

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SjukhusSpecialister • UTGIVEN AV Sjukhusläkarna • NR 6/2021

Kirurgen
som blev
cancerpatient:

"Inför statligt styrd sjukvård"

SID 22-26

TEMA:
CANCER OCH
STANDARDISERADE
VÅRDFÖRLOPP

Vad har det blivit av statens miljardbidrag till regionerna?

SID 8-34

Foto: Sören Håkanlind

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 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.

Därför spreds Covid 19 så snabbt i norra Italien

Covid19 cirkulerade rejält i Italien långt innan patienten 1. Redan i januari fanns det smittade i norra Italien och den förste patienten var bara toppen på ett isberg. Det visar en nyss avslutad studie.

▼ Att den första patienten som upptäcktes i Italien 20 februari förra året inte var den förste, är ingen överraskning. Däremot var det få som insett hur utbredd smittspridningen redan var.

Studien "The early phase of the COVID19 epidemic in Lombardy, Italy" visar att covid19 fanns tidigt över hela regionen Lombardiet, med ett R-tal som redan var på 3,3 i Milano i början av februari. Även om patient 0 aldrig hittats, har forskning visat att viruset cirkulerade i norra Italien minst från mitten av januari, men ingen hade tidigare studerat omfattningen.

Studien har kunnat fastställa att det redan innan patienten 1 fanns 527 fall. Dessa sjukdomsfall fick inte rätt diagnos, eftersom ingen ännu larmat om att viruset kommit till Europa, men forskarna har genom att analysera symtom och undersöka kontakter på dem som blev sjuka efter 20 februari, sett att det handlade om covid19.

Detta förklarar, enligt forskarna, varför viruset spreds så enormt

mycket och sjukhusen fylldes upp så snabbt. Sjukhuset i Codogno, där den första patienten upptäcktes, tvingades stängas på grund av all smitta. Codogno och alla angränsande kommuner isolerades, och ingen fick vare sig komma in eller ut, men eftersom smittan redan fanns i stora mängder utanför det här området, skulle det visa sig vara långt ifrån tillräckligt för att stoppa viruset.

Sjukhusen i Bergamo, Milano och flera andra provinser, tvingades avbryta i stort sett all annan vård för att ta hand om alla covid19-patienter redan i början av mars. På flera sjukhus fanns det helt enkelt inte plats längre.

Patienter har senare vittnat om hur de tvingades ligga i tvättrum, och hur syrgasen togs från de äldre patienterna och gavs till de yngre, eftersom resurserna inte räckte till. Många dog hemma utan hjälp, eftersom det inte fanns plats på sjukhusen, eller de helt enkelt inte vågade åka dit.

Det var för att förklara hur situationen kunnat bli så allvarlig på så kort tid, som regionen Lombardiet, tillsammans med universitetet Bocconi i Milano och Stiftelsen Bruno Kessler, startade studien. Förklaringen ligger alltså i virusets omfattande spridning mycket tidigare än någon trott.

– Vi har analyserat all data vi har från februari och mars 2020, förklarar Danilo Cereda, som lett studien och är ansvarig för avdelningen för infektionssjukdomar och vaccination på regionen Lombardiet.

Med hjälp av den har de sedan

gått bakåt i tiden, för att leta smittade redan innan 20 februari. För att bestämma vilka patienter som var smittade har studien använt sig av ECDC:s definition. Det innebär att patienterna hade en akut luftvägsinfektion som inte kunde förklaras med de då kända virusen, plus att de haft kontakt med andra smittade eller varit i Kina veckorna innan sjukdomen bröt ut.

För sjukvårdspersonal gäller att de ska ha arbetet på ett sjukhus som senare visade sig ha spridd covid-infektion.

– För att leta reda på smittade har vi använt oss av samma metoder som vid all smittspårning, alltså intervjuer med smittade och kontroller av vilka som funnits i samma offentliga miljöer, som till exempel väntrum, säger Danilo Cereda.

Forskarna konstaterar att det är svårt att få fram exakta siffror, eftersom ingen letade efter viruset i januari och början av februari. Trots det anser de att studien visat tydligt att en omfattande smittspridning kan äga rum utan att någon lägger märke till det.

– Vi har gjort denna studie för att kunna dela med oss av våra kunskaper till vetenskapsmän världen över, så att de ska kunna använda dem i sitt arbete, förklarar Danilo Cereda. Av de 527 tidiga fall som studien hittat, låg 90 procent inlagda på sjukhus och en fjärdedel dog. Två tredjedelar var män och 39 var sjukvårdspersonal. Åldern var från 57 till 78 år.

Kristina Wallin

Can you keep a secret?

Under flera år har jag haft förmånen att få ha ett kursmoment om tystnadsplikt för läkarstuderenter med rubriken Offentlighet, sekretess och informationsutbyte i vården. Jag inleder passet med att visa en bild på en bok med ett lås på, och undantagslöst har alla kurser genom åren identifierat bilden som en dagbok. En bild säger mer än hundra ord och för mig symboliserar dagboken rätten att få ha hemlisar, till och med gentemot dem som står en närmast. Ägaren av dagboken kan om och när denne så vill visa delar av innehållet för dem de vill, men om någon inte kan bemästra sin nyfikenhet och i smyg läser någon annans dagbok är situationen behäftad med skam.

Om patienten inte kan lita på sjukvården blir allt för alla parter komplicerat. Tilliten har sin grund i de normer samhället byggt upp under oöverskådlig tid samt egna eller andras berättade erfarenheter i livet. Den är beroende på kontext och samspel i stunden och kan vara olika gentemot olika individer eller verksamheter.

Tystnadsplikten är en förutsättning för att patienten ska öppna sin dagbok vid möten i sjukvården. Tilliten kan rämna som ett korthus varför professionen måste försvara tystnadsplikten i takt med att nya tekniker eller metoder införs.

Personlig integritet är beskrivet som rätten för varje individ att få sin

personlighet och inre sfär respekterad utan att utsättas för oönskade intrång. Skydd för den personliga integriteten finns i Grundlagen, Europakonventionen, Barnkonventionen och FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och är en del av folkrätten.

Inom sjukvården har tystnadsplikten för läkare urminnes traditioner och den mest kända nedtecknade finns i Hippokrates ed där delen om tystnadsplikt i äldre översättning lyder: »Vad jag under utövandet av mitt yrke eller under umgänget med människor utom yrket sett eller hört, och som möjligen är av beskaffenhet att ej böra utspridas, skall jag förtiga och anse som om det vore osagt.«

Särskilt värt att notera är att den inte begränsar sig till yrkesutövningen utan även sådan information man erhållit utom yrket. Tänk att denna uråldriga text än idag har sådan bärkraft och att Läkarförbundets etiska regel nummer 12 så snarligt lyder: »Läkaren ska iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.«

Rubriken på kursmomentet, Offentlighet, sekretess och informationsutbyte i vården, kan vid första anblick te sig lite väl kryptisk och vän av ordning kan tycka att den mer koncist borde ha hetat Sekretess i vården. Men verkligheten är sällan så enkel då det finns krafter som drar åt olika håll.

Att det föreligger sekretess inom

vården är allmänt känt men omfattningen kan vara mer dubiös då läkares tystnadsplikt exempelvis skiljer sig från prästens där den är absolut.

Redan innan dagens folkrätt och lagar kom på pränt så har läkare haft en kodex för tystnadsplikt och jag anser att vissa etiska principer har en allmängiltig bäring oavsett vilket lagrum man råkar befinna sig i.

För att bland annat värja nepotism är offentlighetsprincipen en del av svensk rätt sedan 1766 års tryckfrihetsförordning. Även sjukvården är en del av den allmänna förvaltningen och för att exempelvis värna jämställd vård, identifiera kvalitetsbrister, hög trafiksäkerhet eller skydda barn som far illa med mera behöver man lämna ut information som har sitt fundament hos enskilda individer.

Anledningar varför inte sekretesskyddet bör vara absolut, men samtidigt är sjukvårdens uppgiftsskyldighet gentemot myndigheter en grannlaga balansgång som kan äventyra tilliten till vården.

Allt högre krav på patientsäkerhet kräver att viss information finns tillgänglig och sjukvården blir med åren alltmer flöden mellan en mängd vårdgivare och professioner och alltmer sällan återkommande enskilda patient - läkarmöten med hög kontinuitet.

Digitalisering, automatisering och krav på registerhållning ställer nya krav på behörighet och datasäkerhet. Just nu har frågan aktualiserats när sjukvårdens servrar eller datasupport placerats utanför landets gränser och

system upprepat attackerats av hackare med ont uppsåt.

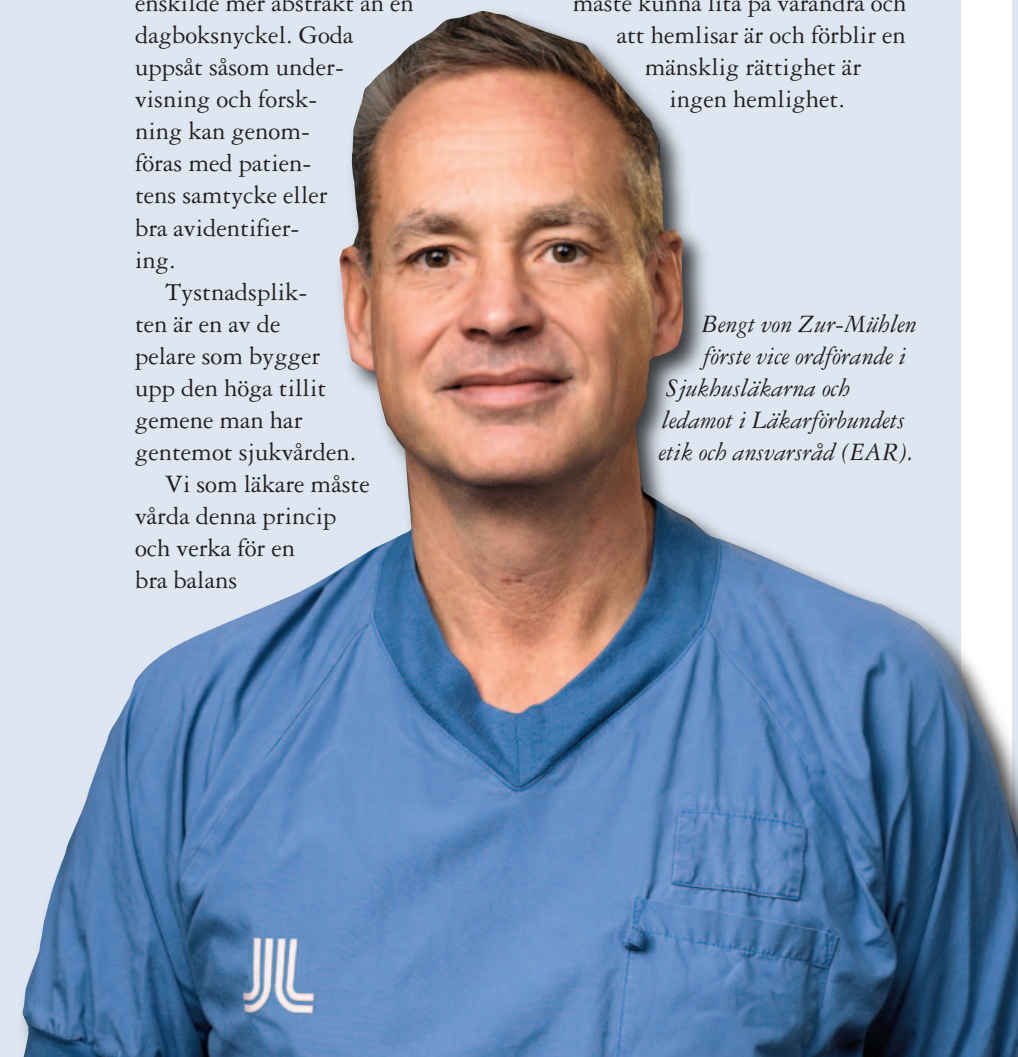
Införandet av Nationell läkemedelslista har bland annat dröjt eftersom just möjligheten för den enskilde att välja vem som får se vad och när varit osäker. Möjlighet till digital spär finns men är för den enskilde mer abstrakt än en dagboksnyckel. Goda uppsåt såsom undervisning och forskning kan genomföras med patientens samtycke eller bra avidentifiering.

Tystnadsplikten är en av de pelare som bygger upp den höga tillit gemene man har gentemot sjukvården.

Vi som läkare måste vårda denna princip och verka för en bra balans

mellan offentlighet, sekretess och informationsutbyte.

Den etiska balansgången blir svårare i takt med digitalisering och särskilt när fler starka krafter vill komma åt enorma mängder integritetskänsliga ekonomiskt eller vetenskapligt värdefulla hälsodata. Vi måste kunna lita på varandra och att hemlisar är och förblir en mänsklig rättighet är ingen hemlighet.



Bengt von Zur-Mühlen
förste vice ordförande i
Sjukhusläkarna och
ledamot i Läkarförbundets
etik och ansvarsråd (EAR).

I DETTA NUMMER:

TEMA |

Cancer | väntetider och standardiserade vårdförlopp



SIDORNA 8-34

Övrigt

- Julquiz6-7
- Dansk sjukvård36-38
- Förenade anställningar39-47
- Patientinflytande48-49
- Helgläsning | De ställde upp!50-58

Kontakt redaktionen

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

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

▼ Eva Nordin, frilansreporter.
eva@evanordin.com

Annonser

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

Vad kan du om sjukvårdsåret 2021?

TESTA DINA KUNSKAPER I SJUKHUSLÄKARENS JULQUIZ

Av Bengt von Zur-Mühlen

Bästa läsare av Sjukhusläkaren, detta quiz har ett par enkla regler. Man får mer än gärna be sin omgivning om hjälp, men man får inte söka svaret med sökning på internet. Det är dussinet frågor som vi hoppas inte är tretton på dussinet. Lycka till!

1. Årets första dag bytte Datainspektionen namn och kom under året bland annat att rikta kritik mot att personuppgifter från Skånes nya journalsystem skulle kunna komma i händerna på indisk och amerikansk support. Vad heter myndigheten numera?

2. Så började lastbilarna rulla ut med detta nya mRNA vaccin och mycket har hänt sedan Jenner ympade en gosse med ett sekret från en form av koppor år 1796. Vilket djur är det som även fått ge namn åt denna metod?

3. Klädesplagg som är synonymt med person som med klart bristande källkritik sprider pseudovetenskap och konspirationsteorier.

4. Att Lundell trivs bäst i öppna landskap är ingen nyhet, men att byggherrar (heter kanske byggpersoner numera) tror att läkare skulle vilja arbeta så bottnar i vart fall inte i evidens. Vad kallas en oegen arbetsplats där platsen styrs av arbetsuppgiften?

5. Årets nobelpris i medicin gavs till David Julius och Ardem Patapoutian

för deras bedrifter att kartlägga några av människans förmågor att känna av sin omgivning. Julius använde ett ämne som en växtart förmodligen utvecklat för att inte ätas av växtätande djur. Vad heter växtarten när den används som krydda?

6. Den 15 oktober 2021 tillträdde Heidi Stensmyren, tidigare ordförande för Sveriges Läkarförbund, som ordförande för en organisation som representerar 9 miljoner läkare i 115 länder. Vad heter organisationen?

7. Munskyddens vara eller icke vara diskuterades länge och väl och när SARS-Cov 2 kom i vågor dök det upp en brokig skara masker av alla dess slag. Inandningsskydd klassificeras efter FF (filtering facepiece), P (parikel) och klass 1-3. Vilken klass har en mask som filtrera 94 procent av partiklar på 0,6 µm

8. Den 30 september beslutade IVO,

inspektionen för vård och omsorg, att om inte antalet somatiska vårdplatser ökas med minst 30 vårdplatser utgår ett vite på 20 miljoner kronor. Vilket sjukhus gäller det?

9. I september publicerade 233 medicinska tidskrifter ett gemensamt upprop för klimatet. Bland annat fanns en uppmaning till världens ledare att hålla den globala temperaturökning nere. Hur många grader jämfört med förindustriell tid nämndes i uppropet?

10. I år har man uppmärksammat att det var 100 år sedan Banting gjorde sina försök med hundar. Insulin som fått sitt namn av de Langerhanska öarna (latin insula) produceras i betacellerna men vad heter hormonet från alfacellerna.

11. Ett av årets andra 100 årsjubileum är det som uppmärksammar kvinnlig rösträtt i Sverige. Vad hette läkaren som var Sveriges första kvinnliga läkare och ordförande i Landsföreningen för kvinnans politiska rösträtt 1918-1921?

12. Vad är det för medlemsförening som anser sig redan ha vuxit ur sitt palats på Söder och därför köpt sig en ny fastighet för ett par miljarder. Den nya fastigheten kallas kvarteret Snäckan och ligger på Tegelbacken intill lyxhotellet Sheraton. Snäckan vill de genast riva och bygga nytt flott med inflytt 2028. Vilken är medlemsföreningen?

Rätt svar

1. Integrationsstyrelsen
2. Ko (vaccin är latin för ko, Jenner använde sekret från en mjölkerska sjuk i kokoppor)
3. Foliehatt - Huxley skrev i en novell från 1927 om en foliehatt som skyddade mot tanke läsning
4. Aktivitetsbaserad arbetsplats
5. Chippapp (Capiscum - Julius använde kapsaicin som ger känslan av hetta)
6. MMA World Medical Association
7. FFP2
8. Akademiska sjukhuset i Uppsala
9. 1,5 grader
10. Glukagon
11. Karolina Widerström
12. Sveriges Kommuner och Regioner. En del av Juridiska tvister om Snäckans nuvarande kulturnämnare värden har föresenat processen.

"Sverige behöver en total översyn av prostatacancervården"

Text: Christer Bark

2015 påbörjades en miljardsatsning med standardiserade vårdförlopp inom cancervården i Sverige efter dansk förebild. I en överenskommelse mellan regeringen och SKR sattes målet att år 2020 skulle 70 procent av alla cancerpatienter utredas inom ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent skulle få behandling inom fastställda maximala väntetider (ledtider) inom olika sjukdomstillstånd. Hittills har staten skjutit till 3 miljarder till regionerna och fler miljarder är på väg. Uppnåddes målen 2020?

80 procent av alla prostatacancerpatienter skulle få operation inom 61 dagar Det blev 5 procent för högriskpatienterna

För att se om målsättningen uppnåddes granskade vi hur många i "högriskgruppen", de cancerpatienter som är i störst behov av snabb behandling, fick radikal prostatektomi där hela prostatan opereras bort inom leddiden 61 dagar 2019.

Nationella prostatacancerregistret, som har den bästa statistiken i Sverige, visade att endast 5 procent av högriskpatienterna i Sverige fick sin operation inom den

fastställda leddiden 61 dagar från remiss till operation. Och i Blekinge, Dalarna, Halland, Jämtland, Kalmar och Örebro opererades inte en enda patient inom leddiden. Bäst var Värmland där 11 procent fick sin operation inom 61 dagar.

Men hur länge fick patienterna i högriskgruppen vänta över leddiden på sin operation?

Mediantiden är ett mått att visa det på. 2019 låg mediantiden i

Sverige på 120,5 dagar, alltså 100 procent längre än leddiden. Värst var det i Skåne där mediantiden var 300 procent längre än leddiden.

Ett annat mått är att se hur stor andel av patienterna som fått vänta över ett halvår.

2019 hade 20 procent av patienterna i högriskgruppen i Sverige med prostatacancer väntat över ett halvår innan de opererades.

I Skåne hela 50 procent.

■■■

Året är 2015 och Ingela Franck Lissbrant, onkolog på Sahlgrenska universitetssjukhuset har utsetts till regional processägare för prostatacancer inom Cancercentrum väst. Hon är också nybliven vice ordförande inom Nationella prostatacancerregistret.

Hon har arbetat mycket och tungt kliniskt i decennier och behandlat 10.000-tals cancerpatienter. Hon har forskat.

Nu är hon en av nyckelpersonerna som ska driva cancervården framåt.

I uppdraget ingår bland annat att försöka få igång den nya nationella satsningen på standardiserade vårdförlopp i regionen. Hon är entusiastisk.

– Jag tillhörde verkligen den skaran som kände att wow! Äntligen ska vi ta ett helhetsgrepp om väntetiderna. Jag tror fortfarande på idén, men resultatet sex år senare är alldeles för litet. Ett av de stora bekymren är uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen – där har man satsat på för krångliga och missvisande mätningar som



Foto: Sören Håkand

De viktiga datastöden

Meningsfull och tillförlitlig data med många delledtider i vårdprocessen är viktigt för att standardiserade vårdförlopp ska komma till nytta och hitta de flaskhalsar som stoppar upp vården.

▼ I Uddevalla som gick från bottenligan till att få Sveriges kortaste väntetider från remiss om misstänkt cancer till behandling inom prostata, njur- och blåscancer (Se nästa uppslag) har man sedan man införde standardiserade vårdförlopp använt data från kvalitetsregistren och SVF-INCA som kan leverera delledtider i realtid.

SVF-INCA är både ett arbetsverktyg för koordinators i vården och ett processutvecklingsredskap som togs fram av Cancercentrum Väst 2015. Syftet var att skapa ett nationellt enhetligt IT-system tillgängligt för alla, både offentliga och privata vårdgivare, där det skulle gå att följa vårdprocessen för enskilda patienter dag för dag.

Bakgrunden var att regeringen och SKR ville gå fram snabbt med uppföljningen vid införandet av standardiserade vårdförlopp och beslutat att samla in data från regionernas patientadministrativa system till "Signe", SKR:s väntetidsdatabas, som använts under många år för att följa upp vårdgarantin och sågs som möjlig att bygga vidare på.

Detta oroad många av RCC:s processledare, bland annat processägarna i Cancercentrum Väst, Ingela Franck Lissbrant och Johan Stranne, som befarade att det skulle bli svårt att få till en nationellt sammanhållen plattform via de vårdadministrativa systemen i regionerna som skulle klara att följa vårdförloppen, eftersom det finns så många olika system. De och många andra hade hellre sett att det byggts ett nationellt och transparent system på alla de kvalitetsregister som fanns och som samlat kvalitetsdata i många, många år.

Ingela Franck Lissbrant som var aktiv i Nationella prostatacancerregistret (NPCR) såg också att många av de delledtider som skulle krävas för att följa upp förloppen hade man redan i NPCR.

Fotnot: Nationella prostatacancerregistret har 98 procents täckning, men saknar väntetid från inremiss till första besök hos specialist för 30 procent av patienterna. Dessa har inte räknats med i sammanställningen av den totala väntetiden från inremiss till behandling.

Fortsättning nästa uppslag>>>

Fortsättning nästa uppslag>>>

inte kan användas för att följa upp och förbättra och inte heller ger något stöd för verksamheten att koordinera förloppen, säger Ingela Franck Lissbrant.

Ett annat bekymmer när det gäller det praktiska genomförandet menar hon är att de regionala cancercentrumens vårdprocessgrupper saknar mandat och bara kan föreslå hur man ska jobba. Trots det tycker hon att vårdprogrammen och RCC, där professionen fått ett forum, ändå inneburit ett gigantiskt kliv framåt.

– Grundtanken med nationella vårdprogram och cancercentrum i större regioner var för mig personligen, i min läkargärning, en riktig aha-upplevelse. Äntligen kände jag att här har jag ett forum där jag kan diskutera med kompetenta och kunniga kollegor i regionen och med de lokala processledare som kan sitt sjukhus för att lösa saker gemensamt. Bara det faktum att professionen fått bollen för att försöka styra upp saker och ting har gjort att det hänt mycket. Professionen har både kompetensen och viljan att organisera detta på ett klokt sätt. Vår omställning av covid-vården på bara några veckor illustrerar på ett väldigt tydligt sätt att kraften finns, säger Ingela Franck Lissbrant, som tycker att det är synd att cancercentrumens vårdprocessgrupper inte har ett större mandat.

– Deras uppdrag är ju att möjliggöra de här processerna. Om man har identifierat att exempelvis patologin är en flaskhals, så borde man också kunna vara med i processen och göra något åt detta. Nu hänger det ofta upp sig på vägen för att det finns många andra intressen som hindrar en förändring. Det kan vara att man värnar sjukhusets volym, det kan finnas behandlingstraditioner som är svåra att bryta eller handla om de kompetenser som finns.

Stora landvinningar

Men prostatacancervårdens allra största utmaning inför framtiden handlar om något annat – de stora landvinningarna inom diagnostik och behandling som gjorts och det faktum att prostatacancer är den största tumörgruppen med cirka 10 000 nya fall varje år där cirka 2 000 primärt opereras och ungefär lika många



Ingela Franck Lissbrant och systemutvecklaren Johan Ivarsson var med och drog igång SVF-INCA.

strålbehandlas årligen.

– För 10-15 år sedan så sköttes prostatacancer huvudsakligen av urologer. Nu behövs det urologer, patologer, radiologer och till mycket stor del onkologer för att korrekta behandlingsbeslut ska fattas. För tio år sedan fanns det inte ens prostataonkologer och det tar tid att utbilda tillräckligt många för den största cancerformen, säger Ingela Franck Lissbrant.

Och det är ingen enkel match att få alla instanser att gå i takt, menar hon.

– Så fort vi justerar och skruvar på något är det som att styra om en Atlantångare för att få saker och ting på plats.

Vi har också fått ett paradigmskifte inom diagnostiken som idag blivit betydligt mer komplicerad. Nu ska alla patienter som har förhöjt PSA-värde först genomgå en magnetkameraundersökning och då behövs tätt samarbete med radiologer och sedan behandlande

enhet, vilket även förlängt väntetiderna när den kapaciteten ska byggas upp.

Ytterligare ett dilemma är att prostatacancervården är så fragmenterad och uppdelad på så många vårdgivare. 30 procent av diagnostiken i Västra Götaland och uppåt 70-80 procent i Stockholm görs av privata vårdgivare. För att få det här sömlöst måste det till helt nya arbetssätt och samverkan på ett helt annat vis.

Är det brist på specialister eller är det organisationen som är det stora problemet?

– Det är både och skulle jag säga. En del är verkligen att det saknas personella resurser. Patologin är en flaskhals, radiologin är en flaskhals. Strålbehandlingskapacitet och operationskapacitet kan också vara flaskhalsar, men det skiljer sig åt över landet vilken flaskhals som är störst. Men lika viktigt för att få det sömlöst är arbetssätt och samverkan

mellan de olika disciplinerna. Det behövs multidisciplinära och tekniskt välutrustade enheter för de avancerade ingreppen och medicinska behandlingarna.

– Det har gått åt rätt håll, men för prostatacancervården så har det gått för långsamt, tycker Ingela Franck Lissbrant.

– Det finns alltför stora olikheter mellan regionerna och väntetiderna är fortfarande en akilleshäla. Det är väldigt bekymmersamt att vi inte kommit längre efter så lång tid och så mycket satsade pengar. Har man satt nationella mål ska de vara bindande. Det man har bestämt ska man leverera. Punkt. Slut-satsen man kan dra när man tittar på ledtidsstatistiken är att det är extremt få patienter som får behandling i tid.

Vilka är då lösningarna?

– Jag tror på en tydligare nationell styrning och på större regioner. 21 regioner är alldeles för många för att det

ska bli verkstad av saker och ting.

– De sex sjukvårdsregionerna tror jag är en bra storlek för att kunna ta hänsyn till de regionala och lokala förutsättningar som finns, för lösningarna måste se olika ut. Det är en sak att bo i Norrland och en sak i Stockholm. Jag tror att det är svårt att peka från nationellt håll och säga att så ska ni göra i norr och så ska ni göra i söder.

– Men oavsett lösning är det oerhört viktigt att professionen och patienterna involveras så att deras kunskap tas tillvara för att få processerna att fungera och också att det finns både mandat och vilja till samordning där man vänder på varje sten och verkligen tittar på flöden utifrån patientens behov.



>>> Fortsättning från föregående uppslag

De kallade till ett möte där det beslutades att bygga ett eget system och på bara fem veckor togs systemet fram under systemutvecklaren Johan Ivarssons och andras ledning. Det som kallas SVF-INCA. Idag är det obligatoriskt i Stockholm och på Gotland och i Västra Götaland är det frivilligt att använda.

SVF-INCA

▼ I SVF-INCA går det att följa en enskilds patients vårdförlopp dag för dag med en rad delledtider från välgrundad misstanke till start av behandling, från remissankomst, när remissen bedömdes, planering av utredning, lokal konferens, första besök, remiss till biopsi, när biopsin utförts, biopsisvaret, när multidisciplinär konferens hölls, när behandlingsbeslut togs, till start av behandling.

Utöver det finns det en rad rapportverktyg för att titta mer detaljerat och gräva ner sig i varje delledtid. Det går också att visa trender på olika sätt.

”Signe” och Nationella prostatacancerregistret

▼ I SKR:s Signedatabas går det att se start och stopptider som är obligatoriskt för regionerna att rapportera in, men inte det Ingela Franck Lissbrant, vice ordförande i NPCR har nytta av.

– För prostatacancer är det helt meningslöst om du inte registrerar vårdförloppen på riskkategorier. I NPCR delar vi upp patienterna i ”lågrisk”, ”mellanrisk” och ”högrisk”. Medicinskt är det olika behandlingar som behöver följas och de behöver följas helt olika baserat på vilken riskkategori patienten tillhör för att du ska kunna planera och styra vården på ett vettigt sätt, säger hon.

I NPCR finns de delledtider som behövs för att följa vårdförloppen för de olika riskkategorierna, säger hon.

– Vi har i princip stenkoll på varena prostatacancerpatient, vilken behandling de får och hur väntetiderna ser ut, säger Ingela Franck Lissbrant.

Egna rapportörer

▼ Nationella prostatacancerregistret har egna rapportörer runt om i landet som utses av klinikerna, ibland är det undersköterskor, ibland är det administratörer och ibland sjuksköterskor. – Sedan har vi utvecklat det till en konstform att återrapportera i realtid. Du kan inte samla in en massa data och sedan skriva ihop en årsrapport på 300 sidor och förvänta dig att någon ska läsa den. Vad vi gjort är att vi utvecklat ett interaktivt återrapporteringssystem där all data finns tillgänglig för inrapporterande klinik 24 timmar efter att man rapporterat in. Där har vi i professionen valt ut tio stycken kvalitetsindikatorer som vi tycker är viktiga för prostatacancervården just nu, där den enskilda kliniken kan se hur den ligger till och jämföra sig med regionen eller landet och sedan titta på utvecklingen över tid. Och vi har även all data avidentifierad i en publikt tillgänglig on-lineraapport på Nationella prostatacancerregistrets hemsida, kallad ”Ratten” där patienter kan gå in och se hur många operationer som görs och hur väntetiderna är på de olika sjukhusen, säger Ingela Franck Lissbrant.

”Tillsätt en nationell tillsynsmyndighet för standardiserade vårdförlopp”

Uddevalla blev bäst i landet, men urologchefen vill ändå ha enkla och raka danska krav

Text: Eva Nordin

Vid Uddevalla sjukhus finns Sveriges kortaste ledtider i standardiserade vårdförlopp för prostata, njur- och blåscancer. Hemligheten?

– Ytterst handlar det om tilltro till arbetssättet och att sjukhusledningen fattade ett strategiskt beslut om att prioritera SVF, säger Jesper Swärd, urolog och chef för urologsektionen.

▼ När de första standardiserade vårdförloppen infördes i Sverige 2015 brottades många kliniker med långa väntetider. Vid kirurg- och urologkliniken på Uddevalla sjukhus fick patienter med misstanke om prostatacancer vänta 150 dagar från remiss till start av behandling (kurativ primärbehandling).

Två år senare, 2017, hade väntetiden kapats till 61 dagar och Uddevalla var plötsligt bäst i landet. Rikssnittet i landet var vid den här tiden 126 dagar och de kliniker som låg sämst till hade ledtider på 155–198 dagar.

– Vi bestämde oss tidigt för att tro på projektet. Vi fick också med oss sjukhusledningen som snabbt fattade beslut om



Fortsättning nästa uppslag >>>

Jesper Swärd, urolog och chef för urologsektionen och Olof Ekre, chefläkare och områdeschef för opererande specialiteter i NU-sjukvården (Trollhättan och Uddevalla) lyckades etablera välfungerande samarbeten mellan anestesi, operation, IVA och diagnostikspecialiteterna och gick från bottenligan till att få landets bästa ledtider i de standardiserade vårdförloppen.

Foto: Sören Håkanlind.

att detta skulle prioriteras. Det vi har gjort är egentligen inget revolutionerande utan något som alla kliniker egentligen borde kunna göra och lyckas med, säger Jesper Swärd.

Mellan 2017 och 2019 har mediantiden för SVF-prostatacancer i Uddevalla ökat med drygt en vecka till 69 dagar, men sjukhuset toppar fortfarande Sverigelistan, inte bara för prostatacancer, utan även för andra urologiska cancrar som blås- och njurcancer.

– Vi har etablerat arbetssätt som fungerar mycket väl. Men det kräver skötsel och underhåll. Jag brukar likna SVF vid en kanal med slussar som måste tas om hand och hållas öppen för att båtarna ska kunna passera.

Sedan 2015 har allt fler vårdförlopp startats och det finns i dag totalt 31 SVF i Sverige. Syftet har varit att standardisera och påskynda utredning och behandling av cancersjukdomar.

Även om staten har satsat miljardtals kronor i stimulansmedel för att förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer och start av första behandling är det för många diagnoser fortfarande långa ledtider och få sjukhus och regioner lever upp till inklusions- och ledtidsmålen.

– Det har byggt mycket på fritt valt arbete. För att lyckas pressa ledtiderna krävs både morötter och rejält med piska. Jag menar att det inte finns någon styrning. Det mesta bygger bara på frivillighet och det finns inga ekonomiska incitament. Varken positiva eller negativa.

Gillar den danska modellen där det krävs resultat

– Jag upplever styrningen av hela sjukvården som ekonomibaserad, inte kvalitetsbaserad. Om man som verksamhetschef inte håller budgeten leder det i regel till avsked. Men om man har usla ledtider och usla kvalitetsdata händer ingenting. Det är rätt kravlöst i svensk sjukvård, menar Jesper Swärd.

– Personligen gillar jag den danska modellen där det blir konsekvenser i form av viten, eller att man blir av med uppdrag om man inte uppnår målen.

Om man vid exempelvis prostata- och blåscancer håller korta ledtider och visar en hög kvalitet, då är det rimligt att man får behålla uppdraget, annars bör det lämpligen flyttas över till ett annat sjukhus.

Bristen på specialister, särskilt inom patologi, kan vara ett viktigt skäl till att det är svårt att hålla ledtider. Men Jesper Swärd menar att det inte är ett argument som håller.

– Vi har också haft svårt med vissa specialiteter, exempelvis patologer. Men då har vi försökt att kompensera det

genom att vara snabbare i andra delar av förloppen. Men i ärlighetens namn, det är många sjukhus som har en förhållandevis liten brist på radiologer, patologer och urologer som har lyckats mycket sämre än vad vi har gjort.

Uddevalla har, kort sammanfattat, mindre än hälften så långa ledtider jämfört med riksgenomsnittet för tre SVF som rör urologiska cancrar. Vilka är det viktigaste framgångsnycklarna?

Olof Ekre är chefläkare och områdeschef för opererande specialiteter i NU-

sjukvården (Trollhättan och Uddevalla). Han tillträdde sin nuvarande befattning för fem år sedan, ett år efter att SVF drog i gång på allvar.

– Min företrädare var starkt engagerad i SVF-projektet och drev frågan hårt i sjukhusledningen. Beslut fattades på högsta nivå och alla enades om att vi skulle införa SVF på ett strukturerat sätt. Det är inte särskilt framgångsrikt att skicka mejl till varandra med uppmaningen att skärpa till sig. Man behöver sitta ned tillsammans, se varandra i ögonen och sedan komma

överens om vad som ska göras, med stöd från högsta ledningsnivå.

Arbetet började med att identifiera flaskhalsar. För varje SVF tillsattes sedan en styrgrupp under ledning av områdeschef där verksamhetschefer för samtliga kliniker involverade i respektive SVF var representerade. För varje SVF-flöde tillsattes också en processgrupp.

– Vi lyckades etablera välfungerande samarbeten mellan anestesi, operation, IVA och diagnostikspecialiteterna. Vid sittande styrgruppsmöte fattades

gemensamma beslut om vad som krävdes för att minska ledtiderna. De stimulansmedel vi fick från staten var viktiga eftersom vi slapp flytta runt pengar och ha irriterade diskussioner. Alla som var med fick en släng av slevan för att uppnå resultat, annars hade det varit mycket svårare att genomföra detta.

Flexibelt operationsschema halverade ledtiden för prostatacancer

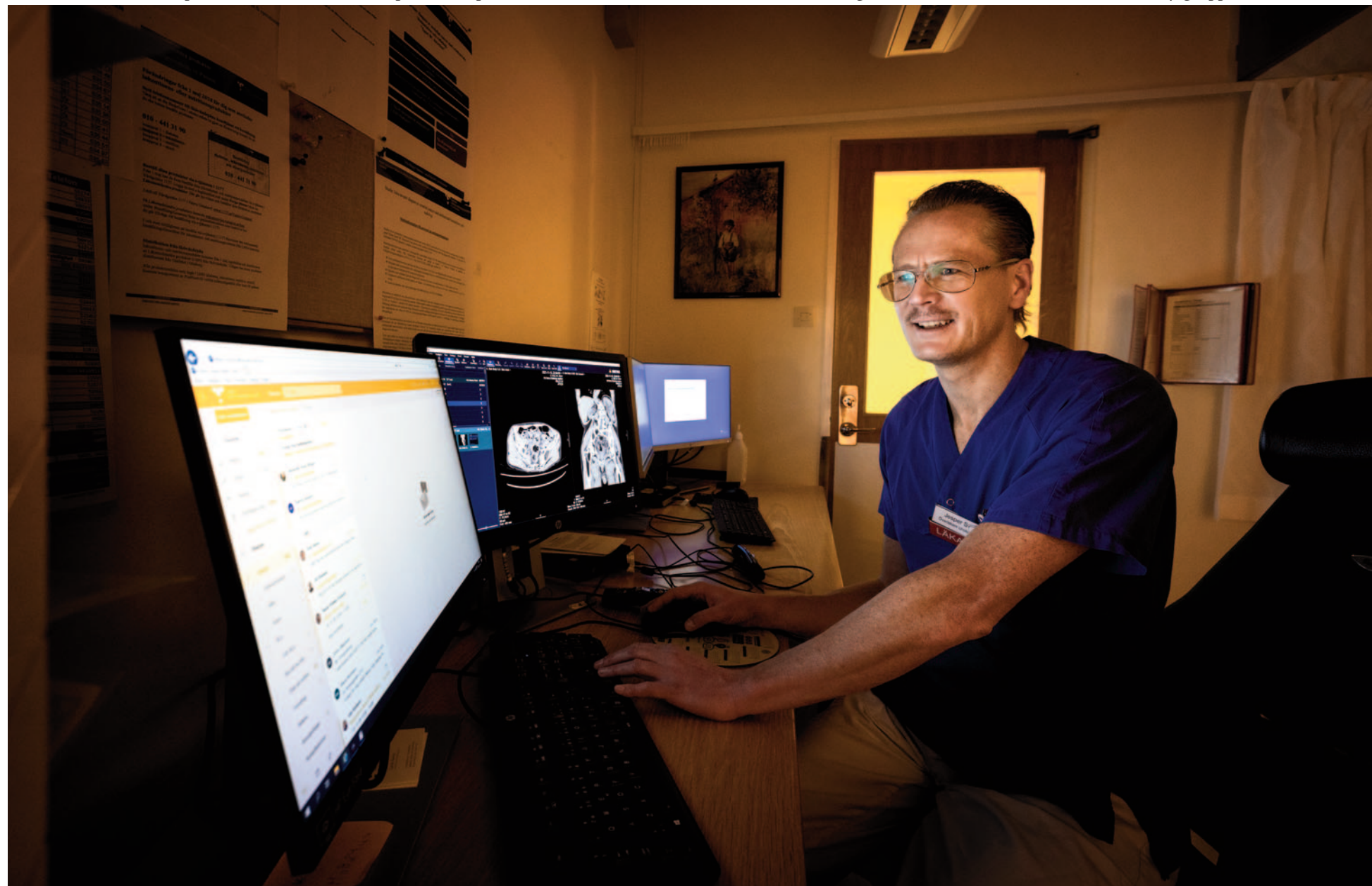
En av flera viktiga framgångsnycklar var övergången till flexibelt operationsschema. Det uppdaterades kontinuerligt utifrån inflödet av cancerpatienter i behov av kirurgi. Men det krävdes rejäla diskussioner för att frångå en schemaläggning där varje kirurg fick lika mycket operationstid.

– Det är förstås viktigt att varje enskild kirurg får operera tillräckligt stora volymer för att upprätthålla en hög kvalitet. Här krävdes kompromisser för att vi skulle lyckas förena processarbetet med SVF, eftersom vi den ena veckan kan ha ett tiotal fall, påföljande vecka 20 fall och därefter bara en handfull. Då går det inte att schemalägga utifrån att varje kirurg ska få lika mycket operationstid. Att ställa om till ett flexibelt operationsschema halverade ledtiden för SVF-prostatacancer, säger Jesper Swärd.

Det ska dock poängteras, menar han, att den verksamhet som bedrivs på Uddevalla sjukhus huvudsakligen är elektiv. Operationsprogram ställs sällan in på grund av akuta händelser.

– Det är en stor fördel vid den här formen av planerad cancerkirurgi. Vi har inga akuta flöden som stör vår planering och det är förstås en stor vinst.

En annan viktig åtgärd var att frångå kontinuitetsprincipen. Den läkare som tar vävnadsprovet (PAD) behöver inte nödvändigtvis vara den som sedan lämnar svarsbeskedet till patienten. Det kan lika gärna vara någon annan av specialisterna. Det är mindre viktigt, menar Jesper Swärd, att patienten får



En av flera viktiga framgångsnycklar var att frångå kontinuitetsprincipen. Den läkare som tar vävnadsprovet (PAD) behöver inte nödvändigtvis vara den som sedan lämnar svarsbeskedet till patienten, säger Jesper Swärd. Foto: Sören Håkanlind.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Uppföljningen en snårskog – I Uddevalla använder man kvalitetsregistren

träffa samma läkare än att få träffa en duktig specialist som kan lämna besked på ett optimalt sätt.

Alla utredningar på en dag halverade utredningstiden

Kirurg- och urologkliniken har även effektiviserat utredningsförloppet för blåscancer. Vid välgrundad misstanke utreds patienter på en dag. Personen kallas till mottagningen tidigt på morgonen och under loppet av några timmar tas blodprover och därefter genomförs skiktröntgen och cystoskopi.

Vid upptäckt av cancer lämnas besked direkt och en kontakt etableras med kontaktsjuksköterska. Innan patienten lämnar sjukhuset erbjuds även en tid för operation inom max en vecka.

– Patienten avsätter en dag där vi gör all utredning i stället för att göra den vid flera sjukvårdsbesök. På det här sättet har vi halverat vår utredningstid. Under en normal vecka genomför vi cirka 13 sådana utredningsdagar för blåscancer, säger Jesper Swärd. Det finns i dag en uppsjö av sjukvårdsadministrativa system. I Västra Götaland ska varje förvaltning rapportera obligatoriska koder till Elvis, (ett bokningssystem) därifrån går uppgifterna vidare till regionens databas Gral för att sedan skickas vidare till SKR:s databas Signe.

Parallellt bygger regionerna nya egna system för uppföljning och i Uddevalla används olika system som Power BI och SVF-INCA, ett administrationsverktyg som tagits fram av Regionalt cancercentrum väst.

Vilken data ska man lita på och

hur ska man få en översiktsbild av hur det ser ut på nationell, regional och lokal nivå?

– Det är inte helt enkelt, olika specialiteter har haft olika uppföljningsinstrument. Mycket faller tillbaka på respektive processansvarig läkare att ha koll på sina förlopp. För oss i sjukhusledningen har det varit väldigt svårt att få en klar och tydlig bild av hur det egentligen står till med SVF-förloppen. Data finns ju lagrad i olika typer av databaser och det är frustrerande, säger Olof Ekre.

Jesper Swärd hänvisar till de cancer-specifika kvalitetsregistren på IT-plattformen INCA. Där hämtar han den statistik han behöver för att följa de vårdförlopp han ansvarar för.

– Vi lägger en enorm kapacitet på att rapportera till de här registren. För mig är kvalitetsregistren de mest tillförlitliga och det är där vi hämtar data för att följa och utvärdera våra processer, men också för att jämföra oss med övriga landet. SVF-INCA är ett sätt att förenkla och synliggöra data som hämtas från kvalitetsregistren och som kan ge oss ledtider i realtid.

Men hur används då den data som matas in i SKR:s databas Signe?

– Jag är högst osäker på om vi använder oss av den databasen, jag har



Olof Ekre.
Foto: Sören Håkanlind.

inte fått någon Signe-rapport på väldigt länge, säger Jesper Swärd.

För 2020 är målet att 70 procent av alla nya cancerfall, inom aktuella diagnoser, ska utredas enligt SVF. 80 procent av dessa patienter ska genomgå respektive SVF inom angivna ledtider (ledtidsmål).

– Målsättningarna vad gäller ledtider är i många fall orealistiska, de är formulerade utifrån en idealbild som inte tar hänsyn till verkligheten. Vi har så olika förutsättningar beroende på om vi bedriver sjukvård i en storstad eller i glesbygd. Olika sjukhus har också olika uppdrag. Viss diagnostik kan exempelvis inte utföras överallt utan måste hanteras på större sjukhus. Det innebär fördröjningar. Jag skulle vilja se att man justerar ledtiderna för SVF, säger Olof Ekre.

Standardiserade vårdförlopp har inte lett till att ojämlikheterna minskat

Skillnaderna i landet, mellan regioner och inom regioner, är stora när det gäller väntetider från remiss till behandling. SVF har inte lett till att ojämlikheten har minskat. Jesper Swärd skulle gärna vilja se att en nationell tillsynsmyndighet etableras i Sverige.

– Vi behöver en tillsynsmyndighet vård namnet, som har till uppgift att övervaka tillgänglighet, ledtider och kvalitetsparametrar och som kan utdela sanktioner mot de som inte sköter sig. Bättre tillgänglighet, kortare ledtider och högre kvalitet sparar i slutändan mycket pengar.

– Jag tror inte att politiken kan agera tillsynsmyndighet över sjukvården, det har hittills inte lett till en jämlik vård.

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, seder 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

janssen Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johnson & Johnson**

Janssen-Cilag AB Box 4042, SE-169 04 Solna, Sweden
Tel +46 8 626 50 00, Fax +46 8 626 51 00, www.janssen.com/sweden



Staten och SKR kan skicka miljarder i stimulansmedel och genomdriva vilka reformer och smörjmedel som helst, men vad hjälper det när vi saknar vårdpersonal och vårdplatser?

Text: Eva Nordin

Kirurgcentrum vid Norrlands universitetssjukhus har i flera år brottats med Sveriges längsta väntetider för SVF-patienter med blås-, njur- och prostatacancer. Det är inte så konstigt, menar urologen Amir Sherif.
– Inga statliga reformer eller ekonomiska smörjmedel i världen hjälper när det saknas operationslag, vårdpersonal och vårdplatser.

▼ Synligt blod i urinen kan vara en indikation på cancer i urinblåsan. Varje år upptäcks 2 700 nya fall med urinblåsecancer och sjukdomen är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor.

Så snart det finns en välgrundad misstanke om cancer ska den som söker vård snabbt utredas inom ett standardiserat vårdförlopp, SVF.

Men, bor man i fel ände av Sverige, är väntetiden från remiss till behandling (TURb/px) bland de längsta i landet. Medelväntetiden i riket är 27 dagar. I Umeå är den nära 44 dagar, det vill säga nästan tre veckor längre än de bästa i landet.

Primärvårdens agerande ett stort problem

– En av flera viktiga förklaringar är långa fördröjningar i remisshanteringen. Till skillnad från många andra regioner i landet, vill primärvården hos oss inte remittera patienter till datortomografi. Det innebär att när patienterna kommer till oss i slutenvården måste vi börja med att skriva DT-röntgen-remissen för att sedan gå vidare med cystoskopi. Vi förlorar över en vecka i utredningstid,

säger Amir Sherif, urolog och överläkare vid urologisektionen vid Kirurgcentrum på Norrlands universitetssjukhus, NUS.

Diskussionerna med primärvården har strandat i djup oenighet, menar han.
 – Primärvården menar att det här är slutenvårdspatienter. Men det är varken slutenvårdens eller primärvårdens patienter. Det är patienter med misstänkt cancer där det snabba vårdförloppet ska starta i primärvården för vidare utredning i slutenvården. Så gör man i många andra regioner, men inte i Region Västerbotten. Det är helt obegripligt och de som förlorar är patienterna, säger Amir Sherif, även vice ordförande i svensk urologisk förening, SUF.

Extrem underbemanning

Även SVF-väntetiderna vid njur- och prostatacancer har under flera år varit långa i Umeå, mellan 2017 och 2019 var de längst i landet.

Amir Sherif menar att tidsperioden speglar en tuff tid med en extrem underbemanning av urologer, vilket underminerat möjligheterna att hantera SVF-förloppen.

– Nu har situationen tack och lov

ändrats. Vi har rekryterat blivande specialister samt nyblivna specialister i urologi till Umeå och har en god bemanning här, men dessvärre är det fortfarande underbemannat med specialister i Lycksele och Skellefteå.

– Vi har även under 2021 lyckats minska väntetiderna för prostataektomi ganska rejält. Men det kvarstår dock långa väntetider för SVF- makrohema-turi och för primärbehandling av nyupptäckt samt för transuretral lokalbehandling av recidiverande urinblåsecancer.

En tredje faktor till de långa väntetiderna är bristen på operationslag och på vårdplatser.

Hur ska man kunna sköta ett snabbspår för cancerpatienter när det råder skriande brist på personal som narkos- och operationssjuksköterskor, undersköterskor, specialister samt vårdplatser undrar Amir?

– Staten och SKR kan skicka miljarder i stimulansmedel och genomdriva vilka reformer som helst, men vad hjälper det när vi saknar vårdpersonal och vårdplatser?

Fortsättning nästa uppslag >>>

Brottas med Sveriges längsta väntetider



Hur ska man kunna sköta ett snabbspår för cancerpatienter när det råder skriande brist på personal som narkos- och operationssjuksköterskor, undersköterskor, specialister samt vårdplatser, undrar Amir Sherif.





Jonas Sandberg, överläkare och chef för urologisektionen vid Kirurgcentrum på NUS, tror att det kommer att ta tid innan ledtiderna för SVF-förloppen kan pressas och att mycket hänger på arbetsmiljön och resurserna för att lyckas. Foto: Sören Håkanlind..

Det är de faktiska aktörerna "på golvet" som utför kärnverksamheten som behöver värnas om, menar Amir.

– Detta faktum kan inte trolas bort med hjälp av missriktade investeringar på IT, konsulter och fler mellanchefer.

Tror på standardiserde vårdförlopp

Amir vill understryka att han tror på SVF-makrohematuri, det är en bra och viktig reform som snabbt fångar upp de allra sjukaste och som inneburit mycket snabbare processer för dem, menar han.

– I dag har vi koll på patienterna på ett helt annat sätt. Även om utredningstratten har blivit mycket bredare och vi hanterar många fler misstänkta fall i dag än tidigare, är utredningstiden för de med allvarlig urinblåsecancer mycket kortare idag. Det är en stor vinst för de patienterna.

Det är dock svårt att vända en oceanångare och styra om kursen. Grundproblemet är resursbrist och det krävs flera olika åtgärder för att inte flykten från vården ska eskalera. Ju färre som stannar kvar, desto sämre arbetsmiljö och desto fler som vill sluta. Ett slags moment-22, menar Amir.

– Beslutsfattare hanterar sjukvården

som om den vore vilken privat marknad som helst. Men vi är ingen konserverfabrik som spottar ur oss konserver på löpande band. Vi ser en oroväckande utveckling där vi först och främst måste se till att vi har tillräckligt med vårdpersonal och vårdplatser, sedan kan vi skruva på processerna i SVF-förloppen.

Ledningsbeslut krävs

Jonas Sandberg är överläkare och chef för urologisektionen vid Kirurgcentrum på NUS. Liksom Amir Sherif förklarar han orsakerna till de långa SVF-väntetiderna med resursbrister i det operativa flödet. Samtidigt medger han att det arbete som också måste göras för att kartlägga flaskhalsar och få i gång ett smidigt SVF-flöde har dröjt.

– Vi har påbörjat ett produktionsarbete, en horisontell planering där vi tittar på alla kliniker och vad som måste göras. Men det är ytterst känsligt att omfördela resurser mellan kliniker för att minska köer och förändra arbetssätt. Det faller sällan i god jord.

Även om man på urologmottagningen ser över flaskhalsar och åtgärder dem, räcker inte det. Det måste finnas ett omfattande samarbete över klinik-

gränser och för att lyckas krävs beslut ovanför verksamhetschefsnivå. I år har vi äntligen fått det beslutet och det innebär att vi måste hitta andra sätt att arbeta, säger Jonas Sandberg.

För att följa patienterna i SVF-förloppen använder Jonas Sandberg helst de cancerspecifika registren och den information som finns i sjukhusets administrativa system.

– Jag använder sällan SVF-data utan tittar på väntelistan i vårt journal-system. Jag går inte in i Signe förutom när jag får ett statistiskskick. En del av vårt produktionsarbete handlar om att se över registreringen och se till att vi får en enklare tillgång till tillförlitlig statistik för att bättre kunna följa våra patienter.

Det kommer att ta tid innan ledtiderna för SVF-förloppen kan pressas. Den stora frågan kvarstår dock, menar Jonas Sandberg.

– Även om vi har en tydlig styrning och får till en bra produktionsplanering, kommer vi inte att nå våra mål så länge vi inte har en god arbetsmiljö, resurser och kvalificerad sjukvårdspersonal som orkar och vill stanna kvar i yrket.



ARNI* rekommenderas av ESC 2021 som en av basbehandlingarna vid symtomatisk HFrEF.¹

Tiden till optimal behandling har betydelse för prognosen vid HFrEF²

Gör ENTRESTO® till ditt förstahandsval i stället för ACEi

ENTRESTO® förlänger överlevnad och minskar sjukhusinläggningar hos vuxna patienter med kronisk symtomatisk HFrEF, jämfört med ACEi (enalapril) (HR 0.80, p<0.001, ARR 4.7%).³

Entresto®
sakubitril/valsartan

* Angiotensin Receptor Neprilysin Inhiberare

Referenser 1. McDonagh T, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2021; 00:1–128 2. McMurray J., Packer M. Circulation 2021; 143:875–877 3. McMurray JJ et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med. 2014; 371(11): 993–1004.

ENTRESTO® (sakubitril/valsartan) Rx. (F) Subvention endast enligt indikation. **ATC kod C09DX04.** **Beredningsform:** Filmraderade tabletter. ENTRESTO hämmar neprilysin (via sakubitril) samtidigt som den blockerar AT1 receptorn (via valsartan). **Indikation:** Behandling av kronisk symtomatisk hjärtsvikt hos vuxna med nedsatt ejektionsfraktion. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller något hjälpämne. ENTRESTO får inte administreras förrän tidigast 36 timmar efter avbruten behandling med ACE-hämmare. Tidigare konstaterat, ärftligt eller idiopatiskt angioödem. Samtidig användning med aliskirenninnehållande läkemedel hos patienter med diabetes mellitus eller patienter med nedsatt njurfunktion. Allvarligt nedsatt leverfunktion, biliär cirros och kolestas. Andra och tredje trimestern av graviditet. **Varningar och försiktighet:** Dubbel blockad av renin-angiotensin-aldosteronsystemet. SBP<100 mm Hg. Hyperkalemi. Nedsatt njurfunktion. Måttligt nedsatt leverfunktion. ENTRESTO har mindre effekt på förmågan att framföra fordon och andra maskiner. **För pris och ytterligare information** se www.fass.se. **Datum för senaste översynen av produktresumén:** 2021-09-02. Novartis Sverige AB, Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

 **NOVARTIS**

”Standardiserde vårdförlopp och sjukvårdens styrning borde inte få vara fritt valt arbete”

Text: Eva Nordin

När kirurgen Mattias Block insjuknade i kolorektalcancer mötte han en högkvalificerad sjukvård och fick ett snabbt och bra omhändertagande. För andra patienter med samma sjukdom går det dock inte lika snabbt, beroende på var man bor i landet. Nu efterlyser Mattias Block en statlig sjukvård och tydligare styrning för en mer jämlik vård.

I över femton år har han som specialläkare träffat svårt sjuka patienter som drabbats av cancer och som stått inför högriskkirurgi. Utan att lova för mycket har han ändå försökt att plantera ett hopp.

– Patienter lägger sina liv i våra händer och det är ett enormt stort förtroende som vi måste värda väl. Vi kan aldrig veta utgången, men vi kan hjälpa patienter att känna förtroende och skapa tillit till att vi siktar på att bota, vilket vi kan för majoriteten av patienter med kolorektalcancer, säger Mattias Block.

I maj 2020 överrumplades han själv av ett cancerbesked. På fredagen hade han arbetat som vanligt som chef för kolorektalsektionen på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra. På måndagen kände han sig plötsligt ovanligt trött

Vem bestämmer egentligen i svensk sjukvård och hur följer man upp de direktiv som ges om alla beslut till syvende och sist hamnar hos 21 olika regioner? Cancerdrabbade läkaren Mattias Block efterlyser statlig styrning för att få en medicinskt jämlik sjukvård.

Fortsättning nästa uppslag >>>



och på kvällen orkade han inte gå i väg till sin träning som han brukade göra. Han hade också svårt att gå på toaletten, det var som om tarmrörelserna hade stannat av. En vag och oroväckande känsla störde honom; stopp i tarmen, kunde det bero på en tumör?

När Mattias kände efter med ett finger upptäckte han en knöl. Sedan gick det snabbt. Han kontaktade sina kollegor på Östra på väg in till arbetet nästa dag och fick göra en akut röntgen. Resultatet var dystert; det var inte bara cancer, det var en cancer i avancerat skede med metastaser i levern samt spridning till bukhinnan och lymfkörtlarna. På grund av spridningen gick det inte att operera. Med hjälp av tung cellgiftsbehandling kunde ett ingrepp eventuellt bli aktuellt senare, allt beroende på hur effektivt behandlingen var.

Vid ett uppföljande möte fem månader senare öppnades ett fönster på glänt; skulle ett ingrepp genomföras var det nu eller aldrig. Men prognosen var inte den bästa och utfallet av en eventuell operation osäker. Onkologen sa nej, kirurgen var tveksam.

Det var ett svårt beslut och föregicks av omfattande diskussioner. Det såg illa ut och frågan var om det var meningsfullt att operera. Till slut blev det ändå beslut om operation och den genomfördes på Nya Karolinska.

– Kompetensmässigt hade ingreppet kunnat genomföras på Sahlgrenska/Östra, men jag ville inte utsätta mina närmaste medarbetare för detta, risken för svåra komplikationer var alltför stor.

16 timmars operation

I den ovisshet som var förberedde Mattias sig för det värsta. Men mitt i allt det svåra hittade han ändå ett slags lugn och en acceptans för att livet är oberäkneligt. Mattias var 52 år vid diagnos och förhållandevis ung; endast fem procent under 50 år drabbas av kolorektalcancer.

– Det var så klart tuffa samtal med familjen, min fru och mina tre barn. Min fru är också läkare, hon förstod vad jag gick igenom och det var skönt att få det starka stödet från henne.

Operationen som genomfördes i slutet av september 2020 var komplicerad och tog 16 timmar. När Mattias vaknade ur narkosen hade delar av tarmen, levern, en bit av bukhinnan samt lymfkörtlar intill kroppspulsådern avlägsnats.

I sammanlagt sex veckor vårdades han på sjukhus innan han fick komma hem igen.

Det var när han hade genomgått kirurgi som han på allvar insåg hur svårt sjuk han var.

– Jag är en erfaren kolorektalkirurg och har träffat många patienter på avdelningen och mottagningen som genomgått stor bukkirurgi. Jag trodde att jag hade rätt bra koll på hur de mårde i efterförloppet, men jag hade ingen aning om hur det egentligen är och hur liten man känner sig där man ligger med plågsamma smärtor, illamående med kräkningar och en bedövande trötthet. Jag har fått stor respekt för hur tufft det är att genomgå den här typen av stor kirurgi.

Han fick även en djupare förståelse för vilken betydelse vårdpersonalen har, inte minst undersköterskorna som tillbringar mycket tid med patienterna. Att bli sedd och bekräftad med närvaro och varma ögon kan vara det som gör att man som patient orkar hålla hoppet levande, menar Mattias.

– Jag har aldrig varit så dålig som under veckorna på sjukhuset. Men jag fick ett fantastiskt bemötande där vårdpersonalen visade prov på mycket medmänsklighet och värme. Det var väldigt helande.

Ingreppet var tufft och komplikationer följde. Mattias fick genomgå ytterligare en operation och en ihopsydd tarm fick akut ersättas med stomi. Under flera månader såg det ut som om canceren var borta. Mattias mårde bra och kunde tacksamt fortsätta sitt liv. Men, knappt ett år senare visade det sig att canceren hade kommit tillbaka.

I dag genomgår han cellgiftsbehandling varannan vecka och har valt att gå ned i arbetstid. Kommer behandlingen att bota honom den här gången? Det finns inga tydliga svar och Mattias är tvungen att leva med en stor ovisshet.

– När man är frisk drömmer man

om många olika saker. När man är sjuk finns bara en enda önskan. Man vill bli frisk. Jag vill fortsätta att leva och jag har byggt en mental styrka som hjälper mig genom stunder av ovisshet och tvivel. Jag tränar mycket och det är viktigt för mig. Jag vill känna att jag har kontrollen över min kropp och att tumören inte definierar mig som person.

Tidig upptäckt räddar liv

Varje år får cirka 6 000 personer diagnosen kolorektal cancer och drygt 2 700 avlider. Det är den tredje vanligaste cancerformen hos män och kvinnor i Sverige, efter bröst och prostatacancer.

Strax innan Mattias insjuknade tog han initiativet till en debattartikel om organiserad screening av kolorektal cancer. Möjligheten att bli botad ökar avsevärt om sjukdomen upptäcks tidigt. Det vetenskapliga stödet för screening är starkt. WHO och EU har i över 15 år pläderat för screening. I många länder i Europa och även i några av de nordiska länderna är screeningprogram infört.

Region Stockholm-Gotland startade med tarmcancer-screening redan 2008, sedan dröjde det till 2014 innan Socialstyrelsen rekommenderade allmän screening för män och kvinnor i åldern 60–74 år. Trots det har införandet tagit tid och hittills är det bara tre regioner som infört screening, även om de flesta regioner fattat ett beslut och nu står i startgroparna för ett införande.

– Det är oerhört klen av Sjukvårdssverige att det har tagit så lång tid att införa allmän screening över hela landet. Vi har en katastrofalt ojämlig sjukvård i Sverige, trots att beslutsfattare ständigt upprepar att vi inte ska ha det, säger Mattias.

I Västra Götalandsregionen finns nu ett beslut om att införa screening i sju steg under åren 2021–2028. Även om screeningprogrammet hade varit på plats när Mattias insjuknade förra året, hade han ändå inte blivit kallad eftersom inklusionsåldern är 60 år. Nu gick det ändå snabbt till diagnos, tack

Fortsättning nästa uppslag >>>

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

TRIXEO AEROSPHERE® (budesonid/glykopyrronium/formoterol)

DEN FÖRSTA
TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

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

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

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

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

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

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

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

Senaste översyn av produktresumén: 2020-12-09. För ytterligare information och priser se www.fass.se

AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca



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

vare ett snabbt agerande från Mattias och hans kollegor

– I mitt fall var det väldigt speciellt. Jag visste vad det handlade om och jag fick en särskild handläggning, absolut. Men om jag inte hade känt knölen och kontaktat mina läkarkollegor, då hade jag i stället hamnat på akuten med stopp i tarmen och fått en akutröntgen. Det gick kanske något snabbare den vägen jag tog, men inte särskilt mycket snabbare. Men när det gäller handläggning och utredning hade jag nog vissa fördelar.

Vid välgrundad misstanke om kolorektal cancer ska utredning startas enligt SVF, standardiserat vårdförlopp. Men precis som för många andra diagnoser ser det högst olika ut i landet när det gäller väntetider från diagnos till start av första behandling.

Före pandemin, 2019, var medianväntetiden vid Östra sjukhuset 42 dagar. Rikssnittet var 31 dagar. De som var bäst i landet hade 19-21 dagar och de som var sämst i landet hade 45-48 dagars medianväntetid (enligt statistik från kvalitetsregistret för kolorektal cancer).

De stora sjukhusen har längst väntetider

– Det är förstås väldigt bekymmersamt och det speglar inte bara ett regionalt bekymmer, utan också ett nationellt. Om man tittar på statistiken ligger de stora sjukhusen sämst till med längst väntetider. För oss handlar det om att vår kostym är för liten i relation till uppdraget. Här gör vi all regional cancerrecidiv-kirurgi samt svåra T4-tumörer, samtidigt som vi inte blir av med de enklare ingreppen. Därmed bygger vi köer. Vårt uppdrag måste renodlas bättre, säger Mattias Block.

Efterlyser vetenskapligt belägg för standardiserade vårdförlopp

Han efterlyser även vetenskapliga studier som kan visa på vinsterna med SVF, både vad gäller exempelvis överlevnad, livskvalitet och nöjdhet. Att det ska gå snabbt vid cancer kan verka logiskt. Men hur snabbt och vad är optimalt?

– Miljardtals kronor satsas utan ett vetenskapligt underlag. Varför ser ledtiderna ut som de gör, hur vet vi att de är optimala? Inför kolorektal kirurgi kan det finnas stora vinster med att vänta med kirurgi för att optimera patientens tillstånd. Är patienten rökare vill vi gärna motivera till rökstopp och se till att patienten har bra övriga värden för att nå det bästa behandlingsresultatet.

Mattias efterlyser även ett enda rapporteringssystem för att registrera data.

– I dag finns så många parallella system, det är helt galet. Hur är det ens möjligt att man kunnat skapa ett så rörigt system? Sverige är ju ändå känt för att vara strukturerat och välorganiserat.

Införandet av SVF-koordinatorer och processägare ser han dock som en framgång.

– Det är det bästa som har införts. Nu har vi ännu bättre koll på våra patienter och det finns ett tydligare samarbete mellan olika specialiteter som radiologer, gastroenterologer, onkologer och kirurger.



Alla jobbar hårt för att få ned väntetiderna, men så länge styrningen ser ut som den gör kommer det inte att förbättras. Vem bestämmer

egentligen i svensk sjukvård och hur följer man upp de direktiv som ges? Till syvende och sist hamnar besluten hos 21 olika regioner och därmed växer ojämlikheten.

Mattias skulle vilja se en starkare statlig styrning av sjukvården; SVF är inte ett fritt valt arbete för regionerna, menar han.

– Varför följer inte Sverige Danmarks väg och etablerar en starkare central organisation med tydligare direktiv, beslutsvägar, målsättningar och uppföljningar. Danmark har sprungit om oss, tack vare moderna reformer.

Lämnar offentlig sjukvård

I januari 2022 kommer Mattias Block att vara tjänstledig från sitt jobb på Östra sjukhuset. Han har blivit rekryterad av Global Health Partners för att etablera ett Gastrocentrum i Göteborg med inriktning på kirurgi, gastroenterologi och urologi. Liknande centra finns i Stockholm och Malmö.

– Jag har varit specialist i 15 år och chef i sju år. Det känns som en bra tid att pröva något nytt. Jag ser också fram emot att driva en annan typ av sjukvård i en plattare organisation och få fortsätta att arbeta mycket med patientsäkerhet, kvalitet, långsiktighet och hållbarhet, men också med effektiva flöden. Jag kommer även att fortsätta med forskning och hålla min vetenskapliga karriär levande, i samarbete med akademien och universitetet. Det nya uppdraget känns både seriöst och trovärdigt, det är väldigt viktigt för mig.

Livet är oberäkneligt och om det är något han lärt sig av den tuffa resa han genomlevt och genomlever så är det att inte längre skjuta upp saker som är viktiga.

– Livet känns plötsligt ändligt och jag har inte tid att vänta. Det är otroligt skönt att leva och jag vill hitta styrkan att fortsätta göra det. Här spelar relationer en oerhört viktig roll, för att inte säga den allra viktigaste. Jag har förmånen att ha en kärleksfull familj och ett brett nätverk av vänner och kollegor. Det ger mig en enorm energi och betyder allt för mig.

Bibehållen kolesterolsänkning över tid.^{2,3*}
Två injektioner per år efter laddningsdos.²

SLÅ ETT
SLAG FÖR
LEQVIO[®]
(inklisiran)

*I den poolade fas III-analysen var tidsjusterad procentuell ändring mellan dag 90 och dag 540 -50,5% (KI: -52,1% till -48,9%; p<0,0001), jämfört med placebo som tillägg till oral lipidsänkande behandling³

Ett. Två. Leqvio.

 **LEQVIO[®]**
inklisiran

Referenser: 1. German, C. A., & Shapiro, M. D. Small interfering RNA therapeutic inclisiran: a new approach to targeting PCSK9. BioDrugs, 2020, 34:1: 1-9. 2. LEQVIO produktresumé, www.fass.se 3. Wright RS, Ray KK, Raal FJ et al. Journal of the American College of Cardiology (2021) 77(9):1182-1193

LEQVIO[®] (inklisiran) Rx, EF, ATC kod C10AX16. Beredningsform: 284 mg förfylld spruta avsedd för subkutan injektion. LEQVIO är en kolesterolsänkande, dubbelsträngad, liten interfererande ribonukleinsyra (siRNA). **Indikation:** Leqvio är avsett för behandling av vuxna med primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi, som tillägg till diet: i kombination med en statin, eller statin i kombination med annan lipidsänkande behandling, hos patienter som inte når målvärdet för LDL-kolesterol med högsta tolererade statindos, eller ensamt eller i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som är statintoleranta eller när statinbehandling är kontraindicerad. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** LEQVIO bör inte användas under graviditet och amning. Hemodialys bör inte genomföras förrän tidigast 72 timmar efter dosering. LEQVIO ska användas med försiktighet till patienter med grav nedsatt njur- och leverfunktion. **För ytterligare information** se www.fass.se. **Datum för senaste översynen av produktresumén:** 2021-08-04.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning

” Dialogen om vårdens problem och lösningar bör inte ske med regionernas politiker och administratörer ”

Cancer och väntan går inte ihop. Misstänkt cancer ska utredas snabbt och planerad behandling ska ske utan dröjsmål. Anledningen är förstas att sjukdomen ska mötas tidigt för att kunna botas men också i hög grad för att skona patienterna från den förlamande ångest som uppkommer av ovissheten.

▼ I syfte att minimera onödigt lidande på grund av långa väntetider mellan misstänkt cancer och start av behandling inleddes 2015 ett nationellt projekt med namnet standardiserade vårdförlopp, SVF.

För varje diagnosgrupp beräknades hur lång tid som behövs om man räknar bort all onödig, icke värdeskapande tid. Målet angavs till att 2020 ska 70 procent av alla som får cancerdiagnos ha utretts enligt SVF och minst 80 procent av dem ska ha fått sin behandling inom utsatt tid.

”Bra för alla men för oss det bästa som hänt på länge”, tänkte vi inom Prostatacancerförbundet eftersom våra onödiga väntetider var längst bland cancerdiagnoserna. Variationen mellan regionerna var också mycket stor med 170 dagar som värst.

Samtliga regioner tog på sig att medverka i SVF-projektet, kanske mer lockade av de över tre miljarder som regeringen hittills satsat än av brinnande lust för uppgiften.

Projektperioden, de första fyra åren, gav ett magert resultat. Enligt en utvärdering var resultaten inte uppmuntrande. Läget sammanfattades med att: ”... väntetiderna på riksnivå i princip står still”, med fortsatt stor variation mellan diagnoser och regioner. När målen skulle vara uppnådda, 2020, fick fortfarande endast en bråkdel av patienterna vård inom utsatt tid.

Motsvarande projekt i Danmark och Norge har varit mer framgångsrika, vilket leder till eftertanke. En tydlig skillnad mellan länderna är statens roll.

I Sverige har vi regionalt självstyre, vilket innebär att staten inte har direkt inflytande utan bara kan försöka påverka genom övertalning eller att erbjuda extra pengar. Exempel på det är nationella rekommendationer och vårdprogram samt kömiljarder. Men följsamheten är ofta bristfällig vilket belyses väl av SVF-projektet.

När ska vi i Sverige lära oss att dåliga metoder inte fungerar bättre bara för att de upprepas?

Regionerna vill gärna ha extrapengar men helst inga pekpinar om vad de ska användas till, medan staten rimligen sätter in pengar just för att försöka rätta till specifika brister i vården.

Avtalen görs med SKR och regionernas politiker och administratörer. Pengarna försvinner sedan på vägen i svarta hål eller bidrar till att den admi-

nistrativa överbyggnaden växer ytterligare för hantering, redovisning, statistik mm.

Enstaka exempel framförs naturligtvis på att flaskhalsar och kvalitetsproblem i vårdprocessen åtgärdats men inte i någon som helst rimlig proportion till kostnaden. Dessutom räknar man sig gärna till godo sådan utveckling och sådana förbättringar som ständigt pågår utan extrapengar.

Den svällande vårdadministrationen saknar legitimitet bland dem i första ledet. Att vara ambitiösare och duktigare än andra är inte enbart positivt. Det kan locka fram tankar om besparingar och merarbete.

Men om någon borde ha mer betalt för mer patientarbete så är det kliniker och medarbetarna på golvet, inte administrationen.

Här en skämtsam reflektion kollegor emellan: ”Om en bråkdel av vad regionerna får hamnade i kaffekassan på de kliniker som arbetade bort köerna så skulle vi inte ha några onödiga väntetider.”

Hälso- och sjukvårdslagens paragraf att vården ska vara patientorienterad och likvärdig är och förblir ett skämt så länge ingen har ansvaret och påföljder saknas för överträdelse. Detsamma gäller patientlagen, som regionerna negligerar helt utan konsekvenser.

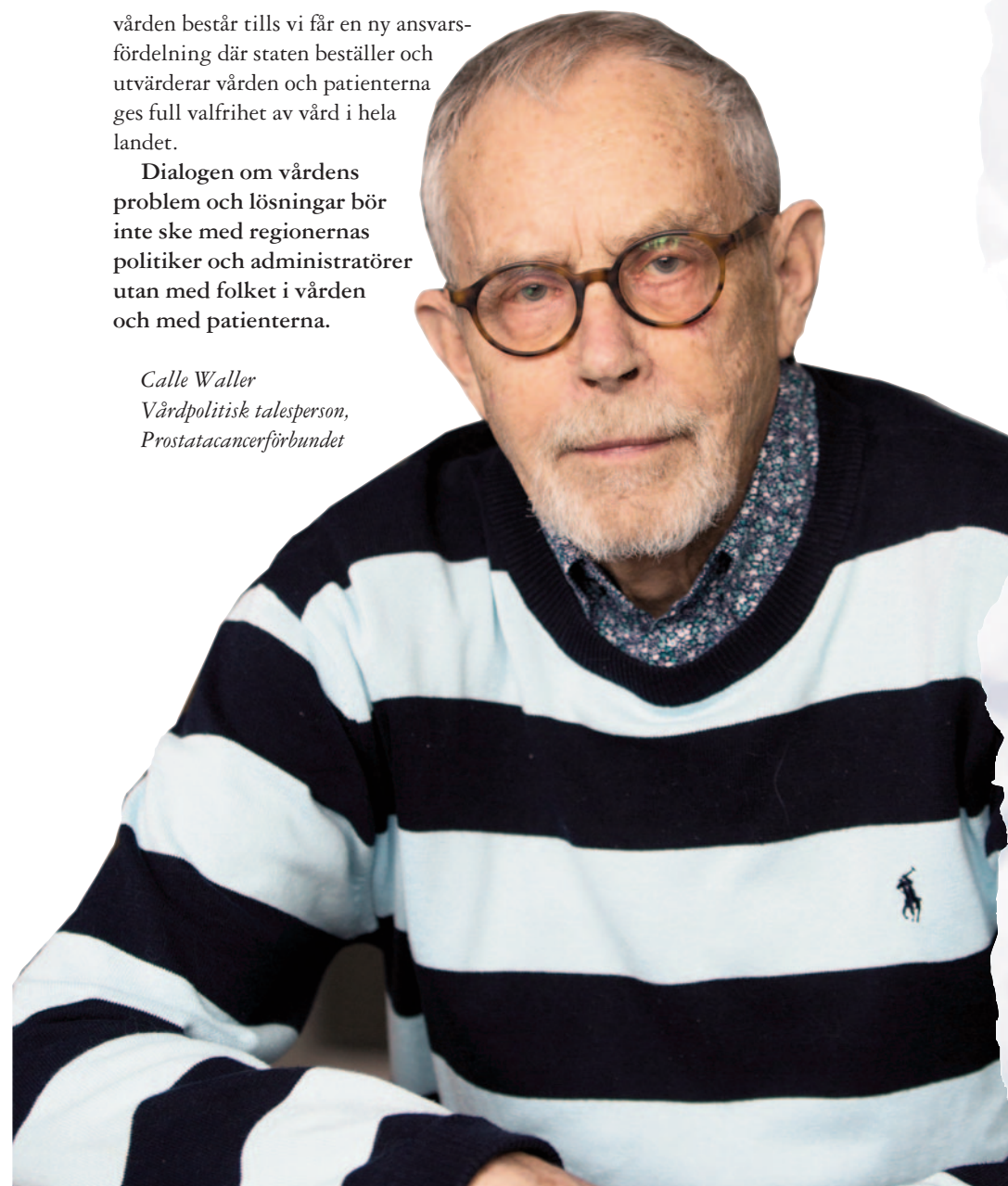
Patienterna och skattebetalarna är de främsta intressenterna av vården men saknar inflytande.

Köproblematiken och andra brister i

vården består tills vi får en ny ansvarsfördelning där staten beställer och utvärderar vården och patienterna ges full valfrihet av vård i hela landet.

Dialogen om vårdens problem och lösningar bör inte ske med regionernas politiker och administratörer utan med folket i vården och med patienterna.

*Calle Waller
Vårdpolitisk talesperson,
Prostatacancerförbundet*



Detta vill och tycker prostatacancerförbundet

1. Gör en nationell översyn av prostatacancervården

▼ På 25 år har antalet män som lever med prostatacancer fyrdubblats och patienternas behov av vård och uppföljning är av helt annan karaktär än tidigare. Vårdens organisation och resurser är däremot i det närmaste oförändrade. Det behövs multidisciplinära och tekniskt välutrustade enheter för de avancerade ingreppen och medicinska behandlingarna samt specialiserade närvårdsenheter för diagnostik, uppföljning och rehabilitering.

2. Gör ett omtag för att minska väntetiderna

▼ Enligt Nationella Prostatacancerregistret så har väntetiderna istället för att minska, fortsatt att öka. Prostatacancerförbundet har haft stora förhoppningar på regeringens stora projekt att minska väntetiderna. Tyvärr kan konstateras att satsningarna hittills misslyckats och endast ett till marginella förbättringar.

3. Det behövs ett förnyat beslut i screeningfrågan

▼ De senaste åren har prostata-diagnostiken förändrats genom att utöver PSA-testet också används MR-kamera och tilläggstester. Detta tillsammans med försöksprojekt om organiserad prostatacancertestning (OPT) bör skapa evidens för ett förnyat screeningbeslut. Om screening införs kan troligen 1 000 liv räddas varje år och antalet med spridd prostatacancer minskas.

4. Ojämligheterna måste bort i prostatacancervården!

▼ Det finns betydande skillnader i prostatacancervården som saknar medicinsk förklaring vilket bekräftats i en rapport från • Skillnaden mellan regioner som låter patienter genomgå multidisciplinär bedömning före behandlingsbeslut är stor. • Det är stora socioekonomiska skillnader i prostatacancervården. • Variationen är också stor när det gäller hur tidigt prostatacancer upptäcks, och omvänt hur stor andel som upptäcks för sent för att botande behandling ska vara möjlig.

5. Staten bör ta ansvar för beställning av prostatacancervården

▼ Det nationella vårdprogrammet för prostatacancer beskriver i detalj hur vården ska bedrivas för att motsvara vetenskap och beprövad erfarenhet. Men vårdprogrammen är endast rekommendationer. Regionerna och kliniker väljer själva i vilken utsträckning de vill följa dem. En missnöjd patient har därför inget att hänvisa till. Ge patienten rätt att välja vårdgivare fritt i hela landet.

6. Fler åtgärder behövs för ökad överlevnad

▼ Det har kommit flera nya livsförlängande och livskvalitetshöjande läkemedel men det finns mycket kvar att göra och det behövs mer forskning

Miljardbidragen från staten på standardiserade vårdförlopp till regionerna via SKR har beskrivits som en framgångssaga – men hur bra har man lyckats i verkligheten egentligen?

Text: Christer Bark

Tiden till behandling inom de standardiserade vårdförloppen för cancer förbättrades inte på riks nivå under åren 2017-2019, före pandemin då förhållandena var normala. Och det var fortfarande problem att få de 21 regionerna att rapportera in basala stopp och starttider för vårdförloppen till SKR:s nationella väntetidsdatabas ”Signe”, enligt en rapport från Regionala Cancercentrum i Samverkan.

▼ Sjukhusläkaren har gått igenom rapporten (En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2017-2019) som Regionala Cancercentrum i Samverkan gjort för att utvärdera utvecklingen av de standardiserade vårdförloppen de senaste tre åren före pandemin 2017-2019, då förhållandena var normala.

Ledtiderna

I rapporten konstateras att ingen region 2019 uppfyller ledtidsmålen och att ”de flesta vårdförloppen på riks nivå har långt kvar till ledtidsmålet” att 80 procent av patienterna ska få behandling inom fastställd maximal ledtid. Första halvåret 2019 var den genomsnittliga måluppfyllelsen 43 procent på riks nivå, enligt rapporten.

Bara positiv utveckling för 2 diagnosområden

▼ Av de 24 diagnoser som utvärderats så är det bara akut leukemi och skelett- och mjukdelssarkom som haft en positiv utveckling.

Inga förbättringar för 13 sjukdomstillstånd

▼ För drygt hälften av diagnoserna; analcancer, bukspottskörtelcancer, cancer utan känd primärtumör, hudmelanom,

levercancer, livmoderhalscancer, lungcancer, lymfom-KLL, matstrupe- och magsäckscancer, myelom, njurcancer, peniscancer, prostatacancer, har väntetiderna varit reativ oförändrade, enligt rapporten.

Längre väntetider för 9 sjukdomstillstånd

För drygt en tredjedel av diagnoserna har utvecklingen 2017-2019 gått åt fel håll och väntetiderna blivit längre.

De diagnoser där tiden till behandling blivit längre är; AOS (allvarliga ospecifika symptom), bröstcancer, hjärntumörer, huvud-halscancer, livmoderkroppscancer, peniscancer, sköldkörtelcancer, testikelcancer, och tjock- och ändtarmscancer.

Rapporten konstaterar att ”det är dock svårt att ge en enhetlig bild av alla cancerdiagnoser och alla regioner eftersom spridningen av väntetider mellan såväl cancerdiagnoser som regioner är stor och att ”det finns flera anledningar till att målledtiderna är svåruppnåeliga. ”Många regioner kämpar med brist på vårdplatser, operationstider, kompetensförsörjning mm, vilket är en del av förklaringen”, skriver analysgruppen.

Hur pålitlig är statistiken?

I rapporten från 2020 konstateras att ett stort arbete med att säkerställa tolkning av kodningsvägledningarna och att kvalitetssäkra data i registret har gjorts de två senaste åren men att ”trots detta finns fortfarande problem med registrering i många vårdförlopp”.

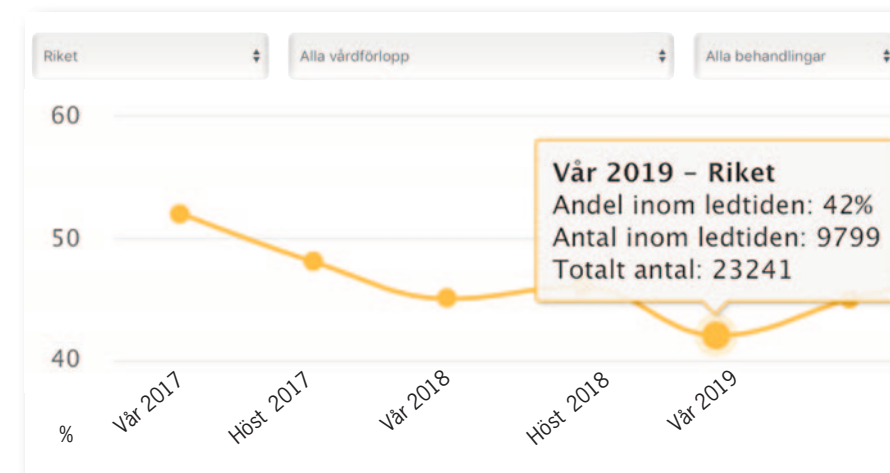
Det konstateras att för vårdförloppet för cancer i urinblåsa och urinvägar håller data inte tillräckligt hög kvalitet för att man ska kunna dra några slutsatser över huvudtaget vad gäller behandlingstider.

Enligt rapporten beror det bland annat på att ”det har funnits en stor variation av hur kodningsvägledningen tolkats. Dessutom har mätpunkterna ändrats under 2018 vilket innebär att data inte är jämförbara”.

Rapporten slår också fast att ”i analysen av hur regionerna ligger till i förhållande till ledtidsmålet behöver man också beakta hur stor del av patienterna som är inkluderade i SVF, dvs om inklusionsmålet är uppfyllt”.

I flera fall konstateras att det är för få rapporterade patienter för att kunna säga att urvalet är representativt.

”Ett exempel på detta är Norrbotten,



Andel av patienter som startade behandling inom den angivna ledtiden. Grafen visar att det inte gick framåt utan snarare bakåt de tre åren (2017-2019) före pandemin. Källa: Cancercentrum.se

som är relativt nära att uppnå ledtidsmålet men som är långt från inklusionsmålet. Statistiken för ledtider i Norrbotten baseras på enbart 249 patienter (37 procent av det förväntade antalet patienter) och det är inte säkert att urvalet är representativt, sägs det i rapporten. Rapporten pekar även på en rad andra felkällor.

Akut leukemi

Akut leukemi är den enda diagnos som når målet, med 88 procent av patienterna inom angiven tid.

En förbättring jämfört med 2017 då 79 procent utreddes inom ledtiden. Antalet patienter per år är lågt, drygt 200, vilket gör att vissa regioner har för få patienter för att man med säkerhet ska kunna säga något om ledtiderna, sägs det i rapporten.

Bröstcancer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. På riks nivå har det skett en försämring från välgrundad misstanke om cancer till första behandling kirurgi

mellan 2017 och 2019. 2017 var det 49 procent av patienterna som opererades inom ledtiden, 2018 hade andelen sjunkit till 44 procent och 2019 till 43 procent.

Bukspottskörtel- och gallvägscancer

▼ Standardiserae vårdförlopp infördes 2016. 2019 utreddes 74 procent av patienterna enligt SVF.

Endast 38 procent fick kirurgisk behandling och 18 procent läkemedelsbehandling inom ledtiden 2019.

När det gäller kirurgisk behandling rådde stora olikheter mellan regionerna.

I Stockholm fick 94 procent behandling inom ledtiden medan bara 18 procent i Skåne och inga i Blekinge och Jönköping.

Cancer i urinblåsa och urinvägar

▼ För cancer i urinblåsan och urinvägarna visas ingen statistik i Signe-databasen på grund av att mätpunkterna före 2018 definierades på ett sätt som

visade sig ge svårtolkade data. Mätpunkterna har sedan dess korrigerats och arbetet med kvalitetssäkring av Signe-databasen har förbättrat registreringen, men fortfarande finns fel som gör att data för väntetider i Signe inte är tillförlitliga.

Men väntetider finns registrerade i kvalitetsregistret för urinblåsa och urinvägscancer (SNRUBC) för 2018.

I kvalitetsregistret registreras om patienten har utretts enligt SVF, samt datum för utfärdande av remiss som motsvarar välgrundad misstanke.

Angiven ledtid för första behandling kirurgi är 37 dagar. I kvalitetsregistret finns mätpunkten ”datum för cystektomi” vilket motsvarar första behandling kirurgi i SVF-förloppet.

Mediantiden på riks nivå enligt kvalitetsregistret ligger på 125 dagar för denna mätpunkt.

Cancer utan känd primärtumör

▼ Vårdförloppet infördes 2016. Något beräkningsunderlag för inklusionsmålet går inte att ta fram, enligt rapporten.

Hjärntumörer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. På riks nivå utreds 58 procent av patienterna enligt SVF, vilket är en försämring över åren. Kirurgi klassas i detta förlopp som en del i utredningen och strålbehandling är den vanligaste behandlingsstarten. 41 procent fick sin första strålbehandling inom ledtiden 2019 – en försämring mot 2017 då 49 procent strålbehandlades inom ledtiden.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Hudmelanom

▼ Vårdförloppet infördes 2016. 73 procent av patienterna utreds och behandlas i vårdförloppet. Det har funnits olika tolkningar av hur vårdförloppet ska koda och vilka avslut som ska användas. De patienter som ska avslutas med "ingen ytterligare åtgärd", alltså efter första excision, kodas ibland som avslut kirurgi. Detta innebär att den rapporterade ledtiden för avslut kirurgi troligen är falskt för kort, konstateras det i rapporten.

Huvud- och halscancer

▼ Mellan 2017 och 2019 har måluppfyllelsen för kirurgisk behandling minskat från 58 procent till 43 procent på riksnivå. När det gäller strålbehandling har uppfyllelsen av ledtiden för sämrats och gått från 45 procent 2017 till 40 procent 2019. I Gävleborg och Jämtland fick ingen patient sin första strålbehandling inom ledtiden.

Levercancer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. Rapporten visar att man är långt från leddidsmålet på riksnivå som är 80 procent. Bara 35 procent blev opererade inom ledtiden 2019. Ingen förändring kan ses över åren.

Rapporten konstaterar att det är reellt få patienter i vårdförloppet och att det är svårt att jämföra mellan regionerna, men Stockholm sticker ut ordentligt. Där blev 80 procent av patienterna opererade inom ledtiden på 36 dagar. I övriga regioner var det ingen som klarade mer än 33 procent inom ledtiden. Några klarade inte att operera en enda patient inom 36 dagar.

Livmoderhalscancer – första behandling

▼ Vårdförloppet infördes 2017. Få patienter utreddes inom ledtiden. Endast 14 procent för kirurgi och under 5 procent för strålbehandling 2019. I rapporten sägs att det är för få patienter i vårdförloppet för att kunna uttala sig om eventuella förändringar.

Livmoderkroppscancer

▼ Vårdförloppet infördes 2017.

Bara en tredjedel av patienterna (33 procent) fick kirurgisk behandling inom ledtiden på riksnivå, vilket är en försämring mot 2017 och 2018 då 42 procent behandlades inom ledtiden. Men mediantiderna ligger nära ledtiden på 32 dagar för flera regioner. Stockholm sticker ut negativt. Endast 10 procent blev opererade inom ledtiden våren 2019. En rejäl försämring jämfört med 2017 då 32 procent opererades inom ledtiden. Mediantiden för en operation låg våren 2019 på 52 dagar vilket var dygt 60 procent över den bestämda ledtiden.

Lungcancer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. Första halvåret 2019 var det bara 13 procent som fick kirurgisk behandling inom ledtiden. 23 procent fick sin första strålbehandling och 35 procent läkemedelsbehandling inom ledtiden.

Ojämligheterna var stora mellan regionerna. När det gäller kirurgi hade Örebro lyckats bäst. 60 procent opererades inom ledtiden, vilket var klart bättre än alla övriga regioner, där Skåne var näst bäst med 28 procent opererade inom ledtidens 44 dagar.

I Norrbotten, Halland, Blekinge, Västerbotten och Jönköping opererades ingen inom ledtiden.

Mediantiderna för en första kirurgisk behandling var också långt över den fastställda ledtiden. I flera fall över 100 procent. I Jönköping var mediantiden 92 dagar till första behandling kirurgi, i Gävleborg 90 dagar, i Västerbotten och Blekinge 81 dagar, i Halland 79, i Västra Götaland 75 och i Stockholm 71 dagar.

När det gäller läkemedelsbehandling var de regionala skillnaderna stora.

I Uppsala startades läkemedelsbehandling för 91 procent av patienterna inom ledtiden. I Sörmland fick ingen läkemedelsbehandling inom tiden, i Värmland endast 8 procent och i Västmanland 10 procent. Här var också mediantiderna långt över ledtidens 40 dagar. I Sörmland var den 76 dagar.

Tiden för den första strålbehandlingen varierade också stort mellan regionerna. Sämst var Stockholm där mediantiden överskred ledtiden med

över 100 procent och endast 6 procent opererades inom ledtiden. Bäst var Jönköping, även om man var långt ifrån målet 80 procent, där 44 procent fick sin första strålbehandling inom ledtiden.

Maligna lymfom och KLL

▼ Vårdförloppet för maligna lymfom infördes 2016 och kompletterades med KLL 2017. Ledtidsmålet uppnåddes inte på riksnivå för något behandlingsalternativ. När det gäller strålbehandling var det bara 12 procent som fick behandling inom ledtiden och när det gäller läkemedel 37 procent.

Matstrups- och magsäckscancer

▼ Vårdförloppet infördes 2015. För den vanligaste behandlingen, läkemedel, startade endast 24 procent sin behandling inom ledtiden och när det gällde kirurgisk behandling bara 33 procent och strålbehandling 29 procent, en minskning från 2017 då 35 procent behandlades inom ledtiden.

Myelom

▼ Vårdförloppet infördes 2016. För läkemedelsbehandling, som är den vanligaste, fick 67 procent av patienterna sin behandling inom ledtiden.

Njurcancer

▼ Vårdförloppet infördes 2017. För kirurgi fick 17 procent av patienterna behandling inom ledtiden. Över tid har ingen förändring skett på riksnivå.

Peniscancer

▼ Vårdförloppet infördes 2017. Endast 28 procent startade kirurgisk behandling inom ledtiden.

Skelett- och mjukdelssarkom

▼ Vårdförloppet infördes 2017. 71 procent av patienterna startade behkirurgisk behandling inom ledtiden på riksnivå 2019.

Fortsättning nästa uppslag >>>

TX Academy digitala nyhetsbrev

– av experter för experter

TX Academy är ett kunskapsparaply för sjukvårdspersonal inom transplantationsområdet. Syftet med TX Academy är att göra det enkelt för dig att hålla dig uppdaterad inom din profession. Med hjälp av erkända experter erbjuder vi kongressrapporteringar, vetenskapliga uppdateringar, webbföreläsningar, m.m, och hjälper dig att ha koll på nyhetsläget.

Anmäl dig genom att scanna QR-koden med din mobiltelefon och fyll i registreringsformuläret.



Om du har frågor kring anmälan eller om TX Academy kan du skicka ett mail till info.sverige@sandoz.com.

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

SANDOZ A Novartis Division

Azathioprin
1A Farma azatioprin 75mg 100mg

Azathioprin 1A Farma

azatioprin (f.d. namn Immunoprin)

är den enda azatioprin-produkten som tillhandahålls i styrkorna 75 mg och 100 mg.

Dessa styrkor gör att dina patienter kan ta färre tabletter för att nå sin dosering (1-4* mg/kg kroppsvikt beroende på indikation).



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

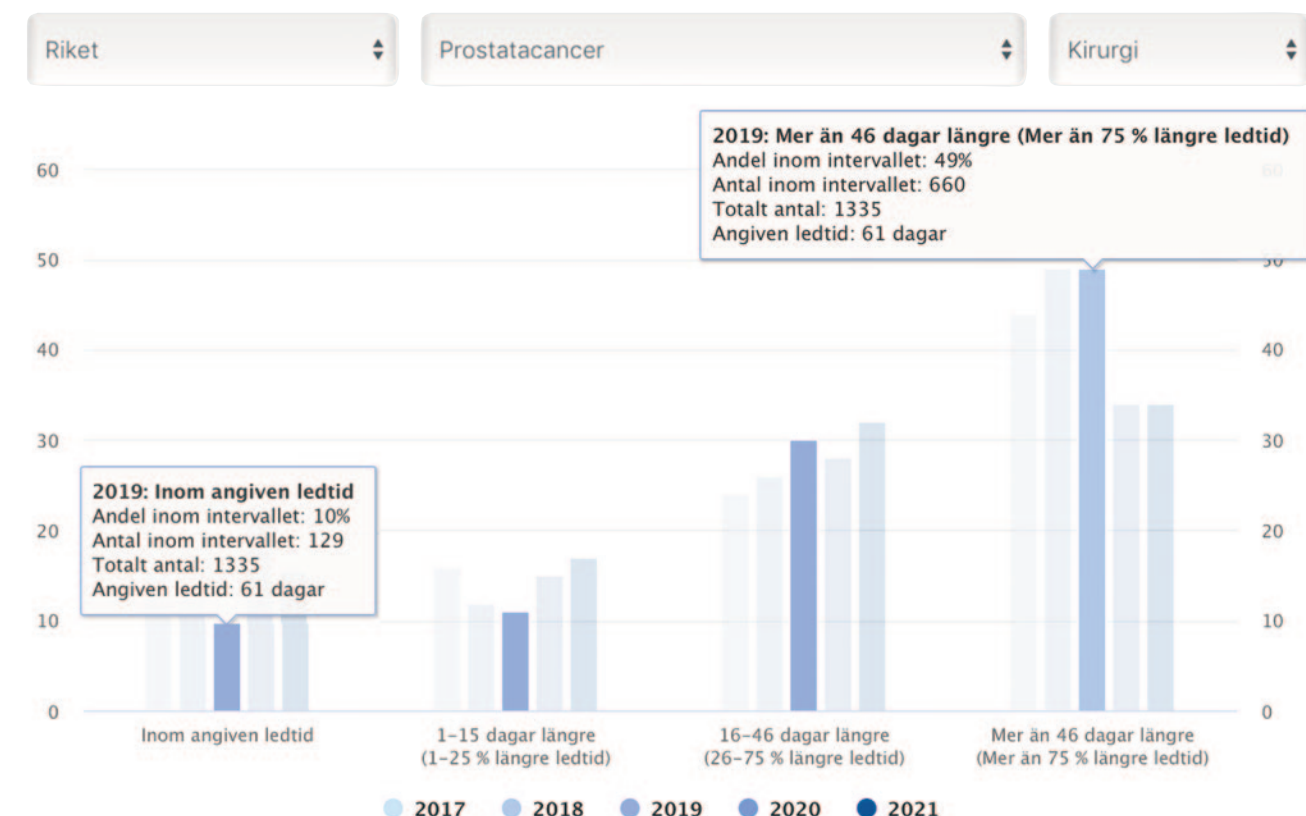
*Dosen ska justeras efter kliniskt svar (vilket kanske inte ses förrän efter veckor eller månader) och hematologisk tolerans. När det terapeutiska svaret är uppenbart bör det övervägas att minska underhållsdosen till lägsta möjliga som är förenlig med upprätthållen respons.¹

Ref: 1. SPC för Azathioprin 1A Farma.

Förkortad förskrivningsinformation, för ytterligare information se SPC på www.fass.se.
Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel.
Förpackningar: Filmdragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F).
Indikationer: Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura.
Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnen, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning).
Varningar och försiktighet: Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2021-08-26.

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

SANDOZ A Novartis Division



Endast 10 procent av de prostatacancerpatienter som opererades kirurgiskt fick sin operation inom leddiden 61 dagar 2019.

Nästan hälften (49 procent) fick vänta 107 dagar eller längre innan de opererades 2019. I vissa regioner som exempelvis Jämtland/Härjedalen fick fyra av fem (84 procent) av patienterna vänta längre än 107 dagar, i Dalarna var andelen 81 procent, medan bara 12 procent väntade 75 procent längre än leddiden i Blekinge.

Källa: Cancercentrum.se

Prostatacancer

▼ Vårdförloppet infördes 2015. Både kirurgi och strålbehandling ligger långt ifrån 80-procentmålet, där endast 10 procent fick kirurgisk behandling och 5 procent strålbehandling inom leddiden 2019, en minskning från 17 procent 2017 och 11 procent 2018.

Sköldkörtelcancer

▼ Vårdförloppet infördes 2017. Endast 40 procent fick starta sin kirurgiska behandling inom leddiden.

Testikelcancer

▼ Vårdförloppet infördes 2017. Det vanligaste avslutet är "annan behandling" vilket innebär besök hos onkolog för upprepad stadiindelning, beslut om expektans eller information om adjuvant (onkologisk) behandling. 46 procent av patienterna avslutas inom leddiden.

Tjock- och ändtarmscancer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. På

riksnivå ses en tendens mot längre leddider över mätperioden när det gäller kirurgisk behandling.

2017 fick 55 procent sin behandling inom leddiden. 2018 var siffran 52 procent. 2019 hade antalet patienter som fått starta sin kirurgiska behandling inom leddiden sjunkit till 48 procent, men det var stora olikheter mellan regionerna.

Kalmar, Jönköping och Stockholm kunde 2109 operera 75, 67 och 75 procent av patienterna inom leddiden, 39 dagar.

I Uppsala klarade man bara av 6 procent, i Kronoberg och Örebro 31 procent.

När det gäller strålbehandling var det på riks nivå endast 23 procent som startade sin behandling inom leddiden vilket också var en försämring över mätperioden. 2017 fick 35 procent behandling inom leddiden. Även tiderna för läkemedelsbehandling blev under åren 2017-2019 längre för varje år. 2017 fick 49 procent läkemedelsbehandling inom

leddiden. 2018 fick 44 procent av patienterna det och 2019 bara 38 procent.

Äggstockscancer

▼ Vårdförloppet infördes 2016. 93 av patienterna utreds enligt SVF. En förklaring till den höga siffran är att många patienter opereras innan de har en säker cancerdiagnos. I och med operationen avslutas SVF som "första behandling, kirurgi" och patienten registreras i Signe-databasen oavsett om tumören senare visar sig vara benign, vilket ger falskt för många cancerpatienter i Signe-databasen, enligt rapporten.

35 procent av de som avslutas med kirurgi fick behandling inom leddiden 2019 vilket är en kraftig minskning mot 2017 och 2018 då 44 procent respektive 46 procent behandlades inom leddiden.

Ingen förändring ses över mätperioden för patienterna som behandlades med läkemedel. 2019 fick 28 procent behandling inom leddiden. 2017 var siffran 29 procent.

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

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

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med 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.

Grannländer men oj, så olika det blivit

Text: Christer Bark

Patientens starka rättsliga ställning, det delade ledarskapet, de snabba beslutsvägarna, många gånger väldigt olika attityder... Det är mycket som skiljer dansk sjukvård från svensk, men den största skillnaden är att det danska sjukvårdssystemet styrs av nationella specialplaner, som är grunden till mycket.



Foto: Stefan Nilsson

▼ Det berättade Marianne Brehmer, urolog på Danderyds sjukhus, som under tre år var chef på Århus sjukhus i Danmark, när hon gästade Stockholms sjukhusläkare den 26 november.

Här är hennes reflektioner om Danmark, Sverige och olikheterna.

De standardiserade vårdförloppen

De standardiserade vårdförloppen för cancer är lag i Danmark, vilket innebär en enorm skillnad för patienterna mot i Sverige där ledtiderna bara är rekommendationer.

Kan kliniken i Danmark inte ge en patient med malign cancer en behandling inom den utsatta ledtiden är kliniken skyldig att hjälpa patienten att få den i första hand på en klinik i regionen. Kan ingen klinik i regionen ta emot patienten så ska man hjälpa patienten att i andra hand få behandlingen i en annan region och om inte det går är det sjukhusets plikt att hitta en tid utanför landet, enligt lagen.

I Sverige finns inga sådana rättigheter för patienterna.

För några år sedan var det en situation där Huddinge sjukhus en sommar hade ont om folk och inte resurser att operera några svårt cancersjuka patienter. En patient som fått vänta alldeles

för länge dog. Då polisanmälades lands-tinget. Det blev en utredning, men man lade ner fallet.

Behandlingstiderna i de standardiserade vårdförloppen är inte en lag i Sverige utan bara rekommendationer, så inget fel hade begåtts. Då är man ju verkligen den lilla människan som inte har någon rätt. En sådan sak hade aldrig kunnat hända i Danmark utan att någon får ta ansvar. Där ser man allvarligt på om ledtiderna inte hålls, så om något liknade hänt då hade det rullat huvuden så det visslar om det.

När jag damp ner i Danmark 2013, hade de standardiserade vårdförloppen funnits rätt länge, men kliniken var inte på något vis i mål med det, så det blev en av mina första uppgifter. Det var prioritet ett att vi skulle i mål med att minska ledtiderna.

Och i Danmark håller alla koll på cancerväntetiderna, så regiondirektören hade satt en blåslampa i baken på sjukhusledningen som var på divisionsledningen som var på mig och det var samma dag eller nästa dag. Kravet var: Gör någonting! Och när man bestämt något går det fort. Det är snabba beslutsvägar.

Jag tänkte: "Är dom tossiga". Men ju mer jag kom in i det så förstod jag hur bra det var. Man kan tycka att det spelar väl ingen roll om det är fem dagar eller sex dagar. Men säger man att det är

okey med sex så går det snabbt att det är okey med åtta och sedan är det okey med tio. Man sätter en gräns för att det inte ska slira, vilket är jättebra.

Och det är ganska hårda bandage i Danmark. Man kan faktiskt som chef förlora jobbet om man inte håller de exakta ledtiderna.



Specialplanen

Den största skillnaden mellan Sverige och Danmark är de nationella specialplanerna. De är grunden till jättemycket.

I Sverige kan ju alla regioner göra i stort sett vad som helst eller ingenting. Det går inte i Danmark.

I Danmark finns en nationell plan, "Specialplanen", för att se till att vården blir jämlik i alla regioner.

Den är kärnan i den statliga styrningen och går ut på att i varje region ska det finnas vård på basnivå, regionnivå och högspecialiserad nivå.

I planen listas, inom varje specialitet, alla diagnoser och alla behandlingar som är godkända som regionen ska kunna tillhandahålla. Det kan vara allt från det enklaste till hjärtrtransplantationer.

Och klarar inte regionen det så har patienterna rätt att söka vård i en annan region.

Specialplanen är fantastiskt bra för

patienterna, men det är bra även för specialiteterna att ha den här planen som slår fast att allt är viktigt, inte bara det flashiga, då blir specialiteten inte utarmad på vissa områden som man annars riskerar att bli. Man kan inte bara ha en klinik som gör robotkirurgi eller nåt annat "hett". Man har plikt att tillhandahålla hela spektrat till sina medborgare.

Inom urologin som är min specialitet listas allt ifrån inkontinens till de olika cancerdiagnoserna, transplantationskirurgi... ja allt är med. Specialplanen är väldigt omfattande och revideras vart femte år. Jag var med vid den senaste revideringen.

Sundhedsstyrelsen (Socialstyrelsen) är övergripande ansvarig, men planen tas inte fram av byråkrater utan av representanter på alla sjukhus och specialiteten är i allra högsta grad delaktig i att utforma planen.

Att de olika diagnoserna och åtgärderna är indelade på grundnivå, regionnivå och högspecialiserad nivå är för att man även ska ha en rimlig volym.

Och det handlar inte bara om vilka som finns på kliniken och kan någonting, utan väldigt mycket om kringresurserna, som exempelvis att man måste ha dialysmöjligheter eller exempelvis interventionell radiologi. Och inom kliniken så får det inte bara vara en som kan. Är det högspecialiserad vård så måste det vara team, en återuppbyggnad och kliniken måste redogöra för underlaget väldigt noga. Hur stort är befolkningsunderlaget, hur många behandlingar genomför man etc. Vad har man för forskning på gång? Det är väldigt omfattande.

Den nationella styrningen och revideringarna ser också till att vården görs på rätt nivå, vilket kan ändras i och med att olika behandlingar kan bli vanligare eller mindre vanliga beroende på den medicinska utvecklingen.

Till exempel var robotassisterad prostatektomi högspecialiserad till en början då bara några utförde operationen, men när den blev mer vedertagen blev den regional.

När det gäller vissa högspecialiserade behandlingar så görs de bara på ett bestämt antal kliniker för att bibehålla de behandlingsvolymerna som man anser vara nödvändigt för att kunna hålla en god kvalitet. Exempelvis så utförs njurtransplantationer på tre kliniker i Danmark, eller cystektomier som utförs på fem kliniker och patienter från andra sjukhus skickas till de klinikerna som innehar de högspecialiserade funktionerna.

De högspecialiserade funktionerna ansöker man om vart femte år, då specialplanen revideras. Det är således inte en funktion som man innehar per automatik eller tilldelas.

Att Specialplanen listar alla tillåtna behandlingar hjälper också patienterna att veta om de kan få ersättning för vård utomlands om man inte kan få vård inom vårdgarantin. Är behandlingen listad och godkänd i Specialplanen har patienten rätt till ersättning, annars inte.

Specialplanen förhindrar också att sjukhusen försvarar sina revir. I Stockholm har vi fyra olika urologkliniker, det är KS/ Huddinge. SÖS, Danderyd och S:t Göran. Det har varit tal om att ha en nivåstrukturerad vård på vissa saker, man skulle kunna komma längre om inte alla gjorde anspråk på att utföra allt. Men att göra en uppdelning är svårt att få till stånd då man inte vet vad man får om man mister något. Det danska systemet gör upp detta för klinikerna.



Attitydskillnader

Ibland skrattar jag åt det, för i Danmark är allting akut, fast det är det ju inte. Man är mycket mer på

Vid ett tillfälle frågade jag en kollega som var lite av en ledarskapsmentor till mig varför jag aldrig hört ordet konsekvensanalys i Danmark. Han funderade lite och svarade att "du har rätt, här har vi riskanalys."

Det är en himla bra poäng. Det är två sätt för att angripa samma sak, två olika filosofier. Men det är bara en del av det. Beslutsvägarna är mycket kortare i Danmark, man är mycket mer hands on.



Toppstyrning?

När jag började mitt chefsjobb i Århus fick jag höra av en medarbetare, som lite oroligt stod i dörren på mitt kontor att Sverige är väldigt toppstyrt. Jag förstod först inte vad han menade. Men det förstod jag ju efter ett tag. För här i Sverige beslutas ju saker någonstans långt borta, långt uppe i regionen av någon administratör och så sipprar det ner och ingen förstår vem som är ansvarig för beslutet. Så är det absolut inte i Danmark.

Jag kan ta ett exempel. Det kom ett förslag från regionen som handlade om hur vi skulle hantera prostatacancer i ett visst avseende, då var det självklart att det kom en remiss till oss på urologklinik i Århus som är Danmarks näst största urologklinik, men även till alla andra urologkliniker i regionen.

Då kallade jag in kollegan som var ansvarig för prostatacancersteamet och så jobbade vi först ihop en text tillsammans och därefter tillsammans med kontorchefen på vår division som är en hög administratör. Sedan skrev vi ett förslag och så godkändes det av sjukhusledningen som i allra högsta grad var inne på att det är vården i första hand och inte byråkrati och pengar som gäller. Sedan

Fortsättning nästa uppslag >>>

gick förslaget till regionen. Det blev kanske inte precis som vi hade velat, men det var inte så att man körde över vårt förslag på något vis.

När jag kom hem till Sverige så presenterade min dåvarande närmaste chef tre förslag från regionen hur man skulle hantera också en fråga om prostatacancer och det var förslag a, b och c.

Och då sade jag att är det inte c som vi tycker är bäst? Nej, nej, nej, vi ska inte föreslå något, dom kommer att bestämma, vi ska bara veta att det finns tre förslag, var svaret från min chef. Det hade aldrig gått igenom i Danmark.

Ledarskap

Alla sjukhus i Danmark har en sjukhusledning med tre personer så det finns inte en sjukhuschef. En är läkare, en är sjuksköterska och en är antingen ekonom eller samhällsvetare och alla har samma status och alla kliniker styrs av en läkare och sköterska. Jag tycker det fungerade. Det är ju alltid bra att ha någon att resonera med som har andra perspektiv om man är ett par som fungerar tillsammans.

Chefskap

I Danmark är det väldigt tydligt vem som är chef och som chef har man stor beslutsfatt. Samtidigt är det högt i tak tycker jag. Det går inte att fatta ett beslut utan att det har blivit rejält debatterat i gruppen, gör man det så är man rökt. Men när beslutet väl är fattat så respekterar alla det. Men då vet man också vem som är ansvarig för beslutet om det måste bestridas på något vis.

Om resursbrist och samarbete med privata vårdgivare

Det jag noterade när jag kom till Danmark var att kliniken var underbemannad och kom fram till att vi saknade resurser motsvarande fyra

läkartjänster. Efter mycket räknande fram och tillbaka fick jag erkännande för det, men då visste jag att det skulle ta tid att rekrytera fyra personer.

I stället för att anlita stafettläkare som i Sverige fick vi lov när vi bestämt vilka diagnoser och åtgärder vi ville ha personal till, att under en treårsfrist, köpa de här tjänsterna av en privat vårdgivare. Vi skrev då en kravspecifikation och uppdraget gick ut på anbud. Efter det upphandlades tjänsten. Det var jag som verksamhetschef, tillsammans med ett par jurister, som skötte upphandlingen. Det var tydligt vem som hade fått uppdraget och krav ställdes på den som fått uppdraget att leverera. Man har en helt annan kvalitet och ansvarskontroll i Danmark än i Sverige tycker jag.

ST-utbildningen

I Danmark är den mer organiserad och kontrollerad än i Sverige. På sjukhusen finns ST-ansvariga som ansvarar för olika kliniker, sedan har man en ST-ansvarig läkare som är regionansvarig för specialiteten i regionen. Varje år är det inspektioner och inför inspektionen har ST-läkarna gjort en 360-graders genomgång om vad de tycker är bra och vad de inte tycker är bra och vad som behöver förbättras. Därefter har man en genomgång om det tillsammans med inspektörerna (urologer från andra kliniker i Danmark) och sjukhusets och regionens ST-ansvariga. Och de var tuffa.

Efter genomgången så väljer man tre frågor som man ska fokusera på under året som sedan följs upp av den som har ansvaret för ST-utbildningen på sjukhuset och ska se till att processen inte står still. Och under min tid var det tuffa krav. Det var inte så att man bara pratade om mål, utan det man bestämt skulle uppfyllas.

Om specialistbrist och rekrytering

Rekryteringsprocesserna är väldigt professionella och HR-personal ser man inte röken av. Det är

professionen som håller i rekrytering. Jag var med om flera rekryteringsprocesser. Förutom min egen då jag rekryterades var jag med om att tillsätta personal på min klinik, men även när man tillsatte chefer på andra avdelningar.

De processerna var riktigt, riktigt, bra. Allt ifrån när det gällde att tillsätta överläkare och uppåt, till yngre kollegor, även om det inte var riktigt lika omfattande när det gällde yngre kollegorna.

Ska det tillsättas en överläkare eller en chef då ska personen redogöra för sin meritering och sina erfarenheter på sju kompetensområden. Och det är likadant i hela Danmark.

Det är grundutbildning, vidareutbildning, forskning, undervisning, ledarskap, kommunikation och omvärlden, och du ska även redogöra för vad du har för erfarenhet och ge exempel.

Rekryteringsprocessen styrs av ett tillsättselutvalg ("rekryteringsråd") som är en bestämd grupp. Det är chefen, det är professorn, det är en överläkare inom det team det gäller, den teamansvarige åtminstone, sedan är det yngreläkarerepresentant som är facklig, sekreterarchefen, avdelningschefen, mottagningschefen, osv och en överläkare från en samarbetsavdelning, som kunde vara från njurmedicin eller röntgen, beroende på specialitet.

Dessutom ska den som ansökt om tjänsten bedömas av en utomstående expert, oftast en professor i en annan region, om personen uppfyller kraven. Så det är en omfattande rekryteringsprocess.

När man sedan sållat ut de som uppfyller kraven kallar man dem till intervjuer. Då är alla i rekryteringsrådet med, förutom den externa bedömare.

Om det då visar sig att det är två personer som är likvärdiga, då kan det bli aktuellt – det där som spelar så stor roll i Sverige – din personlighet.

I Danmark väger formella meriter tyngre än i Sverige.

FÖRENADE ANSTÄLLNINGAR



För tio år sedan gjorde Sjukhusläkaren en kartläggning av utvecklingen av antalet professorer med förenad anställning som överläkare eller specialistläkare på landets universitetssjukhus. Hur ser det ut idag? Vi har frågat representanter för de medicinska fakulteterna vid de sju aktuella universiteten hur de ser på läget.

Texter: Ulrika Fjällborg

“Viktigt att ge möjlighet att forska redan under ST-tiden”

Uppsala universitet

Antal professorer med förenad anställning

2001		.53
2006		.66
2011		.67
2021		.78

På Akademiska sjukhuset är det inte någon brist på professorer med en förenad befattning som överläkare. Det Eva Tiensuu Janson, ställföreträdande vice rektor för vetenskapsområdet farmaci och medicin vid Uppsala universitet, önskar sig av regionen är fler specialistutbildningsplatser med forskning.

– Regionerna styr antalet ST-tjänster. Det är viktigt att ge möjlighet att forska redan under ST-tiden, de tidiga åren som underläkare, säger hon. – Jag tror att många är intresserade av att forska. Det svåra är att få tid för forskning och undervisning så att de kan meritera sig för att söka förenade tjänster.

Hon nämner, liksom flera kollegor på övriga universitet, att det är mycket som ska få plats under efter examen; jobbet kräver mycket, man vill bli klar med sin specialisering. Det blir svårt att få sammanhängande tid att också forska.

Det finns specialiteter där det är svårt att få till professorskompetens till



Eva Tiensuu Janson. Foto: David Naylor.

förenade tjänster eftersom många väljer att gå till den privata marknaden än en akademisk forskarkarriär.

– För hudläkare finns en privatmarknad som lockar många. Ögon är också en specialitet som ger privata alternativ, säger Eva Tiensuu Janson.

Därför är det viktigt att det utbildas fler specialister så att fler kan meritera sig akademiskt till förenade tjänster. De är "otroligt viktiga", säger hon. För läkarutbildningen är det viktigt att ha lärare som är forskare. Behandlingen av patienter gynnas av läkare som även forskar. För forskare och universitetslärare är det också viktigt att ha klinisk erfarenhet av patienter och konkreta behandlingar.

För tio år sedan fördes en debatt om det fanns en kris i klinisk forskning.

– Det pratas mycket om det idag med, säger Eva Tiensuu Janson.

Att det är svårt att få tid för forskning på grund av ett hårt tryck på sjukvården, höga produktionskrav, även för de med förenade anställningar. Men det är inte bara tid som behövs, tycker hon.

Mycket skulle underlättas för klinisk forskning om det fanns en bättre infrastruktur. Till exempel speciella sjuksköterskor som kan reglerna för vad som gäller för forskning och kan ta hand om patienterna som deltar i studier så att de känner sig trygga. Eller ändrade regler för biobankerna, som fortfarande är ganska krångliga, tycker hon.

– Under pandemin har vi verkligen sett att biobankslagen inte fungerar för att bedriva bra klinisk forskning, säger hon och berättar om hur mängder av covid19-prover som tagits måste slängas för att ingen frågat de provtagna om proverna fick sparas.

– Det finns mycket som kan göras för att underlätta för klinisk forskning. Vi står också inför en explosion av genetisk forskning.

Visst behövs fler förenade tjänster, men för den kliniska forskningen behövs också maskiner och specialkompetens från andra yrkeskategorier som kan bistå forskarna.

– Vi behöver ett långsiktigt statligt ansvarstagande för att det finns pengar till den här utvecklingen, säger Eva Tiensuu Janson.

Svårare att få utrymme för klinisk forskning i pressad vardag

Lunds universitet

Antal professorer med förenad anställning

2001.....	49
2006.....	70
2011.....	69
2021.....	77

En viss minskning av de förenade tjänsterna inom akademi och klinik under de senaste fem sex åren men dessförinnan en ökning, ser hon.

– Men minskningen är ännu liten. Och vi följer detta, säger hon.

Så Kristina Åkesson, dekan medicinska fakulteten vid Lunds universitet och som själv har en förenad tjänst som överläkare i ortopedi på Malmö sjukhus, är inte orolig över minskningen.

– Det finns ett problem om det blir ett för stort skifte. Klinisk forskning är avgörande för att förbättra det direkta patientomhändertagandet och för att utveckla sjukvården, och dessa tjänster bidrar till det.

Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus har inte haft svårt att rekrytera till de förenade tjänsterna, de har ett gott samarbete med regionen. Men att hon är nöjd...

– Det är svårt att säga. Bilden är ganska komplex. Vissa områden är stora och har starka forskningsmiljöer, men även mindre ämnen måste kunna konkurrera om tjänster så att utbildning och forskning kan gå hand i hand, säger Kristina Åkesson.

Hon beskriver att antalet adjungerade professorer ökat och att de annonserat ut fler lektorstjänster. Trots det finns det problem med att få till klinisk forskning. En insats som förbättrat läget är dock att de nu kontinuerligt följer



Kristina Åkesson.
Foto: Kennet Ruona.

upp uttaget av tid använd för klinisk forskning via ekonomisystemet på Skånes universitetssjukhus. Utfallet rapporteras och förbättringar diskuteras årligen i FoU-dialoger med varje verksamhetsområde.

– Det ger en bra återkoppling till verksamheten, säger Kristina Åkesson.

Problemet att få tid till forskning har blivit svårare under pandemin, när pressen inom sjukvården ökat.

– Vi har mycket sjukvård som inte blivit gjord. Hur ska vi förhålla forskning och undervisning till det? Det är också mycket klinisk forskning som blivit ogjord, inte minst när det gäller folksjukdomar och populationsstudier där man inte kunnat göra nya eller uppföljande undersökningar. Här har vi en nära dialog med sjukvården eftersom det är gemensamma utmaningar, säger hon.

En annan sak hon lyfter fram är att det kan vara svårare för professorer och andra forskare med förenade tjänster att hävda sig i konkurrensen om forskningsmedel:

– Det är något svårare för de med förenade tjänster att få stora anslag, eftersom man delar sin tid. De flesta vill

dock behålla en koppling till kliniskt arbete.

Men det är också många tillfälligheter som ligger bakom hur antalet förenade anställningar fluktuerar. Just nu, säger hon, finns 77 professorer med förenad tjänst inom Skånes universitetssjukhus samt förvaltningarna Medicinsk service (klinisk patologi, genetik, mikrobiologi, immunologi, transfusionsmedicin, kemi) och Psykiatri och, plus 31 lektorer med förenade tjänster.

Det kan också hända att de låter bli att ersätta någon vid pensionering för att de inte har samma behov av just den specialiteten.

– Vi utlyser tjänster utifrån ekonomiskt utrymme och behov, säger Kristina Åkesson.

Bland studenterna frodas dock ett stort intresse för forskning.

– Vi har många som söker forskar-AT. Hur många som fortsätter forska och blir docenter för att kunna handleda nya doktorander är en annan sak.

Varför ser det ut så?

– Där är det svårare att få utrymme för klinisk forskning i en pressad vardag. Det behövs också incitament för att få dem att fortsätta forska.

Det försöker de råda bot på med hjälp av ALF-medel, så att de med klinisk anställning ska kunna fortsätta forska.

Den nya läkarutbildningen har ingen direkt koppling till de förenade anställningarna, säger Kristina Åkesson. Förutom en sak:

– Vi kommer behöva fler lärare på utbildningen framförallt inom de områden som ligger på den nya sista terminen.

Fotnot: Statistiken gäller för SUS och förvaltningarna Medicinsk Service och Psykiatri.

”Hela landet brottas med bristande återväxt”

Linköpings universitet har 27 professorer/överläkare eller specialistläkare med förenad tjänst. Det är fem fler än 2018, när det gjordes en genomgång inför övergången till den sexåriga läkarutbildningen.

Då skedde också en decentralisering som inneburit att man de senaste åren tillsatts förenade tjänster – både professorer, biträdande professorer, adjungerade professorer och lektorer – med placering i Norrköping, Kalmar och Jönköping.

Men Lena Jonasson, dekan på den medicinska fakulteten, är trots det orolig för utvecklingen:

– Hela landet brottas med en bristande återväxt, många professorer är äldre och går i pension snart, säger hon.

Därför är det avgörande för läkarutbildningen att få yngre läkare att forska. I Linköping har de bland annat satsat på ”forskarlinjen” att få studenter att börja doktorera redan under läkarutbildningen.

Ett annat problem hon ser i sammanhanget är hård produktionspress i sjukvården:

– Sjukvården är så slimmad idag så den kliniska forskningen generellt kommer på undantag, och fokus ligger istället på sjukvårdsproduktion. Det akademiska ledarskapet försvagas, de akademiska mötespunkterna blir färre, säger hon.

Det har heller inte varit särskilt meriterande att vara forskarutbildad läkare. I över tio år har den utvecklingen gått åt fel håll. Lena Jonasson refererar till en rapport från Läkarförbundet som visar att andelen forskarutbildade läkare minskat med en femtedel sedan 2015 samt att SCB-statistik tyder på att den negativa trenden fortsätter.

– Samtidigt ökar andelen läkare över 65 år med forskarutbildning. Det är



Lena Jonasson efterlyser en utbyggd infrastruktur med mer administrativ och juridisk hjälp för de som vill forska.
Foto: Anna Nilsen.

alltså i huvudsak de äldre som är forskarutbildade. Det är oroväckande, säger hon.

Men medvetenheten om problemet finns.

– Vi vill satsa på de yngre. Men förenade tjänster är tunga tjänster som generellt innebär arbetsveckor på 50-60 snarare än 40 timmar, särskilt om man som forskare ska kunna hålla sig kvar i den nationella och internationella konkurrensen, menar Lena Jonasson.

– Jag tror att det idag är fler yngre som väjer för en sådan arbetsbörda.

Och den här tiden, när man både ska etablera sig i sitt yrke och då börja forska sammanfaller som regel med den familjebildande fasen i livet. Därför måste man göra det värt allt slit, både status och lön måste höjas, anser Lena Jonasson. Enligt Läkarförbundets undersökning som nämndes är läkare den enda yrkesgrupp inom Saco som förlorar i livslön på att genomgå en forskarutbildning.

Men frågan är större än läkarnas villkor. Enligt Lena Jonasson är utvecklingen i sjukvården beroende av fors-

karutbildade läkare som kritiskt kan utvärdera nya rön, allt från läkemedel till teknik och behandlingsmetoder som företag lanserar. Det gör, menar hon, att bristen på kliniska forskare faktiskt på sikt kan innebära en fara för patienter.

Hon menar att det är avgörande att också läkare, inte bara biologer och kemister, forskar inom det medicinska området.

– Det är endast läkaren som kan bedöma den kliniska relevansen.

Men att forska har också blivit administrativt tyngre. Lena Jonasson efterlyser en utbyggd infrastruktur med mer administrativ och juridisk hjälp.

– För 30 år sedan var det mycket enklare att sätta i gång en klinisk studie, nu är det en stor administrativ apparat med mycket regleringar som upplevs som hinder.

Ändå ser hon hoppet i att många studenter och yngre kollegor vill forska:

– Det måste vi ta tillvara. Vi äldre måste vara förebilder och entusiasmera de yngre.

Linköpings universitet

Antal professorer med förenad anställning

2001.....	48
2006.....	44
2011.....	46
2021.....	27

• Fotnot till siffrorna (2001: 48, 2006: 44, 2011: 46, 2021: 27):

Lena Jonasson känner inte igen bilden av att antalet professorer/överläkare alt. specialistläkare med förenad anställning vid Universitetssjukhuset i Linköping skulle ha minskat så som siffrorna antyder. Hon menar att det möjligtvis kan handla om att adjungerade eller biträdande professorer eller ett antal professor emeritus inkluderats tidigare.

Efterlyser karriärstege för läkare med förenad anställning

Örebro universitet

Antal professorer med förenad anställning

2001	0
2006	0
2011	0
2021	11

För tio år sedan, 2011, tog Örebro universitet emot sin första kull läkarstudenter. Idag har de cirka 650 studenter och elva professorer/överläkare med förenade anställningar.

– Och vi håller på att rekrytera en till, säger Mia von Euler, dekan på fakulteten för medicin och hälsa vid Örebro universitet.

Dessutom har de 12 lektorer med förenade anställningar som har sin kliniska tjänst inom Örebro län, i Region Värmland eller i Region Dalarna – både på sjukhusen och inom primärvården.

– Tanken är att stärka den akademiska förankringen i de regioner där vi har studenter som gör sin verksamhetsförlagda utbildning.

– Det är också bra för att det ger en akademisering av sjukvården. Läkarna med förenade anställningar stimulerar verksamhetsnära forskning och det ser jag som potentiellt värdefullt för vården.

Systemet med förenade anställningar



Faktum är att mångfalden av lösningar är ganska bra, menar Mia von Euler. Det kopplar ihop fler nivåer inom vården och forskningen så att praktik och teori möts.

är en win win för både akademien och vården, tycker hon. Och för läkarutbildningen är det helt nödvändigt.

– Men det ger också en akademisk kvalitet inom sjukvården. Jag skulle gärna ha fler förenade anställningar av professorer/överläkare, säger Mia von Euler.

Men det är svårt, för att inte säga omöjligt. Dels är det ibland svårt att rekrytera, dels räcker inte pengarna. Mia von Euler berättar att man i Örebro fokuserar de på de strategiskt viktiga specialiteterna – så som kirurgi, medicin och psykiatri.

Adjungerade professorer eller lektorer, överläkare som är anställda av regionen men också forskar, och lektorer/specialistläkare med förenad tjänst ser till att hela ekvationen av olika behov går ihop.

– Det är ett pussel, säger hon, men

gläds åt att se hur läkare blir mer intresserade av även en akademisk del i sin karriär:

– Vi ser ett väldigt intresse för klinisk forskning både bland underläkare och specialistläkare.

Hon har precis rekryterat en doktorend som är specialistläkare som jobbat kliniskt i flera år.

– Vi ser ett antal sådana, vilket är väldigt roligt. Det blir lite andra forskningsfrågor när det kommer in personer med mycket klinisk erfarenhet i bagaget.

Faktum är att mångfalden av lösningar är ganska bra, menar Mia von Euler. Det kopplar ihop fler nivåer inom vården och forskningen så att praktik och teori möts, vilket gör sjukvården för patienterna vetenskapligt bättre och samtidigt styr forskning i att lösa verkliga problem och bli praktiskt prövad under studiers gång.

Mia von Euler tycker att det är viktigt att underlätta för yngre att kombinera kliniskt arbete med forskning. Det är mycket som ska ske där i början; specialisering, familjebildning, jobba sig in i yrket, meritera sig på olika sätt.

– De flesta tycker att det är attraktivt med en tjänst där man både får jobba kliniskt och forska. Det är inte fel att ha en karriärstege för läkare med förenade anställningar, även tidigare i karriären, säger hon.

“Vi har jobbat mycket med biträdande lektorer”

Umeå universitet

Antal professorer med förenad anställning

2001	48
2006	56
2011	62
2021	48

Nej, det finns ingen konkret kris i svensk klinisk forskning. Det säger Patrik Danielson, professor i anatomi och dekan medicinska fakulteten vid Umeå universitet.

– Svensk klinisk forskning står sig väl i den internationella konkurrensen.

Antalet forskare med förenad tjänst på klinik i Umeå ligger stabilt jämfört med för tio år sedan, enligt honom.

Den förändring man kan se är att andelen kvinnor med förenade professor/överläkartjänst ökat från 18 procent till 31 procent sedan 2011. Och att de befinner sig i en generationsväxling: fler av de med förenade tjänster är lektorer och biträdande lektorer än tidigare. 40 procent är professorer. Det ser inte Patrik Danielson som något negativt: – Att det är fler yngre nu betyder att det är fler som bygger upp sin forskningsverksamhet. Det ser jag som väldigt positivt. De är ju framtidens professorer, säger han.

Vikten av att universitetet har lärare med förenade tjänster som också är läkare på klinik kan inte nog betonas, enligt Patrik Danielson.

– Det är jätteviktigt. Det är viktigt att universitetslärare lär ut aktuell klinisk kompetens och det är viktigt att kan väcka forskningsfrågor som är kliniskt relevanta. Det är också viktigt för sjukhusen att de får dela av akademiska perspektiv och nya forskningsrön.

Finns det något som oroar dig?

Patrik Danielson tvekar, men säger:



Fler av de med förenade tjänster är lektorer och biträdande lektorer än tidigare. 40 procent är professorer. Det ser inte Patrik Danielson som något negativt: "Att det är fler yngre nu betyder att det är fler som bygger upp sin forskningsverksamhet. Det ser jag som väldigt positivt. De är ju framtidens professorer, säger han.

Foto: Mattias Pettersson.

– Det talas om att läkare blir mindre intresserade av att forska. Det sägs att medelåldern på läkare som disputerar nu är högre än förut. Då finns risken att man inte hinner uppnå sin akademiska potential och bli professor.

Idag ser han att det är fler sökande på de prekliniska tjänsterna vid fakulteten, dvs de som enbart handlar om forskning och undervisning, än till de förenade tjänsterna.

– Jag skulle gärna se fler sökande till de förenade anställningarna.

Dessutom gör den pågående generationsväxlingen att många ledare inom klinisk forskning går i pension under de kommande åren. I Umeå jobbar de därför aktivt med att få en tydligare karriärväg för de som vill både jobba kliniskt och forska.

Ett bra sätt att fånga upp fler

personer för förenade anställningar är om AT-läkare kan doktorera parallellt med sig kliniska tjänst. Då kan de sedan söka en förenad anställning och göra sin specialiseringstjänstgöring, ST, som biträdande lektor.

– VI har jobbat mycket med biträdande lektorer, säger Patrik Danielson.

Han berättar att de, förutom traditionell utlysning av förenade tjänster inom vissa specialiteter, utlyser förenade tjänster i valfri specialitet. Då kan de låta de bästa forskarna inom ett ämne få tjänsten och göra sin ST i det ämnet.

– Då behöver man som regel gjort en internationell post doc eftersom konkurrensen blir hårdare, säger han.

– Jag är nöjd med att vi gjort mycket under tio år för att möta utmaningarna, men luta oss tillbaka, det kan vi inte göra.

Mesalazin Orion

mesalazin

Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

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 nov 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 nog. 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



Decentralisering ställer högre krav på planering av förenade anställningar

Karolinska Institutet

Antal professorer med förenad anställning

2001	120
2006	103
2011	121
2021	113

På Karolinska Universitetssjukhuset har mycket hänt det senaste decenniet. Bara bygget av Nya Karolinska är förstås en gigantisk förändring. I grunden betyder regionens omorganisation av sjukvården att patienterna ska spridas ut i vården på fler ställen, både geografiskt i regionen och bland privata aktörer. Det har i sig påverkat Karolinska Institutets hantering av förenade tjänster så att de också måste placeras ut på fler vårdenheter.

– Där vi har studenter och bedriver forskning behöver vi ha förenade tjänster, säger Annika Östman Wernerson, vicerector för utbildning vid Karolinska Institutet, som själv har en förenad tjänst som professor i njur- och transplantationsvetenskap vid institutionen CLINTEC och överläkare i patologi vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Förändringen med fler vårdverksamheter involverade i forskning och utbildning har gjort att det ställs större krav på planeringen av förenade tjänster, menar hon. Idag har Karolinska Institutet och region Stockholm 73 universitetssjukvårdsenheter, USV-enheter, där utbildning och forskning bedrivs. Drygt hälften av dem är på Karolinska Universitetssjukhuset, de övriga finns på andra ställen, som Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, St Eriks ögonsjukhus och inom psykiatri och primärvård.

– Om man sprider ut vården blir det svårare att bestämma var vi ska ha våra



När de nya läkarna får sin legitimation samtidigt som sin examen måste KI vara helt säkra på att de har den kompetens som krävs. – Då måste vi ha personal nog för att kunna examinera ute i vårdmiljön. Därför måste de öka antalet lektorer, menar hon.

Foto: Erik Flyg.

förenade tjänster som kan ansvara för examination av studenter och att leda forskning. Det måste finnas en viss kritisk massa av patienter och medarbetare, är det alltför små enheter blir det skört, säger hon.

Samtidigt behöver man ha en bra balans i ämneskompetens för att kunna examinera läkarstudenter ute i vården.

– Vi har en dialog med regionen om att säkerställa rätt kompetens. Det är otroligt viktigt att vi samverkar. Vi ska säkra att vi kan examinera studenter och bedriva klinisk forskning. Vården ska erbjuda en god utbildningsmiljö för den verksamhetsförlagda utbildningen och ansvara för specialiseringstjänstgöring för läkare. Det delade ansvaret medför vissa problem, men vi arbetar tillsammans för att hitta lösningar, till exempel att samverka kring handledarutbildning och färdighetsträningsmiljöer för studenter och vårdpersonal.

Den största risk hon ser är en minskad akademisering av utbildningen. Om de förenade tjänsterna, som har ett utbildningsuppdrag, blir för få och för utspridda kan den akademiska

kopplingen till sjukvården bli för utspädd. Att det per automatik behövs fler förenade tjänster just nu vill hon inte säga – det är också en kostnadsfråga – men de måste värnas:

– Vi måste se till att vi har de här tjänsterna där de behövs, och vi måste ha en bra planering för detta, säger Annika Östman Wernerson.

Hon tror att den här utvecklingen finns på fler håll i landet, men syns tydligast i Stockholm eftersom utvecklingen med privatisering och decentralisering varit ”rätt dramatisk”, det har både gått långt och fort här.

Den nya sexåriga läkarutbildningen skärper dessutom läget ytterligare. När de nya läkarna får sin legitimation samtidigt som sin examen måste KI vara helt säkra på att de har den kompetens som krävs.

– Då måste vi ha personal nog för att kunna examinera ute i vårdmiljön.

Därför måste de öka antalet lektorer, menar hon.

– Det är viktigt att kliniskt verkssamma läkare kommer in på den här karriärvägen där man kan kombinera forskning, utbildning och kliniskt arbete.

Men det är inte helt lätt att inspirera till en karriär som kräver mycket hårt jobb.

– Det gäller att individer vill forska, vara lärare och jobba kliniskt. Det är rätt tufft att balansera, men otroligt givande.

Att öka antalet förenade lektorat är också viktigt för återväxten av professorer med förenade anställning för läkarutbildningens skull. Karolinska Institutet har god nytta av överläkare som är adjungerade lektorer och professorer i det vardagliga arbetet.

– Men för att kunna examinera, som är ett myndighetsuppdrag, måste man ha en tydlig akademisk tillhörighet, säger Annika Östman Wernerson.

Sahlgrenska Akademien

Antal professorer med förenad anställning

2001	75
2006	84
2011	84
2021	90

Det går lite upp och lite ner, men på sikt jämnar det ut sig. Antalet professorer/överläkare med förenade tjänster på Sahlgrenska har inte ändrats mycket de senaste tio åren. Det kan bero på att några gått i pension ett år och några anstälts ett annat. Sett ur ett tjugooårsperspektiv har det blivit något fler förenade anställningar, uppskattar Agneta Holmäng, dekan på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

– De senaste fem åren har det legat ganska konstant, säger hon.

Nu, 2021, är professorerna/överläkarna med förenade anställningar mellan 70 och 80 till antalet.

– Vår region har varit generös med förenade anställningar, säger Agneta Holmäng.

– Vi har en väldigt bra dialog med regionen och ledningen för universitetssjukhuset.

Hon kallar de förenade anställda ”en oerhört viktig resurs”. En förenad anställning är som regel uppbyggd av två tredjedelar som professor och forskare vid universitetet och en tredjedel praktiserande läkare vid universitetssjukhuset.

Uppdragets tre delar – forskare, lärare, läkare – gör att alla verksamheterna drar nytta av varandra. Det är bra för forskningen när forskare har ett kliniskt perspektiv, det är bra för sjukvården att läkare också bedriver akademisk forskning och det är helt nödvändigt för läkarutbildningen att de som är lärare och handledare för studen-



Det är helt nödvändigt för läkarutbildningen att de som är lärare och handledare för studenterna både är duktiga kliniker och akademiskt grundade forskare, säger Agneta Holmäng. Foto: Malin Arnesson.

terna både är duktiga kliniker och akademiskt grundade forskare.

Däremot är det inte lika viktigt att förenade anställningar ges till överläkare och professorer utan även ges till lektorer. På Sahlgrenska akademien har de 18 lektorer med förenad anställning som till viss del gör samma jobb.

– Det är klart vi vill ha fler tjänster, men de måste vara fullt finansierade, vilket de akademiska tjänsterna är av statsanslagen.

En svårighet kan vara att läkarna med kombinerande tjänster verkligen får tid för sin forskning. Enligt Agneta Holmäng följs avtalen för detta normalt sett bra i Västra Götalandsregionen. Men nu har pandemin ställt till det. Trycket på att beta av vårdköer ökar, och därmed trycket på produktion i vården vilket drabbar alla.

– Men här har sjukvården varit mycket bra på att prioritera forskning och utbildning, vilket vi är mycket tacksamma för, säger hon.

En utmaning är att lyckas rekrytera nya professorer/överläkare när många går i pension. Sahlgrenska rekryterar

även internationellt från Tyskland, Italien och övriga Norden. Men det är viktigt att göra akademiska karriärer attraktiva för att långsiktigt säkra tillgången på personer som kan ta kombinerade tjänster.

– Vi behöver fler kollegor i akademiska karriärer och det jobbar vi hårt på idag, säger hon.

Ett sätt är att de erbjuder läkarstudenter möjligheten att sommarforska redan efter första terminen på läkarlinjen, för att väcka intresset för en forskarkarriär. Vi har tillsammans med sjukvården också ett ”student till docent”-program.

Agneta Holmäng tycker också att det behövs större ekonomiska incitament för locka läkare till att även forska. När man väl når sin slutlön så är den okej tycker hon, men doktorandåren fram till dess att avhandlingen är klar är det sämre med. Då är pressen hård från många håll; familjebildning, ekonomi, specialistutbildning, jobbet på kliniken.

– Vården blir alltmer pressad och det är hårt tryck ute på klinikerna, säger Agneta Holmäng.

Få sökande till förenade anställningar

Text: Anna Sofia Dahl

Söktrycket till förenade anställningar är lågt och nästan var femte utlyst anställning de senaste tre åren tillsattes inte. Det visar en rapport från Nationella vårdkompetensrådet.

▼ – Om det fortsätter på samma sätt blir det en utarmning av de förenade anställningarna – vilket också blir en utarmning och brist på handledar-kompetens för klinisk forskarutbildning och för lärarkraft för läkarutbildningen, säger professor Johan Dabrosin Söderholm, som är en av de som tagit fram rapporten.

Under hösten presenterade Nationella vårdkompetensrådet en rapport där man undersökt förenade anställningar som utlysts vid de medicinska fakulteterna under åren 2018-2020. Johan Dabrosin Söderholm, professor och överläkare i kirurgi, är före detta dekan vid Linköpings universitet och har själv en förenad anställning. Han sitter också med i Nationella vårdkompetensrådet och är en av författarna



"Jag tycker inte att man ska vara alarmistisk, men det är en utveckling man inte kan se så väldigt länge till utan att det börjar märkas", säger Johan Dabrosin Söderholm

bakom rapporten.

– Under mina år som dekan, och i diskussionerna med mina kolleger under de åren, hade jag en känsla av att det var få sökande. Men att det var så mycket som 20 procent av utlysningarna som inte tillsattes var förvånande. Också att det drabbar alla lärosäten – vi såg ingen skillnad i söktryck eller andel tjänster som inte blev tillsatta, säger han.

Johan Dabrosin Söderholm beskriver förenade anställningar som läkarutbild-

ningens ryggrad, och menar att en dålig återväxt både är oroande och hotar såväl kvaliteten på läkarutbildningen som klinisk forskning och därmed framtidens kompetensförsörjning.

Sjukhusläkarens kartläggning visar att antalet professorer med en förenad anställning kopplad till ett universitets-sjukhus i stort sett ligger på samma nivå som för tio år sedan. Det trots en utökning av läkarutbildningen och en allt större befolkning. Johan Dabrosin Söderholm tror att en anledning går att finna i ekonomiska begränsningar, men också i de svårigheter att tillsätta tjänsterna som rapporten visar på.

– Ett stort lärosäte beskrev att man egentligen vill rekrytera en professor, men att man inser att det inte kommer att finnas tillräckligt meriterade personer och därför utlyser ett lektorat istället. Det är också ett tecken att det inte är samma andel professorer nu.

Är det viktigt att det är just professorer som har de förenade anställningarna?

– Man ska se det som olika uppdrag och inom ett kliniskt ämne bör man ha en blandning. En lektorsanställning är ju huvudsakligen en läraranställning och de flesta har ett relativt stort uppdrag i grundutbildningen. För professorer är ofta utbildningsdelen forskar-

handledning och undervisning på forskarnivå, säger han och fortsätter:

– Så man behöver professorer för att ha hög akademisk standard på forskning och forskarhandledning. Att bara ha lektorer inom ett ämne fungerar för grundutbildningen, men om man inte har professorer som driver forskningen framåt utarmas utvecklingen av ämnet.

En del av de dekaner som Sjukhusläkaren har intervjuat menar att den tunga belastning som en förenad anställning innebär kan få yngre läkare att tveka. En tanke som delas av Johan Dabrosin Söderholm.

– Man har tre uppdrag och för att räcka till i alla krävs det ofta tre gånger 50 procent snarare än tre gånger 33 procent. Vi behöver ta reda på om det är någon skillnad i hur många som är beredda att ta på sig den stora arbetsbördan och om den nya generationen inte lockas av de här anställningarna. Om det är så behöver man kanske ändra på det, säger han.

Går det att ändra på arbetsbelastningen som en förenad anställning innebär?

– Det går kanske, men det krävs mycket för att hålla sig i forskningsfronten. När man jobbar kliniskt blir det lätt mer än vad det är tänkt, eftersom det alltid finns behov. Och i och med att läkarutbildningen i Sverige har byggts ut under senare år krävs det också mer på utbildningssidan, säger han.

Han menar att högskoleförordningen på så sätt är något stelbent, där förenade anställningar endast finns på professors- och lektorsnivå. Det innebär att den som är intresserad av den typen av anställning dels måste vara specialist, dels minst vara disputerad och dessutom ha fortsatt forska efter avhandlingen. Dessutom krävs en hel del undervisningsmeriter.

– Det gör att det tar lång tid innan

man är meriterad. Man skulle kunna tänka sig att ha någon form av förenad anställning för odisputerade, men undervisningsintresserade, meriterade kliniker som skulle kunna fungera som lärare och som får möjlighet att meritera sig forskningsmässigt under anställningen. Och om man istället har meriterat sig forskningsmässigt skulle man kunna ha en förenad anställning på biträdande lektorsnivå, innan man har hunnit bli specialist, säger han och fortsätter:

– Det skulle innebära att man skulle kunna få in personer som är intresserade av universitetsuppdrag av olika slag på universitetsanställningar mycket tidigare i karriären.

I rapporten lyfter Nationella vårdkompetensrådet behovet av en fördjupad analys av varför inte fler väljer att söka tjänsterna och vad som kan göras

för att råda bot på problemet. Man lyfter också behovet av en översyn av högskoleförordningen kring förenade anställningar. Första steget är enligt Johan Dabrosin Söderholm att ta reda på mer bakgrundsfakta, och i slutet av november ska han träffa dekanerna från respektive lärosäte för att diskutera vad de ser för behov. Men att någonting behöver göras är dock klart.

– Jag vill verkligen understryka betydelsen av förenade anställningar för den kliniska forskningen och läkarutbildningen – de är verkligen basen. De behövs också för att kunna ha en sjukvårdsutveckling som grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför är det väldigt viktigt att vi jobbar tillsammans lärosätena och universitetssjukvården för att kunna hitta lösningar på det här.



FAKTA

Nationella vårdkompetensrådet och rapporten

Nationella vårdkompetensrådet inrättades den 1 januari 2020 på uppdrag av regeringen som ett rådgivande organ som ska "bidra till en god planering av kompetensförsörjningen".

▼ I rådet sitter 14 ledamöter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet.

Inom rådet finns olika arbetsgrupper, bland annat arbetsgruppen för klinisk forskning som tagit fram rapporten "Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018-2020".

Rapporten grundar sig i en enkät som gått ut till dekaner och anställningsnämnder vid landets sju medicinska fakulteter.

Resultatet visar att det totalt utlystes 206 förenade anställningar under

treårsperioden. Inom läkarkategorin handlade det om sammanlagt 156 anställningar, där 64 var på professorsnivå i 33 olika kliniska ämnen och 92 var lektorat i 31 olika ämnen.

Inom allmänmedicin gjordes flest utlysningar, 18 stycken där 5 var professorer och 13 lektorat. Inom barnmedicin var siffran 11, 5 professorer och 6 lektorat, inom psykiatri 9, varav 3 professorer och 6 lektorat, och inom onkologi och intensivvård utlystes 8 tjänster, 1 professur och 7 lektorat vardera.

Inom läkarkategorin var 85 procent av de som sökte någon av de 156 tjänsterna behöriga. 17 procent, det vill säga 26 tjänster, tillsattes inte.

95 av de 133 tjänster som tillsattes, det vill säga 71 procent, gjordes genom interna rekryteringar – alltså anställning

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

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: 2021-10-05

Maria ilsknade till över allt krångel i sin vårdvardag och startade ett eget patientdrivet nätverk – idag har det 3 000 medlemmar

”Många patienter och patientföreningar hamnar utanför viktiga nätverk och konferenser

När Maria Lindqvist insjuknade i en sällsynt sjukdom insåg hon hur svårt det var att hitta rätt vård och få tillgång till den expertis hon behöver för att överleva sin sjukdom. För att förbättra vårdvardagen för patienter, öka kunskapen och skapa bättre underlag för beslutsfattare startade hon Hälso- och sjukvårdsnätverket.

Några månader innan pandemin bröt ut samlade Maria Lindqvist olika aktörer från vården, patientföreningar, myndigheter, företag och beslutsfattare. Hon hade tröttnat på alla hinder i sin och många andra patienters vårdvardag och bestämde sig för att göra något. I november 2019 grundades Hälso- och sjukvårdsnätverket.

– Jag ville skapa en mötesplats för alla aktörer i hälso- och sjukvården. Syftet är att de som kan och vill ska få möjlighet att ta del av de hinder som patienter brottas med i sin vårdvardag. I diskussioner mellan olika aktörer tas förslag på lösningar fram som utgår från patienters behov. Förslagen skickas därefter till beslutsfattare runt om i Sverige.

Hittills har över 3 000 medlemmar anslutit sig. Några av de ämnen som diskuteras under träffarna är vårdflöden, väntetider, hinder, innovation och läke-

medel. Nätverket hann dock bara träffas några få gånger innan pandemin satte stopp för fysiska möten. Maria Lindqvist satsade då pengar ur egen ficka för att bygga upp en webbplattform där medlemmar kan hitta varandra mellan nätverksträffarna. Arbetet med att få tekniken på plats och skapa lösningar för olika medlemsnivåer har tagit tid, men nu är plattformen klar och nätverket har fått en återstart.

– Jag hoppas förstås på att nätverket ska få den plats det förtjänar och att det kan växa både i fysisk och digital form. Vi har haft ett 70-tal deltagare på våra nätverksträffar och nu hoppas vi att det ska blir fler.

Hur skiljer sig då detta nätverk från många andra liknande nätverk?

– Många patienter och patientföreningar hamnar utanför viktiga nätverk och konferenser. När stora konferensarrangörer som bjuder in till möten som ska diskutera ämnen som patienten i centrum och personcentrerad vård, kan anmälningsavgiften vara flera tusen kronor. Det finns innovationsbolag ute i regionerna som kan betala tiotusentals kronor i en årlig abonnemangsavgift, men inte en enda patient finns representerad.

– Det är rätt ironiskt egentligen att

de som berörs inte har råd att vara med. Jag vill skapa ett dynamiskt nätverk som inte kostar något för patientföreträdare och ideella organisationer.

Maria Lindqvist har ofta känt sig maktlös i rollen som patient. Sedan många år lever hon med Addisons sjukdom, som också kallas för primär binjurebarkssvikt.

– Jag får en bra behandling och det är ungefär som att leva med en välkontrollerad diabetes, det funkar helt OK för mig.

Men, för cirka 10 år sedan fick hon en sällsynt diagnos, systemisk mastocytos. Det är en relativt ovanlig, men sannolikt också underdiagnostiserad blodsjukdom som orsakas av en ansamling av mastceller (vita blodkroppar) i olika organ. Sjukdomen innebär att hon utvecklat osteoporos och hon lever med en konstant värk i skelett, leder och muskler. Hon drabbas även av anafylaxier, en potentiellt livshotande och akut systemisk överkänslighetsreaktion från

flera organsystem.

– Vi är cirka 800 medlemmar med samma diagnos som träffas i en sluten Facebookgrupp. Många vittnar om samma sak, svårigheten att få komma till sjukvården för utredning och behandling. Det finns två mastocytoscentrum i Sverige. De tar dock bara emot ett fåtal patienter och det är svårt att få rätt hjälp på grund av att kunskapen om vår sjukdom är för låg i Sverige.

I USA finns det mastocytosspecialister som skulle kunna komma till Sverige och lära upp svenska läkare och hjälpa till med utredning och start av behandling. Därefter skulle primärvården kunna ta över ansvaret med stöd av specialistläkare.

– Men hittills har vi tyvärr inte lyckats att få gehör för den idén. Under tiden har vi unga medlemmar som dör i väntan på utredning och behandling.

I juli 2020 planerade hon tillsammans med sin familj att resa till Boston för att träffa en mastocytosspecialist. Resplanen

fick dessvärre ställas in på grund av coronapandemin. Nu hoppas dock Maria att resan snart kan bli möjlig.

Det Maria kan få hjälp med i USA, men inte i Sverige, menar hon, är bland annat provtagningar för att fastställa vilken typ av systemisk mastocytos hon har, tillgång till mediciner som lindrar symtomen och som inte finns i Sverige, en vård- och behandlingsplan, tillgång till fast specialistläkare som även kan vara rådgivare till svenska sjukhusspecialister samt husläkare.

– Försäkringskassan betalar inte för vård utanför EU, men jag har vänt mig till regionen för att se om jag kan få ersättning. De har svarat att de ska undersöka saken. Under tiden blir jag bara sjukare och sjukare och drabbades nyligen av proppar i lungorna, det tär på krafterna och jag får kämpa ganska hårt för att orka med vardagen.

Sjukdomen sätter sina spår i kroppen och hon upplever att hon sakta försämras. Sedan 2014 finns en patientlag som

ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Många dokument, rapporter, analyser och konferenser diskuterar vikten av att skapa strukturer för en personcentrerad vård. Men hur långt har Sverige egentligen kommit?

– Vi har en lång väg att gå. Vi ser hur utvecklingen av en vårdmarknad skapar stora utmaningar när det gäller hur, när och vad man ska samarbeta om och med vilka. I upphandlingar utgår man från lägsta pris, inte från patientens behov. Vilken annan sektor utanför vården hoppar över arbetet med att kartlägga kundens eller patientens behov innan beslut tas om viktiga satsningar, undrar Maria.

Förhoppningen är nu att hon ska lyckas samla alla aktörer med intressen i hälso- och sjukvården för att tillsammans hitta lösningar på de hinder som patienter i Sverige upplever.

Maria Lindqvist: "När stora konferensarrangörer bjuder in till möten som ska diskutera ämnen som patienten i centrum och personcentrerad vård, kan anmälningsavgiften vara flera tusen kronor så inte en enda patient finns representerad. Det är rätt ironiskt egentligen att de som berörs inte har råd att vara med."

Foto: Stefan Nilsson.

Eva Nordin

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder



▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarförningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond.

Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp.

Prisbasbeloppet för 2021 är 47 600 kronor.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov. Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin.

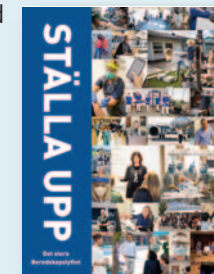
Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarnas kansli wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.slf.se/sjukhuslakarna/

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50. Sista ansökningsdag är den 27 december

De ställde upp!

Redan från början fick covid-19-pandemin allvarliga konsekvenser i samhället: Vården var tungt belastad samtidigt som tusentals i andra branscher stod utan arbete. Då föddes Beredskapslyftet, ett initiativ som gjorde det möjligt att ställa upp och göra en betydelsefull insats. Kabinpersonal, restauranganställda, tågvårdar och många andra gick från att vara permitterade eller arbetslösa till att bli livsviktiga kuggar i samhällsmaskineriet. Hur var denna snabba omställning möjlig? Vilka låg bakom? Vad blev resultatet? Och vad har vi lärt oss av det? Journalisten och författaren Annica Triberg har intervjuat ett femtiotal personer som varit involverade i de olika insatserna. Sjukhusläkaren har fått tillstånd att publicera valda utdrag ur reportageboken "Ställ upp – det stora Beredskapslyftet". En bok om solidaritet och skaparkraft.



Dagen då allt förändrades

Måndagen den 16 mars 2020 gick solen upp prick klockan 06.00 i Stockholm. Det var en kylig morgon, bara någon enstaka plusgrad i huvudstaden, och även om det skulle bli aningen varmare mitt på dagen hängde regnet i luften.

Denna dag skulle Riksbanken hålla ett extrainsatt penningpolitiskt möte med anledning av coronapandemin. "Även i dag har det varit stora prisnedgångar på europeiska och amerikanska aktiebörser", kunde man senare läsa i protokollet. Olika avdelningschefer uttryckte sin oro för svensk ekonomi, och man beslutade bland annat att köpa obligationer för upp till 300 miljarder svenska kronor fram till december 2020.

På Svenska Dagbladets redaktion skulle en redigerare strax lägga in Karin Thunbergs krönika till kommande dag. Den 11 mars hade WHO deklarerat att covid-19 nu klassades som en pandemi, och statsepidemiolog Anders Tegnell hade förklarat att 70-plussare skulle skyddas extra...

...När Oscar Stege Unger denna morgon cyklade från Nacka till sitt

arbete på Wallenbergstiftelsernas kontor på Arsenalsgatan i Stockholm var det dock varken kylan, obligationer eller utsatta 70-plussare som fyllde hans tankar, utan en helt annan fråga.

På Wallenbergstiftelserna arbetar Oscar sedan flera år nära familjen Wallenberg, bland annat med frågor som rör kommunikation och strategi. Han sitter även i SAS styrelse. Och just denna morgon var det helgens extrainsatta styrelsemöte med SAS ledning som snurrade i hans huvud medan han cyklade. Efter mötet hade SAS vd Rickard Gustafson kallat till presskonferens och meddelat att nu, när land efter land stänger gränserna på grund av pandemin, håller resebranschen på att kollapsa: "Vi måste anpassa vår kostym. Vi kommer temporärt att behöva dra ner vår arbetsstyrka med upp till 10 000 personer, vilket motsvarar 90 procent av den totala styrkan."

När Oscar Stege Unger kom till kontoret och sjönk ner vid skrivbordet fortsatte tankarna att mala. Så många drabbade. Så många människoöden. Och detta bara på SAS. Nu var det verkligen allvar. Oscar minns morgonen mycket väl: "Michael Treschow, som är mångårig rådgivare

till familjen Wallenberg, var på kontoret denna morgon. Han drog fram en stol till mitt skrivbord och satte sig. 'Ok, Oscar', sa han. 'Vad händer?' Jag berättade om styrelsemötet och myllret av frågeställningar som snurrade i mitt huvud. Michael undrade vad vi borde prioritera, men även vad vi skulle kunna göra."

Oscar började logiskt tänka att det var dags att mobilisera, att gå upp i stabsläge, att sammankalla "kusinerna", det vill säga Jacob, Peter Jr och Marcus Wallenberg, samt att samla alla vd:ar inom sfären.

"Sedan slog det mig: Vi borde kunna göra något med personerna som har fått gå från SAS. Media rapporterade om hur sjukvården var överbelastad och gick på knäna. Det fanns mycket som tydde på att det kunde bli riktigt illa", säger Oscar.

I SAS styrelserum hade han under tidigare sammanträden hört många historier om hur kabinpersonal skickligt kunde handskas med allehanda passagerare, såväl bråkiga och oroliga som berusade och akut sjuka. Detta var ju onekligen kvaliteter som kom väl till pass i en krissituation.



Oscar Stege Unger, rådgivare på Wallenbergstiftelserna.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Oscar fortsätter: "Så jag frågade Michael Treschow: 'Borde det gå att omskola dem?' Alla tänkte nog vid den här tidpunkten på hur vi skulle kunna hjälpa till, vad just jag skulle kunna bidra med."

Michael Treschows svar var lika kort som snabbt: "Ja!" Sedan gick det undan. Oscar ringde Fredrik Hillelson, som är vd och grundare av Novare, ett rekryteringsföretag som genom åren har arbetat med rekrytering till internationella och svenska företag, till offentlig sektor, till kultursfären, till stiftelser samt till frivillig- och intresseorganisationer....

...Fredriks svar var reptilsnabbt: "En briljant idé! Jag ringer Johanna Adami."

Och här kommer nästa "kända spelpjäs" in. Johanna Adami, rektor för Sophiahemmet Högskola, var den som hade tagit fram utbildningen för nyanlända läkare.

Medan Fredrik pratade med Johanna ringde Oscar till Karin Nyman, kommunikationsdirektör på SAS, för att höra om det fanns intresse från SAS att göra något.

"Karin var positiv", säger Oscar, "hon sa att man även internt på SAS hade diskuterat i liknande banor. Och sedan drog det i väg."

Fredrik ringde Johanna Adami runt klockan 11. Han förklarade tankarna och undrade:

"Kan vi testa detta?"

"Absolut", svarade Johanna och lovade Fredrik att hon skulle ringa tillbaka inom en timme:

"Jag sprang i väg och hittade vår vd och biträdande sjukhuschefen i lunchmatsalen"...

..."Jag är läkare och professor i klinisk epidemiologi, men jag har även en bakgrund som folkhälsovetare, och rätten till sjukvård är ju ett av FN:s globala mål. Min tanke medan jag förklarade idén för mina ledningskolleger var: Är det ok att inte göra något i ett läge som detta?"

Egentligen hade Johanna Adami redan en med råge fullspäckad agenda denna dag:

"Någon timme efter att Fredrik ringt höll statsepidemiolog Anders Tegnell presskonferens och uppmanade alla som kunde att jobba hemma. Jag

behövde alltså se till att tömma hela högskolan så att medarbetare och studenter kunde bedriva arbete och studier på distans på grund av de nya restriktionerna."

När Johanna ringde tillbaka till Fredrik Hillelson var det för att meddela att hon som rektor fattat beslut om att ta fram en introduktion-utbildning för att kunna omskola kabinanställda till vårdpersonal. Nu skulle hon bara fundera på vem som skulle kunna ta fram den.

Även Novare stod inför ett dilemma i och med pandemin. Många rekryteringsprocesser avstannade av förklarliga skäl. Men Fredrik Hillelson hade samma dag beslutat att inte permittera personal och att göra allt som var möjligt för att ingen skulle bli av med jobbet.

"Jag är nog mer aktionsorienterad än reflekterande", konstaterar

Fredrik när han tänker tillbaka på den dag då Beredskapslyftet föddes. Och nu skulle verkligen Novares personal behövas.

Nu hade det hunnit bli tidig eftermiddag. Så snart Johanna hade fattat beslut om att Sophiahemmet Högskola skulle kunna ordna utbildning och informerat sina koncernledningskolleger, ringde Fredrik tillbaka till Oscar. "Johanna är på!"

Wallenbergstiftelserna, som ger pengar till universitet och högskolor och som ju även hade givit bidrag till Sophiahemmet Högskola tidigare, sköt till en miljon direkt. Det betydde kostnadstäckning för att köra en pilotomgång av utbildningen. Oscar Stege Unger minns:

"Detta blev ett snabbt beslut; vi hann inte samlas i styrelserummet. Men alla var överens om satsningen. Aldrig tidigare har vi betalat ut pengar så här fort."

Johanna Adami kommenterar:

"Stödet var extremt viktigt. Skulle vi ta fram en utbildning på rekordfart behövde vi provköra en omgång först. Tilläggas bör att jag senare skrev ihop en formell ansökan, där jag noga redovisade vart pengarna tog vägen."

När det visade sig att pilotomgången av utbildningen hade varit lyckad, skulle ytterligare fem miljoner betalas ut. Men först kvarstod frågan: vem skulle ansvara för att ta fram utbildningen?

Svaret fanns på armlängds avstånd. Eller "en fot bort", skulle man också kunna säga. För Johannas kollega Carola Hellman skulle egentligen operera en sedan länge krånglande fot, och enligt planen skulle hon vara sjukskriven. Men på fredagen hade hon fått veta att operationen var uppskjuten – på grund av pandemin och eftersom hennes operation inte var akut.

"Carola sa ja utan en sekunds tvekan", säger Johanna.

Dagen därpå, på tisdag eftermiddag, satte Malin Crona från Novare ihop ett informationsmaterial till de anställda på SAS, tillsammans med SAS kommunikationsdirektör Karin Nyman och Louise Burke, ansvarig för kabinpersonalen på SAS. Gruppmeetet gick ut klockan 21 på tisdagskvällen.

"Vi hade inte frågat vården om det fanns intresse av att ta emot dem, det gjorde vi senare", säger Fredrik Hillelson, och Oscar Stege Unger fyller i:

"Vi visste att det var en bra idé, men vi hade ju inte heller förankrat om den som veckan före hade serverat champagne på ett flyg från Hong Kong skulle vilja byta till vården."

Svaret kom redan på onsdag morgon när ansökningarna rann in hundra anmälda bara under natten. Och snart skulle siffran vara uppe i tre hundra.

"Då valde vi att tipsa Expressen om nyheten", säger Fredrik. "Sedan ringde arbetsmarknadsministern Eva Nordmark för att tacka oss för att vi hade tagit det här initiativet!"

Eva Nordmark hade dock ett medskick:

"Glöm inte facken! Förankra hos Kommunal och Vårdförbundet."

Eva skickade raskt över aktuella telefonnummer, Oscar ringde Vårdförbundet och Fredrik tog hand om Kommunal och ringde förbundsordföranden Tobias Baudin:

"Jag hade träffat honom en gång innan, men kan inte säga att vi kände varandra. Så när han sa 'ring min avtalssekreterare' blev jag lite rädd."

Men när Kommunals avtalssekreterare Lenita Granlund svarade kunde han andas ut:

"Hej Fredrik! Jag vet att du är en god kapitalist. Vad kan jag göra för dig?"

Johanna Adami konstaterar att det ibland finns målkonflikter och kulturskillnader mellan akademi, offentlig

sektor och näringsliv.

"Men här hade vi ett gemensamt mål. Friställda personer fick något meningsfullt att göra, vi som akademi kunde bidra med kvalitetssäkrad utbildning och vården fick hjälp....

....Beredskapslyftet var fött.

Från flygkabin till vårdavdelning

Två år. Det är den tid som normalt behövs för att ta fram en ny utbildning på Sophiahemmets Högskola på Valhallavägen i Stockholm. Men våren 2020 var inget i samhället riktigt normalt och från att rektorn Johanna Adami hade sagt ja till att ta fram en snabbutbildning, för främst SAS-personal som hade förlorat jobbet, tog det bara två veckor tills de 30 första studenterna var på plats på Sophiahemmet måndagen den 30 mars.

"Om det är inom ramen för mitt uppdrag och högskolans kompetensområde vill jag gärna svara ja. Jag brukar i vilket fall inte börja med ett nej. Nu var läget dessutom så tydligt alarmerande. Från personer som dött i covid-19 och initialt lades i svarta plastsäckar eftersom man var osäker på om kropparna var smittförande, till allvarligt covidsjuka patienter som inte ens fick ta emot besök av anhöriga för att ta ett sista farväl."

När Fredrik Hillelson ringde från Novare på förmiddagen den 16 mars för att fråga om Johanna kunde ta fram en omställningsutbildning för permitterad SAS-personal hade Johanna en dag fyllt av krisledningsmöten; även Sophiahemmet behövde tänka om kring stora delar av verksamheten i och med pandemin.

"Efter vårt samarbete med Novare 2016, när vi hade tagit fram en utbildning för läkare med legitimation utanför EU/EES, vilka behövde kompletteringsutbildning för att kunna arbeta i Sverige, visste jag vad Fredrik och Novare stod för. Annars hade jag kanske inte varit lika snabb på beslutsknappen. Men det gick inte att säga nej i det här fallet."

Johanna hittade vd Peter Seger och biträdande sjukhuschefen Åsa Larsson i matsalen, där de just skulle greppa en snabb lunch innan krisledningen skulle samlas igen. Hon brydde sig inte om

att linda in sitt ärende utan frågade tydligt – och aningen retoriskt:

"Behövs det fler händer och fötter för att avlasta vården?"

Svaret var ja, och en timme senare ringde Johanna tillbaka till Fredrik: "Vi kör!"

Samma eftermiddag gick stats-epidemiolog Anders Tegnell och Region Stockholm ut och uppmanade: "Nu är det jobba hemma som gäller."

"Då insåg jag att vi måste ställa om hela högskolans verksamhet med omedelbar verkan", säger Johanna Adami. "Så innan dagen var slut behövde vi dessutom fatta beslut om hur våra studenter nu skulle kunna få distansundervisning. Nästa morgon klockan åtta hade min organisation ställt om. Och senare den dagen meddelade regeringen att de fattat beslut om att alla landets högskolor skulle bedriva distansverksamhet. Då kändes det skönt att vi redan hade lösningar klara."

Johanna insåg att ett uppdrag som detta skulle kräva mycket av många på Sophiahemmet. Ett projektteam skapades snabbt med medarbetare på både sjukhuset och högskolan. En projektledare, Helene Falkentoft, utsågs för att samverka med Novare och hålla koll på alla detaljer. Samtidigt hade Johanna Adami hittat den kollega som skulle kunna ta fram den utbildning som skulle bli ett "snabbspår in i vården" för att SAS-personal skulle kunna ställa om.

Den Johanna hade i åtanke, och som också på rekordtid fick ställa om, var Carola Hellman på Sophiahemmet Högskola:

"Jag skulle egentligen enligt vår planering vara sjukskriven för att operera en fot. Men ortopeden ställde in operationen på grund av pandemin", säger Carola. "Jag hade haft ont länge, men jag förstod ortopeden, det fanns mer akuta saker än min fot att ta hand om just då."

En timme efter att Carola fick veta att operationen var inställd ringde Johanna Adami och undrade om Carola kunde ta hand om utbildningen:

"Jag skulle ju inte jobba på tre månader, var tanken, så det blev verkligen en omställning. I stället för att vara sjukskriven gick jag till att jobba mer än min ordinarie heldid."

I vanliga fall är Carola lärare på sjuksköterskeutbildningen i kurser som

pediatrisk omvårdnad i termin 3, primärvård i termin 5 samt komplexa sjukdomstillstånd i termin 6. Men nu skulle hon alltså göra något helt annat.

"Jag insåg att jag bara hade ett blankt papper att börja med. Den största utmaningen var att hitta rätt nivå på utbildningen samt att vi inte visste var jobben skulle finnas för de personer vi skulle utbilda. Behovet fanns, men inom vilka områden? Akut-sjukhusen? Äldreboenden?"

Carola började med att ringa upp Anna Eriksson, en kollega som hon arbetat mycket tillsammans med:

"Jag kastade ur mig idéer och tankar. Anna inte bara lyssnade och kommenterade, hon öppnade – mig ovetande – den påbörjade kurssidan i vår studentportal och skrev samtidigt ner allt jag bubblade ur mig. Det var en stor hjälp."

Anna var även med och byggde upp kursen initialt, något Carola är otroligt tacksam för.

"Jag kunde inte ha gjort detta själv, jag behövde någon att bolla alla tankar kring pedagogiska element med. Vi hade dessutom precis bytt till en helt ny läroplattform, så förutom att bygga en ny kurs på rekordtid hade vi även ett nytt system som vi inte var helt bekanta med."

Carola är barnsjuksköterska, men i botten även undersköterska, något hon hade stor glädje av när hon tog fram snabbutbildningen.

"Vi hittade bra kurslitteratur från undersköterskeutbildningen, som dessutom förlaget Sanoma ställde upp med i princip gratis, efter att Johanna kontaktat deras vd Christer Carlberg och förklarar läget. Utmaningen var sedan att tänka oss in i vad studenterna hade med sig för kunskaper. Kabinpersonal kan ju grundläggande akutvård, som till exempel hjärt- och lungräddning."

Ett kursteam sattes snabbt ihop, och teamet hade regelbundna avstämningar. Frågorna kretsade kring allt från hur schemat skulle se ut till praktiska saker som hur man skulle få in studenterna i högskolans datasystem. Det behövdes support så att alla studenter kunde logga in; vissa hade aldrig studerat på högskola tidigare. Det behövdes sängar, rullstolar, lokaler och materiel till praktiska övningar. Plus att det behövdes lärare.

Fortsättning
nästa
uppslag >>>



Johanna Adami, rektor för Sophiahemmet Högskola.

”Det var några sömnlösa nätter när jag var tveksam till om vi skulle klara detta. Men så kom de första 30 studenterna och vi kunde testa kursen – och konstatera att den fungerade. Att vi fixade det. Men jag hade aldrig klarat detta ensam”, säger Carola och lägger till ett inkluderande ”ingen nämnd, ingen glömd”, innan hon fortsätter:

”Den första kursen hade vi på plats, på campus på Sophiahemmet. Det handlade om allt från hygienrutiner och förflyttning i säng och rullstol till matning och att desinficera sängar. Studenterna övade på varandra under den första kursen och vi hade dessutom seminarier online om bland annat etik och bemötande.”

När det var dags för nästa omgång av utbildningen hölls den helt på distans, även de praktiska momenten. Detta eftersom restriktionerna i samhället gradvis hade skärpts och även på grund av det faktum att hela högskolan arbetade på distans.

”Då fick vi göra om mycket av kursen”, förklarar Carola. ”Vi behövde snabbt leta efter bra instruktionsfilmer och lägga till nya seminarier. Vi spelade även in fyra föreläsningsfilmer om demens på mindre än en vecka. Det var också en otrolig respons från andra högskolor. När vi inte kunde ha fysiska övningar i förflyttningsteknik fick vi till exempel låna filmer gjorda av fysioterapeuter på Karolinska Institutet. Alla ställde verkligen upp.”

Senare antogs även andra studenter, inte bara från SAS, med helt annan bakgrund, och då behövde innehållet modifieras ytterligare. Efter varje kurs fick studenterna göra en utvärdering.

”Vi fick övervägande jättepositiva omdömen. Utvärderingarna var mycket viktiga, vi ville verkligen vara lyhörda. Vi visste ju inte hur mycket innehåll vi kunde trycka in på tre dagar.”

När Carola Hellman summerar erfarenheterna från de sju kurser som hölls, med totalt drygt 300 studenter, är det främst en sak hon återkommer till.

”Det var väldigt intressant att se hur teamarbete kan fungera när det är som bäst. Det blev både sena nätter och hela dygn innan första kursen var på plats, och ännu mer tid gick åt till andra kursen, som skulle ställas om till att vara helt på distans.”

Glädjande nog kan Carola dessutom

notera att det finns kursdeltagare som nu har valt att studera till sjuksköterska.

”Det är roligt att ha öppnat ögonen på några, att vi har kunnat väcka intresse för yrket tack vare utbildningen. Många sa också under kursens gång att de gärna skulle vilja läsa mer, lära sig mer.”

Louise Burke är den som har helhetsansvaret för all kabinpersonal på SAS i Sverige och även för henne innebar våren 2020 stora förändringar.

”Vi i flygbranschen är alltid påverkade av sådant som händer i omvärlden – fågelinfluensa, konflikter, askmoln, sars ... Det får snabbt effekter på vår verksamhet. Vi har ställt in flyg till Kina tidigare, vi har haft skyddsmasker, sprayat plan och så vidare. Och i början var vi inte så oroliga”, säger Louise.

Så kom första veckan i mars. Det var slutet på sportlovet och svenskar började komma hem från Italien. Louise fortsätter:

”Nu kom en ny sorts oro. Våra besättningar skulle flyga hem miss-tänkt smittade. Det var inte bara skidturister ombord, utan även andra som ville komma hem efter utbrottet i norra Italien. Vi skapade skyddsutrustningskit som all kabinpersonal fick ta med sig ut på planen. Det var inget krav på att använda dem, utan de var mer tänkta att använda ifall någon visade tydliga symptom ombord.”

Sedan gick allt väldigt fort. På SAS hade man precis påbörjat rekryteringen av extra kabinpersonal till vad man trodde skulle bli en intensiv sommar, normalt med 30 procent mer trafik än resten av året. Tolv kurser skulle hållas för de nyanställda under året.

”Den första kursen startade i början av mars. Vi kommenterade viruset lite, vi var oroliga över smittan och vi hade redan ställt in tio procent av avgångarna”, säger Louise.

Louise Burke, ansvarig för kabinpersonalen på SAS i Sverige.

Ett par veckor senare skulle läget vara det omvända och den 16 mars 2020 är definitivt en dag hon aldrig kommer att glömma:

”Nu stod 90 procent av personal och plan på marken. Nu blev det så påtagligt. Vi fick skicka hem alla på kursen, vi skulle inte ha något jobb åt dem.

Många hade lämnat andra jobb för detta och de var besvikna, förstås.”

Det var en fullständig kollaps i flygbranschen och land efter land ställde in. Cirka 5 000 personer behövde gå på SAS, huvuddelen i Skandinavien. Det var nästan halva styrkan. Sett till Sverige fanns omkring 270 timanställda i den så kallade Resurspoolen. De var behovsanställda och nu fanns inget jobb åt dem. Därutöver fanns ungefär lika många fast anställda som var uppsagda på grund av arbetsbrist. Resten, cirka 400 personer, permitterades rakt av i olika grader.

”Våra egna uppsägningar har aldrig haft sådan fart. Fokus handlade bara om att dra ner och spara kostnader”, säger Louise Burke, ”men mitt i allt det kaotiska fanns en stor förståelse för att vi måste göra något snabbt.”

Det var då Louise Burke fick ett telefonsamtal från SAS kommunikationsdirektör Karin Nyman:

”Jag stod i en mataffär på väg hem när jag svarade, jag minns det så tydligt”, säger Louise. ”Karin undrade: 'Vad tror du? Skulle vår personal kunna göra nytta inom vården?' Jag svarade att det var självklart, kabinpersonalen har ju en basutbildning för att ta hand om sjuka ombord. Dessutom är alla socialt kompetenta och något av experter på att möta människor i olika situationer; att flyga är kopplat till så mycket känslor. De är vana vid människor som är både stressade och oroliga.”

Så fick Louise kontakt med Novare och Beredskapslyftet:

”Och efter det gick det väldigt fort. Vi pratade alla tider på dygnet. En del av mig kände att Beredskapslyftet blev ytterligare en sak, ovanpå allt annat. Samtidigt förstod jag att detta var en riktig win-win för alla. Det var bra för oss som företag, det var bra för de anställda och det var bra att vi kunde bidra till att stötta vården.”

Resurspoolen, de som var timanställda, hoppade på Beredskapslyftet först. De stod ju klara och redo. Louise fick namnlistor och betaladelön till dessa personer under utbildningen. Därefter fick de lön från de olika vårdinrättningarna. De som var uppsagda behövde jobba anställningstiden ut innan de kunde gå kursen. Och de som var permitterade kunde gå kursen i april med bibehållen lön.

”Responsen var bra och många ville bidra”, säger Louise. ”En del förstod nog också att det skulle dröja innan de kunde få flygjobb igen.”

Louise ville egentligen inte göra någon PR-grej av det hela:

”Men vi fick oerhört mycket fokus i media när vi kom till Sophiahemmet. Det var kanske oundvikligt. Det blev så mycket symbolik i att kabinpersonal 'bytte spår' till vården.”

Louise funderar kring om en liknande insats hade gått att göra utan en pandemi:

”Jo, kanske. Men det hade säkert inte gått med den här hastigheten. Jag hörde någon säga att pandemin blev en tidsmaskin. Vi hade inte tid att fundera eller tänka ett varv till. Det var bara agera som gällde. Sjukvården skrek efter personal och samtidigt hade vi folk vi inte kunde sysselsätta.”

Hon återkommer till vilken kraft det finns i initiativ av detta slag, när alla är engagerade och beslutsamma, i stället för att se hinder. Eventuella fel går att rätta till senare.

”Det är verkligen något att ta med till framtiden. Jag gick en gång en internutbildning för de högsta ledarna inom SAS. En föreläsare pratade om att ha kontroll på alla processer.”

Louise har inte glömt hans budskap: ”If you have everything under control – you're going too slow ...”

En av flera som ansvarade för logistiken kring utbildningen var Malin Crona, till vardags på Novare Potential, som fokuserar på att rekrytera personer som är nya i Sverige. Ett av hennes första samarbeten med Sophiahemmet var utbildningen för att påskynda svensk legitimation för nyanlända läkare. Så kontakten var etablerad och trygg.

”Parallellt med att ansökningarna fullkomligt rann in när SAS hade mejlat ut information om kursen jobbade vi med att hitta arbetsplatser till de 30 som skulle gå pilotomgången”, säger Malin. ”Jag och mina kolleger hade omvälvande dagar. Det var intensivt! Jag har aldrig jobbat så mycket, framför allt under piloten, då var vi så få som höll i allt: välja ut sökande, hitta arbetsgivare, matcha dem ...”

Förutom kursdeltagarna var det många andra som hade hört talas om

projektet. De ringde och mejlade med frågan: ”Finns det något jag kan göra?”

”Många ville verkligen hjälpa till”, säger Malin, ”men vi hade ingen öppning just då. Söktrycket var stort, media hörde av sig, liksom andra flygbolag. Så vi bestämde att köra en omgång till, nu med dubbla antalet studenter.”

Även på Novare hade man till stor del gått över till att jobba hemifrån på grund av de nya restriktionerna.

”Innan vi var klara med den första kursen satt jag i princip fem dagar i sträck i en fåtölj med datorn i knät. Nu har jag lärt mig att min nacke inte klarar det”, konstaterar Malin krasst och fortsätter:

”Ändå var det stimulerande och häftigt att göra detta. Att kunna göra nytta. Drivkraften var så stark att det nästan var surrealistiskt.”

Att hitta arbetsplatser var också en utmaning. Sjukhus behövde folk, liksom äldreboenden:

”Det 'brann' verkligen i mitten av mars, men i maj klingade behovet av. Karolinska sa ena veckan att de behövde hundra personer, för att nästa vecka meddela att de klarade sig själva. En del som gick kursen hittade även egna arbeten inom vården, till exempel den så kallade Corona-Expressen, som körde covidsjuka från hemmet till sjukhusen.”

Malins kollega Mitra Frost arbetar på Novare Public, med inriktning mot bemanning inom offentlig sektor. Och nu var det som ansvarig för kontakterna med offentlig sektor hon fick kavla upp ärmarna:

”Vi arbetade otroligt mycket och mejlkonversationer runt midnatt var vanligt”, säger Mitra. ”Det var väldigt ad hoc i början ...”

Lösningen blev Excel-filer, plus mallar för dokumentation och intervju-mallar:

”Tyvärr hann jag varken besöka utbildningarna eller några av arbetsplatserna. Jag hade fullt upp på kontoret med koordinering och kontakter med kommuner och socialförvaltningar”, säger Mitra och fortsätter:

”Alla var intresserade av Beredskapslyftet och ville veta mer. Många var förvånade: 'kostar det inget?' Behovet var stort, men den offentliga sektorn är lite meckig, mycket måste stämmas av och

regelverket kring upphandling av tjänster är problematiskt.”

Då var kontakterna med Karolinska universitetssjukhuset smidigare, där har Novare ett rekryteringsavtal sedan tidigare. Mitra kontaktade även kringkommunerna runt Stockholm med en fråga om de behövde hjälp.

”Där arbetade jag med arbetsgivar-delen och hittade en del jobb den vägen. Vårt syfte var inte att 'sälja' kandidater, utan att ordna jobb.”

Mitra summerar erfarenheterna av det första Vårdspåret i Beredskapslyftets regi:

”Detta liknar inget jag har gjort tidigare på Novare, och då är vi ändå vana att jobba snabbt. Men det visar att allt är möjligt om alla parter vill hitta en lösning. Och att vi tillsammans vågade ta steget, fast det inte var beprövat.”



Tre av studenterna från första omgången av Beredskapslyftet var Mathilda Malm, Malin Öhman och Filip Palmgren. De var alla timanställda på SAS och ingick i den så kallade Resurspoolen.

”Jag var tidigare fast anställd på SAS”, berättar Malin, ”men när jag skulle börja plugga systemvetenskap på universitetet gick jag över till att vara timanställd. De timmar jag flög gjorde att jag kunde dryga ut kassan utöver studielånet.”

I februari hade Malin flugit tur och retur till Milano:

”Vi hade ingen skyddsutrustning alls, inte ens munskydd. Vi skulle inte ens få ha handskar på oss när vi

Fortsättning
nästa
uppslag >>>

plockade undan maten; 'det ser fult ut', fick vi höra, men jag tog i alla fall på mig handskar. Ändå var jag inte särskilt orolig, jag är frisk och ganska ung jämfört med många av mina kolleger."

Malin var schemalagd fram till den 21 mars 2020, när hon skulle flyga hem från New York, och hon minns resan in i minsta detalj:

"New York var tomt på folk, det var helt creepy ... Det var varmt, 25 grader i mars, men jag såg inte en människa. Det var både skumt väder och en spökstadskänsla."

Malin anade att det nog var sista gången hon hade på sig uniformen, och när mejlet från SAS kom om ett erbjudande att gå Beredskapslyftet anmälde hon sig och fick gå den första kursen.

"Det låter kanske konstigt, men det var jätteroligt att få träffa alla kolleger, även om det var en seriös sak. Alla var inställda på att det skulle bli allvar, men första dagen var det bara kul att ses."

Tio dagar tidigare hade Malin serverat drinkar över Atlanten i sin SAS-uniform, nu stod hon och de gamla kollegerna i gröna skyddskläder på Sophiahemmet. Utbildningen var intressant och lärorik, säger Malin, men en sak kändes lite udda:

"På flyget har vi ganska mycket medicinsk träning och vi är vana vid att till exempel ge syrgas. Det är som en universalbehandling och är ofta det första vi hämtar ombord om någon är dålig. Men på marken är syrgas något som måste ordinerar av läkare."

Efter kursen fick Malin jobb på den så kallade Corona-Expressen, med bas på Stockholmsmässan i Älvsjö. I en annan del av den stora mässan väntade ett fältsjukhus, i fall läget i Sverige skulle bli kaotiskt. Nu behövde det aldrig tas i bruk.

"Vi jobbade i full skyddsutrustning, inklusive skyddsmask 90. Vi var två i varje bil, en chaufför och en sjukvårdare. Vi hämtade patienter från deras hem, men även från andra sjukhus och äldreboenden", berättar Malin. "Det var mentalt tungt att träffa många av dem, särskilt äldre multisjuka. De var så dåliga."

Men Malin Öhman kom snabbt in i den nya rollen.

"Jag tog det oerhört seriöst och i början kände jag mig pressad. Skulle jag som egentligen bara är en flygvärldinna ensam ha ansvar för patienten?"

Även om Malin tidigare har övat på olika krissituationer som kan uppstå ombord, som brand, olika sjukdomsfall och att sätta handbojor på passagerare som vill slåss, var detta något annat.

"Ett tag funderade jag på om jag skulle byta yrkesbana till något inom vården, men jag ville samtidigt plugga klart och jobba med IT."

Malin var kvar i ungefär fyra månader, tills basen stängde den 21 juli 2020.

"Jag har ingen aning om hur många patienter vi körde totalt, men som mest var det över 200 per dag. Jag kommer alltid att ha med mig att vi gjorde skillnad, det påpekade även våra chefer. Vi gjorde att den ordinarie ambulanspersonalen kunde fokusera på att köra de riktigt akuta fallen."

På samma kurs fanns även Malins SAS-kollega Mathilda Malm. De möttes också på Corona-Expressen i Älvsjö efter utbildningen.

Mathilda Malm jobbade förut som flygvärldinna på SAS men har efter Beredskapslyftet bytt inriktning och studerar nu till sjuksköterska.

Men om Malin valde att återvända till sin påbörjade utbildning som systemvetare blev Beredskapslyftet en större förändring för Mathilda.

"Nu ska jag studera till sjuksköterska på Ersta Sköndal Bräcke högskola på Södermalm i Stockholm. Jag funderade redan för några år sedan på detta, men så kom jag in på SAS och trivdes så bra. Men Beredskapslyftet hjälpte mig att fatta beslut snabbare."

Mathildas sista flygning som timanställd på SAS var till Malaga i slutet av mars 2020. Flyget var fullt, både till och från Malaga, och stämningen ombord var definitivt inte lika avslappnad som vanligt.

"Hostade någon så hajade alla till. Ingen hade munskydd då och det var mycket prat om viruset och om den ökade spridningen. Vi förstod nog alla att det kunde vara något allvarligt på gång."

Efter tre år som kabinanställd kunde Mathilda en del grundläggande sjukvård, och att anmäla sig till Bered-

skapslyftet kändes självklart.

"De lyckades trycka in mycket kunskap i oss på bara tre dagar! Jag kände mig så mycket säkrare efteråt. Det var också intressant att få komma ut direkt och hjälpa till efter utbildningen. Det var det jag ville."

Sedan kom Mathilda Malm också till Corona-Expressen och mötte samma verklighet som Malin Öhman:

"Jag kom in i hetluften på en gång och jag minns tydligt den första patienten, en äldre man som behövde syrgas. Där kände jag mig ändå ganska hemma, tack vare flyget."

Att jobba i full skyddsutrustning var varmt, men Mathilda kände sig säker:

"Det gjorde att jag kunde vara nära patienterna och hålla dem i handen som tröst om det hade svårt att andas, särskilt om det var långa resor, som från Stockholm till Nynäshamn. Men det var svårt att kommunicera med skyddsmasken på, särskilt med äldre som inte hörde så bra."

När Corona-Expressen la ner valde Mathilda att fortsätta inom sjukvården, och i augusti 2020 började hon arbeta på olika teststationer för covid-19 runt om i Stockholm.

"Men när SAS förhoppningsvis börjar rekrytera till Resurspoolen igen tänker jag söka. Att jobba extra där blir ett bra sätt att finansiera mina sjuksköterskestudier."

Omsorg à la Grand Hôtel

Låt inte någon okänd hjälpa dig med din väska när du kliver av eller på tåget." Den inspelade rösten ekar ut över Stockholms Centralstation på både svenska och engelska. Budskapet är både dubbelt och tydligt: Du varken kan eller ska lita på någon annan och som medmänniska ska du inte erbjuda någon din hjälp.

Vi uppmanas känna misstänksamhet mot våra medmänniskor, men också att inte erbjuda oss att hjälpa till. Anledningen är förstås risken att någon illvillig försöker stjäla väskan. Men det blottar också något i vårt samhälle. Den utsträckta handen har blivit ett hot. Om detta och mycket mer skriver Mikael Kurkiala, docent i kulturanthropologi, i den tänkvärda boken När

själen går i exil. Detta synsätt "blottar ett samhälle som åtminstone jag inte vill leva i", skriver han.

Mellan Stockholms Central och Grand Hôtel är det 1 200 meter. Det tar en dryg kvart att gå sträckan om man promenerar lite raskt.

Men våren 2020 verkade de två platserna befinna sig på varsin planet, för på hotellet pågick en stor hjälpinsats. Om Mikael Kurkiala hade mött Grand Hôtels vd Pia Djupmark i den pampiga foajén hade han kunnat följa med henne till både New York och Uppsala. För det var namnen på ett par av de konferensrum som hotellet hade upplåtit till Beredskapslyftet och den fortsatta vårdutbildning som skedde där. Studenterna hade alla blivit av med jobbet inom hotell- och restaurangbranschen när pandemin slog undan fötterna på hela besöksnäringen.

"Hotell och restauranger drabbades ju extra hårt under pandemin. Under april 2020 låg till exempel vår beläggning på katastrofala tio procent. Folk varken kunde eller ville resa, matgästerna uteblev och konferenser ställdes in", säger Pia Djupmark.

"Samtidigt, vår bransch är ju av tradition extremt serviceinriktad, du måste helt enkelt tycka om andra människor för att jobba hos oss. På samma sätt som du måste vara intresserad av dina medmänniskor om du ska arbeta inom vården", säger Pia.

Så när Fredrik Hillelson från Novare ringde och undrade om Grand Hôtel

inställda konferenser fanns det gott om utrymme.

Tanken var att denna utbildning, kallad Omsorgsspåret, skulle fokusera på att skapa avlastning inom bland annat äldreboenden....

..."Det hölls tre kurser med runt 25 studenter i varje, och under tre dagar på Grand Hôtel fick de lära sig grundläggande vårdrutiner:

"Det var en gedigen utbildning med tuffa lärare och många praktiska övningar. Studenterna tränade på dockor för att lära sig vända, tvätta och mata. Plus att de fick lära sig mycket om palliativ vård. Jag vet flera av våra anställda som efter Beredskapslyftet valde att stanna kvar inom vården."

Studenterna kom inte bara från Grand Hôtel, utan också från andra hotellkedjor, som Marriott, samt även från bland annat McDonald's. Pia var med och tittade till studenterna vid flera tillfällen:

"Fast det var en chock när jag råkadde gå in i fel konferensrum och möttes av de mycket verklighetstroga dockorna", ler hon.

Det faktum att personalen inom hotellbranschen är oerhört blandad (bara på Grand Hôtel finns över 40 olika länder representerade) menar Pia Djupmark skapar en enorm kreativitet och dynamik:

"För många var det självklart att ställa upp för våra äldre. De som utbildades gjorde något fantastiskt för att

sedan 1988.

Parallellt som Omsorgsspåret tog form hölls nya omgångar av Vårdspåret på Sophiahemmet.

"Vård- och Omsorgsspåren gick ihop på flera sätt. Vi trodde att det skulle bli stor skillnad, att de som hade gått på Sophiahemmet i första hand skulle komma till sjukhusen, medan de från Grand Hôtel skulle komma till äldreboenden", säger Malin. "Men så blev det inte, utan studenterna blandades på arbetsplatserna, beroende på var behoven fanns just då.

Samtidigt som alla ansökningar via Grand Hôtel och SAS skulle hanteras fanns även det Novare kallade det "öppna flödet", personer som spontant hade registrerat sig via Novares hemsida och som var intresserade av något av snabbspåren.

Även Spotify ställde upp med lokaler, de flesta jobbade ju hemifrån så där fanns utrymme att hålla ytterligare utbildningar. Spotify bidrog även med olika IT-lösningar, som formulär för arbetsgivare kring vilka behov av vårdpersonal de hade.

"Dessutom hade vi kontakt med flera företag, som gymkedjan Sats, SJ och Casino Cosmopol som ville erbjuda uppsagd eller permitterad personal att gå våra utbildningar. Plus att flera arbetsgivare som behövde förstärkning hörde av sig, bland andra Attendo och ett antal kommuner", säger Malin.

Redan i månadsskiftet januari–februari 2020 var det fullt pådrag bland beslutsfattarna i Stockholms stad. En av dem, finansborgarrådet Anna König Jerlmyr (M), förstod snart att Folkhälsomyndighetens lugnande ord om att det var "osannolikt att smittan skulle komma till Sverige" nog inte skulle tas alltför bokstavligt, utan nu gällde det att gasa på. För det handlade inte bara om den ökande smittan i samhället i stort, det fanns även ett internt logistikproblem:

"För vad händer om en stor del av våra egna anställda inom kritiska poster blir sjuka? Hur ska vi kunna bemanna upp? Detta är något vi visserligen har tränat på i teorin, men nu var det allvar och krisorganisationen på stadsledningskontoret var aktiverad", säger Anna König Jerlmyr.

Finansborgarrådet och hennes kolleger såg redan i början av februari

Bilden till vänster: Grand Hôtel där sjuksköterskorna Christina Riddebeäck och Christina Sundman visar nya handslaget.

Fortsättning nästa uppslag >>>



ville vara delaktigt i en snabbutbildning av personalen för att förstärka vården sa Pia Djupmark ja direkt. Självklart kunde hotellet hålla med både mat och lokaler – på grund av alla

våra anhöriga skulle kunna få det lite bättre. De är de verkliga hjältarna. Jag höll bara med lokaler och mat", säger Pia, som började på Grand Hôtel 2013, men som har varit i branschen ända

>>> Fortsättning från föregående sida

dessutom att mycket av skyddsmaterielen var restnoterade. En mycket trolig personalbrist ute i verksamheterna om smittan skulle sprida sig var att vänta och samtidigt alltså brist på skyddsmateriel. Läget kunde ha varit bättre.

Anna König Jerlmyr, finansborgarråd Stockholms stad.

”Medan vi jagade skyddsutrustning var mitt budskap: ’anställ så många ni kan’. Men eftersom personal behövde vara hemma vid minsta symptom behövde vi hitta ännu fler.”

Det var ungefär då som Fredrik Hillelson från Novare ringde finansborgarrådet med en förlösande fråga:

”Han undrade om Stockholms stad ville ta emot den uppsagda och permitterade personal som precis skulle börja en snabbutbildning för att kunna avlasta vården. Det var precis vad vi sökte. Vi ville självklart vara med”, säger Anna König Jerlmyr och fortsätter:

”Vi har samarbetat med Novare tidigare, bland annat med att ta fram sommarjobb i utsatta områden. Så det var självklart att Stockholms stad ville vara med i Beredskapslyftet. Snabbheten i projektet tilltalade mig. Det står inte i motsatsförhållande till det långsiktiga tänk vi normalt måste ha, men just då var det bråttom.”

Hon menar att mycket av det tröga regelverket kring offentlig upphand-

ling måste ses över. Liksom att offentliga aktörer måste försöka riva några av de ”stuprör” många arbetar i, utan kontakt med någon utanför den egna sfären:

”Om näringslivet har lösningar och kompetens ska vi inte vara rädda för att ta in den. Men regelverket är gjort för en annan tid, det går för långsamt. Vi skulle behöva hitta mycket snabbare vägar och samarbetsavtal.”

Anna König Jerlmyr vill göra en översyn, så att det kan finnas avtal som ligger klara och som snabbt kan aktiveras vid en ny kris:

”För en ny kris kommer garanterat”.



medlem | föreningsnytt från Sjukhusläkarna

Miss inte våra årsmöten!

Sjukhusläkarna Göteborg inbjuder till årsmöte den 20 januari 2022 med start kl 17.30 i aulan Hjärtat på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Denna gång har vi beslutat att inte bjuda in någon årsmötestalare utan istället bjuda in medlemmarna till en ”öppen hearing”.

Det är du som bestämmer vad vi ska diskutera om, så kom gärna och bidra till ett givande och aktivt årsmöte.

Årsmötet kommer att genomföras fysiskt men det går också att delta digitalt. Vi kommer att bjuda på en lättare Covid-anpassad förtäring för anmälda medlemmar.

Anmälan sker senast 10 januari till anders.thurin@vgregion.se

Varmt välkomna!
Styrelsen för Sjukhusläkarna Göteborg,
Sbokoufieb Manouchbebrpour, ordförande.

Blekinge läkarförening (BLF)
och **Sjukhusläkarna Blekinge** håller årsmöte onsdag den 26 januari på Scandic i Karlskrona, kl 17.30

Sjukhusläkarna Blekinge, kl 18.30
Blekinge läkarförening.

Efter årsmötena bjuder BLF på middag.

Anmälan ska göras senast 19 januari till Yvonne Bergendorff yvonne.bergendorff@regionblekinge.se

Sjukhusläkarna Lund kallar till årsmöte tisdag den 18 januari 2022. Från kl 17.00 serveras lättare förtäring. Kl 17.30 kommer inbjuden talare. Årsmötesförhandlingar kl 18.30. Lokal: Representationsvåningen plan 12, Lund.

Kallelse till årsmöte med Sjukhusläkarna Örebro

Dag och tid: Torsdagen den 20 januari kl 17.30
Plats: Bohmansonsalen, B-huset, USÖ.

Efter Sjukhusläkarnas årsmöte bjuds på förtäring mellan kl 18.00 – 19.00 Kl 19.00 börjar årsmötet i Örebro

läns läkarförening, ÖLF, som vi hoppas att ni också närvarar på. Det årsmötet hålls också i Bohmansonsalen. Kallelse med dagordning kommer att skickas till medlemmarna med e-post.
Anmälan till årsmöte:
lakarforeningen.orebro@slf.se
Välkomna! Sjukhusläkarna Örebro /Styrelsen

Sjukhusläkarna Östra Skåne kallar till årsmöte torsdag den 9 december. Det kommer att vara på Naturum Vattenriket – Biosfärområde Kristianstads Vattenrike, Naturumsvägen 2 i Kristianstad.

Tid kl. 17:30. Därefter en guidning på Naturum och därefter mat.

Anmälan och besked om eventuella allergier görs till jennie.jarletoft@skane.se och sista datum för anmälan är 2021-12-06. Välkomna!

Styrelsen, Sjukhusläkarna Östra Skåne

NYHET!

Ny indikation!

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® (empagliflozin) 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.)

Subventioneras med begränsning*

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; vid DM typ 2 om eGFR ≥ 45 ml/min/1,73 m², vid DM typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom vid eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² och vid hjärtsvikt (med eller utan DM typ 2) vid eGFR ≥ 20 ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. 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: 10/2021.

*Subventioneras endast vid: 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg) och 2) hjärtsvikt för patienter med symtomatisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion trots optimerad behandling med RAAS-blockad, beta-blockad och MRA, eller utan MRA när MRA inte är lämpligt (gäller 10 mg).



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® (evolocumab) R_x (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom: Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till 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 (evolocumab) 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.