliga medfödda metabola sjukdomar. Hon bidrog till att bygga upp verksamhe-

ten när kliniken tog över patienterna 2016.

– Patienterna med ovanliga ärftliga metabola sjukdomar överförs från barnkliniken till endokrinmottagningen när de fyller 18. Här i Lund ser vi patienter från hela Södra sjukvårdsområdet. Behandlingen av sjukdomarna är oftast en strikt kost. Där är patientarbetet lika för denna mottagning och det vi arbetar med på diabetesmottagningen.

Karin forskar också inom diabetes, men har numera forskningen som ett intresse utöver sin kliniska heltidstjänst. Hon har särskilt fördjupat sig i diagnostik.

– Det finns egentligen flera olika typer av diabetes än den grova indelningen i typ 1 och 2 och därför är diagnosen väldigt viktig. Först då kan man anpassa behandlingen till varje individ. Målet är ju att individualisera behandlingen.

Redan under tiden som ST-läkare tog Karin fram en föreläsning om diabetes och körkortsförhållanden. Om en patient med insulinbehandlad diabetes råkar ut för en trafikolycka som bilförare måste diabetesläkaren alltid besluta om ett lågt blodsocker kan ha varit en del av orsaken, och sedan hjälpa patienten att se till att detta inte händer igen. Diabetesläkaren skriver då också intyg till Transportstyrelsen. När det hände Karin ville hon lära sig mer om detta, vilket

resulterade i att hon tog fram en föreläsning "eftersom det är ett bra sätt att lära sig själv något."

Föreläsningen hölls först på kliniken, men blev uppskattad och har sedan dess hållits för många kollegor och diabetesteam runt om i landet. Intresset för att undervisa och föreläsa har fortsatt. Karin föreläser för sjuksköterskor, studenter, primärvård och andra kliniker och stimuleras av att anpassa föreläsningen efter publiken.

Fortbildning är en fråga Karin brinner för och ständigt återkommer till, och hon tycker att frågan behöver drivas på från professionens sida. Läkemedelsindustrin har alltför länge varit en dominerande aktör i fortbildning. Fortbildning är också, tillsammans med läkares övertider, en av de två stora och ständigt aktuella frågor som Karin i sin roll som ordförande för Sjukhusläkarna Lund jobbar med.

Vad gäller framtiden för diabetesvården menar Karin att sjukdomen inte kommer bli botad på många år. Ju längre vi lever desto fler kommer få typ 2 diabetes. Hon lyfter att sjukvården blir alltmer specialiserad, vilket också skapar ett större behov av specialiserade läkare. Men vi blir samtidigt bättre på att behandla och nya tekniker införs, vilket kommer ge en spännande utveckling av diabetesvården framöver.

Karolina Olofsson

Ledarskapet i fokus hos europeiska läkarorganisationer

▼ Sjukhusläkarnas internationella påverkansarbete fortgår. I vår har ordföranden Karin Båtelson deltagit i möten med både CPME – kommittén för europeiska läkare och Sjukhusläkarnas europeiska motsvarighet AEMH, där hon dessutom fick förtroendet att bli organisationens "treasurer". AEMH arbetar just nu med läkares ledarskap och en kvalitetssäkring av chefs- och ledarskap på Europeanivå.

– Fler chefer med medicinsk kom-

petens är en mycket angelägen fråga mot bakgrund av pandemin, eftersatta vårdbehov och utmattad personal. Vi vet att läkare kan bidra positivt som chefer och beslutsfattare och att det gör sjukvården mer effektiv med bättre arbetsmiljö och säkerhet. Tyvärr går utvecklingen åt fel håll i många länder och det behöver vi vända, säger Karin Båtelson (bilden).



Vem får priset som inte borde behöva finnas?

▼ Att personer blir straffade och hindrade i sin karriärutveckling för att de larmar om missförhållanden och grova etiska övertramp inom vården är dessvärre en realitet.

För att uppmärksamma problemet delar Sjukhusläkarna sedan flera år ut ett pris, Årets visslare, till den eller de som med patienters och läkares bästa i fokus står upp för yttrandefriheten inom vården. Vet du någon som drabbats av repressalier för att den värvat om patientsäkerhet och demokrati? Mejla i så fall till karolina.olofsson@slf.se

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 kranskärssjukdom, 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



Repatha®
(evolocumab)

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}

EN DOS REPATHA® GER FULL EFFEKT EFTER FÖRSTA SPRUTAN (INGEN TITRERING KRÄVS*) OCH EFFEKTEN HÅLLER I SIG ÖVER TID

LDL-sänkning upp till 75% uppnåddes så tidigt som vecka 1 och kvarstod under långtidsbehandling, maximalt svar uppnås i allmänhet inom 1-2 veckor efter dosering.²



*Dosering vid HoFH se fass.se

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 korrigerande 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.