

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 4/2021



” Det känns skamligt att säga till en patient
att du sannolikt kommer att tvingas
vänta upp till fem år på en planerad operation.
Det går ju nästan inte att säga. ”

SJUKHUSLÄKAREN AVSLÖJAR

1000-tals skräckväntetider
som aldrig offentliggörs

Patienter som ska opereras får vänta i årtatal

Fått besked om
sköldkörteloperation
för över två år sedan
Väntar fortfarande.

Väntat på
höftledsoperation
i nästan tre år.

Har framfall. Hade
väntat i 897 dagar i juli.

Fick besked att behandlas för
rotkanalförträngning för över
två år sedan.

Sidorna 8-11

Ledaren: Av Karin Båtelson

”Låt patienterna
styra resurserna rätt”



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis[®]

Bristol Myers Squibb | Pfizer

Eliquis[®] (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) 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.

Svårt att spela andrafiolen när förstafiolen väger lätt

Mången gång har jag behövt säga till en något rundnätt patient att denne behöver gå ner i vikt för att optimera sitt hälsoläge. När nu regeringens utredning God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild fastställde att sjukhusen var för tunga och att vikt behövde flyttas till en ny första linjens sjukvård tycker jag att min övervikt inte känns av och i vart fall inte ute i verksamheten på sjukhuset.

Förflyttningen av vikt går under benämningen Omställningen. En plastik som redan pågått i många år utan att jag kan sätta fingret på vad som måhända redan gjorts – bortsett från diverse ordsvall.

Till vardags ser vi hur svängremmen dras åt, hur antalet vårdplatser fortsatt rämnar, hur operationsköerna slingrar sig allt längre, hur fortbildningen naggas i kanten och hur antalet händer där de behövs känns färre än önskvärt.

Visst finns utrymme för effektivisering, det gör det vad man än diskuterar. I stället för effektivitet har 100-talet miljarder lagts på okoordinerat byggande eller renoveringar i vårt i vart fall regiontunga avlånga land. Och vi har fått prova på flera dieter i form av Lean healthcare, Värdebaserad eller Personcentrerad vård där den enda som fallit mig i smaken är den med tillitsbasering.

Jag tycker också att primärvården ska vara basen i hälso- och sjukvården och att det behövs nya grepp. Den genomsnittliga bristen på tillgänglighet, kontinuitet och bristande trygghet när många patienter år efter år saknar eller ständigt får byta sin fasta läkarkontakt har under lång tid varit bekymmersam. Och ja, det finns givetvis undantag, ingen regel utan undantag.

Att som nu inom mer eller mindre givna ramar flytta resurser från sjukhusen till detta okända nya innan det fått styrfart känns inte bra. Nog vill man väl att tillräckligt många håller hårt i



Bengt von Zur-Mühlen
Förste vice ordförande Sjukhusläkarna

brandseglet och kan spänna duken innan man ber någon hoppa?!

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen ska sjukvården bland annat vara jämlik, lättillgänglig och den som med det största vårdbehovet där man kan göra nytta ska prioriteras.

I begreppet tillgänglighet ingår att sjukvårdens insatser ska ges inom rimlig tid. Vid jämförelser med andra länder har den svenska sjukvården hög medicinsk kvalitet men i bred bemärkelse uppenbara brister i tillgänglighet. Detta trots att Sverige haft upprepade reformer för att stärka primärvården, sedan 2010 har en lagreglerad vårdgaranti, erhållit upprepade kömiljarder och det har införts standardiserade vårdförlopp för cancer med mera.

Den svenska hälso- och sjukvården hade redan innan coronapandemin problem att upprätthålla kapacitet som motsvarade befolkningens efterfrågan med trend mot längre väntetider. Till-

gängligheten försämrades ytterligare kraftigt när Covid-19 pandemin bröt ut vårvintern -20 och stora mängder vårdåtgärder har skjutits upp. Det är ännu oklart när den ordinarie verksamheten återfår full kapacitet.

Den 6 juli -21 beslutade Riksrevisionen att inleda en granskning av statens styrning för kortare väntetider i vården och alla regioner ser över hur sjukhusen ska kunna hantera den uppkomna vårdskulden. Kranen från primärvården till nätläkare, som många tycker har för bra tillgänglighet, drar inte repet åt rätt håll.

Jag skulle välkomna bariatrisk kirurgi på den administrativa regionkolossen och jag tror att kraftigt utökade möjligheter för entreprenörskap inom primärvården skulle kunna räta upp den skutan i vår armada.

Jag tror inte att införandet av benämningen sekundärvård och för den skull tertiärvård drar i rätt riktning. Primärvården ska vara basen i sjukvården men sjukhusvården spänner över allt från akuta livshotande tillstånd till årtal av uppföljning av kronisk sjukdom där vägen in till vården kan ligga decennier bakåt i tiden.

Visst kan vi spela andrafiol där det är tillämpligt men innan vi ger bort några strängar på sjukhusens fioler så behöver första fiolen hålla takten och spela rent. Med andra ord behöver primärvården friska reformpengar och sen kan vi börja diskutera omfördelning och kan ändå tycka att primärvården fått vara i fokus många år nu – dags att zooma ut och ta ett friskt helhetsgrepp. It takes two to tango – parade på ett oupplösligt relaterat och aktivt sätt. Eller som ABBA sjunger i sin nya melodi: "Like fighters in a ring, We're in this together, Passion and courage, Is everything".

Kontakt redaktionen:

▼ Christer Bark, chefredaktör, redigerare, reporter.
christer.bark@sjukhuslakaren.se

▼ Anna Sofia Dahl, redaktionschef, reporter.
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se

Annonser:

▼ Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se
08-10 39 20



Att bara fortsätta med mer och mer som under många år visat sig meningslöst är inte rätt väg

Låt patienterna styra resurserna rätt

Varför pratar vi så mycket om väntetider i Sjukhusläkarna undrar ni kanske.

Jo, för att vi för det första anser att okontrollerbara väntetider inte är acceptabla i ett land med så extremt utvecklad sjukvård och så fullt av högt utbildade personer.

För det andra anser vi att även beslutsfattare, som politiker och tjänstemän, måste förstå hur illa det faktiskt ser ut. På riktigt. De flesta medborgare har däremot nog redan vetskap genom sina försök att få tid och kontakt och kontinuitet med vården.

För det tredje är det ur ett strikt professionsperspektiv så att vår dåliga tillgänglighet och oacceptabla väntetider är ett symptom, eller snarare ett bevis för att den nuvarande katastrofala styrningen av vården måste ändras.

Fullt av högt utbildade engagerade människor bör ha fokus på kärnverksamheten, premieras för utveckling och effektivitet både ur eget och patienternas perspektiv, använda den inneboende kraften som bevisades under pandemins start, och skala upp bra innovationer och skala bort arbetsuppgifter som inte kommit av verksamhetens behov. Då kan sjukvården bli både en motor för samhället och en bra arbetsplats.

Så vi har en vårdgaranti som inte

följs. Detta trots att den dels är alldeles för lång för många patienter, dels att man tycker att man lyckats om 80 procent har fått vård inom tiden! Vilka krumbukter.

Inga regelrätta krav finns heller för att Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagen verkligen följs. Vi har heller ingen tvingande lagstiftning i sjukvården- till skillnad från socialtjänsten.

Patienter har heller inte fritt vårdval till sjukhus över landet utan är instängda och utestängda av regiongränser. De som har en arbetsgivare som erbjuder privat vårdförsäkring kan skatta sig lyckliga men då tas ju extra betalning ut för en sjukvård man egentligen redan betalt.

Krav på att man ska få den vård man behöver även utan att man är akut sjuk kommer att bli en stor fråga nästa i valrörelse. Ingen kommer att acceptera en regering som bemöter en sådan här totalansträngning med lite stimulansmiljarder eller regionala kökortningspengar toppat med en from förhoppning om att det ska gå bra.

Då uppkommer tanken på en patienträttighetslagstiftning. Som den i Danmark. Alltså patienter ska ha rätt till vård och regionerna ha skyldighet att uppfylla de angivna tiderna. Det kan ju upplevas som en papperstiger, finns ingen vård att få så får man ju ingen.

Men i Danmark var regionerna tvungna att uppgradera sina sjukhus, hjälpas åt och dessutom har privata vårdgivare tillkommit som bidragande del i större utsträckning.

Men det mest geniala med patienträttighetslagstiftning är ju att man inte behöver räkna, mäta eller uppfinna parametrar i samma gigantiska omfattning. Är rättigheterna i händerna på medborgarna skulle de som verkligen behöver en åtgärd larma direkt medan övriga sitter still.

Det måste ju vara det bästa och resurssnålaste sättet att veta om sjukvården fungerar. Om man som patient vill ha sin operation på sitt eget sjukhus och är beredd att vänta på tid där, så kommer man inte att stöta på. Om man däremot vill ha sin åtgärd inom tid så har man kontakt med vårdgivaren för att komma rätt.

När Patientlagen skrevs här i Sverige diskuterades också möjligheten av att införa en rättighetslagstiftning som den i Danmark, men motargumentet var då rädsla för att patienter skulle dra sina vårdkontakter inför domstol i tid och otid.

I Danmark uppger Överläkarförbundet att det inte skett en enda gång sedan de införde lagen.

Sjukhusläkarna skulle vilja att regeringen tillsätter en utredning för att se om patienträttighetslag skulle kunna vara en väg framåt för en fungerande vård.

Faktiska krav på patientresultat kanske är den enda vägen framåt för att resurser och utvecklingskraft ska sättas in och premieras där det behövs med fokus på kärnverksamheten, personalutveckling, skickliga ledare och arbetsglädje.

Alltså att med patienter och väljare kunna styra tillräckliga resurser till det faktiska medicinska vårdbehovet. Men att bara fortsätta med mer och mer av samma samma vårdgaranti som under många år visat sig meningslös och nu ytterligare förvärrats av pandemin är inte rätt väg.

Karin Båtelson
Ordförande i Sjukhusläkarna



70 %
(8 030)

av de patienter som väntade på en beslutad operation/åtgärd av en läkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade väntat längre än vårdgarantins 90 dagar i slutet av juli.

Källa: Väntetider. se

61 %
(15 341)

av de patienter som väntade på en beslutad operation/åtgärd av en läkare i Västra Götaland hade väntat längre än vårdgarantins 90 dagar i slutet av juli.

Källa: Väntetider. se



Svårt sjuka får vänta tre till fem år på operation

Av Eva Nordin

Tre till fem år. Så länge tvingas svårt sjuka patienter vänta på stomi- samt galloperation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Det är skamligt och frustrerande, menar Arild Sæther, allmänskirurg på SU/Östra sjukhuset.

▼ Han har just lämnat operationssalen efter en sex timmar lång galloperation.

– Det var ett komplicerat akutfall som krävde särskilda resurser. Sedan ett och ett halvt år tillbaka, med undantag för en kort period förra hösten, gör vi inga planerade operationer för benigna sjukdomar, utan endast akut kirurgi och cancerkirurgi.

Flera av våra patienter som stått länge på väntelistan blir sämre och tvingas då komma akut, säger Arild Sæther.

Han berättar om en äldre patient som väntat länge på en galloperation och som nyligen tvingades söka akut med svåra buksymtom. Det visade sig att

patienten drabbats av inflammation i gallblåsan och bukspottkörteln och var illa därnär vid ankomst till sjukhuset.

Patienten är bara en av många hundratals patienter som tvingas stå i vårdkö i många år i väntan på planerad kirurgi. De som väntat längst har stått i fem år.

– Det är horribelt. Det cyniska är att det framför allt handlar om patienter med högt BMI samt äldre patienter som tvingas stå i årslånga köer för benign elektiv kirurgi. Det kan exempelvis handla om ändtarmsframfall, gall- och stomioperationer. Dessa grupper blir nedprioriterade och hamnar sist på kölistan.

Vid Kirurgi Östra, som tillhör verksamhetsområde kirurgi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), utförs planerad kolorektal kirurgi samt övre gastrointestinal kirurgi.

– Vi får ta hand om cancer och akuta fall först och hinner inte med den planerade benigna kirurgin, uppdraget är för stort. Situationen är inte ny. Vi har haft långa köer under många år och läget har ytterligare förvärrats på grund av covid-19.

Arild Sæther menar att de enklare ingreppen remitteras vidare till de

mindre sjukhusen i Göteborg. Det handlar om relativt ”friska patienter med snälla gallor och åkommor”. Kvar i kön på Östra blir de mer krävande patienterna.

– Några av de mindre sjukhusen i regionen vill inte ta emot remisser för patienter med samsjuklighet som är äldre eller har BMI över 30–35, eftersom det kräver omfattande anestesiresurser.

Tungt att informera patienterna

Det är svårt, menar Arild, att berätta för patienterna som står i kö hur långa väntetiderna egentligen är.

– Det känns skamligt att säga till en patient att du sannolikt kommer att tvingas vänta upp till fem år på en planerad operation. Det går ju nästan inte att säga, även om det förstås är viktigt att man ärlig med hur långa köerna är. Det känns oerhört frustrerande för oss alla och de som lider mest är förstås patienterna.

Vårdgarantin en bluff

Arild Sæther ger inte mycket för den nationella vårdgaranti som infördes

Arild Sæther, allmänskirurg på SU/Östra sjukhuset:

”Det känns skamligt att säga till en patient att du sannolikt kommer att tvingas vänta upp till fem år på en planerad operation. Det går ju nästan inte att säga.”

2005 med syftet att öka tillgängligheten till planerad vård samt avveckla köer och väntetider.

– Vårdgarantin är på många sätt en bluff. Det är klart att det finns ett värde

för de som får en operation inom tre månader. Men för alla andra som tvingas vänta i årtal på att få en operationstid är ju vårdgarantin meningslös.

Det är sex år sedan Arild flyttade till

Sverige från Norge. Som kirurg i den norska sjukvården var väntetiden till en galloperation cirka sex månader.

– Det tyckte vi var på tok för länge och vi arbetade även på kvällar och helger för att korta väntelistan. Här i Sverige accepterar man att det är vårdköer på flera år.

För en tid sedan träffade Arild två patienter, en från Somalia och en från Sydsudan. Bägge var i behov av operation av gallblåsan.

– När de fick veta att de skulle vänta i tre år blev de märkbart upprörda och sa att i deras hemländer hade man fixat det direkt. Att vi i Sverige fortsätter att acceptera att vi kan ha köer på flera år, är för mig en gåta.

Mesalazin Orion
mesalazin 500 och 1000 mg enterotablett

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ med låg behandlingskostnad*

- Välj aktivt vid förskrivning
- Apoteken byter inte till billigaste alternativ

*TLV:s prisdatabas sep 2021

Vid behandling av ulcerös kolit

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx], (F) Indikation och subvention vid: distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Enterotabletter 500 och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-03-05. Suppositorium 500 och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-03-31. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

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



Skräckväntetider i Sverige

Av Christer Bark och Anna Sofia Dahl

■ **Över 50 procent** (Drygt 84.000) av de patienter som väntar på en beslutad operation/åtgärd i Sverige hade i juli väntat längre än vårdgarantins 90 dagar.

■ Men hur länge patienterna verkligen har väntat har hittills varit okänt.

■ Sjukhusläkaren kan nu avslöja de långa väntetider som döljer sig bakom de 90 dagarna för fem regioner – Dalarna, Norrbotten, Uppsala, Örebro och Kronoberg – och där finns många svåra och livsbegränsande sjukdomar.

■ Vi har begärt ut den statistik som regionerna rapporterar till SKR som aldrig offentliggörs. Kalla fakta som visar hur horribelt länge sjuka patienter som behöver vård får vänta i Sverige.

DALARNA

3 574 patienter väntade i juli fortfarande på att få sin beslutade operation/åtgärd utförd i Dalarna efter att vårdgarantin på 90 dagar gått ut.

Över 0,5 år: 2.482

Över 1 år: 1.213

Över 1,5 år: 594

Över två år: 168

Över tre år: 27

Om statistiken: Siffrorna visar väntande till läkare. Både medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan är exkluderade. Även psykiatri.

• Drygt 1 200 patienter som väntar på någon form av kirurgisk vård hade väntat längre än 90 dagar, 350 av dem hade i juli väntat längre än ett år och 60 patienter i över två år.

Läs mer sidan 12

ÖREBRO

4 246 patienter väntade i juli fortfarande på att få sin beslutade operation/åtgärd utförd efter att vårdgarantin på 90 dagar gått ut.

• Bland de tusentals patienter som väntat mer än 90 dagar finns patienter som väntar på att bli sköldkörtelopererade, väntar på operation/åtgärd för framfall, urinläckage (kvinnor), hammartå, kotförskjutning, halsmandeloperation.

• Nästan 1 200 patienter väntade på någon form av kirurgisk vård och drygt 2 400 på någon form av ortopedisk vård. 461 patienter hade i juli väntat i mer än 90 dagar på någon form av ögonsjukvård, så som gråstarr. 123 hade väntat mer än ett år och 68 i mer än två år.

Över 0,5 år: 2.394

Över 1 år: 885

Över 1,5 år: 372

Över två år: 85

Över tre år: 12

Om statistiken: I siffrorna är både medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan exkluderade. Så även psykiatri och audiologisk vård.

SJUKHUSLÄKAREN GRANSKAR

NORRBOTTEN

3 326 patienter väntade i juli fortfarande på att få sin beslutade operation/åtgärd utförd efter att vårdgarantin på 90 dagar gått ut.

Över 0,5 år: 2.146

Över 1 år: 792

Över 1,5 år: 238

Över två år: 44

Över tre år: 7

- 1 536 patienter – som bland annat väntar på operation/åtgärd på grund av rotkanalförträngning i ländryggrad, kotförskjutning samt på höftleds- och knäledsprotes – hade i juli väntat mer än 90 dagar på någon form av ortopedisk vård. 345 av dem hade väntat mer än ett år och 97 av dem i mer än ett och ett halvt år.
- 471 väntade på någon form av obstetrisk och gynekologisk vård, varav 173 hade väntat i mer än ett år på till exempel borttag av livmoder eller operation/åtgärd på grund av framfall.

Om statistiken: Siffrorna visar väntande till läkare. Både medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan är exkluderade. Även väntande till psykiatri.

KRONOBERG

1 015 patienter väntade i juli fortfarande på att få sin beslutade operation/åtgärd utförd efter att vårdgarantin på 90 dagar gått ut.

Över 0,5 år: 551

Över 1 år: 213

Över 1,5 år: 62

Över två år: 6

Över tre år: 0

- Patienter som väntar på borttag av livmoder, sköldkörteloperation, operation/åtgärd på grund av prostataförstoring och urinläckage (kvinnor) finns med bland de 213 som väntat mer än ett år. Av de 1 015 patienter som väntat på operation/åtgärd i mer än 90 dagar väntar 315 på någon form av kirurgisk vård, 212 på ortopedisk vård, 157 på gynekologisk vård och 47 på öron-, näs- och halssjukvård.

Om statistiken: Siffrorna visar väntande till läkare. Både medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan är exkluderade. Även psykiatri.

UPPSALA

3 260 patienter väntade i juli fortfarande på att få sin beslutade operation/åtgärd utförd efter att vårdgarantin på 90 dagar gått ut.

Över 0,5 år: 1.652

Över 1 år: 764

Över 1,5 år: 402

Över två år: 168

Över tre år: 23

Om statistiken: Siffrorna visar väntande till läkare. Både medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan är exkluderade. Även psykiatri.

- 762 patienter hade väntat längre än 90 dagar på halsmandeloperation, hörsel förbättrande operation eller någon annan form av öron-, näs- och halssjukvård. 227 av dem hade väntat i mer än ett år och 78 i mer än två år.
- Drygt 900 patienter har väntat på någon form av kirurgisk vård i mer än 90 dagar. 419 har väntat mer än ett och ett halvt år. Bland dessa finns patienter som väntat på operation/åtgärd på grund av ljumskbräck eller gallsten över 90 dagar och över ett och ett halvt år.

DALARNA

”Herregud är det så långa väntetier!”

Herregud! Är det så långa väntetider, utbrister oppositionsrådet Elin Norén (S) när Sjukhusläkaren ber henne kommentera de årslånga köerna till operation. De patienter som har väntat längst har stått i kö i nästan 2 000 dagar.

▼ – Jag visste att väntetiderna var långa, men inte så här långa.

Vi får endast statistik på hur många som väntar mer än 90 dagar, men vi ser inte hur länge de har väntat. Det här är helt fruktansvärt. Bakom siffrorna finns människor som tvingas leva orimligt länge med smärtor och försämrad livskvalitet och det är förstås helt oacceptabelt att de ska behöva vänta så länge på vård. Situationen med bristen på vårdplatser och kroniska överbeläggningar gör att det akuta flödet måste prioriteras och den planerade vården stå tillbaka och många patienter utreds och behandlas direkt på akuten och skrivs sedan ut, på grund av bristen på vårdplatser.

Problemet, menar hon, är att situationen inte är ny. Väntetiderna inom

kirurgi var långa även före pandemin. Då stod 4 000 patienter i årslånga köer. I dag är siffran över 5 500 men att så många väntat så länge kände hon inte till.

Mycket arbete pågår nu för att beta av vårdköerna i Dalarna.

Men väntelistan vid de fyra opererande klinikerna kommer inte att kunna vara i balans förrän om tidigast tre år även om alla möjliga åtgärder sätts in i form av ökad effektivitet, sjukvårdsproduktion och köp av vård, framgår av en veckorapport (v 36) från produktionsstaben i Region Dalarna, som Sjukhusläkaren tagit del av.

Elin Norén (S) tror inte att möjligheten att klara treårsmålet är reellt.

– De som arbetar i vården sliter hårt och det krävs mycket stora insatser nu. Men utmaningen är att hitta vård att köpa, det finns ju knappt något överskott av vårdproduktion någonstans. Dessutom saknas personal, inte minst anestesioch operationssjuksköterskor samt operationssalar.

Behöver köpa in dubbelt så mycket vård

Gert Nestler är kolorektalkirurg och verksamhetschef för kirurgin i Falun. Han bekräftar att situationen är svår och utmaningarna många.

– Vi är väl medvetna om situationen och arbetar aktivt för att beta av köerna. Jag arbetar själv kliniskt och i förra veckan arbetade jag över 80 timmar. Alla som jobbar här sliter hårt och ingen vill lämna patienterna i sticket. Men under flera års tid har vi haft för liten operationskapacitet i förhållande till behoven och vi har även brist på personal, inte minst sjuksköterskor.

I veckorapporten från Division kirurgi framgår att verksamheten ligger drygt 3 000 operationer efter det behov som finns inom elektiv kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård och öron-näshalssjukdomar. Ska målet om väntetider i balans kunna uppnås måste flera effektiviseringar göras och dubbelt så mycket vård köpas in, jämfört med 2019.

Under pandemin har tidskritiska patienter med exempelvis koloncancer, bröstcancer eller prostatacancer prioriterats och opererats i tid, understryker Gert Nestler.

Han berättar om det omfattande arbete som pågår för att vända situationen. Man har bland annat gjort en ingående analys som har resulterat i en projektgrupp som aktivt jobbar med att effektivisera tillgång till operationer.



Det här är helt fruktansvärt. Bakom siffrorna finns människor som tvingas leva orimligt länge med smärtor och försämrad livskvalitet och det är förstås helt oacceptabelt, menar oppositionsrådet Elin Norén (S).

– Det finns en produktionsstab som genomlyser hela division kirurgi, men främst OP/AN/IVA för att nå målet. Vi kommer även att köpa in planerad vård och skicka flera av våra väntande patienter till Stockholm.

Ett samarbete har exempelvis inletts med Karolinska universitetssjukhuset för att få hjälp med den planerade kirurgin som rör exempelvis ärrbräck, sköldkörtelsjukdomar och stomier.

– Vi har även intensifierat ett nära samarbete med Mora som utökat sin operationskapacitet för att ta hand om många gallor, ljunskbräck samt obesitaskirurgin.

Fem chefer på två år

Tomas Riman är divisionschef för kirurgi i Region Dalarna. För bara tre år sedan valde han att inte förlänga sitt förordnande, men är nu tillbaka.

– Förra året blev jag ombedd av regiondirektören att axla uppdraget igen. Verksamheten hade haft det turbulent med fem chefer på två år och det skapar ingen stabilitet. Jag arbetade fram till hösten 2020 som chefläkare vill nu vara med och bidra till att vi minskar köerna och får en patientsäker

tillgång till tidskritiska operationer.

Väntelistorna inom verksamhetsområde ortopedi är långa. I dag köar nästan 2 000 patienter till operation, jämfört med 1 200 i mars 2020.

– Det handlar om de stora ortopediska operationerna som rör höfter, knän, axlar, händer, fötter och ryggar. Det är klart att det är en stor olägenhet för våra patienter att behöva vänta i flera år på operation och vi är givetvis inte nöjda med situationen, säger Tomas Riman.

Nu görs en genomlysning och kartläggning av verksamheterna och en extern utredning är genomförd för att få en överblick och kunna identifiera olika vägar för att få väntelistorna i balans. En styrgrupp har bildats där cheferna från de opererande klinikerna ingår.

– Vi tittar på frågor som hur vi kan arbeta smartare och använda våra resurser bättre.

Tomas Riman lyfter fram ögonsjukvården i Region Dalarna som ett gott exempel på hur en verksamhet kan spara miljontals kronor genom att se över organisationen och genomföra åtgärder.

– Man köpte kataraktoperationer för

10-15 miljoner kronor. Efter effektiviseringsåtgärder klarar de nu att genomföra alla operationer själva. Det är ett gott exempel på hur förändrade arbetsätt kan skapa en effektivare vård.

Konsulterna äntligen borta

Anders Cohen har länge arbetat som överläkare vid kirurgkliniken i Falun och var under många år verksamhetschef. I dag är han pensionerad, även om han fram till nyligen har hoppat in som timvikarie för att stötta verksamheten.

– Även under mina nio år som verksamhetschef hade vi långa köer och väntetider. Det här är inget nytt. Kirurgkliniken har engagerade medarbetare som är villiga att ta strid för patienternas bästa. Men vi har många gånger blivit överkörda av regionledningen och kämpat i motvind.

Han berättar om dyra konsulter och utredningar med förslag, åtgärder som hade kunnat presenteras kostnadsfritt av professionen om de hade blivit tillfrågade

– Konsulterna som härjat runt på kliniken, har skapat mycket turbulens. Det har även påverkat arbetsmiljön och förutsättningarna till en hållbar rekrytering. Ingen vill ju söka till en klinik där anställda behandlas illa. Men i dag är det annorlunda. Konsulterna är borta och vi har fått kloka chefer med högt förtroende som jobbar för kirurgklinikens bästa, säger Anders Cohen.

Nu efterlyser han modiga politiker som vågar fatta obekväma beslut och stå för viktiga prioriteringar i vården.

– Politiker lovar mycket, men säger inte att resurserna är begränsade. Det är vi på golvet som får ta hand om konsekvenserna av löften som inte kan infrias, exempelvis vårdgarantin på 90 dagar. Det är oerhört stressfyllt och frustrerande. Vi blir fler och allt äldre. Vårdbehoven ökar. Ska verkligen alla som är i behov av operation få tillgång till vård direkt, eller är det okej att vissa får vänta? Här måste politiken bli mycket tydligare och våga ta sitt ansvar när det gäller prioriteringar.

Eva Nordin

Det svarta hålet där patientens väntan försvinner

I det här numret har vi granskat de långa väntetiderna efter beslutet att patienten ska få en operation/åtgärd. Men det är bara sista fasen i vårdförloppet och toppen av ett isberg.

▼ Mellan första besöket och en eventuell operation finns ett stort svart statistiskt hål där tiden för patientens undersök-

Årslånga väntetider för koloskopi och gastroskopi

ningar inte räknas in eftersom de inte ingår i vårdgarantin.

I vår granskning av de allra längsta väntetiderna fick vi tillgång till väntetiderna för gastroskopi och koloskopi i Norrbotten.

Statistiken visade att drygt 1 100 patienter väntade på gastroskopi i juli i Norrbotten. 530 (nära hälften) hade då väntat

mer än ett år och ungefär 200 (cirka 20 procent) hade väntat mer än två år.

Nästan 1 100 patienter väntade på koloskopi. 730 (66 procent) hade väntat i mer än ett år och 470 (43 procent) i mer än två år.

Väntetider.se har också börjat redovisa medelväntetider för gastroskopi och koloskopi.

Medelväntetiden i juli för tjocktarm koloskopi på medicinsk enhet var 402 dagar och 513 dagar för tjocktarm koloskopi på kirurgisk enhet.

Christer Bark

Stödmiljarder kommer och går men Sveriges ojämlika vård består

▼ I juli hade 70 procent av norrbottningarna som väntade på en operation/åtgärd väntat längre än vårdgarantis 90 dagar. På Gotland var det bara 19 procent och i Region Halland 23 procent.



Barnläkare

På H.K.H. Kronprinsessan Victorias barn- och ungdomssjukhus i Linköping, vårdas barn och ungdomar mellan 0-18 år för både medicinska och kirurgiska sjukdomar. Vi bedriver länssjukvård och högspecialiserad region- och rikssjukvård.

Vi erbjuder en tjänst som barnneurolog, alternativt specialistläkare i pediatrik som i och med tjänsten ska subspecialisera sig inom barnneurologi.

Vi söker dig som delar vår ambition att ständigt bli bättre, tillsammans, för barns och ungdomars bästa hälsa genom livet. Välkommen med din ansökan senast den 31 oktober 2021.

regionostergotland.se/jobb



Tabellen visar hur många patienter som väntade på operation/åtgärd i juli som väntat längre än vårdgarantis 90 dagar.

Region	Andel	(Antal)
Alla regioner	51%	(84 162)
Region Norrbotten	70%	(3 833)
Region Jämtland Härjedalen	61%	(2 652)
Region Värmland	61%	(4 439)
Region Skåne	61%	(13 002)
Region Dalarna	57%	(4 058)
Region Gävleborg	56%	(2 867)
Region Östergötland	56%	(5 802)
Region Örebro län	55%	(4 570)
Västra Götalandsregionen	55%	(17 003)
Region Västernorrland	52%	(1 988)
Region Västerbotten	50%	(3 203)
Region Uppsala	46%	(3 810)
Region Västmanland	46%	(2 726)
Region Sörmland	43%	(2 082)
Region Blekinge	40%	(1 653)
Region Kalmar län	38%	(1 501)
Region Kronoberg	38%	(1 419)
Region Stockholm	36%	(5 009)
Region Jönköpings län	30%	(1 456)
Region Halland	23%	(898)
Region Gotland	19%	(191)

Källa: Väntetider.se

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), Förbyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt 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.

– Det **går** att förbättra tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård!

Trots lagstadgad vårdgaranti och statliga satsningar för att komma till rätta med problemet har det etablerats ett till synes accepterat "normaltillstånd" där konstant omkring 100 000 patienter i Sverige får vänta längre än de stipulerade 90 dagarna på första besök eller behandling i specialiserad vård. Det skriver Gunilla Gunnarsson, särskild utredare, Tillgänglighetsdelegationen, och ställer frågan om vårdgarantin fyller någon funktion. I krönikan efterlyser hon också synpunkter från vårdens medarbetare.

Vårdens bristande tillgänglighet har länge varit en akilleshäla i svensk hälso- och sjukvård. Covid-19-pandemin förvärrade problemet med ett stort antal uppskjutna utredningar, operationer och andra behandlingar. Men vårdens pandemihantering visade också prov på att det faktiskt går att förbättra tillgången till vård och det med en hastighet vi aldrig sett tidigare.

Regeringens Tillgänglighetsdelegation menar att den kraften även kan användas för att förbättra den generella tillgängligheten i vården.

Bristande tillgänglighet i den svenska hälso- och sjukvården är väl känt sedan decennier. Trots lagstadgad vårdgaranti och statliga satsningar för att komma till rätta med problemet har det etablerats ett till synes accepterat "normaltillstånd" där konstant omkring 100 000 patienter i Sverige får vänta längre än de stipulerade 90 dagarna på första besök eller behandling i specialiserad vård.

Det finns många patienter som kan vittna om det lidande och den sänkta livskvalitet detta innebär. Att det dessutom innebär höga kostnader för samhället att dessa människor har bris-

tande arbetsförmåga är uppenbart.

I augusti 2020 tillsatte regeringen en utredning för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2020:12). Bakgrunden var en av punkterna i januariöverenskommelsen mellan Socialdemokraterna, Miljöpartiet, Centerpartiet och Liberalerna.

Bakom beslutet att tillsätta utredningen låg regeringens och samarbetspartiernas missnöje över långa väntetider med årlig försämring, en nationell vårdgaranti som inte hålls och oro för covid-pandemins effekter.

Som särskild utredare har jag haft att utgå från att de 21 regioner med kommunalt självstyre som idag ansvarar för vårdens finansiering och utförande ska vara kvar. Att de 21 regionerna ska fortsätta att arbeta utifrån sina egna regionala målsättningar vad gäller tillgängligheten var också fastslaget.

Covid är inte dominerande orsak till bristande tillgänglighet

Covid-pandemin har lyft fram diskussionen om vårdens tillgänglighet men så gott som helt satt fokus på den vård som blivit uppskjuten till följd av behovet att ta hand om alla som insjuknat i covid-19. Men köer och väntetider i

vården är ett problem som funnits sedan 1960-talet.

Bild 1 på sidan 18 visar hur andelen som fått sin operation inom 90 dagar har försämrats från 2012 och framåt.

Därför måste de insatser som görs utgå från den verkligheten, inte bara det försämrade läget till följd av pandemin.

Bild 2 på sidan 18 visar försämringen under covidpandemin fram till april 2021.

Covid-pandemin visar vägen framåt

Vårdens medarbetare får rättmätigt mycket beröm och uppskattning för det engagemang med vilket de tagit sig an en ny sjukdom med stora utmaningar. Det gäller nu för alla att ta tillvara de erfarenheter som gjorts under pandemiarbetet och applicera dessa på framtidens arbetssätt.

Motivationen för att hjälpa den enskilda patienten finns redan – och har alltid funnits – hos vårdens medarbetare. För att också kunna ta ansvar för vårdens tillgänglighet i stort måste vårdens medarbetare få bättre förutsättningar än idag. Och där finns positiva erfarenheter från pandemihanteringen.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Krönika av: Gunilla Gunnarsson, särskild utredare, Tillgänglighetsdelegationen.

Ledningen och styrningen av vården har förenklats och snabbats upp. Beslut har tagits närmare verksamheterna. Det har varit ett tydligare fokus på kärnverksamheten och en mer uttalad samverkan har skett över klinikgränserna. Exempelvis har mötesfria veckor införts och uppgifter har lämnats om att tidigare "krävande" administratörer istället har blivit stöttande för arbetet med vården.

Digitaliseringen har utvecklats i en takt som ingen trodde var möjlig innan pandemin. Det har blivit ett tydligare fokus på tillgänglighet, väntelistorna har gått igenom och medicinska behov har omprövats, samtidigt som horisontella prioriteringar mellan t.ex. opererande specialiteter har kommit igång. Regionerna har dessutom både utökat sitt nyttjande av avtal med andra vårdgivare och tagit initiativ till att sluta nya.

Det fortsatta tillgänglighetsarbetet måste ta till vara och bygga på dessa erfarenheter – medarbetarnas engagemang, prioritering av kärnverksamheten och samverkan över alla gränser är förutsättningar för att lyckas vända utvecklingen.

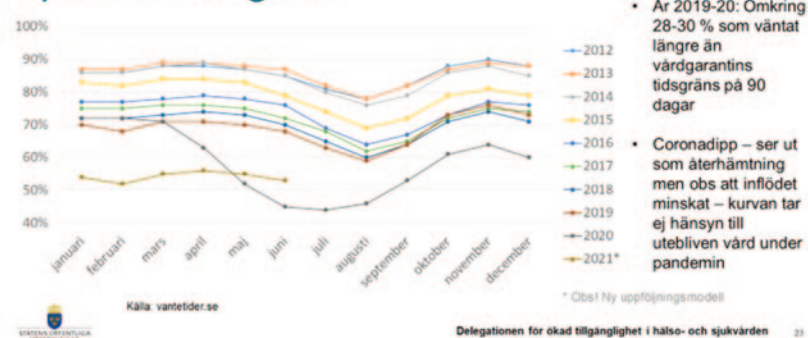
Långsiktighet och samverkan

Om Sverige ska komma till rätta med tillgängligheten måste förutom medarbetarnas engagemang och ett bra ledarskap även regeringen, myndigheterna och regionerna samverka långsiktigt och strategiskt på ett bättre sätt än idag. Och regionerna måste samarbeta med varandra och med alla andra vårdgivare. Tillgänglighet måste vara alla inblandade aktörers högsta prioritet under lång tid framöver.

I de senaste årens tillgänglighetsöverenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) har ingått att varje region skulle upprätta en handlingsplan för ökad tillgänglighet. Handlingsplanerna försenades på grund av pandemin men lämnades till regeringen 31 mars 2021.

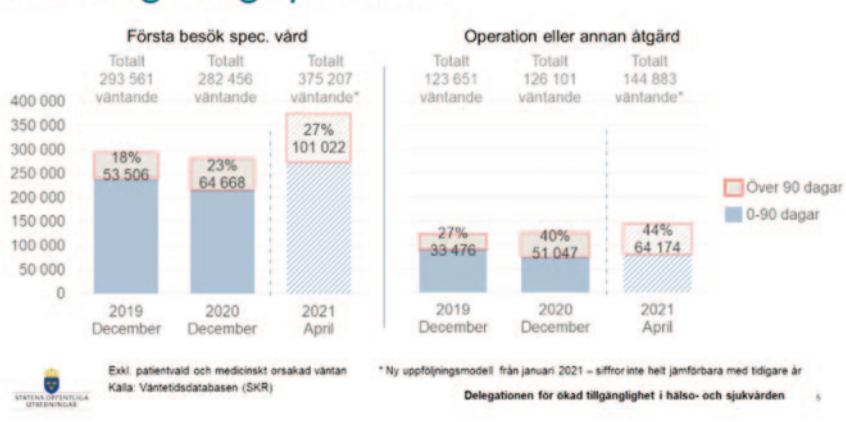
Utredningen föreslår att dessa handlingsplaner ska bli årligen återkommande. De ska vara förståeliga och användbara i verksamheterna, onödiga administrativa underlag ska undvikas.

Andel som väntat högst 90 dagar på operation/åtgärd



1. Diagrammet visar antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad 2012-2021. Observera att y-axeln inte startar vid noll.

Ett långvarigt problem



2. Bilden visar försämringen under covidpandemin fram till april 2021.

Långsiktigheten är viktig för verksamheterna. De årliga regionala handlingsplanerna ska dessutom följas av årliga fördjupade uppföljningar.

Varje region anger i sin handlingsplan vad regionen avser att göra för att komma tillrätta med väntetiderna. De regionala målen och "huret" är således lokalt beslutat, men uppföljningen av att sätta mål nås behöver bli bättre. Utredningen föreslår att regeringen utvidgar sin uppföljning av tillgängligheten genom att tillsätta en kommitté för regelbundet återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Genom dialog vid platsbesök ska utveckling stimuleras

och regeringen kan få information om vilka eventuella ytterligare satsningar som behövs.

Väntetidsdatabasen bör genomgå en extern granskning

Som ett led i bättre uppföljning föreslår utredningen att den nationella väntetidsdatabasen som drivs och förvaltas av SKR genomgår en extern granskning. Målet med granskningen är att åstadkomma en kvalitetsförbättring och dessutom behöver utveckling ske av hur insamlade väntetidsuppgifter presenteras.

Produktions- och kapacitetsplanering bör intensifieras i alla regioner.

Förutom att tillgängliga resurser ska vara optimalt utnyttjade medför produktions- och kapacitetsplanering en bättre arbetsmiljö för medarbetarna.

Utredningen föreslår att staten stödjer pilotverksamheter där flera regioner som vill samverka kring produktions- och kapacitetsplanering ges ekonomiskt stöd.

Patientens ställning behöver stärkas

Utredningen konstaterar att patienter som väntat mer än 90 dagar har rätt att få vård av annan vårdgivare. Den praktiska hanteringen ser dock olika ut i regionerna. Det är ofta den enskilda kliniken som har ansvaret för att hjälpa patienten till en annan vårdgivare, vilket innebär en utmaning eftersom de saknar ett effektivt verktyg för detta.

Utredningen föreslår därför att möjligheten till ett vårdssökssystem utreds. I systemet bör alla vårdgivare finnas med, såväl offentliga som privata aktörer. Aktuell ledig kapacitet ska anges i systemet och vilka villkor som gäller för att nyttja eventuell ledig kapacitet. Detta gör det möjligt att i realtid se var i Sverige en patient, som är beredd att resa, kan ges vård.

Utredningen anser att det finns behov av författningsförändringar för att stärka patientens ställning.

En tidsgräns på 14 dagar bör införas för besked om tid till patienten. Om tid inte kan ges inom tre månader bör regionen hjälpa patienten till annan vårdgivare direkt, inte vänta de tre månaderna innan hjälp ges. Det ska inte krävas att patienten tar initiativ, ansvaret ska ligga på regionen.

Vid tidsbokning bör patienten vara delaktig så långt det är möjligt för hälso- och sjukvården.

Regionerna bör i högre utsträckning informera patienten om vårdgarantins villkor, t.ex. vid vård i annan region, villkor vid av- eller ombokning och vad som gäller när patienten på eget initiativ bokar vård.

Utredningen har fått många vittnesmål om att vårdpersonalen inte har fullgod kunskap om vårdgarantin och patientens valmöjligheter. Detsamma gäller patienter och allmänhet.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen bör få ett flerårigt uppdrag att ansvara för kontinuerliga kunskapshöjande insatser om vårdgarantin och patientens valmöjligheter, både till patienter och vårdpersonal samt andra aktörer.

Vad kan vi lära av Danmark?

I tidningen Sjukhusläkaren nr 3/2021 görs en jämförelse mellan Danmark och Sverige som visar på stora skillnader i tillgänglighet till Danmarks fördel. Utgångspunkten är annorlunda för Danmark som har statlig finansiering av sjukvården, fem regioner som utförare, en skarpare vårdgaranti och en myndighet som intensivt följer upp väntetider och när vårdgarantin överskrids.

När Sverige inte har en statlig ledning och finansiering av vården, inte fem storregioner utan 21 regioner med kommunalt självstyre, inte en Sundhedsstyrelse som är spindeln i nätet med full insyn och övervakning – vad kan vi då göra inom vårt svenska system för att förbättra tillgängligheten?

Jag tror att några viktiga pusselbitar som är i linje med Danmarks arbete är att förbättra kontinuiteten och tillgängligheten i primärvården, stimulera all samverkan, inte minst inom och mellan sjukvårdsregionerna, stärka patientens ställning vad gäller att få snabbare besked om sin vård och hjälp till andra vårdgivare samt utveckla statens uppföljning.

Vårdgarantin – hur ska vi utveckla den?

Under hösten kommer utredningen att arbeta vidare med hur regering och myndigheter fortsättningsvis kan stödja den nära vårdens utveckling och tillgängligheten i primärvården. Dessutom har utredningen uppdraget att utreda för- och nackdelar med utökad vårdgaranti.

Trots nuvarande vårdgaranti om 90 dagar till första besök respektive

behandling finns i Sverige patienter som väntat många år på vård. I Danmark är vårdgarantins tidsgräns endast 30 dagar och efterlevnaden är hög.

Fyller vår vårdgaranti en funktion? Kommer en utökad vårdgaranti att leda till någon förändring? Bör en tidsgräns för diagnostik införas? Bör vårdgarantins gränser bli mer diagnosspecifika? Bör nuvarande målsättning om 30 dagar till utredning respektive behandling inom BUP bli lagstadgad?

Idag säkerställer vårdens medarbetare att de med akuta och allvarliga behov får snabb vård. Men vem tar ansvar för att åtgärda patienter som inte har livshotande tillstånd men som får sin livskvalitet och arbetsförmåga förstörd när de tvingas vänta flera år? Utredningen tar tacksamt emot synpunkter från vårdens medarbetare!

Gunilla Gunnarsson, särskild utredare,
Tillgänglighetsdelegationen
gunilla.gunnarsson@regeringskansliet.se

Exempel på tillgänglighetsförbättrande arbete med visat resultat

På länken "Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan - Regeringen.se" hittar du exempel på sidorna 118 - 119, där också kontaktpersoner anges.

- Digital specialistkonsult mellan Borgholms vårdcentral och Ortopediska kliniken i Oskarshamn, Region Kalmar län
- Produktionsplanering BUP, Region Dalarna. Screening - cellprovskallelser, Region Sörmland, Barn – och ungdomskliniken Växjö, Region Kronoberg.
- Regional operationsplanering i spåren av covid-pandemin, Region Östergötland.
- Tillgänglighetsveckor, Region Gävleborg.

SÄG DIN MENING

Hör av dig till redaktionen och regeringens särskilda utredare
Gunilla Gunnarsson med synpunkter och erfarenheter



Fyller vårdgarantin någon funktion?



▼ Fyller vår vårdgaranti en funktion? Kommer en utökad vårdgaranti att leda till någon förändring? Bör en tidsgräns för diagnostik införas? Bör vårdgarantins gränser bli mer diagnosspecifika? Bör nuvarande målsättning om 30 dagar till utredning respektive behandling inom BUP bli lagstadgad?

Idag säkerställer vårdens medarbetare

att de med akuta och allvarliga behov får snabb vård. Men vem tar ansvar för att åtgärda patienter som inte har livshotande tillstånd men som får sin livsqualität och arbetsförmåga förstörd när de tvingas vänta flera år?

Utredningen tar tacksamt emot synpunkter från vårdens medarbetare!

gunilla.gunnarsson@regeringskansliet.se

redaktionen@sjukhuslakaren.se



Behöver Sverige en ny patienträttighetslag?

redaktionen@sjukhuslakaren.se



Spravato®
(esketamin)
nässpray

SPRAVATO® (esketamin) nässpray



EN MÖJLIGHET i kombination med SSRI/SNRI i behandlingen av patienter med **behandlingsresistent egentlig depression** som inte svarat på minst två olika behandlingar med antidepressiva läkemedel¹



NY INDIKATION:
Akut korttidsbehandling, i kombination med orala antidepressiva, hos vuxna patienter med en måttlig till svår episod av egentlig depression för snabb reducering av depressiva symtom som kliniskt bedöms utgöra en psykiatrisk nödsituation¹



IT'S ABOUT TIME!

Läs mer här:
www.SPRAVATO.se



Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.



Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

Referenser: 1. Spravato®, Produktresumé 05/2021.

SPRAVATO® (esketamin)



Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

Antidepressivum. 28 mg nässpray, lösning. ATC: N06AX27, Rx, EF. **Indikationer:** Spravato, i kombination med SSRI eller SNRI, är indicerat för vuxna med behandlingsresistent egentlig depression som inte har svarat på minst två olika behandlingar med antidepressiva läkemedel i den pågående måttliga till svåra depressiva episoden. Spravato, i kombination med oral antidepressiv behandling, är indicerat som akut korttidsbehandling hos vuxna patienter med en måttlig till svår episod av egentlig depression för snabb reducering av depressiva symtom som kliniskt bedöms utgöra en psykiatrisk nödsituation. **Varningar och försiktighet:** Risk för övergående dissociation, sedering och ökat blodtryck föreligger. Personer med anamnes på drogmissbruk eller beroende kan löpa större risk för missbruk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiva substansen eller hjälpämne. Tillstånd där ökning av blodtrycket eller det intrakraniella trycket utgör en allvarlig risk. Arteriell aneurysmatisk kärlsjukdom, anamnes på intracerebral blödning eller nyligen genomgången kardiovaskulär händelse. **Förskrivning:** Endast mot rekvisition förordnad av läkare med specialistkompetens i psykiatri till en vårdinrättning som bedriver specialiserad psykiatrisk vård. **NT-rådet** har utfärdat en rekommendation med begränsningar till Sveriges regioner för hur Spravato bör användas. Fullständig information finns på: www.janusinfo.se.

För fullständig information och pris se www.fass.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 05/2021. Janssen-Cilag AB, Box 4042, 169 04 Solna, www.janssen.com/sweden

Lars-Ingvar Johansson utsedd av regeringen till patientråd och företrädare för cancerpatienter i Sverige:

Hur länge tvingas patienter vandra runt i vården med diffusa besvär innan de får en diagnos? Ingen vet. Det finns i dag ingen tillgänglig och samlad statistik som visar den faktiska väntetiden för patienter, från symtom till åtgärd och behandling.

▼ En lång och krokig hinderbana. Så beskriver Lars-Ingvar Johansson, vice ordförande i Nätverket mot Cancer, många patienters väg genom vården; medlemmar som tvingas gå länge med symtom innan de blir tagna på allvar och till slut får en diagnos.

– Den statistik som SKR presenterar på vantetider.se är ingen rättvis bild av verkligheten. Statistiken visar de patienter som lyckats ta sig över hinderbanan, men den mäter inte vad som händer innan loppet. Vi vet inte heller hur länge patienter faktiskt tvingas vänta över vårdgarantins 90 dagar, den statistiken visar inte SKR. Det är egentligen märkligt att staten tillåter att en lobbyorganisation som SKR att ansvara för väntetidsstatistiken.

Vad är väntetid?

Nätverket mot cancer består av ett

flertal nationella cancerprofilerade patient- och intresseorganisationer i Sverige. Senare i höst kommer nätverket att presentera resultatet av en undersökning som genomförs av Kantar Sifo. Medverkande är patienter med cancer, politiker och företrädare för primärvården, sjukvården och regionala cancercentrum i sex regioner.

– Vårt fokus är väntetider. Vi vill dels veta hur lång tid det har tagit från besök i primärvården med diffusa symtom till remiss och diagnos, det vill säga hur länge har vården haft på sig att ställa en diagnos? Undersökningen handlar också om bemötande och hur många med nyupptäckt cancer som inte vågat söka vård under pandemin och som nu står på kö till operation, säger Lars-Ingvar Johansson.

Rundabordssamtal

Under hösten kommer Nätverket mot cancer att arrangera rundabordssamtal för att diskutera resultaten i undersökningen.

– Hittills har över 1 200 personer deltagit. Det vi med all tydlighet kan bekräfta är att vi inte har en nationell jämlik vård, vare sig det gäller bemanning, kompetens eller kontinuitet. Regionerna känner inte varandra och tvingas var för sig att gå på gång uppfinna hjulet och hitta lösningar på sina utmaningar.

Undersökningen är inte sammanställd, men Lars-Ingvar Johansson konstaterar att den ojämlika och orättvisa vården än en gång kan bekräftas.

Fortsättning nästa sida >>>

”Ingen vet hur länge patienten får vänta”



Jag skulle inte vilja bli cancersjuk i Jämtland

– Vi ser en stor brist på kontaktssjuk-skötersk or och stomiterapeuter ute i regionerna. I vissa regioner har man också kraftigt dragit ned på cancerrehabiliteringen, som i exempelvis Jämtland.

– Vi försökte även att kartlägga vårdprocessen innan väntetiden startade, men lyckades inte. Vi vet dock att många i arbetsför ålder med olika symtom tvingas vänta länge på att komma in vården och få en utredning och diagnos. Jag skulle inte vilja bli sjuk i cancer i Jämtland, utan hellre flytta till en annan region.

Lars-Ingvar Johansson blev nyligen utsedd av regeringen till patientråd och företrädare för cancerpatienter i Sverige. Han har i många år engagerat sig för att synliggöra frågor kring cancerprevention, en rättvis och jämlik cancervård och stärkta patienträttigheter.

En av de kärnfrågor som nätverket nu arbetar med är tidig upptäckt.

– Hur ska Sverige bli bättre på att tidigare identifiera individer som vänder sig till vården med diffusa besvär och som senare visar sig vara cancer eller andra svåra sjukdomar? Mörkertalet är enligt vår mening stort.

Patienter vittnar om att det kan dröja flera månader innan remisser skickas i väg och viktiga blodprover tas. Lars-Ingvar Johansson refererar till Storbritannien när det gäller användningen av beslutsstöd för tidig diagnostik av cancer i primärvården (se intervjun med Marcela Ewing på nästa sida).

– Primärvården har fantastiska läkare, men de måste få förutsättningar och resurser att göra ett bra jobb. Utifrån våra medlemmars berättelser är den provtagning som görs i primärvården begränsad. I stället för att göra en fullständig blodprovsvanalys för en ganska låg kostnad, begränsas provtagningen till ett eller två kryss på en lista över tillgängliga labprover.

– Vi har patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar som IBD och IBS och som gått upp till 15 år med sina besvär innan de fått en diagnos. Dessa patienter har en högre risk att utveckla magtarmcancer och skulle ha kunnat upptäckas långt tidigare.

Lars-Ingvar Johansson menar att vården skulle kunna lära av veterinärmedicin.

– Går man med sin hund till veterinären på grund av magbesvär, görs en komplett provtagning och analys. Varför gör man inte det i vården? Det borde rimligtvis vara mer kostsamt att låta bli. Vi har ett mörkertal med människor som har sjukdomar eller som kommer att utveckla sjukdomar, men som inte upptäcks på grund av att man snålar och inte använder de möjligheter som finns.

För drygt åtta år sedan sökte han själv hjälp i primärvården. Han hade drabbats av blod i avföringen, kände sig trött och orkeslös och mådde inget vidare. Kanske var det på grund av den höga arbetsbelastningen, stress och många år av pendling?

– Jag hamnade tack och lov hos en väldigt erfaren husläkare i Helsingborg som utifrån mina symtom direkt föreslog rektoskopi. Tyvärr gick inte undersökningen att genomföra på vårdcentralen så jag remitterades till Lund och fick jag göra en koloskopi hos en privat upphandlad vårdaktör. Därefter remitterades jag direkt till kirurgen i Helsingborg för operation.

I normala fall, menar Lars-Ingvar, skulle han ha hamnat i den offentliga vårdköen och det skulle då ha dröjt cirka tre månader innan han hade fått en diagnos i specialistsjukvården.

– Fast då hade jag varit död. Tumören växte rekordsnabbt och jag hade inte kunnat vänta så länge. Tack vare att min husläkare själv hade jobbat för den privata vårdaktören och visste vart hon kunde vända sig, fick jag en diagnos och operation inom loppet av en vecka. Jag hade tur och fick ett fantastiskt omhändertagande.

Sviterna efter kirurgi och omfattande strålning har dock tagit hårt på kroppen. Lars-Ingvar har i dag en ileostomi och lider av återkommande tarmvred.

– Jag är tacksam att jag lever och att jag fick en så kompetent husläkare och kirurg. Nu brinner jag för att förbättra diagnostiken och vården för patienter och tillsammans med våra medlemmar synliggöra våra viktiga frågor för beslutsfattare

Eva Nordin

Primärvården behöver beslutsstöd för att upptäcka cancer tidigt

I en avhandling från 2018 har Marcela Ewing, specialist i onkologi och allmänmedicin samt regional processägare för tidig upptäckt av cancer vid Regionalt cancercentrum väst, visat på sambandet mellan ökade antal besök på vårdcentral och risk för cancer. Hennes forskning har utmynnat i ett riskvärderingsinstrument för diagnostik vid tidig tjock- och ändtarmscancer.

▼ – Instrumentet är ännu inte implementerat i primärvården, men en studie pågår och jag leder ett multidisciplinärt team vid Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland som ska utvärdera instrumentet. Förhoppningen är att det ska implementeras som ett kliniskt beslutsstöd i primärvården så att riskpatienter så snabbt som möjligt kan få utredning.

Sverige, menar Marcela Ewing, är världsledande när det gäller medicinsk behandling och canceröverlevnad. Men, fortfarande dör patienter på grund av sen cancerdiagnos; åtta av tio cancerpatienter söker sig i första hand till primärvården med sina besvär innan de får en diagnos.

– Det är i primärvården som den största potentialen finns för att tidigare fånga upp patienter med förhöjd cancer-risk. Patienter som söker för exempelvis blod i avföringen kan få beskedet att det förmodligen är hemorrojder och skickas därefter hem med en salva. Även om de flesta patienter som söker med symtom som signalerar cancer inte har cancer, är det viktigt att väga samman alla symtom. Det gäller att inte stirra sig blind på ett enda symtom eller fynd innan man startar en utredning för att utesluta cancer.

Sverige har mycket att lära

Marcela Ewing menar att införandet av ett beslutsstöd för tidig upptäckt av cancer i primärvården skulle medföra omfattande vinster; överlevnaden för patienter skulle öka, stödet skulle även underlätta för läkare att tidigt identifiera riskpatienter och det skulle



Marcela Ewing menar att primärvården är så slimmad att allmänläkarna måste få hjälp av AI och beslutsstöd för att kunna upptäcka misstänkt cancer tidigare.

bli en smartare och mer optimal användning av utredningsresurser.

– Det är så slimmat i primärvården och många patienter får inte träffa samma läkare. Det är därför så viktigt att vi har instrument med algoritmer som kan läsa journalanteckningar och tidigt larma så att vi fångar upp patienter med riskkriterier för cancer.

Sverige har mycket att lära av Storbritannien, menar Marcela Ewing, när det gäller att testa och utvärdera riskvärderingsinstrument för primärvården. Hon refererar till professor Wille Hamilton, vetenskaplig ledare inom CanTest, ett nätverk av kliniker och forskare från hela världen som arbetar med diagnostisk forskning för primärvården.

Sedan 20 år leder han forskning om tidig cancerdiagnostik i primärvården och är världsledande inom sitt fält.

Hans grupp har utvecklat 18 olika riskvärderingsinstrument för olika typer av cancersjukdomar.

I en pågående studie (ERICA) har beslutsstöd integrerats i patientjournalen för flera olika cancersjukdomar. Studien, som beräknas vara klar 2023 ska utvärdera om läkare, med hjälp av beslutsstöd, kan hitta patienter i tidigare stadier av sin sjukdom. Studien analyserar även kostnadseffektiviteten.

– Forskarna tror att studien kan komma att visa att den uppskattade vinsten med tidig upptäckt kan motsvara hela budgeten för cytostatika-behandling i Storbritannien, säger Marcela Ewing.

Vill vässa kriterierna för standardiserade vårdförlopp

Hon skulle önska att Sverige var lika drivet när det gäller primärvårdsforskning samt utveckling och implementering av validerade beslutsstöd i primärvården. Hon menar också att ingångskriterierna till standardiserade vårdförlopp (SVF) behöver vässas för patienter som remitteras från primärvården. Nuvarande kriterier utgår från kunskap om cancerpatienter i slutenvården och fångar därför inte patienter med förhöjd risk för cancer tillräckligt väl; patienter som söker i primärvården har ofta mer diskreta och kombinerade symtom.

Standardiserade vårdförlopp räcker inte

– De standardiserade vårdförloppen är inte tillräckliga. Allmänläkarna behöver beslutsstöd i sitt dagliga arbete då de varje dag träffar 1-2 patienter som har symtom eller fynd som skulle kunna bero på cancer. – När patienter väl kommer in i vårdförloppen kan det ha gått lång tid och risken är då att sjukdomen har hunnit utveckla sig till en allvarligare form, säger Marcela Ewing.

Eva Nordin

Lamotrigin Aurobindo

lamotrigin

Välj ett billigt alternativ!

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



Vid behandling av bipolär sjukdom och epilepsi.

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



Lamotrigin Aurobindo (lamotrigin) N03A [Rx] (F). **Epilepsi:** Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre: Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Lamotrigin Aurobindo ges som tilläggsbehandling men kan ges som initialt antiepileptikum vid start av behandling av Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2 till 12 år: Tilläggsbehandling av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. **Bipolär sjukdom:** Vuxna från 18 år och äldre: Prevention av depressiva episoder hos patienter med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin Aurobindo är inte indicerat för akut behandling av maniska eller depressiva episoder. Tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2018-12-11

Nya siffror från SPOR visar:

Så länge har patienterna faktiskt väntat

Hur länge har de patienter som opereras faktiskt väntat? Den frågan kan nu SPOR:s nya väntetidsrapport ge svar på. Siffrorna visar bland annat att nästan varannan patient som opererats för framfall mellan juni 2020 och maj 2021 hade väntat i mer än ett halvår från det att operationsanmälan gjordes. Och var tionde patient hade väntat i mer än ett år. De visar också att väntetiderna var långa redan innan pandemin.

▼ På samma sätt som man tidigare har kunnat jämföra antalet utförda operationer mellan olika regioner finns det nu möjlighet att via SPOR, Svenskt Perioperativt Register, titta på den reella väntetiden för varje patient som opererats.

Siffrorna visar till exempel att 44 procent av de patienter som opererats för framfall någonstans i Sverige mellan juni 2020 och maj 2021 hade väntat i mer än ett halvår från det att operationsanmälan gjordes. Var tionde patient hade väntat i mer än ett år.

Men även att skillnaderna över landet är stora. I Västra Götalandsregionen hade till exempel 23 procent väntat i mer än ett år och sju procent i mer än ett och ett halvt år. I Region Dalarna hade var tredje patient väntat i mer än ett år.

Redan 2019 sågs dock både långa väntetider och tydliga skillnader i landet. I Region Kalmar län hade 45 procent av de patienter som då opererats för framfall

väntat i mer än ett halvår. I Region Värmland var motsvarande siffra 65 procent.

Bengt Cederlund, registerhållare för SPOR, berättar att man i föreningen redan 2016 fick idén om att skapa en rapport som gör det möjligt att visa den faktiska väntetiden från operationsanmälan till operation för respektive region. Att det dröjt till idag handlar helt enkelt om tiden inte har räckt till. Trots att man levererar data till en mängd myndigheter och regioner görs arbetet till stor del på ideell basis, vid sidan av det kliniska arbetet.

– Men vi inom SPOR tycker att väntetider är en jätteviktig patientfråga och har länge pratat om den här typen av rapport. Vi tror också att väntetiderna kommer att bli ett ännu större problem under nästa år, även om det här inte är något som har uppstått med covid. Redan 2019 var det alldeles för långa väntetider och kraftiga

regionala skillnader, men nu är vi på en annan nivå. Att förstå hur problemen såg ut 2019 är helt centralt för att förstå vad man ska göra nu, säger han och fortsätter: – Samtidigt är vi från SPOR bekymrade att våra data kan leda till att beslut fattas för fort och därför blir fel. När man tittar på aggregerade data finns det en risk att analysen blir fel och leder till en mängd biverkningar om man inte har koll på hela systemet. Det är på lokal nivå som data säger mest.

För att beta av vårdberget är ingen enkel uppgift – inte heller lösningarna för att nå dit. Enligt Bengt Cederlund är den stora flaskhalsen tillgång till personal. Därför ser han inte den privata vården som lösningen – snarare att det riskerar att leda till motsatt effekt.

– Det är en kraftig förenkling för att försöka lösa problemet genom att lägga ut mer vård på privat aktörer. Eftersom det är tillgången på personal som är problemet riskerar man då i stället att dränera den offentliga vården, eftersom det är samma personal, vilket leder till ännu längre väntetider, säger han och fortsätter:

– Det är inget fel i att bygga upp små elektiva enheter, oavsett om de är offentliga eller privata. Vi har i tidigare projekt kunnat se att just små elektiva enheter är mer effektiva, men problemet är att de inte kan ta på sig ett större komplext uppdrag. Väljer man att fokusera på dem



I rapporten ingår också väntetiderna för de patienter som placeras i gruppen "patientvald väntan". "Det är för att man inte ska kunna manipulera väntetider – man ska inte bara kunna kryssa i patientvald väntan för att hantera sina utfallsdata. Vi tänker att det är viktigt att visa upp väntetider som är så rena som möjligt", säger Bengt Cederlund, registerhållare för SPOR.

riskerar man att prioritera yngre och friskare patienter framför äldre och sjukare.

Han nämner Region Stockholm som exempel, där höftproteser för ASA 3 och 4 görs i den offentliga vården, medan ASA 1 och 2 görs i den privata vården.

– Om man ökar mängden privat vård sänker man också förmågan till reciliens inom den offentliga vården, vilket påverkar förmågan att ställa om vid ett krisläge. Det är till exempel uppbärbart att Region Stockholm inte har kunnat hantera det.

I stället pekar Bengt Cederlund, utöver behovet av återhämtning, på vikten av att ge personalen så goda förutsättningar som

möjligt att göra ett bra jobb. Med andra ord: det är helt fel läge att lägga sparbeting på operationssjukvården.

– Jag hoppas att det är tydligt för alla, även om jag inte är övertygad om det. Man måste fundera på sparbeting som kan bli konsekvensen av liggande långtidsbudgetar två gånger i det här läget och man behöver inte lägga på nya administrativa pålagor eller omorganisera en massa, säger Bengt Cederlund och fortsätter:

– Mitt råd är att i stället lämna verksamheterna i fred och låta dem göra det som de är duktiga på. Vi från registret kan i ett benchmarking projekt se att det skiljer sig

mellan olika verksamheter och vi tror att det kommer vara viktigt att man kan hitta verksamheter som är duktiga, jämföra sig med dem och ta kontakt för att höra hur de jobbar.

Så mer autonomi för professionen alltså?

– Ja, jag tror på mer autonomi och tillitsbaserad styrning. Om man tittar på starten av pandemin så var det en otrolig kraft i den. Från första signalerna från Italien på onsdagen i vecka 10 till att hela Sverige hade reagerat med 26 procent minskad operationsproduktion under vecka 12. Och det var inte något centralstyrt beslutsfattande som gjorde det, det var verksamheterna själva i professionella nätverk.

Bengt Cederlund påpekar också att en av de viktigaste åtgärderna för att kunna beta av vårdberget är att öka robustheten genom att resursförstärka intensivvården.

– Vi har i årtionden diskuterat att Sverige har en av OECD:s lägsta IVA-resurser, utan att det fått något avtryck. Man måste förstå att verksamheterna sitter ihop, bristande robusthet inom intensivvården måste kompenseras med resiliens där man använder resurser från framför allt operation. Och vi måste hitta ett läge där intensivvården blir självgående även vid en ökad belastning.

Anna Sofia Dahl

FAKTA

Framfall

▼ 44 procent av de patienter som opererats för framfall någonstans i Sverige mellan juni 2020 och maj 2021 hade väntat i mer än ett halvår från det att operationsanmälan gjordes. Var tionde patient hade väntat i mer än ett år.

I Västra Götalandsregionen hade 23 procent väntat i mer än ett år och sju procent i mer än ett och ett halvt år. I Region Dalarna hade var tredje patient väntat i mer än ett år. Och var fjärde i Region Norrbotten, Region Kronoberg och Region Jämtland/Härjedalen.

Under 2019 hade var tredje patient som då opererats för framfall väntat i mer än ett halvår i Västra Götalandsregionen, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Dalarna och Region Örebro län. I Region Kalmar län var motsvarande siffra 45 procent och i Region Värmland 65 procent, där 15 procent väntat mer än ett år.

Höftplastik

▼ Siffrorna visar också att var tredje patient av de som fick en ny höft under perioden 1 juni 2020 och 31 maj 2021 någonstans i Sverige hade väntat i mer än ett halvår från det att operationsanmälan gjordes. I Region Norrbotten,

Västra Götalandsregionen, Region Dalarna och Region Västmanland hade hälften av patienterna väntat i mer än ett halvår. I Region Västmanland hade dessutom var fjärde patient väntat mer än ett år.

2019 hade runt var fjärde patient väntat i mer än ett halvår i Region Västmanland och Region Västerbotten. I Region Dalarna hade nästan 35 procent av patienterna väntat lika länge.

Ljumskbräck

▼ För de patienter som opererades för ljumskbräck under perioden juni 2020 till maj 2021 hade fyra av tio väntat mer än ett halvår. I Region Västmanland var motsvarande siffra

sju av tio, i Region Örebro län sex av tio och i Region Värmland hälften av de opererade patienterna. I Region Kalmar län hade nästan 20 procent av patienterna väntat i mer än ett år.

2019 hade var tredje patient i Region Västmanland och Region Örebro län väntat mer än ett halvår. Och i Region Västmanland hade var tionde patient

Godartad prostataförstoring

▼ Under perioden juni 2020 till maj 2021 hade 35 procent av de patienter som opererades på grund av godartad prostataförstoring väntat längre än ett halvår. I Region Norrbotten hade 80 procent väntat lika länge. I Region Örebro län, Region Västerbotten och Region Västernorrland var motsvarande

siffra runt 60 procent. I totalt nio regioner hade mer än fyra av tio patienter väntat mer än ett halvår. I Region Kalmar län hade nästan var fjärde patient väntat längre än ett år.

Även 2019 var väntetiderna långa. I Region Kalmar län, Region Västmanland, Region Stockholm och Region Örebro län hade runt var fjärde patient väntat längre än ett halvår på operation.

I Region Värmland och Region Västerbotten och Region Västernorrland hade mer än var tredje väntat längre än ett halvår. I Region Värmland hade dessutom 22 procent väntat längre än ett år.

Operationer på gallblåsan

Av de patienter som opererades under perioden

juni 2020 till maj 2021 hade nästan var femte väntat i mer än ett halvår från operationsanmälan. I Region Värmland var motsvarande siffra 40 procent, i Region Blekinge 36 procent och i Region Västmanland, Region Kalmar län, Region Dalarna och Region Norrbotten runt 30 procent. I Region Dalarna, Region Norrbotten och Region Värmland Under 2019 hade var tionde patient i Sverige som genomgick en operation på gallblåsan väntat i mer än ett halvår.

I Region Västmanland hade var tredje väntat lika länge och i Region Värmland och Region Dalarna runt var fjärde. I Region Dalarna och Region Västmanland hade nästan var tionde patient väntat i mer än ett år.

Med det här numret avslutar vi vår serie i tre delar om specialistbristen med de sista lägesbeskrivningarna på sidorna 30–45 och Sjöföreläsaren Stig Anderssons resor tillbaka i tiden inom specialiteternas värld på sidorna 46–50.

Men först en sammanfattning av de svar vi fått. Har det gått framåt eller bakåt sedan vår första granskning för sex år sedan? Då rådde det brist på 1000-tals specialister och många ville ha nationell styrning för att råda bot på problemen.



Samma problem som för sex år sedan

Av Anna Sofia Dahl

Det saknas fortfarande tusentals specialister inom svensk sjukvård. Organisatoriska problem, avsaknaden av både nationell och regional samordning, dålig arbetsmiljö och brist på ST-platser är några av de anledningar som specialitetsföreningarna pekar på.

– Sorgligt att inget händer och att ingen behöver ta ansvar år efter år, säger Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

▼ För sex år sedan visade Sjukhusläkarens genomgång att det saknades tusentals specialister. Samma bild framträder idag i specialitetsföreningarnas svar. Precis som då vittnar många om en stor brist på specialister, organisatoriska problem, otillräckligt antal ST-platser, stora pensionsavgångar, vikande budgetmedel och verksamheter som går runt tack vare eldsjälarna.

– Specialitetsföreningarnas svar på Sjukhusläkarens enkät är ett tydligt underbetyg och återigen ett tydligt exempel på att regionerna inte klarar av att ta ett samlat ansvar för sjukvården, säger Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna, och fortsätter:

– Det behövs nationell styrning av behovet och antalet inrättandet av tjänster, både för vidareutbildning och

forskning i den kliniska vardagen. Dessutom behövs en systematisk horisontell planering mellan specialiteter. Vården ändras och behoven ser olika ut på olika platser i landet, då bör professionerna ges utrymme att förändra; vem ska vårda vilken patientgrupp inom sjukhusets väggar, vad ska göras i primärvård respektive slutenvården. Andra faktorer – som för få vårdplatser, farlig "patientvård" på akuten, tätt schemalagda och högt belastade jourer på sjukhusen – ger också en orimlig arbetsmiljö där många till slut väljer att lämna och göra något annat.

– Se på hur det fungerade under pandemin start när professionen fick ta rodet och skapa vård för resurserna. I stället ägnar sig regionerna åt att slå ihop eller lägga ner sjukhus, skapa mer administration och lägga besparingar. Samtidigt

misslyckas man med att få stopp på personalflykten, som är det dyraste och som skapar en alltmer alarmerande ond cirkel.

För en del unga specialiteter, så som palliativ medicin och akutsjukvård, handlar mycket om att hitta sin plats i sjukvårdsstrukturen och förklara vad specialiteten kan bidra med. För andra, så som kirurgin, är antalet specialister inte problemet – snarare hur uppdraget ser ut. Enligt Svensk Kirurgisk Förening vårdar kirurger, utöver arbetet med de patienter som faktiskt hamnar på operationsbordet, på många håll i landet även andra typer av patienter – så som palliativa patienter och cancerpatienter där kirurgi inte är aktuell.

För till exempel onkologin går anledningen till specialistbristen att finna i det höga utvecklingstempot där allt fler specialister krävs för att kunna hantera komplexa situationer och den subspecialisering som sker. Även inom neurologin går utvecklingen snabbare än vad kompetensförsörjningen hinner med.

Ett antal föreningar beskriver en god tillgång på ST-läkare, men också ett "glapp" där många erfarna specialister har gått eller inom kort går i pension. Till exempel inom rehabiliteringsmedicin, infektionssjukdomar och kärkirurgi.

Andra, så som Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, framhåller att



Sorgligt att inget händer och att ingen behöver ta ansvar



behovet av att bli fler också är viktigt för att arbetsmiljön ska kunna förbättras.

Många pekar också på behovet av fler ST-platser och att frågan saknar ägare – att ansvaret att utbilda specialister och att se till morgondagens behov snarare än stundens inte finns samlat. Behovet av en nationell, men även regional, samordning lyfts också av flera föreningar.

– Nu har man bara att rätta mun efter årets budget, där frånvaro av läkare till och med kan innebära en paradoxal vinst för enheten. Men verksamheterna ser ju sina pensionsavgångar, sin personalomsättning och sina patientbehov – och de måste få utbilda efter det behov som finns. Det behövs också en nationell samordning där specialitetsföreningarna ska vara tongivande, säger Karin Båtelson.

Ett flertal föreningar nämner också vårdval som ett problem. Bland annat ser Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi med oro på vad ökningen av ST-tjänster inom vårdval specialiserad hudsjukvård i Region Stockholm kan leda till och Svensk Reumatologisk Förening menar att frågan

om vårdval/privatisering är det största hotet mot reumatologin. Svensk Förening för Medicinsk Radiologi pekar också på de strukturella problem som finns i att privata vårdgivare inte alltid tar sig an utbildningsansvaret.

– Sjukhusläkarna ser inte vårdval i sig som ett hot utan snarare en välkommen möjlighet till fler arbetsgivare och de fördelar som mindre enheter kan ge, med kortare beslutsvägar och mer påverkansmöjlighet. Vi vill absolut inte se att regionerna skulle vara de enda möjliga arbetsgivarna. Dessutom uppmuntrar vi entreprenörskap, säger Karin Båtelson och fortsätter:

– Upplevs vårdvalet som ett hot är det främst arbetsmiljön på sjukhusen som ska ses över. Sen bör vårdvalen ge möjlighet till mer öppna samarbeten – exempelvis för den enskilde att frivilligt kunna arbeta på två ställen med bra villkor så att man kan fortsatt bidra till jour, utbildning, patientbredd på båda håll.

Av de 42 specialitetsföreningar som har svarat på Sjukhusläkarens frågor uppger endast sex föreningar att de inte saknar specialister. Och enligt majorite-



ten av de specialitetsföreningar som har svarat ser situationen inte ut att förändras de kommande fem åren.

– Detta är helt bedrövligt och det värsta underbetyg till regionernas sjukvård som jag kan tänka mig. Hur ska vi komma i kapp med vårdberget, forskning och utbildningsskuld när vi inte har tillräckligt med specialister. Situationen har inte ändrats sedan vår förra mätning och specialitetsföreningarna ser ingen ljusning heller fem år framåt. Det tar minst tolv år att få fram en nyfärdig specialist. Den bästa rekryteringen lokalt är att tillsätta AT- och ST-tjänster och att sedan vara en bra arbetsgivare. Det inbegriper fokus på kärnverksamheten, att med kreativitet och självdragskraft stoppa personalflykten. Att specialitetsföreningarna får möjlighet att bidra med nationell styrning och i förändringsarbete är solklara krav, säger Karin Båtelson.

...AKUTSJUKVÅRD...

Enligt Michael von Schickfus är det vanligaste problemet att man från SWESEM:s sida kommer in för sent i processen, när man redan gjort en satsning som inte fungerar.

Foto: Fredrik Schlyter

Den stora utmaningen är att införa akutsjukvård på rätt sätt – inte bristen på specialister

Bristfällig lokal förankring ett problem

Att det kvantitetsmässigt saknas specialister i akutsjukvård är inte den enda stora frågan – det handlar minst lika mycket om kvaliteten på etableringen av akutsjukvård som specialitet. Det menar Michael von Schickfus, ordförande för SWESEM.

▼ För SWESEM, Svensk Förening för Akutsjukvård, är frågan om bristen på specialister av en något annorlunda art. Orsaken kan, som för många andra, inte hittas i ett tidigare fungerande system som fallerat. Snarare handlar det om att specialiteten är relativt ung, under uppbyggnad och om att hitta platsen och

SWESEM:s ordförande vill se tydligare centrala direktiv

arbetsformerna för akutläkare i det svenska sjukvårdssystemet.

– Den stora utmaningen för oss är hur etableringen av akutsjukvård har gått till, och går till i nuläget, säger Michael von Schickfus, ordförande för SWESEM, och fortsätter:

– Vi måste ha en bra kvalitet på de satsningar vi gör – att de akutläkare som utbildas faktiskt uppfyller Socialstyrelsens målbeskrivning och

SWESEM:s core curriculum. Många tänker att akutläkare ska göra samma arbete på akuten som invärtesmedicinare, kirurger, medicinare eller barnläkare hittills har gjort. Men det är inte det som är akutsjukvård. Om man gör så tappar vi den patient- och systemvinst som det skulle kunna innebära.

För att få till ett mer strukturerat införande av akutsjukvård över hela landet ser SWESEM ett behov av tydligare direktiv från centralt håll – i stället för att det är upp till varje enskild region att själva besluta om och i så fall hur det ska gå till.

– Det finns inget beslut om hur en akutmottagning ska bemannas, lika lite som det finns ett beslut om att kirurgmottagningar ska bemannas med kirurger eller att hjärtmottagningar ska

Fortsättning nästa uppslag >>>



bemannas av kardiologer. Men det är till exempel en fullständig självklarhet att du träffar en kirurg på en kirurgmottagning. På samma sätt måste det bli en självklarhet att du som patient träffar en akutläkare på en akutmottagning. Men det finns ingen som har mandat att ta sådana beslut.

Idag är det i stort sett bara akutmottagningen i Linköping som är fullt akutläkarbemannad – med linjelösa flöden och där verksamheten är akutläkarägd. Däremot finns det enligt Michael von Schickfus en rad andra akutmottagningar där akutläkarna äger flödena, men inte riktigt räcker till bemanningsmässigt.

Misslyckade satsningar har skadat akutsjukvårdens rykte

Han beskriver också att det finns ett flertal ställen runt om i landet där man har gjort satsningar i omgångar, vilka framför allt har fallerat av skäl som ligger utanför akutklinikernas kontroll. Och att dessa misslyckade satsningar också skadar akutsjukvårdens rykte.

– När kolleger ser en sådan satsning har de har inte sett akutsjukvård, de har sett en misslyckad satsning på något som inte är akutsjukvård. Det skapar problem för förståelsen för vad akutsjukvård är. När man gör en satsning på att etablera akutläkare så kommer det kräva att andra kliniker och även primärvården går med på vissa förändringar vad gäller deras uppdrag, jourbemanning och även gränssnitt mot akutmottagningen. Men det ger övriga kliniker även ökade möjligheter att koncentrera sig på sin kärnverksamhet, det vill säga till exempel att kirurger kan operera mer eftersom de inte behöver bemanna akuten. Finns inte den förståelsen och beredskapen inom övriga delar av den akuta vårdkedjan så blir det mycket svårt att genomföra en framgångsrik etablering.

Nya arbetssätt på akuten måste förankras väl lokalt

Just den lokala förankringen är en del som Michael von Schickfus återkommer till. Att den allt för ofta saknas vid infö-



Vissa sällsynta, men livräddande, procedurer bör i framtiden vara i akutläkarens händer eftersom de kommer vara de mest exponerade och därmed de mest erfarna, menar Michael von Schickfus. Foto: Fredrik Schlyter

randet av akutsjukvård på olika håll, trots att den är central för att det ska bli bra.

– Vår målbeskrivning överlappar till viss del med andra specialiteters målbeskrivning, vilket kan leda till diskussioner om vem som till exempel ”äger” ett visst sjukdomstillstånd – patienterna kommer ju till akuten med symptom och inte en diagnos. Det kan vara ett känsligt ämne. Egentligen är överlappningen inget problem – det är snarare en styrka att vi kan lära av varandra, säger han och fortsätter:

– Men eftersom ett införande av akutsjukvård på en akutmottagning innebär att övriga specialiteter på sikt kommer att lämna akuten och arbetet i deras jourlinjer förändras, måste det vara väl förankrat.

Enligt honom är det vanligaste problemet att man från SWESEM:s sida kommer in för sent i processen, när man

redan gjort en satsning som inte fungerar.

– Vi skulle önska att alla regioner som satsar på akutsjukvård har en dialog med oss innan man gör det. SWESEM kan bidra med våra erfarenheter från tidigare satsningar samt även förmedla relevanta kontakter. Vi har förståelse för att det är väldigt komplext där många andra kliniker som har varit ansvariga för akutvården måste vara med på tåget. Men nu är vi i en situation där Socialstyrelsen har sagt att det finns akutsjukvård som specialitet och det är orimligt att tänka att det inte innebär att svenska akutmottagningar bör bemannas av akutläkare. Dessutom rymmer även den prehospita vården inom akutläkarnas uppdragsområde.

Pandemin har synliggjort nyttan med akutsjukvård

Problemen till trots menar Michael von

Schickfus ändå att utvecklingen går framåt – både i antal specialister och ST-läkare, men också i fråga om kvalitet.

– Min personliga upplevelse är att pandemin har synliggjort en nytta med akutsjukvård, just för att det inte gör någon skillnad för oss om att patienten har feber, dyspné och buksmärta samtidigt. Vi tänker inte i termer som klinikitillhörighet utan alla patienter på akuten är ”våra”.

Akutäkarsystem innebär erfarna specialister på akuten dygnet runt

– Och det finns bevisade fördelar både för patienterna när det gäller patientsäkerhet och i form av systemvinster så som kostnadseffektivitet och bemanning. Ett exempel är att en stor del av patientarbetet på

en akutmottagning genomförs på icke-kontorstid som då traditionellt framför allt har bemannats av AT- eller ST-läkare. Med etableringen av akutläkare kommer kompetensen på akuten ökas avsevärt eftersom det på sikt kommer att finnas erfarna specialistläkare på plats dygnet runt. Detta medför att även vissa sällsynta, men livräddande, procedurer bör vara i akutläkarens händer eftersom de kommer vara de mest exponerade och därmed de mest erfarna.

– Vägen dit kommer att ta tid, men det viktiga är inte en snabb etablering utan att vi utbildar kompetenta akutläkare som i sin tur kan utbilda nästa generation. En förutsättning är fortsatt diskussion och samarbete med övriga aktörer inom den akuta vårdkedjan för att uppnå bästa resultat för våra patienter.

Svensk förening för akutsjukvård, SWESEM

▼ Har cirka 430 medlemmar.

Har det gått framåt eller bakåt?
Det har gått framåt.



Varför framåt?

Antalet akutläkare har ökat och även forskningen har utvecklats. Många aspekter har dock stått stilla, till exempel förståelsen för vad en akutläkare är och vad som rymmer i dennes kompetens. Akutmottagningar saknar fortfarande en uppdragsbeskrivning.

Saknas det specialister inom er specialitet?

SWESEM bedömer att det råder en tydlig brist på akutläkare i Sverige. Bristen avser både klinisk verksamma akutläkare, akutläkare inom chefstjänster samt den akademiska verksamheten inom akutsjukvård.

Det beräknade behovet av akutläkare är 2 300-2 500 specialistläkare i klinisk tjänstgöring samt ungefär 300-400 ST-läkare i akutsjukvård. Den beräkningen är gjord på hur sjukvården är organiserad och bedrivs i Sverige idag.

Om vården organiseras mer som i länder med en väletablerad akutsjukvård (t ex USA eller Storbritannien) så kommer behovet av akutläkare vara lägre – uppskattningsvis mellan 1 300 och 1 500 specialisttjänster och 200 till 300 ST-tjänster.

Ett mindre antal akutläkartjänster skulle även innebära att kompetensutvecklingen och bibehållandet av spetskompetens förenklas eftersom antalet kritiskt/akut sjuka patienter fördelas på ett mindre antal akutläkare.

SWESEM anser att den akademiska verksamheten behöver utvecklas. Det finns i dagsläget endast två inrättade professurer inom akutsjukvård. Samtliga medicinska fakultet bör inrätta professurer och lektortjänster inom akutsjukvård.

Även chefstjänster (verksamhetschef, läkarchef, studierektor) på akutkliniker bör i första hand tillsättas med specialister i akutsjukvård. Eftersom det finns ungefär 70 akutmottagningar i Sverige så skulle den bemanningen kräva ungefär 150-200 tjänster.

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

År 2015 blev akutsjukvård en basspecialitet. Utmaningarna är väsentligen likadana som för fem år sedan och även tillkommit andra. Flera som har blivit basspecialister i akutsjukvård lämnar specialiteten pga oklara framtidsutsikter från sjukhusorganisationen och arbetsgivare. Det behövs en tydlig uppdragsbeskrivning av akutsjukvården och vad en akutklinik ska göra.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Det är svårt att ge en prognos på framtiden eftersom utvecklingen inte bara beror på i hur snabb takt etableringen av akutläkare på akutmottagningar fortskrider, men även på hur problemen med uppdragsbeskrivning och arbetsmiljön hanteras. Troligen kommer det råda fortsatt brist om 5 resp 10 år, även om läget kommer vara betydligt bättre då. Det anställs just nu ca 100 ST-läkare årligen och det finns ca 450 ST-läkare just nu.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Det behövs en tydlig uppdragsbeskrivning för akutmottagningar och akutläkare. Arbetsmiljön på akutmottagningar och gränssnitt mot övriga delar av den akuta och mindre akuta vårdkedjan behöver definieras och dessa gränssnitt behöver sedan respekteras av övriga delar av vården.

Vid etablering av akutläkare på en akutmottagning måste medvetenhet skapas för att det är en process som innebär långt mer än att bara byta ut de olika jourläkare till akutläkare. Vissa kompetenser och procedurer som rymmer inom akutläkarens målbeskrivning behöver lämnas över till akutläkare. Forskning inom akutsjukvård måste stödjas och fler professurer etableras.

Behovet av radiologer bara ökar och ökar med nya standardiserade vårdförlopp, nya sätt att diagnosticera patienter och forskningens framsteg

Privata vårdgivares rekrytering av erfarna subspecialister hot mot utbildningen av nya radiologer om inget görs

Vart är radiologin på väg? En fråga med många svar

...RADIOLOGI...



På lång sikt ser framtiden ljus ut för Mattias Bjarnegård och svensk radiologi, men det finns utmaningar som måste klaras av om specialiteten ska klara alla stegen på vägen.

Foto: Julia Sjöberg.

Finns det en specialistbrist inom radiologin? Det korta svaret är ja, åtminstone generellt. Men frågan är komplex och beror mycket på vilka krav som ställs på specialiteten. Det menar Sara Sehlstedt och Mattias Bjarnegård från Svensk Förening för Medicinsk Radiologi.

▼ Vad menar man egentligen när man pratar om specialistbrist? Handlar det om antal personer? Om antal vakanser? Eller är det snarare en fråga om hur dagens sjukvård är organiserad och de strukturella utmaningar som finns? Om

det går att få tag på specialister från bemanningsföretag eller skicka undersökningar för granskning på distans så att vardagen klaras av, finns det då en brist?

Oavsett ingång blir svaret i princip detsamma: det finns för få specialister inom radiologin. Framför allt erfarna sådana. Och i synnerhet subspecialister – det vill säga inofficiella grenspecialiteter.

– Det ställs allt fler krav på det man kallar särskild specialistkompetens, ofta kallat subspecialistkompetens, i olika sammanhang – inte minst är detta tydligt inom de standardiserade vårdförloppen, SVF. Samtidigt finns det inga officiella subspecialiteter inom radiologin förutom grenspecialiteten neuro-radiologi. Det finns inget regelverk som säger att du exempelvis är bröstradiolog, buk-radiolog eller barnradiolog. Man är



Det som signaleras från verksamheterna runt om i landet är att man har bra tillgång till ST-läkare och nyfärdiga specialister, men att det saknas erfarna silverrävar, säger Sara Sehlstedt, Foto: Sandra Lee Pettersson.

allmänradiolog, men många ägnar dock sin tid mer specifikt åt något område. Det finns alltså ingen officiell instans som bestämmer vad som är okej, vilket gör att det finns en suddighet i om man har en brist eller inte, säger Mattias Bjarnegård, områdeschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset och aktiv i utbildningsutskottet i Svensk Förening för Medicinsk Radiologi.

Kunskapen som efterfrågas är subspecialiserad i allt högre utsträckning, och detta drivs exempelvis av koncentration av vård och privatisering av delar

av vårdkedjan där de som är mest attraktiva att anställa är de som har denna subspecialiserade kunskap. Det uppstår då en brist på erfarna specialister vid utbildande enheter som ska hjälpa till att dra fram nästa generations subspecialister.

Kanske allra tydligast syns det i den närmast skriande bristen inom mammografi nationellt.

När privata aktörer anställer bröst-radiologer från offentliga sjukhus, utan att själva utbilda tillräckligt många nya, utarmas sakta den offentligt drivna

mammografin. Om utvecklingen fortsätter på samma bana kommer bristen till slut att vara katastrofal. Ansvaret kommer att ges tillbaka till regionerna den dagen det inte finns bröst-radiologer att anställa, menar Mattias Bjarnegård och kollegan Sara Sehlstedt, överläkare och klinikstudierektor på röntgenavdelningen vid Östersunds sjukhus samt ledamot i SFMR.

– Vi är inte emot privat vård, men det finns ett strukturproblem i att privata vårdgivare inte alltid tar sig an utbildningsansvaret. Om vi tar just

exemplet mammografi så har stora delar av Sverige lagt ut åtminstone screeningen på privata aktörer. Det är väl-fungerande i de flesta fall, men vem ska utbilda de nya mammografisterna? Svaret är ofta ingen. Om vi ska ha kvar mammografi och bröstcancerscreening måste man ta ansvar för hela paketet – både för att producera sjukvård och att producera nya utbildningsläkare i den mängd så att Sveriges behov tillfreds-

Fortsättning nästa uppslag >>>

ställs. Det sägs ofta att ST-utbildning inte ingår i affärsidén men hur blir det då? Behöver upphandlingsprocessen förändras?, säger Sara Sehlstedt och fortsätter:

– Det syns också i den fragmentisering av utbildningen för ST-läkare som finns idag. Som ST-läkare måste du klara av alla delmål, och ytterst är det jag som studierektor som ska hjälpa adepterna dit. Hos oss i Östersund, som har kvar det mesta under en hatt, är det ganska lätt. Men om man börjar jobba i exempelvis Stockholm, eller något annat ställe där man har splittrat upp sjukvården, blir det väldigt komplicerat. Du kan inte bli röntgenläkare om du arbetar på ett sjukhus som inte har hand om barn, till exempel. Då måste du i väg och randa dig och nu är det fyra års väntelista till barnröntgen.

Allergiska mot pinnstatistik

Att man fortfarande befinner sig i "efterdynningarna av lean" där pinnar och produktivitet premierar standardiserade undersökningar på friska patienter som passar in i ett standardiserat omhändertagande, ser de båda som en utmaning.

För trots, eller kanske på grund av, att Sara Sehlstedt och Mattias Bjarnegård verkar inom en bransch där mycket mäts – hur många undersökningar som gjorts, vilka kalibrar, hur många röntgenpoäng, hur lång väntetid – är de båda "allergiska mot pinnstatistik".

– Antal pinnar är definitivt ett mått som är viktigt, men man ska komma ihåg att vi är bra på att mäta det som är lätt att mäta, det vill säga "pinnar". Det viktiga för patienten är vilken kvalitet vi har, men hur mäter vi det? En patient som söker för ont i magen vill bli undersökt EN gång för att få hjälp, inte fem. Men vårt system prioriterar inte en grundlig undersökning framför fem snabba, för vi pratar bara produktivitet. Vi pratar om undersökningsvolym, men har inte koll på hur svårundersökta patienterna är eller om resultatet leder till ett avslut av vårdepisoden, eller bara genererar ytterligare undersökningar, säger Sara Sehlstedt.

Att systemet är uppbyggt så att en patient kan behöva skickas mellan olika vårdgivare för olika typer av undersök-



Fortbildningsfrågan är lite märkligt hanterad i Sverige. Ansvaret är mycket oklart, framför allt vad gäller att tillfredsställa behovet av subspecialister, en kompetensdefinition som inte existerar men där det idag tas för givet att det ska finnas. Tillsammans med Svenska läkaresällskapet jobbar vi nu inom SFMR för att ta ett grepp om denna fråga, säger Mattias Bjarnegård, områdeschef Sahlgremska Universitetssjukhuset och aktiv i utbildningsutskottet i Svensk Förening för Medicinsk Radiologi. Foto: Julia Sjöberg.

ningar skapar förvisso mer producerad vård, men är sällan det bästa för patienten. Det här volymfixerade arbetssättet ökar också behovet av antalet specialistläkare, menar Mattias Bjarnegård och Sara Sehlstedt.

Som på andra håll inom sjukvården går utvecklingen inom radiologin mot att man både kan göra betydligt fler och mer komplexa, undersökningar. Det för framför allt med sig att undersökningen tar längre tid att svara på, samtidigt som kraven på att allt ska gå snabbare ökar. Likaså ökar mängden multidisciplinära terapikonferenser, och eftersom radiologer är med i nästan alla SVF:er så ökar arbetsinsatsen. Det betyder dock inte att Mattias Bjarnegård och Sara Sehlstedt anser att utvecklingen är felaktig.

– Snart har alla sjukdomstillstånd i Sverige prioritetsgrad ett. Det gör ju att det måste finnas väldigt många radiologer som kan göra arbetet "just in time", säger Mattias Bjarnegård.

En bild som delas av Sara Sehlstedt. Hon beskriver hur det som ultraljuds-

doktor ofta kan kännas som att vänterummet är fullt av patienter som alla har nummer ett på sin lapp, och att det blir svårt att prioritera när ingen ska behöva vänta.

– Hur ska vi kunna svara på hur många radiologer som behövs när vi inte äger hela frågan? Man kan ta SVF prostatacancer som exempel, där man nu har ändrat hela utredningsgången så att MR kommer in mycket tidigare i sjukdomsförloppet. Tidigare gick patienten till urologen först, men nu är röntgen första instans.

Hon menar att beslut som tas i SVF-grupper eller nationella programområden sällan kopplas till de konsekvenser de får ute i verksamheterna – som att det behövs fler röntgensjuksköterskor och röntgenläkare, och betydligt mer resurser på MR-sidan för att ta hand om det utökade uppdraget.

– Jag ifrågasätter inte beslutet i sig, det kan vara mycket klokt, men kopplingen mellan teori och praktik finns inte. Hur får vi ut fler radiologer och röntgensjuksköterskor i Sverige? Det blir upp till verksamheterna att fixa och då landar det i vårt knä. Och vi har inga verktyg eller medel, säger hon.

– Det här betyder i praktiken att en förändrad riktlinje i ett slag ökat behovet av radiologi och därför momentant ökat specialistbristen. Samtidigt är det ju en förändring av hur vi tar hand om våra patienter som visar på behovet av fler radiologer. Egentligen skiljer sig ju inte ett förändrat omhändertagande via SVF från att det kommer nya riktlinjer från andra håll, tack vare nya behandlingsmöjligheter eller diagnosmetoder. Att det är lätt att titta på SVF är för att det kom så mycket nytt på en gång, säger Mattias Bjarnegård.

AI ett hot?

Men AI då? Kommer den utvecklingen att underlätta arbetet och till och med göra landets radiologer arbetslösa? Snarare tvärtom, enligt Mattias Bjarnegård och Sara Sehlstedt.

– Om vi tittar fem år framåt är det snarare så att AI kommer att ge oss mer jobb. Man ska kunna lita på resultatet – de här programmen är bättre än männi-

skor på en del saker, men de gör andra fel och då blir det ett problem i stället, säger Mattias Bjarnegård och fortsätter:

– Det är också viktigt att förstå att vi ofta bara pratar om granskning när vi pratar om AI. Men det är bara en liten del av jobbet. AI är idag bra på att svara på den fråga du ställer. "Ja, det är ett benbrott". Men den missar tumören som också finns där.

Sara Sehlstedt fyller i:

– Mina arbetsdagar domineras inte av att jag sitter och tittar på bildmaterial, utan det är så mycket annat. Områden där erfarna radiologer efterfrågas är prioritering, utrednings- och terapidiskussion, utbildning, olika typer av ledningsfunktion samt praktiska undersökningar och interventioner – där kommer det att dröja innan AI ger sig in i på allvar.

– En oroande del är att de standardiserade vårdförloppen har ganska fyrkantiga mallar där många patienter inte passar in. Verkligheten är ofta komplex! Det ger etiska diskussioner om vad som är rätt och klokt att göra i varje läge. Då kan det inte vara AI som bestämmer, avslutar Sara.

Spännande framtid

– Spännande är förstås också hur andra medicinska områden, framför allt inom diagnostiken utvecklas. Vad kommer exempelvis precisionsmedicin att innebära för hur vi följer upp cancerfall? Precis som att de flesta hellre vill ha en radiologisk undersökning än att gå igenom en laparoskopi – om det är möjligt – är det ju troligt att man hellre vill ta ett blodprov, en så kallad "liquid biopsy", än att röntgas. Vad kommer det då att innebära för behov av radiologer? Mer eller mindre jobb, funderar Mattias Bjarnegård.

På lång sikt ser det dock ljus ut inom radiologin. Specialisteten har blivit alltmer populär, söktrycket till ST-tjänster är högt och i runda tal utbildas 100 nya specialister per år. Men precis som att Mattias Bjarnegård och Sara Sehlstedt ogillar att räkna pinnar ser de problem med att räkna huvuden.

– Efter att du är färdig specialist ska du också bli bra på det du ska göra. Radiologi är en extrem erfarenhets-spe-

cialitet. Sjukvården blir mer och mer specialiserad, men vi ställer fortfarande krav på våra nyfärdiga specialister att de ska kunna hela bredden. Sjukvården bedrivs på ett sätt, men utbildning ska fortfarande vara bred, säger Mattias Bjarnegård och fortsätter:

– Klokt använd radiologi är ofta väldigt kostnadseffektivt för sjukvården – vi får andra att bli mer produktiva eftersom vi svarar på det vi ser, inte det man frågar efter. Men det kräver erfarenhet.

” Vi radiologer blommar sent



– Det tar så lång tid att bli bra. Jag har jobbat som radiolog i 20 år, men jag lär mig fortfarande mycket nytt och utvecklas. Vilket också är kul och spännande förstås! Man kan säga att vi radiologer blommar sent. Det är ett privilegium att verka i en specialitet där man känner att man hela tiden bara blir bättre. Foto: Sandra Lee Pettersson.

Radiologi

▼ **Svensk Förening för Medicinsk Radiologi har cirka 1400 medlemmar, en blandning av specialister, ST-läkare, pensionärer. Alla Sveriges radiologer är inte med i föreningen.**

Har det gått framåt eller bakåt?



Både och
Totalt sett
är det
status quo.

Varför bakåt?

Framför allt ökande komplexitet i undersökningarna och införande av SVF har ökat arbetsinsatsen, och därmed den relativa bristen. Radiologisk diagnostik ingår i princip i samtliga SVF:er, oftast med krav på MDK vilket kräver mycket förberedelse. SVF har i sig ökat antalet undersökningar.

I kombination med att privata radiologiska alternativ tar en allt större del av den radiologiska kakan, samtidigt som de endast i undantagsfall utbildar nya specialister innebär att återväxten blir lidande.

Vad borde gjorts?

Det finns nog inget alexanderhugg, men årgärder kunde exempelvis varit att ställa krav på utbildning av ST-läkare i upphandlingar av externa leverantörer. Kortsiktiga krav inom offentlig sektor ställer också till det, och till viss del en otydlig ansvarsfördelning – verksamheterna är ansvariga för patientomhändertagande och produktion, men kan inte satsa långsiktigt på återväxt pga central styrning av ST-medel och kortsiktiga budgetregler. Om ett centralt direktiv hade varit att alla verksamheter i sitt grunduppdrag ska planera för bemanning på 10 års sikt hade man inte använt ST-platser för att parera budgeten.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, uppskattningsvis 200-300 i heltidstjänst i produktion, sett till variationen i de svar som inkommit.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Varierar inom olika delar. Gissningsvis ganska stabilt på generell bas. Vi utbildar sedan ganska många år fler än tidigare, samtidigt som det blir vanligare att man arbetar deltid eller i alla fall är ledig istället för att jobba under lediga veckor.

Vi tror att bildiagnostik kommer att fortsätta öka i volym, men frågan är om detta kommer att kompenseras av ökande Al-hjälpmiddel. Utvecklingen går i praktiken betydligt långsammare än vad reklamartiklar gör gällande. Till detta kommer utvecklingen i omvärlden – kommer utländska specialistläkare att söka sig till Sverige?

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Vi arbetar med att förtydliga hur man kan fortbilda sig inom specialiserade delar av radiologin som idag inte är gren- eller tilläggspecialitet. Detta kan delvis bidra till produktivitet.

...INFEKTIONSSJUKDOMAR...

“Infektionsvården behöver få ett ökat uppdrag och mer resurser”

I takt med att sjukvården blir alltmer avancerad ökar behovet av infektionsläkare och för att kunna möta framtidens uppdrag är det viktigt att inte slå av på utbildningstakten. För trots ett stadigt växande antal ST-läkare kommer det att finnas ett underskott av specialister de kommande tio åren.

▼ En avancerad sjukvård, där antalet patienter med immunsupprimerade behandling och inopererat främmande material ökar, för också med sig en ökning av antalet komplicerade infektioner. Dessutom ökar antalet infektioner med resistenta eller svårbehandlade bakterier. Att man därför måste utbilda infektionsläkare med framtiden i åtanke är av yttersta vikt, menar Lars-Magnus Andersson, ordförande för Svenska Infektionsläkarföreningen (SILF).

Dels handlar det om att konsultverksamheten, både i sluten- och öppenvård, behöver utökas – där infektionskonsulterna har daglig närvaro på de aktuella enheterna för att allvarliga infektioner inte ska missas –, dels om ett ökat slutenvårdsbehov med fler vårdplatser. Men också om att infektionsläkare behövs på fler sjukhus – eftersom patienter som får immunsuppressiv behandling utlokaliseras till mindre sjukhus.

– På sikt kommer vi att behöva infektionsläkare även på länsdelssjukhus



Lars Magnus Andersson: "Kunskapsöverföringen har gått över förväntan tack vare att erfarna specialister har fortsatt att arbeta efter 67 års ålder, annars hade vi haft ett jätteproblem."

Foto: Julia Sjöberg.

för att det ska bli en hög kvalitet på vården, säger Lars-Magnus Andersson och fortsätter:

– Det finns en konsensus inom föreningen om att många patienter som är i behov av vår specialistkompetens aldrig nås av den.

För fem, tio år sedan påbörjades ett generationsskifte inom infektionssjukdomar. Att specialisten inte lider hårdare av det beror delvis på att många erfarna kolleger arbetat kvar efter pensionsålder.

– Det har på sitt sätt räddat situa-

tionen för oss – hade de slutat vid 65 hade vi haft jätteproblem, säger Lars-Magnus Andersson, som berättar att kunskapsöverföringen på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, där han till vardags är verksamhetschef, har gått över förväntan tack vare att de äldre läkarna arbetat kvar ett par år efter 67.

Agerade tidigt och snabbt

En annan förklaring, enligt Lars-Magnus Andersson, till att bristen idag inte är ännu större är att verksamhetschefer på infektionskliniker runt om i landet tidigt såg var utvecklingen var på väg och agerade.

– De sista tio åren har man ökat antalet ST-läkare på alla infektionskliniker runt om i landet. Det har skett på eget initiativ och inte med tillförda resurser från regionerna – verksamhetscheferna har själva skapat det utrymmet. Men det räcker inte riktigt.

Till saken hör också att behovet av specialistläkare inte enbart rör infektionssjukvården – som specialitet försörjer man även vårdhygien och framför allt smittskydd.

– Inom smittskydd pågår det också en generationsväxling, som ligger lite efter infektionssjukdomar, så även där finns ett jättestort behov av specialister.

Trots att man i verksamheterna tidigt agerat för att motverka bristen på specialister är det enligt Lars-Magnus Andersson viktigt att utbildningstakten inte avstannar när dagens behov är tillgodosett.

En annan stor fråga, menar han, är att få "samhället att förstå att man behöver ett ökat uppdrag för infektionsläkare".

– Huvudmännen behöver inse att

infektionsspecialister kommer att behövas i större utsträckning i både sluten och öppen vård och dessutom inom smittskyddsverksamhet och vårdhygien. Man behöver tillföra resurser för det.

En annan aktuell fråga är den om att infektionskliniker troligtvis kommer att få uppdraget att vårda de patienter som insjuknar i covid-19 när det blir en endemisk sjukdom. Enligt Lars-Magnus Andersson är det viktigt att man då ser att det kräver ett tillskott av resurser.

– Vi vill gärna ta på oss det, men vi vill få det som ett utökat uppdrag av samhället så att det inte ligger ovanpå det uppdrag vi har idag. Vi vill att man stärker infektionsvården snarare än att man tränger undan andra patienter som är i behov av specialistvård.

Att pandemin har påverkat infektionsläkarna kommer inte som någon nyhet, även om belastningen har sett olika ut i olika delar av landet. Utöver en hård belastning på personal och behov av återhämtning pekar Lars-Magnus Andersson just på undanträngningen som en av de större och mer bekymmersamma.

Väldig undanträngning av patienter under pandemin

– Det har skett en väldig undanträngning av patienter med allvarliga infektioner som tidigare har fått specialistvård i slutenvården, men som inte har kunnat få det nu, vilket sannolikt har lett till sämre vård. Vi har än så länge bara enstaka fallrapporter, men vi håller på att analysera det. Och som all annan planerad vård har den typen av behandlingar fått stå tillbaka även inom infektionssjukdomar. Hur det kommer att påverka på sikt vet vi inte.

Svenska Infektionsläkarföreningen

▼ Har 828 medlemmar idag varav drygt två tredjedelar är specialister i infektionssjukdomar och övriga ST-läkare eller andra läkare under utbildning.

Har det gått framåt eller bakåt? Framåt.



Varför framåt? I absoluta tal är antagligen bristen lika stor eller större än 2015, men allt fler ST-läkare utbildas och den utvecklingen har pågått under de senaste sju-åtta åren.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, det saknas specialister. Både för dagens uppdrag, men också för framtiden. Infektionsläkarföreningen vill också få samhället att förstå att man behöver ett ökat uppdrag för infektionsläkare, och för att nå dit behövs det fler specialister.

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

Många pensionsavgångar – både inom infektionssjukdomar, vårdhygien och smittskydd. Det har räddats av att många äldre läkare som passerat pensionsålder har arbetat kvar och att verksamhetscheferna själva agerat för att anställa fler ST-läkare. Dock viktigt att inte stanna av på utbildningstakten när dagens behov är tillgodosett.

Redan med nuvarande uppdrag och de patientgrupper som den nuvarande organisationen har hand om saknas det specialister – både på de egna mottagningarna och vårdavdelningarna, till det finns det också en stor konsultverksamhet både inom slutenvården och primärvården runt om i landet som behöver tillgodoses.

Hur ser framtidsprognosen ut?

I takt med att sjukvården blir mer avancerad krävs en utökad konsultverksamhet där infektionskonsulterna har en daglig närvaro på de enheter där man till exempel använder immunmodulerande läkemedel för att man inte ska missa allvarliga infektioner.

Patienter med allvarliga och komplicerade infektioner skall ha tillgång till vård av specialistläkare i infektionssjukdomar (och specialutbildade sjuksköterskor och undersköterskor) i större utsträckning än idag. SILF ser ett ökat behov av specialister de närmaste fem till tio åren.

Troligtvis kommer de covid-19-patienter som finns när det blir en endemisk sjukdom att tas om hand av infektion, vilket då behöver ses som ett tilläggsuppdrag för att det inte ska ske en undanträngningseffekt av andra patienter.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Utbilda för framtiden. Att huvudmännen resurssätter för ett framtida utökat uppdrag för infektionskliniker. Det är också en förutsättning för att övrig avancerad sjukvård skall gå att genomföra.

På väg åt rätt håll, men bristen stor på smärtläkare

...SMÄRTLINDRING...

Det saknas tillräckligt kompetens inom diagnostik och behandling av långvariga smärttillstånd inom den svenska sjukvården. Det menar Märta Segerdahl, ordförande för Svenska Smärtläkarföreningen (SSLF).

▼ – Vi ser egentligen ett behov av komplettering med kunskap om smärtlindring för i stort sett alla specialiteter, säger hon.

Medan många tilläggspecialiteter handlar om ett avsmalnande går smärtlindring åt helt motsatt håll. Samtidigt



Smärtpatienter finns på många håll i den svenska sjukvården, däremot saknas kunskap om behandling och diagnostik bland många läkare. "Man kan inte skruva i en skruv med en hammare – det behövs en bredare kompetens", säger Märta Segerdahl.

som smärtpatienter är en stor grupp som återfinns inom stora delar av sjukvården, är antalet specialister i smärtlindring långt ifrån tillräckligt många och kunskapsnivån hos många andra specialister otillräcklig. Det menar Märta Segerdahl, ordförande för Svenska Smärtläkarföreningen.

– Patienterna upplever det som ett jätteproblem och socioekonomiskt är det

ett jätteproblem. Det är så självklart att man behöver vård i samband med barnafödande eller cancersjukdomar, däremot inte för långvarig smärta. Patienter med smärta finns överallt där vi är och då behövs det en bredare kompetensbas inom läkarkåren generellt.

Dessutom, tillägger Märta Segerdahl, är smärtpatienter ofta ganska osynliga.

– Patienter med långvarig smärta orkar ofta inte vara ute och prata om sin situation eftersom all energi går åt till att försöka få någon hjälp. De hamnar i en jättesnurr och har man inte verktygen så orkar man inte med. Sjukvården har nog i sin välvilja, men också inkompetens, skapat många problem, säger hon och fortsätter:

– Ända tills för 30 år sedan såg man smärta som ett symptom och inte en egen sjukdom. 2018 klubbade WHO igenom en ny upplaga av ICD, som kommer att implementeras 1 januari nästa år, där smärta har egna diagnos-koder. Kanske gör det att det blir

lättare att förklara och ger oss argument.

Även om Märta Segerdahl ser en ljusning i att den nya läkarutbildningen kommer att innehålla smärtlindring på ett något mer framträdande sätt än tidigare måste mer göras nu.

– Sakta men säkert är vi på väg åt rätt håll, men det blir inte så många fler specialister. Man blir inte smärtspecialist det första man blir – ofta kräver det många år inom basspecialiteten för att man ska förstå att det är en viktig aspekt och att man kan bli specialist.

Så långa köer att det nästan inte är någon idé att remittera

Hon beskriver hur bristen på specialister bland annat märks i form av långa köer till tertiärenheterna på universitetssjukhusen. Köer så långa att det enligt Märta Segerdahl "nästan inte är någon idé att remittera patienter dit".

– Vi behöver dels bemanna specialistklinikerna, dels ha en sådan

kunskapsnivå på länsdelssjukhus att man kan hantera ganska avancerade patienter – kanske inte praktiskt, men man behöver ha en förståelse. Om vi var fler specialister skulle vi kunna ha en helt annan täckning i alla regioner, säger hon och fortsätter:

– Vi är i allmänhet duktigare på att hålla människor vid liv genom olika behandlingar och många fler lever idag länge med svåra sjukdomar. När de ska behandlas ytterligare behöver de också få ett professionellt omhändertagande av smärta på den nivå där de är. De här patienterna klarar sig inte på en Alvedon när de har opererat tån bara för att du eller jag gör det.

– Det finns en väldigt dålig medvetenhet om att det inte är helt lätt när det kommer en patient som redan har en avancerad smärtbehandling som till exempel ska genomgå nästa canceroperation. Man kan inte bara skicka in en kirurg som gör en tekniskt lyckad operation och tro att allt ska fungera utan

problem genom att följa ett standardprotokoll. Vi vet att preoperativ smärta är en otroligt stark prediktor för långvariga besvär, dålig livskvalitet och komplikationer.

För få allmänläkare har smärtkompetens

Märta Segerdahl menar också att det behövs en bättre rådgivande verksamhet till primärvården – där studier visar att runt en tredjedel av alla nya besök innehåller en smärtproblematik, men för få allmänläkare har smärtkompetens – men att det kapacitetsmässigt idag inte finns den möjligheten.

– Det som är glädjande är att vi har fler och fler allmänläkare som blir specialister i smärtlindring, vilket verkligen behövs för att primärvården ska kunna ha färre onödiga återbesök, säger hon, men tillägger att bristen på studierektorer skapar snåriga utbildningsvägar för framtida smärtspecialister.

Svenska smärtläkarföreningen

▼ Har 181 medlemmar, av dessa är 124 specialister i smärtlindring.

Har det gått framåt eller bakåt?
Det har kanske gått något framåt – men i stort sett status quo.

Varför oförändrat?

Liksom tidigare råder brist på studierektorer, vilket gör att potentiella ST-läkare inte får det stöd som behövs. Studierektorsfrågan är essentiell och något föreningen jobbat aktivt för, dels vis SLF, dels lokalt tjat.

Målet är att det ska finnas tillgång till en studierektorsresurs på varje sjukvårdsregionnivå, dvs i stort sett varje universitetsort. Idag är det så att någon styrelsemedlem eller annan engagerad specialist driver frågan gentemot sin verksamhetschef på den specialiserade smärtenheten, som i sin tur driver frågan

vidare, genom att sätta till medel (dvs del av arbetstid) till en specialist. Detta har fungerat i de verksamheter som har smärtlindring som verksamhetsområde, men där smärtklinik drivits av annan basspecialitet, oftast anesthesi, har det inte fungerat så bra.

Men det börjar lossna lite. För de som utbildar sig på annan klinik (de allra flesta) kan de befintliga studierektorerna fungera som ett stöd för den lokala handledaren och studierektor utan egen smärtspecialitet. Dock finns ingen finansieringsmodell för detta. Många ST i smärtlindring gör sin vidareutbildning i privat verksamhet, vilken ju gör att de heller inte heller ryms inom den tänkta offentliga modellen.

Den ökade medvetenheten om behovet har ändå också visat sig i att en stigande andel av ST i smärtlindring har allmänmedicin som basspecialitet. De har dock stora problem att få stöd i form av studierektorskap, handledning och formella block – dvs finansierad utbildning. De får själva kämpa sig fram och finna vägar till ytterligare specialitet. Just finansieringsfrågan är

kritisk – vem betalar sidoutbildning/randningsplacering när det inte finns utlysta ST-block/ ST-tjänster?

Ytterligare komplikationer är det fria vårdvalet i Stockholm, men nu också i andra regioner, som VG region, som har gjort att den samlade kompetensen av olika basspecialiteter som behövs för en multidisciplinär smärtverksamhet inte kan uppfyllas på annat än ett eller två verksamheter i SLL (VGR). Eftersom dessa möjligheter har försvunnit från universitetssjukhusen saknas också de utbildningsmöjligheter som behövs. Här ser vi en stor brist framöver.

Vid upphandlade verksamheter inom det fria vårdvalet saknas smärtläkare, de flesta av oss får rekryteringsbrev i alla fall varje månad, och en del specialistkompetenta smärtspecialiteter cirkulerar runt, medan andra verksamheter anställer läkare utan specialistkompetens. Det säger sig självt att detta inte skapar utrymme för ST-utbildning – ingen verksamhet, inget utbildningsuppdrag och ingen möjlighet till handledning annat än på ett fåtal platser och då inom en begränsad del av den kompetensbredd som krävs.

En otroligt viktig faktor är att det saknas ett tydligt uppdrag för smärtvården, vilket gör det svårt, för att inte säga omöjligt, att ha en långsiktig planering av utbildningsbehov och verksamheter. Detta saknas i 65 procent av alla landsting/regioner enligt en rapport från SKL 2017.

I andra delar av landet går äldre kollegor i pension, och det är svårt med återväxten, på grund av okunskap och otydlighet i den övergripande organisationen inom regionerna. Till exempel inom allmänmedicin där ungefär en tredjedel av alla nya besök innehåller smärtproblematik (Hasselström et al) saknas fortfarande tillräckligt många allmänläkare med smärtkompetens.

Det som borde ha gjorts och som har påbörjats är en översyn över hur en studierektorsfunktion kan organiseras på ett nationellt och/eller regionalt plan.

Något annat som borde ha gjorts sedan många år är att utvidga utbildningen inom läkarutbildningen. På många studieorter finns endast några timmar till någon dags utbildning på läkarprogrammet, medan andra har det som del av någon vecka.

Här har föreningens medlemmar jobbat hårt med att få in smärta som en strimma med egna lärandemål inom varje kurs under utbildningen, med Göteborg som föredöme. Detta har nu, i nya läkarutbildningen som ska fokusera på "det vanliga och det farliga", införts på de flesta studieorter.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, men det är svårt att ta fram ett bestämt antal. Men det fanns mellan 0,9 och 4,3 smärtläkare per/100.000 invånare, beroende på regionlandsting år 2017, och antalet inte ökat sedan dess – så är behovet nog detsamma, cirka 250 stycken. Idag fylls utrymmet av icke specialister och eldsjälär.

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

För fem år sedan fanns cirka 10 ST-läkare. Idag finns ungefär lika många, många av dem i slutet av sin yrkeskarriär som vill ha en formell kompetens. Men de som ännu inte var pensionerade för fem år sedan (medelåldern då 61 år) jobbar nu efter

pension, minst deltid. Många fortsätter även efter 70. Detta pga den svåra bristen på specialister som råder.

Enstaka satsningar med tillväxt finns i Skåne och Göteborg där regionledningen nu gett ett uppdrag och budget, inte endast projektpengar. I andra regioner har verksamheter lagts ner helt eller delvis.

Hur ser framtidsprognosen ut?

På fem års sikt, som idag, dessvärre. På tio års sikt eventuellt någon ljusning i sikte.

Vilka förslag till åtgärder har ni och vad gör ni som förening?

I den nya läkarutbildningen, arbetar vi för att smärtkompetens ska byggas in som en strimma i utbildningen genom alla kurser. Självklart skapar mer och tidigare utbildning ett större intresse. Smärta är trots allt en av de mest betungande diagnoserna ur ett samhällsperspektiv. Det behövs också ett större kursutbud för ST-läkare. Föreningen ordnar utbildningsdagar som också spelas in och erbjuds som videoföreläsningar.

...GERIATRIK...

Stora skillnader i tillgång till geriatriker och ST-tjänster i landet

Geriatriska föreningen efterlyser nationell styrning

De senaste sex åren har den positiva utvecklingen för geriatriken fortsatt, både i form av fler ST-block och fler sökanden. Men trots ett ökat intresse och en åldrande befolkning är skillnaderna i tillgång till geriatrik stora över landet.

▼ I Sjukhusläkarens genomgång av specialistbristen för sex år sedan beskrevs geriatriken som en av de specialiteter som anade en ljusning.



Det saknas runt 300 specialister. En av nycklarna till att komma i balans är enligt Viktoria Bäck Jerlardtz fler ST-block utspridda över landet.

Samma känsla beskriver Viktoria Bäck Jerlardtz, styrelseledamot i Svensk Geriatrisk Förening och överläkare på Jakobsbergsgeriatriken, idag. Anledningen tror hon dels går att hitta i ett ökat intresse för specialiteten, dels i ökad kunskap.

– Geriatriken har blivit mer uppmärksam, både i samhället i stort och även i vården under pandemin. Fler har förstått vad det är vi kan bidra med – att vi gör stor nytta för patienten. Och det kommer mer och mer forskning på

bland annat skörhet och CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) som visar på vinsterna med ett geriatriskt arbetssätt. Detta bidrar till legitimitet och tyngd åt det vi gör.

Hon tror att bredden och variationen inom geriatriken är det som lockar många att välja specialiteten.

– Vi tar verkligen ett helhetsgrepp om patienten och vi har inga guidelines eller PM som man har i många andra delar. Geriatriken handlar om att tänka själv och skraddarsy vården för den individuella patienten – man måste tänka utanför boxen. Eftersom det här är en komplex patientgrupp behövs verkligen den här typen av omhändertagande, annars blir det inte bra. Vi behöver naturligtvis samarbeta med andra specialister inom andra områden, men det är vårt jobb att få ihop allt, säger hon och fortsätter:

– Jag tror inte att de regioner som inte satsar på geriatrik riktigt har förstått varför vi behövs, utan tycker att man ska kunna ta hand om de här patienterna ändå. Det behöver inte finnas geriatriska kliniker överallt, även om det vore jättebra såklart, men man kan satsa på att ha geriatrisk kompetens inom andra specialiteter. För samtidigt som man på flera håll i landet de senaste åren har valt att satsa på geriatrik, vilket Viktoria Bäck Jerlardtz menar ger en positiv ketchupeffekt, finns det på andra sidan av det myntet de svårigheter som en utebliven satsning för med sig.

– Om det inte finns någon geriatrisk

klinik eller tillräckligt med specialister blir det ju svårt att utbilda nya kollegor. Det finns jättestora skillnader i tillgång till geriatrik över landet. Vi i Svensk Geriatrisk Förening försöker stärka kolleger som är ensamma på sina håll, så att de ska kunna få ett nationellt nätverk som gör att de kan utvecklas och fortsätta utveckla verksamheter där de är.

Ett ökat intresse och en fortsatt positiv utveckling på flera håll till trots uppskattar Svensk Geriatrisk Förening att det saknas runt 300 specialister. En av nycklarna till att komma i balans är enligt föreningen fler ST-block utspridda över landet.

– Många vill bli geriatriker, så många att det på vissa håll finns kö till ST-platserna. Och på vissa håll finns det inte några ST-tjänster alls, vilket förstås är ett problem. Jag tror att det skulle behövas en nationell styrning för att komma till rätta med det här, säger Viktoria Bäck Jerlardtz.

Ett annat förslag är att ge geriatrik mer utrymme i läkarnas grundutbildning.

– Idag läser man ungefär två veckor geriatrik på fem och ett halvt år, vilket är bakvänt och helt galet med tanke på hur befolkningen ser ut åldersmässigt och hur mycket vård de geriatriska patienterna behöver. Vi önskar också att ST-läkare inom andra specialiteter randar sig hos oss för att förbättra framtida samarbeten, förstå vad geriatrik är och förbättra vården i stort för patienterna.

Svensk geriatrisk förening

▼ Har cirka 500 medlemmar.

Har det gått framåt eller bakåt?
Framåt på de flesta ställen!



Varför framåt?

Ökat intresse och kunskap om geriatrik, vad det är och vad vi kan. Ett ökat behov av geriatrisk kompetens i takt med att de mest sjuka äldre blir fler och fler. Fler vill bli geriatriker.



Varför bakåt?

På de platser där utvecklingen gått bakåt har ledning och styrning inte insett det stora behovet av rätt omhändertagande för denna patientgrupp (behovet av CGA Comprehensive Geriatric Assessment), och kunskapen om geriatrik har varit bristande.

Tyvärr finns det flera regioner i Sverige där det är stor brist på geriatrisk kompetens vilket leder till ojämlikhet i vården sett över landet.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, det saknas uppskattningsvis 300 geriatrikspecialister.

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

Man har satsat på flera ST-block på vissa ställen. Ökad kunskap om geriatrik och CGA via bl a forskningsresultat som även styrker det geriatriska arbetssättet. Beräkningar på framtida behov har uppmärksammat positivt. Något mer fokus på geriatrik under läkarnas grundutbildning (dock fortfarande för lite). Fler läkare har förstått hur spännande och utmanande geriatriken är och vill bli specialister i geriatrik!

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi spår en kraftigt positiv utveckling för geriatriken. I takt med att fler specialister blir färdiga kan nya ST-läkare i geriatrik handledas runt om i Sverige – en ketchupeffekt. Konceptet med nära vård behöver geriatrik i samverkan med primärvård för att kunna genomföras. Den äldre befolkningen ökar i storlek och kommer behöva och önska/kräva tillgång till geriatrisk kompetens.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

En kraftfull ökning av antalet ST-block i geriatrik. Fler läkare vill bli geriatriker och vi ser inom flera av Sveriges regioner ett stort intresse för de befintliga ST-blocken och på flera håll är det kö till platserna. Det behövs både rena geriatrik-ST-block samt ökad möjlighet till dubbelspecialisering för specialister i t ex allmänmedicin eller internmedicin.

...THORAXKIRURGI...

Nya kliniska metoder har förändrat behovet av thoraxkirurger

▼ Svensk Thoraxkirurgisk Förening har cirka 80-90 medlemmar (det finns cirka 130-140 specialister i landet).

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

Vår disciplin har under de senaste dryga 10 åren långsamt drabbats av färre operationer pga nya innovationer och behandlingsrutiner. Först pga ballongvidgningar vid infarkt och angina (percutaneous coronary intervention, eller PCI) och nu senaste åren pga nya klaffar som istället läggs in via lumsken (transcatheter aortic valve implantation, eller TAVI) i lokalbedövning. Båda reducerar behovet av öppen hjärtskirurgi och kommer fortsatt att resultera i en minskning av volym. Samtidigt finns nya behandlingar, men dessa är volymmässigt färre till antal.

Sammanfattningsvis kommer detta troligtvis leda till att behovet av specialister långsamt egentligen kommer att minska eller förbli stabilt, men detta är ju också väldigt relaterat till hur vi också organiserar oss.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Det enkla svaret är nej. Delvis beror detta på att vi är en till antalet operationer minskande disciplin, och detta beror främst på kompletterande eller nya metoder.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Sannolikt ingen specialistbrist om 5 eller 10 år.

...KLINISK NEUROFYSIOLOGI...

Många har pensionerats de senaste fem åren

▼ Svensk Förening för Klinisk Neurofysiologi har 90 medlemmar.



Har det gått framåt eller bakåt?

Ingen stor förändring.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja, 10-15 stycken.

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

Många som pensionerats.

Hur ser framtidsprognosen ut?

På väg att vända på grund av ökning av ST.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Fortsatt satsning på ST.

Snabb utveckling framåt för kärlikirurgin

...KÄRLKIRURGI...

▼ Svensk Kärlikirurgisk Förening har drygt 200 medlemmar.

Har det gått framåt eller bakåt?
Snabb utveckling "framåt".



Varför framåt?

Kärlikirurgiföreningen var inte med i undersökningen för fem år sedan, men det har de senaste tio åren skett en generationsväxling, där många erfarna kärlikirurger med bred kompetens gått i pension.

Kärlikirurgin har blivit en egen basspecialitet och specialistföreningen har i samband med detta arbetat mycket med vår specialistutbildning parallellt med den kärlikirurgiska basutbildningen som andra kirurgiska discipliner behöver ha tillgodosedd (urologer, allmänkirurger, barnkirurger etc).

Den endovaskulära utvecklingen har varit betydande för specialitetens utveckling. Det sker också en viss centralisering av "sällan-ingrepp".

Saknas det specialister?

Det råder brist, men svårt att säga något exakt antal eftersom kärlikirurgspecialister i viss utsträckning nationellt fortfarande är dubbelspecialister. De är kirurgjourer/bakjourer och "scoutjourar" som kärlikirurger. Många kärlikirurgiska enheter är fortfarande

en del av en kirurgiklinik. Generationsväxling pågår i många regioner. Sannolikt finns en rimlig rekryteringsbas inom de närmsta åren men det är svårt att förutsäga.

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

Att bli en egen basspecialitet och den mycket snabba endovaskulära utvecklingen, detta påverkar kompetenskraven och utbildningens utformning. Detta innebär att man inte måste bli kirurg för att bli kärlikirurg vilket förkortar ST jämfört med tidigare. Sannolikt påverkar utvecklingen av den endovaskulära tekniken att andra typer av ST-läkare också söker sig till specialiteten.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Sannolikt ljus, se ovan. Om fem år tror vi att det fortsatt råder brist på kärlikirurger. Om tio år har satsningen på utbildning gett resultat och kan vi fortsätta rekrytera borde vi vara i balans.

Kärlikirurgin är en mycket bred specialitet som bland annat samverkar med kirurger i allmänhet, tumörkirurgi, njurmedicin, trauma, kardiologi och radiologi. Innan kärlikirurgin blev en egen specialitet var alla kärlikirurger allmänkirurger, men numera ingår endast ett år "common trunc". Trots detta har allmänkirurgin ett fortsatt stort behov av kärlikirurger i jourledet, vilket framför allt på mindre sjukhus lett till förlängd utbildning då en stor del av ST-utbildningen upptas av icke kärlikirurgisk aktivitet.

Vi ser att den yngre generationen söker sig

från jourtunga specialiteter. Vår farhåga är att detta kommer göra det svårare att rekrytera kärlikirurger i framtiden. Kombinationen av endovaskulär och öppen kirurgisk verksamhet kan både vara en attraktion och en mindre attraktiv del vid rekrytering av allmänkirurger.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Aktiv rekrytering och synliggörande av specialiteten. Utöver tillskapandet av en helt ny specialistutbildning har kärlikirurgiföreningen skapat ett mentorsprogram riktat mot läkarstudenter och AT-läkare för att rekrytera framtida kärlikirurger.

Det är viktigt att tydliggöra förändringar av ST-utbildningen mellan att bli dubbelspecialist (kirurgi+kärlikirurgi) och kärlikirurgspecialist.

Våra farhågor:

Avskaffandet av AT (allmäntjänstgöring) är ett orosmoment för oss. Vi rekryterar en stor del av våra ST-läkare under deras AT eller tidig kirurg-ST. BT kommer innebära att de flesta inte passerar kärlikirurgen och vi tappar då en stor del av vår rekryteringsbas.

Vi måste skapa en rimlig jourbörda för kärlikirurger nationellt eftersom detta påverkar val av specialitet.

Stor oro inför införandet av BT. Kärlikirurgin måste få vara en egen specialitet där man jobbar med kärlikirurgi, både i elektiv och akutverksamhet. Kärlikirurgspecialister kan inte framgent bidra till allmänkirurgins jourer, varken som fram-eller bakjour. Jourfrågan inom akutverksamheten nationellt måste lösas utan kärlikirurger som "löshästar".

Går åt rätt håll med bra ST-utbildningar

...RÄTTSPSYKIATRI...

▼ Svenska Rättsspsykiatriska Föreningen har 85 medlemmar.

Har det gått framåt eller bakåt?
Det har gått framåt.



Varför framåt?

Rättsspsykiatrin har och har länge haft brist på specialister, men det går åt rätt håll. För närvarande finns cirka 25 ST-läkare och cirka 90 specialister < 67 år. Rättssmedicinalverket har tagit fram ett ambitiöst kurspaket för ST-läkare som har fungerat mycket bra och är väldigt uppskattat. Det finns en fungerande struktur rörande studierektorer och ST-läkarna

får ofta god klinisk handledning.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Uppskattningsvis 3 rättsspsykiatrer per klinik (25 kliniker, dvs 75 st).

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

Frånvaron av obligatorisk psykiatri i BT är en utmaning för hela det psykiatriska fältet, inte minst för rättsspsykiatrin. Unga kollegor behöver komma i kontakt med vår specialitet för att det ska väckas ett intresse. Utbildningsmomentet rörande rättsspsykiatri under grundutbildningen är ytterst sparsamt, även om det finns i kursmålen.

När det råder brist på rättsspsykiatrer kan rättsspsykiatriska kliniker anställa allmänpsykia-

trer. Dessa saknar särskild kunskap om utredningsprocesser, rättsspsykiatrisk lagstiftning och brottsförebyggande behandling. Detta kan leda till mindre anpassade åtgärder och i värsta fall äventyra patient- och rättssäkerheten.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi har definitivt en brist på specialistläkare i rättsspsykiatri, men tillväxten förbättras och genom fortsatt god utbildning hoppas vi att det kommer att fortsätta så.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Synliggöra och öka kunskap om vår specialitets existens, exempelvis vid AT-träffar, undervisning för läkarstudenter, AT-läkare och ST-läkare. Rättsspsykiatrin är en liten och i vissa avseenden ganska okänd specialitet.

Ojämlikheten ett stort problem – "Måste bli attraktivare att arbeta i landsorten"

...UROLOGI...

▼ Svensk Urologisk Förening har ca 640 medlemmar. Av dessa är 196 över 67 års ålder och ytterligare 70 st är mellan 60-66 år.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Vi uppskattar att det är en brist på specialister men kan inte ge en exakt siffra. Tillgången till specialister inom urologin skiljer sig stort mellan olika delar av landet sett till antal urologer/100 000 invånare.

Om man ser till tillgången på urologiska öppenvårdsmottagningar utanför sjukhusen är tillgången störst i Stockholm. Avsaknaden av specialister i glesbygd ger en ojämlig vård i landet. Vi ser även att det skulle behövas fler

Utbildningstakten täcker inte pensionsavgångarna

...KLINISK FYSIOLOGI...

▼ Har cirka 493 medlemmar, varav läkare ej pensionär 278, läkare pensionär 95.

Har det gått framåt eller bakåt?

Både och. Jämfört med 2016 visar vår verksamhetsenkät fortfarande ett stort behov av att rekrytera flera läkare inom verksamheterna runt om i landet, i genomsnitt oförändrat cirka två läkare per klinik det närmsta året. 70 procent av klinikerna som besvarade enkäten svarade att de tänker rekrytera. Det är ffa specialistläkare som det är brist på och som är svårt att rekrytera. Antalet sökande till utlysta ST-tjänster är på de större sjukhusen många vilket är positivt på längre sikt.



Varför framåt? God rekrytering av ST-läkare på universitetssjukhusen.



Varför bakåt? Klinisk fysiologi som specialitet har idag svårt att rekrytera specialistläkare eftersom det mellan åren 2008 och 2015 utexaminerades betydligt färre nya specialistläkare när Socialstyrelsen gjorde om ST-utbildningen till Bild och funktionsmedicin. Samtidigt har efterfrågan på funktionsdiag-

urologspecialister inom urologisk öppenvård.

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

Efterfrågan på urologisk vård är stor och beror bland annat på den ökande andelen äldre i befolkningen, över 20 procent av Sveriges befolkning utgörs av personer som är över 65 år och prevalensen av besvär från urinvägarna ökar med åldern. Dessutom finns det fler tillgängliga behandlingar än tidigare och dessa erbjuds även till äldre patienter än tidigare.

Vidare står urologin för en tredjedel av alla standardiserade vårdförlopp. Vi har även haft stora pensionsavgångar de senaste åren och återkommande anställningsstopp under åren och oro att tillsätta fasta ST-tjänster har påverkat tillgången på specialister.

Under 2008-2015 förlorade urologin sin status som basspecialitet och blev en grenspecialitet till allmänkirurgi. Det gjorde att

flera potentiella ST-läkare under denna period valde att stanna inom basspecialiteten kirurgi och inte fortsätta en grenspecialisering inom urologi.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Efterfrågan på specialister kommer inte att minska de närmsta fem åren då vi utbildar specialister i ungefär samma takt som pensionsavgångarna vilket gör att vi inte kommer att öka tillgängligheten på urologer under denna period.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

- Tillräckligt antal ST-tjänster där vi erbjuder en god och heltäckande ST-utbildning. Fragmentiseringen av urologin gör att inte alla enheter kan erbjuda utbildning inom alla delområden.
- Öka attraktiviteten på arbete i glesbygd.
- Öka attraktiviteten på arbete inom specialiserad urologisk öppenvård.

...NJURMEDICIN...

Hoppfullt, då antalet ST-läkare har ökat

▼ Svensk njurmedicinsk förening har 439 medlemmar, men många är pensionärer och en del har annan specialitet och en del är inte läkare. Det finns 252 njurmedicinare i klinisk tjänst inom njurmedicin (helt eller delvis).

Har det gått framåt eller bakåt?
Framåt



Varför framåt? Många har arbetat med att öka antalet ST-läkare och läget ser därför bättre ut.

Saknas det specialister?

44 st enligt vår bemanningsenkät.

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

Man har anställt fler ST-läkare och på längre sikt kommer antalet specialister att öka. ST-utbildning tar dock lång tid då 94 procent siktar på att bli dubbelspecialister njurmed/intermed, vilket är nödvändigt på de flesta sjukhus.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Hoppigivande i nuläget då antalet ST-läkare har ökat. Dock mycket angeläget att man inte slår sig till ro utan fortsätter att rekrytera nya ST-läkare.

...KLINISK IMMUNOLOGI OCH TRANSFUSIONSMEDICIN...

Upp till varje klinik att själv utbilda ST-läkare för eget behov

▼ **Svensk förening för klinisk immunologi och transfusionsmedicin har runt 70 läkarmedlemmar. Antal anställda läkare inom KITM enl. inventering: 96 läkare där dock inte alla har 100 procent tjänstgöring inom rutinen. Det är vanligt med kombinationstjänster med universitetet. Inte alla dessa är medlemmar i föreningen.**

Har det gått framåt eller bakåt?

Jämfört med för fem år sedan är situationen mer eller mindre stabilt dvs varken eller. Pensionsavgångar har kompenserats med nyblivna specialister då det saknas specialistläkare som har 15-20 år kvar att jobba.

Det som dock har gått framåt är att vi har kunnat fortsätta anställa ST-läkare och utbildar dem trots att det, för det mesta, råder anställningsstopp etc. Vår situation är så att pensionsavgångar i större utsträckning har genomförts på några ställen medan andra ställen har det framför sig. (Vi är en liten spe-

cialitet och endast representerat på sju universitetssjukhus och på sex av dem är det fortsatt starkt behov av att anställa ST-läkare.

Varje klinik utbildar ST-läkare till eget behov framöver, dvs det utbildas inget överskott av ST-läkare. Det är mycket sällsynt att en specialist/överläkare flyttar till en annan arbetsplats. Däremot kan kollegorna gå vidare till forskningstjänster eller industrin och saknas i rutinverksamheten. Det går alltid ersätta arbetskraften med kort varsel, men inte erfarenheten som har byggts upp under många år eller decennier.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Vi saknar erfarna specialistläkare och professionen håller på att utbilda en hel del ST-läkare nu. Ca 30 procent av alla anställda läkare inom vår profession är ST-läkare. Svårt att sätta en siffra i dagsläget då vi håller på att utbilda ST-läkare men vi har ca 15 (ca 20% av antal specialister) planerade pensionsavgångar inom de nästa 5 åren som behöver ersättas.

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

Situationen vi har beror nog på att man inte utbildade ST-läkare för längre än 5 år sedan. Vi saknar en del specialister som har 15-20 år kvar till pension.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Under förutsättningen att ST-läkare avslutar sin utbildning och stannar inom sjukvården ser det ut så att vi kunna komma bemanna dagens bemanning. Dock vet vi att en del kommer arbeta med andra uppgifter än patientrelaterat sjukvård (forskning, utbildning, utveckling, etc.). Vi har tyvärr inga siffror över hur många som inte fortsätter att jobba inom klinisk rutinverksamhet.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Håller fast vid de planerade utbildningsplanerna. Öka attraktionskraften för klinisk tjänstgöring. Nationell organisation?

Psykiatri mer populärt bland yngre läkare än tidigare – men bastjänstgöringens upplägg ett stort orosmoln

...PSYKIATRI...

▼ **Svenska Psykiatriska Föreningen har totalt 996 medlemmar – 639 specialister, 336 seniorer 21 hedersledamöter.**

Har det gått framåt eller bakåt?

Sammantaget framåt.

Varför framåt? Det finns en bedömning att specialiteten verkar väcka mer intresse hos yngre läkare och att det är lättare att rekrytera ST-läkare sedan en tid. Om detta är beroende på avskräckande exempel från övrig vård, ett ökat medialt fokus på psykiatri, minskat stigma kring psykiatriska sjukdomstillstånd eller helt enkelt ett ökat intresse är svårt att avgöra. Forskning inom det psykiatriska området och CNS har ökat och kan förstås även vara en starkt bidragande orsak.

Saknas det specialister inom er specialitet?

2013 hade Sverige 1 326 läkare med utfärdade specialistbevis inom psykiatri i åldersgrupp 20-64 år. 2018 hade Sverige 1 475 läkare med utfärdade specialistbevis inom psykiatri i åldersgrupp 20-64 år. Detta innebär en ökning med 150 specialistläkare i psykiatri under femårsperioden. Statistik för 2019 eller senare föreligger ännu ej.

Detta betyder att sannolikt 50 fler specialister utbildats än SPF:s prognos för fem år sedan, även om det är färre än de 200 som bedömdes behövas totalt sett.

Sammantaget har det gått framåt med rekrytering inom psykiatri. Brist föreligger fortfarande men denna är mycket spridd över olika enheter inom och mellan regioner.

Jämfört med våra grannar i Norden är bedömningen att det kan handla om betydligt mer än de tidigare uppskattade siffrorna 50 fler om 5 år respektive ytterligare ca 50-100 fler beroende på befolkningstillväxt mm. Uppskattningsvis kan det då handla om det

dubbla antalet men beroende på olikheter i sjukvårdssystem och ansvarsfördelning haltar jämförelsen och en djupare analys behövs.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Framtidsprognosen ser god ut, men hotas bland annat av bastjänstgöringen där praktik inom psykiatri inte längre är obligatorisk varför specialiteten inte längre presenteras på samma sätt som tidigare för legitimerade läkare.

Det ser alltså positivt ut för vår specialitet men det finns viktiga och problematiska aspekter av arbetet inom psykiatrisk specialitet som ännu kan avskräcka kollegor och även leda till byte av specialitet. Ett viktigt exempel och stor svårighet är anmälningar vid suicidtillbud och även legala avvikelser i hantering av tvångsvårdslagen som kan leda till att vårdåklagare väcker åtal ledande till böter trots avsaknad av uppsåt och utan medicinsk felaktighet mm, men också osäkerhet kring stöd från rättssystem och arbetsgivare kring våld och hot-situationer.

Saknar en nationell struktur för att säkerställa kurser till ST-läkare

...VÄRDHYGIEN...

▼ **Svenska Hygienläkarföreningen har 71 medlemmar. Vårdhygien blev en tilläggs-specialitet 2015 och sedan dess har ca 15 läkare tagit ut specialistbevis. Detta är dock för långsam takt för att tillgodose behovet.**



Har det gått framåt eller bakåt?
Framåt.

Varför framåt? Medlemsantalet i SHLF har ökat, vilket tyder på att fler läkare har börjat jobba inom vårdhygien även om de flesta ännu inte tagit ut specialistkompetens.

Saknas det specialister?

Ja, hittills är det bara ca 15 specialister inom vårdhygien i Sverige. Varje region skulle behöva minst två specialister, de större regionerna behöver fler. Specialisterna behövs för att tillhandahålla den vård-

hygieniska expertkompetensen men också för att utbilda och handleda ST-läkare i vårdhygien.

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

Behovet av expertkompetens inom vårdhygien har ökat. Det globala läget med ökande antibiotikaresistens och de senaste decenniernas ökade resande har öppnat upp ett nytt infektionspanorama som ställer allt högre krav på en ökad vårdhygienisk kompetens.

Även klimatförändringar med varmare och fuktigare väder leder redan till vårdhygieniska utmaningar. Utöver detta finns idag tillgång till allt mer avancerade behandlingar för olika sjukdomar och många av dessa behandlingar ökar risken för vårdrelaterade infektioner.

Pandemin har gjort behovet av vårdhygienisk kompetens extra tydligt. Kompetensen behövs brett inom all vård och omsorg, inte bara regionernas, utan även inom den kommunala vården och omsorgen.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Vi ser ett fortsatt stort behov av hygienläkare i Sverige. Många hygienläkare med mångårig

erfarenhet närmar sig pensionsåldern, vilket ytterligare ökar behovet av att fortsätta utbilda nya. Det finns i dagsläget ett 10-tal ST-läkare. För att utbilda nya specialister krävs tillräckligt många specialistkompetenta handledare.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Det är en svårighet för en sådan här liten specialitet att anordna utbildningar. Vissa specifika SK-kurser hålls med flera års mellanrum, vilket kan försena möjligheten att få ut specialistbevis.

Ingen instans har det övergripande ansvaret att anordna kurser, utan det vilar på enstaka eldsjälar inom specialiteten. I en bristsituation är det ännu svårare att hitta tid för att detta, särskilt tydligt har detta blivit under pandemiåren. Det skulle behövas en struktur i Sverige som har som uppdrag att säkerställa att SK-kurser tillhandahålls för ST-läkare inom olika specialiteter.

Ett ökat samarbete mellan infektionskliniker, mikrobiologiska enheter och de vårdhygieniska enheterna främjar intresset för de vårdhygieniska frågorna och kan verka som en bas för rekrytering till vårdhygienspecialiteten.

...KLINISK FARMAKOLOGI...

Lider av historiska nedskärningar och hotas av brist på en långsiktig plan för kompetensförsörjningen

▼ **Svensk förening för basal och klinisk farmakologi har 123 medlemmar varav 92 är aktiva läkare. Föreningen engagerar även personer med annan yrkesbakgrund än läkarens.**

Har det gått framåt eller bakåt?

Både framåt och bakåt.



Varför framåt? Med nyetablering av klinisk farmakologisk enhet i Örebro och återetablering i Region Skåne. Totalt sett har bristen på kliniska farmakologer sedan 2015 idag nästan halverats, då 20, nu 11 stycken. Nuvarande brist kan förväntas bestå åtminstone ytterligare 5 år.

En tidigare negativ utveckling har på flera ställen kunnat vändas genom insatser för att skapa attraktiva arbetsplatser; utveckling av verksamheten, ökad möjlighet till kompetensutveckling och forskning har underlättat rekry-

tering och minskat flykt av specialister.

Uppbyggnad och strukturering av den interna ST-utbildningen har också identifierats som en nyckelfaktor. Utvecklingen ser dock inte lika ljus ut i alla regioner.



Varför bakåt? Vad borde ha gjorts?

En förklaring i regioner med oförändrad eller hotande specialistbrist är avsaknad av en långsiktig plan för framtida kompetensförsörjning; dubbelspecialister som valt att lägga huvuddelen av arbetstiden i den andra specialiteten en annan.

Saknas det specialister inom er specialitet?

Ja. I nuläget saknas 11 specialister.

Hur ser framtidsprognosen ut?

Om 5 år beräknas fortsatt brist om ca 10 spe-

cialister; till stor del på grund av pensionsavgångar som ej täcks av specialister under utbildning. Situationen om 10 år är svår att siasa om.

Vilka förslag till åtgärder har ni?

Kliniska farmakologer som sjukvårdens läkemedelsexpertis behöver bli synligare och tillgängligare, både för att kunna växa och för att klara uppdraget (att verka för en säker och effektiv läkemedelsbehandling). Arbeta för utökad samverkan med andra specialiteter och yrkeskategorier som arbetar med läkemedelsfrågor inom hälso- och sjukvård pågår.

Det behöver inrättas fler ST-tjänster; ST-utbildningen stärkas. Etablering av en kurskanon för ST-läkare pågår. Det satsas även på undervisningsinsatser för läkarstuderanter för att öka rekryteringsbasen. Det grundläggande arbetet med att skapa attraktiva arbetsplatser får ej upphöra!



▼ Det här är vårt näst sista avsnitt i våra uppskattade resor tillbaka i tiden inom specialiteternas värld av vår ciceron läkaren Stig Andersson från Säffle, disputerad i medicinsk vetenskap och flitig skribent och författare av boken *"En kamp för livet: Sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid"*.

▼ Den här gången tar han bland annat med oss till tider där dåtidens mest framstående läkare blev morfinister och drogmissbrukare i ambitionen att rädda patienter från smärta.



...Beroendemedicin...

Smärtlindringens pionjär blev själv drogmissbrukare

Dödligheten var mycket hög bland soldaterna i Amerikanska inbördeskriget 1861–65. Vid vård och kirurgiska ingrepp var smärtlindringen otillräcklig.

På 1820-talet hade apotekarna lärt sig att renframställa morfin ur opium. Något senare utvecklades den "subdermala" nålen. Med den kunde morfin injiceras direkt i blodet.

En stor mängd soldater erhöll smärtbehandling med opium, många fick även morfininjektioner. Läkarna förstod inte risken för tillvänjning. Soldaterna upptäckte att opium skyddade mot krigets rädsla och skräck. Användningen blev stor och många soldater utvecklade beroende. Det kom att kallas "soldier's disease".

Efter inbördeskriget växte antalet opium- och morfinberoende personer starkt i USA. Inte minst uppkom beroende inom läkarkåren. Landets problem med opiat-

och morfinmissbruk har därefter fortsatt.

William Halsted (1852-1922) var under sin tid USA:s ledande kirurg. Han utvecklade kirurgin på många olika sätt. 1884 läste Halsted en rapport om kokain som ytanestesi vid ögonkirurgi. Tillsammans med kollegor testade han kokainets egenskaper och visade att det var ett effektivt lokalbedövningsmedel.

Halsted prövade själv drogen som injektion och utvecklade snabbt ett beroende. Flera av hans kollegor drabbades av samma öde. Försök med avvänjning ledde till att Halsted i stället blev morfinist. Även om han blev känd som en dubbelnatur lyckades han fortsätta sin karriär på ett framgångsrikt sätt. För de flesta av hans kollegor gick det sämre.

Källor:
Andersson S. Amerikanska inbördeskriget gav uppsving för sjukvården. Läkartidningen 2014;111:1015-1017.
William Stewart Halsted.
https://en.wikipedia.org/wiki/William_Stewart_Halsted



...Radiologi...

1950-talet:

Screening av en kvarts miljon värmlänningar i jakten på tuberkulos fann en lång rad andra allvarliga sjukdomar

Röntgen var ett viktigt redskap i kampen mot tuberkulos. Skärmbildstekniken uppfanns i slutet på 1930-talet och stora screeningstudier med skärmbild genomfördes i Sverige framför allt under 1950-talet.

Vid undersökningen genomlystes lungorna med röntgen så att en bild uppkom på en fluorescerande skärm. Denna bild fotograferades med en vanlig kamera. Stråldosen var liten, processen gick fort och arbetet krävde endast kort utbildning. Tekniken lämpade sig väl för massundersökningar och apparatur installerades i bussar som flyttades från ort till ort.

Vid en skärmbildsundersökning i Värmland 1953 – 55 togs bilder på 248 788 personer, vilket motsvarar 93,3 procent av befolkningen. Kostnaden delades mellan landstinget och länets kommuner. 210 säkra och 630 osäkra fall av tuberkulos upptäcktes. Man hittade också 8 200 fall som behövde följas upp. Dessutom påträffades andra sjukdomar: 740 fall av hjärt-kärlsjukdom, 115 fall av lungtumör, samt 150 fall av sarkoidos.

Fynden av tuberkulos var relativt få, men vid den här tiden hade tuberkulosen trängts tillbaka, bland annat beroende på omfattande BCG-vaccinering sedan början av 1940-talet och på att effektiva tuberkulosantibiotika kommit i bruk omkring 1950.

Källa: Förste provinsialläkarens i Värmland årsrapporter.

...Endokrinologi...

Så blev diabetes en behandlingsbar sjukdom

Läkare i de antika kulturerna i Indien, Kina och Orienten kände till en dödlig sjukdom med riklig och honungssmakande urin, stor törst, hunger och viktfrö-lust. På 1700-talet upptäcktes att urinens socker hade samband med sockernivån i blodet. Kroppen var tydligen ur stånd att förbränna socker. Utifrån detta försökte läkarna behandla patienterna med sockerfattig diet.

Under 1800-talet diskuterades ursprunget till diabetes mellitus. Både pancreas och levern hade starka förespråkare. 1869 upptäckte Berlinstudenten **Paul Langerhans** att små avvikande cellgrupper fanns spridda i pancreas, men deras betydelse var en gåta.

1889 avlägsnade **Oskar Minkowski och Joseph von Mering** pancreas hos en hund. Djuret utvecklade diabetes och visade sig ur stånd att metabolisera fett och proteiner.

Under 1890-talet klargjordes att pancreas hade två funktioner: en för matsmältningen via extern sekretion ut i tarmen och en för kolhydratmetabolismen via sekretion av ett ämne till blodet. Det senare visades komma från de cellgrupper ("öar") som Langerhans upptäckt. Under 1900-talets första år visade **Georg Zuelzer** att en injektion med pancreasextrakt normaliserade blodsockret hos en diabetisk hund. Det måste finnas en oidentifierad substans i extraktet, ett "insulin".

Det avgörande steget togs av **Frederick Banting och hans medarbetare Charles Bess, John Macleod och James Collip**.

De lyckades renframställa den dittills hypotetiska substansen insulin först från pancreas från hundar, senare från kalvfoster. Ett kinkigt problem var reningen av ämnet som kemisten



Frederick Banting och Charles Best på taket på Torontos universitets medicinska byggnad 1922, där insulintester gjordes på hundar. Med tillstånd av C. H. Best Papers, Thomas Fisher Rare Book Library, University of Toronto.

Collip arbetade med. Januari 1922 skedde den första insulinbehandlingen av en svårt sjuk 14-årig pojke. Blodsocker gick ner men han fick en allergisk reaktion. Efter fortsatt arbete av Collip gavs en andra dos. Nu gick allt

väl. Patienten kunde skrivas ut försedd med insulin. Diabetes mellitus hade blivit en behandlingsbar sjukdom.

Källor: Porter Roy. The greatest benefit to mankind. History of diabetes: Wikipedia.org

Uffe Hylin har kämpat länge för rättvisa pensioner för kombinationsanställda – nu blir det verklighet på KI

Sjukhusläkaren har tidigare berättat om hur kombinationsanställda läkare som arbetar jour går miste om pensionsavsättningar. Sjukhusläkarna Stockholms ledamot Uffe Hylin, som är en av de som drabbats, har upprepade gånger lyft frågan. Nu har det arbetet gett resultat.



och utbildning vid Karolinska Institutet, har länge engagerat sig i pensionsfrågan. När avtalet skrevs kom

▼ Uffe Hylin (bilden), överläkare vid ortopedkliniken på Södersjukhuset i Stockholm och universitetslektor vid institutionen för klinisk forskning

man överens om att det enbart var grundlönen som skulle vara pensionsgrundande – både den som kommer från regionen och universitetet. Eller med andra ord; den jour- och beredskapsersättning som de kombinationsanställda läkarna tjänade in under det kliniska arbetet inkluderades inte i pensionsavsättningarna. Det ledde i sin tur till en lägre pension än om de enbart arbetet kliniskt.

För Uffe Hylin, som för två år sedan berättade om problemet i Sjukhusläkaren, har sökandet efter rätt person att ta upp frågan med fortsatt – han har kontaktat personalavdelningen på regionen, universitetets personalavdelning, arbetsgivarverket och statens pensionsverk utan att få svar på varför det såg ut såhär. Men nu ser hans och Sjukhusläkarnas styrelses arbete ut att

ha gett resultat för de kombinationsanställda läkarna på KI.

– Plötsligt dök det upp ett mejl om ett nytt avtal om pensionsavsättningar på jour- och beredskapsersättning mellan Region Stockholm och KI. Jag kontaktade juristen på KI som hade skickat mejlet och fick höra att frågan legat på bordet länge. Men när jag ringde runt ett halvår tidigare var det ingen som visste något, så det hjälpte förmodligen att jag rörde runt lite i systemet, säger han och fortsätter:

– Man rekryterar lektorer och professorer ur läkarkåren – och det är ju fint och bra att ha en fin titel – men det är ju tråkigt att den rekryteringen ska innebära att man får en mycket lägre pension. Det är självklart att man ska ha samma villkor och att det inte ska vara ett nerköp att bli kombinationsanställd.

Snart dags för årets repskap med prisutdelning till årets vislare och diskussion om regionernas orimliga väntetider

▼ Sjukhusläkarnas representantskap äger rum fysiskt den 8 oktober i Läkarförbundets lokaler på Villagatan i Stockholm, men det finns även möjlighet att vid behov delta digitalt.

På schemat står ett seminarium med rubriken "Älskade hatade akutmottagning", prisutdelning till Årets vislare och en diskussion om regionernas orimliga väntetider i vården.

Bengt Cederlund, intensivvårdsläkare och registerhållare för SPOR (Svenskt perioperativt register), Cia Ihre-Lundgren, Svensk kirurgisk förening, och Arin Malkomian, Akutläkarpodden samt Svensk förening för akutsjukvård, är några av gästerna.

Vaccinationspass ja, straffa ovaccinerade nej

Sjukhusläkarna tar i ett uttalande starkt avstånd ifrån åsikter om att ovaccinerade som vårdas på IVA ska betala sin vård själva, och föreningen förordar vaccinationspass.

▼ – Att prata om vilka som ska betala för akut vård är ett otrevligt slutande plan. Både lag och yrkesetik säger att vi ska behandla människor efter behov oavsett vad som lett fram till sjukdom eller skada, utan diskriminering och att sjukast har företräde. Vi anser också att vården ska vara solidariskt finansierad. Men vi förordar att ett vaccinationspass införs för att skydda både sjukvården och samhället, säger Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Hon framhåller att föreningen delar frustrationen i vården och i samhället i stort som uppstår när man ser människor bli sjuka och avlida i onödan, att andra patienter med stora behov trängs undan och uttröttade medarbetare sliter hårt i pandemin.

– Samtidigt är ovaccinerade en oacceptabel risk för samhället, smittan är inte över och restriktioner släpps i stor skala. Precis som vi arbetar preventivt på många områden i samhället förespråkar vi ett snabbt beslut av riksdagen om att införa vaccinationspass. Det är ett fritt val att inte vaccinera sig, men då sker det till priset av att man får begränsad rörelsefrihet, detta för att varken smitta eller smittas.

NYHET!

Ny indikation!

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® är nu även godkänd för behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion.¹

DU SER BEHOVEN JARDIANCE® GÖR SKILLNADEN

Bevisad effekt:

- 25 % minskad relativ risk för kardiovaskulär död eller sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt jämfört med placebo (RRR 25%, ARR 5,2%, p<0,0001, NNT=19)¹
- Skyddar njurarna genom att bromsa försämringen av njurfunktionen över tid^{1,2}

Väletablerad säkerhets- och tolerabilitetsprofil^{1,2}

Enkel dosering:

- En tablett 10 mg, en gång om dagen, utan behov av titrering¹

Referenser: 1. JARDIANCE® produktresumé, www.FASS.se. 2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced® results and the publication's Supplementary Appendix.)

Beslut om subvention vid indikationen hjärtsvikt är ännu inte fattat.

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2-hämmare. **Indikationer:** 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. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (10mg). **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid diabetes mellitus typ 2 vid nedsatt njurfunktion om eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² (ned till 45 ml/min/1,73 m² vid pågående behandling). Kan användas vid hjärtsvikt med eller utan diabetes mellitus typ 2 vid eGFR ≥ 20 ml/min/1,73 m². Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om ketoacidos. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. 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: 06/2021.

*Subventioneras vid diabetes mellitus typ 2 endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt. Beslut om subvention vid indikationen hjärtsvikt ännu inte fattat.



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.