

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 5/2022



Granskning:
**Beläggningsgraderna
som hotar
patientsäkerheten**

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade 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 SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

432-SE-2100122 PP-ELL-SWE-2147 DEC 2021

I DETTA NUMMER:

GRANSKNING | BELÄGGNINGSGRADER



ÖVERFULLT månad efter månad, år efter år

- Siffror som inte ljuger.....8-11
- Linköpings Universitetssjukhus kan inte säga nej.....12-13
- Akademiska Sjukhuset ligger på gränsen.....14-15
- Länssjukhuset i Sunderby ser ingen bättring.....16
- Ansträngd situation på Skånes Universitetssjukhus.....18-19
- Ständig etisk stress på Norrlands Universitetssjukhus.....20-21



ÖVRIGT

- Ledaren | **Shokoufeh Manouchehrpour**4-5
- Krönika | **Lars Rocksén**6
- Krönika | **Stella Cizinsky**22-23
- Region Jönköping och Capio inspirerar varandra24-31
- Informationsdriven vård.....32-37
- AI-baserat beslutsstöd.....39-41
- Förändringarna i din pension.....42-45
- Professor **Ann Hellström** får Gullstrandsmedaljen46-47
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna48-50

Kontakt redaktionen

▼ Anna Sofia Dahl,
chefredaktör, reporter.
annasofia.dahl
@sjukhuslakaren.se
076-790 04 41.



▼ Christer Bark,
senior advisor,
reporter.
christer.bark
@sjukhuslakaren.se



▼ Eva Nordin,
reporter.
eva.nordin
@sjukhuslakaren.se



Kontakt ansvarig utgivare

▼ Karin Båtelson,
karin.batelson@slf.se



Kontakt annonser

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

“Vi inom sjukvården måste kunna bevara och respektera våra etiska värderingar”

Inför valet 2022 rankade väljarna åter sjukvården som sin viktigaste politiska fråga, åtföljd av lag och ordning, skolan och invandring. Den politiska och massmediala debatten om sjukvården lyste dock med sin frånvaro och debatten om lag och ordning, invandring, energipriset och försvaret tog allt mer plats.

Sverige fick en ny regering bestående av Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, med Sverigedemokraterna som stödparti. Vid sin regeringsförklaring talade partierna om ett paradigmskifte och presenterade det drygt 60 sidor långa Tidöavtalet.

I avtalet presenterar man en del hälso- och sjukvårdsreformer. Bland annat för att kapa vårdköerna, öka tillgängligheten, förbättra effektiviteten och jämlikheten samt förbättra arbetsmiljö och kompetensförsörjningen för vårdpersonalen. Man talar om planer för utbyggd primärvård och rätt till fast läkarkontakt, förbättring av cancer- och förlossningsvården, en reform för enhetlig och gemensam digital infrastruktur samt en utredning för statligt huvudmannaskap av vården.

Dyra reformer

Regeringen har dock redan förklarat att dessa reformer behöver lång tid på sig och att vissa av dem sträcker sig över flera mandatperioder. Vi hör redan röster från experter om att reformerna kommer att vara dyra och att man behöver prioritera vissa av dem.

Tidöavtalet har enligt min åsikt en del allvarliga brister och övertramp – så väl inom ett humanistiskt synsätt på människor som inom vården.

En del av avtalet handlar om migration och integration. Man talar om att ”utreda en möjlighet att utvisa en utländsk medborgare på grund av bristande vandell”. Bland människor med bristande vandell, räknar man till exempel upp prostitution och missbruk. I Sverige har prostitution varit olagligt för den som köper sex, men inte för den som säljer, sedan drygt 20 år tillbaka. Personer som säljer sex är brottsoffer och många av dessa människor är hitlockade och utsatta på grund av sin psykosociala situation.

Många lider av PTSD

Att vara beroende är en folksjukdom och många av dessa människor lider av PTSD (Posttraumatisk Stress Syndrom) på grund av krig, flykt från bomber och diktaturer, varför de är mer utsatta för samsjuklighet med missbruk. Ska dessa människor utvisas under orsaken ”bristande vandell”? Till vad och vart? Tillbaka till sämre levnadsvillkor än de redan befinner sig i? Det är dessutom motsägelsefullt när man i annan del av avtalet talar om att ”stärka beroendevården”.

I avtalet finns också förslag på att begränsa och kostnadsbelägga rätten till tolk. Detta har varit en rättighet inom hälso- och sjukvården som definieras enligt två lagar:

Rätten till tolk regleras dels i

förvaltningslagen. Av 13 § förvaltningslagen (2017:900) framgår: ”När en myndighet har att göra med någon som inte behärskar språket ska myndigheten vid behov anlitat tolk”. För hälso- och sjukvården finns dessutom ytterligare en reglering i patientlagen.

Respekt för etisk värdering

Att begränsa rätten till tolk är ett svek mot våra patienter – ett hinder för att de ska kunna kommunicera och göra sig förstådda. Det kan skapa en patientsäkerhetsrisk och i slutändan en ojämlig vård. Patienter som inte behärskar svenska ska inte behöva avstå från att söka vård eller tvingas använda sig av sina anhöriga/barn på grund av ekonomiska incitament. Och hur ska en kvinna som utsätts för våld i en nära relation kunna tala om detta för sjukvården om hon inte kan ha en oberoende, utomstående person som tolk?

I en annan del av avtalet står att ”kommuner och myndigheter ska vara skyldiga att informera Migrationsverket och polismyndigheten när de kommer i kontakt med personer som vistas utan tillstånd”. Inom sjukvården arbetar vi med ett humanistiskt solidariskt tänkande och när en person söker sig till oss som patient är det patientens bästa och målen att bota, lindra och trösta som vi har som mantra. Inte angiveri.

Det spelar ingen roll om patienten är en ”svensk” eller en gömd flykting. Vi inom sjukvården ska kunna bevara och respektera våra etiska värderingar,

så som patienternas integritet, sekretess och trygghetsskapande.

Detaljstyrning behövs inte

I avtalet talar man också om att man vill att ”läkarens roll i vårdkedjan tydliggörs”, men skriver samtidigt att man vill motverka felaktig receptföreskrivning genom att avskaffa rätten till föreskrivning för läkare som inte arbetat i kliniskt yrke. Här har man inte beaktat att det inom läkaryrket även finns olika specialiteter inom laboratorier, patologi, immunologi, men också forskande läkare och läkare som arbetar inom industri och myndigheter.

Dessa läkare ska kunna återkomma till kliniskt arbete när som helst. Vidare talar man om att utveckla apotekens roll i vårdkedjan och skapa ett farmaceutsortiment, ett mellanläge mellan receptfritt och receptbelagt. Ett förslag som inte är utan problem beträffande bland annat ansvarstagande och patientsäkerhet. Det ska betonas att sådana detaljstyrningar inte behöver ingå i ett politiskt dokument, utan det är bäst att lämna dessa detaljer till ansvariga organ och myndigheter som utgår från behovet.

I början av Tidöavtalets direktiv för hälso- och sjukvården talar man om att ”patientens bästa ska vara centrum av reformarbetet”. Enligt vår mening är det långt ifrån det bästa för patienten. I vissa delar är det till och med inhumant och till nackdel för människor/patienter.

Shokoufeh Manouchehrpour

2:e vice ordförande Sjukhusläkarna



Hårdare klimat får tystnaden att växa

”**V**ar väldigt försiktig med hur du uttrycker dig och var aldrig ensam i din kritik.” Det var bland det första jag fick höra från omtänksamma kollegor när jag för första gången var väldigt publik med kritik mot en omorganisation som på sikt skulle leda till kraftiga försämringar. Det är mer än tio år sedan.

Den ledstjärna jag och mina fackliga kollegor siktade mot var att vi skulle kunna stå rakryggade efter att alla beslut blivit fattade och nedskärningarna genomförts. Tanken var att vi skulle stå för det som var rätt även om det var obekvämt. Vår intention var att ge en röst även åt de som inte hade en. Det har varit tufft i episoder och under en period gick det ut information om hur politiker skulle sluta tala med oss för att all information till och från personalen enbart skulle ”gå i linjen” och att vi inte skulle få ha direkta kontakter.

Men vem skulle annars ha berättat vilka konsekvenserna skulle bli?

Patienterna drabbas

Det är nämligen alltid patienterna som blir hårdast drabbade. Det slår hårdast mot dem som är sjukast, äldre, svaga och barn. Patienter med funktionsvariation och kanske framför allt de med psykiatrisk sjukdom. Det sägs att man måste vara frisk för att orka vara sjuk. Man måste ha en anhörig som kan orka vara stark och hitta sin väg fram genom ett system som inte klarar av att vara medmänskligt eftersom det mesta är reducerat till siffror och diagnoskoder. Därför är det viktigt att någon fortsätter ge dem en röst, de som inte annars hörs.

Jag har mött tystnaden många gånger under de senaste åren i diskussion med kollegor. För att komma framåt i karriä-

ren krävs att man är en duktig och lydig medarbetare. Det blir viktigt att inte sticka ut eller vara för tydlig med sina åsikter. Kanske nekas man den fortbildning som tidigare var utlovad, får inte riktigt den löneutveckling som övriga kollegor fått eller får inte sin ledighetsansökan godkänd. Kanske blir man nekad tid till akademisk forskning eller inte medbjuden på möten för att diskutera resursproblematik när man tänker berätta hur verkligheten ser ut. Kanske blir man till och med inkallad till chefen för ”klargörande samtal” med både HR och facklig representation närvarande. Det är så en tystnadskultur växer fram.

Men vem ska annars våga tala om problemen i vården om inte ens vi läkare vågar?

Hårt klimat

Samtidigt har samhället och debatten hårdnat i Sverige. I somras gick jag förbi Donners plats i Almedalen i samband med att ambulansen lämnade platsen. Jag kommer fortfarande ihåg megafonen som ropade ut att alla som sett något skulle stanna kvar för att lämna vittnesmål. Då visste vi inte att det var en mördare som medvetet riktat in sig mot det allmänna samtalet i Almedalen – där två starka kvinnor med tydliga röster var specifikt mål.

På sociala medier hängs namn och adress ut för att mer

eller mindre uppenbart hota familjen och de närmaste. Arbetsgivare får anonyma tips för att skapa konsekvenser som gör att man tystnar.

Drevet drar mot individer efter mer eller mindre aktiva feltolkningar för att skapa en hotfull stämning, vilket gör att starka röster tystnar. Värst är alltid den hårda retoriken mot kvinnor, alltid värst och ofta med anspelningar på sexuella hot.

Parti för de svaga

På andra håll i världen pågår fullständigt vidriga nationellt sanktionerade aktioner för att tysta olikstänkande starka röster för grundläggande rättigheter. I Iran växer protesterna mot förtryck mot kvinnor och vedervärdiga scener kabbas ut. I Ukraina pågår brott mot mänskligheten med tortyr och tecken på folkmord.

Att arbeta som läkare innebär att ta parti för de svaga, de utsatta, de sjuka. Genom att gå samman i ett fackförbund kan vi gemensamt föra fram de utmaningar som finns för att alla medlemmar ska kunna arbeta säkert och under rimliga förhållanden. ”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft, samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap.” Det är första artikeln FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna. Den innehåller 30 artiklar av grundläggande rättigheter som människor har rätt till, utan åtskillnad av något slag. Om inte vi läkare kan uttala oss om människors lika värde, vem ska det då?

Lars Rocksén



NY UTÖKAD SUBVENTION
VID HJÄRTSVIKT
- INKLUDERAR NU HFpEF¹

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® (empagliflozin)
Det enda godkända
läkemedlet för kronisk
symtomatisk hjärtsvikt
- oavsett ejektionsfraktion¹⁻³

1 tablett 10 mg / en gång om dagen / ingen titrering



DEN
ENDA
I SITT
SLAG!^{1-3*}

*Den enda i gruppen SGLT2-hämmare med godkänd indikation och subvention vid kronisk symtomatisk hjärtsvikt - oavsett ejektionsfraktion

1. JARDIANCE® produktresumé 03/2022 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. doi:10.1056/NEJMoa2022190 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) 3. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. doi:10.1056/NEJMoa2107038 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.)

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. **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: 07/2022.

Subventioneras endast vid: 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt och 2) hjärtsvikt för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt.



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

RÖDA SIFFROR

Sjukhusläkarens granskning visar: överfullt på många kliniker och avdelningar runt om i landet. Månad efter månad, år efter år.

”På de stora sjukhusen där den tunga specialistsjukvården bedrivs finns inga beläggningsgrader på 81 och 87 procent.”

Text: **Christer Bark**

Här är bilderna som säger mer än 1 000 ord. Kalla fakta som visar hur extrema beläggningsgraderna är på många av landets sjukhuskliniker och vårdavdelningar. Över 100–130 procent i genomsnitt per månad är ut och är in tillhör det vanliga och i vissa fall 150–200 procent under veckor. Långt från de 90 procent, som i den sjukvårdspolitiska debatten sägs vara gränsen för att bedriva en patientsäker sjukvård.

▼ I förra numret av Sjukhusläkaren besökte vi Södersjukhuset i Stockholm där personal vittnade om ständig jakt på vårdplatser, och det kaos bristen skapar.

På sjukhuset och på sociala medier var irritationen då stor över SKR:s rapport, ”Fakta om vårdplatser”, där slutsatsen drogs att sambandet mellan disponibla vårdplatser och beläggningsgrader är svagt.

Hur stämmer den bilden med verkligheten där sjukvården bedrivs? Sjukhusläkaren har begärt ut statistik på beläggningsgrader från 15 sjukhus runt om i landet på verksamhetsnivå som visar hur det ser ut på kliniker och vårdavdelningar. Statistik som SKR och statliga myndigheter aldrig sammanställer och redovisar offentligt till politiker, beslutsfattare inom sjukvården, sjukvårdens anställda och patienter.

Faktan visar en annan värld

I SKR:s kritiserade rapport framhölls region Östergötland för att ha få disponibla vårdplatser per 1000 invånare (1,89) och trots det ha låg beläggningsgrad (81 procent) inom slutenvården på regionnivå år 2019. Även region Uppsala med relativt få disponibla vårdplatser hade enligt rapporten låg beläggningsgrad (87 procent) inom slutenvården på regionnivå 2019.

Sjukhusläkaren har begärt ut kalla fakta från de två regionernas största sjukhus, Linköpings universitetssjukhus i Östergötland och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Fakta som visar en helt annan värld än det statistiskt årliga genomsnittet på regionnivå där en disponibel vårdplats är en disponibel vårdplats var som helst och i vilket sammanhang som helst.

På de stora sjukhusen där den tunga specialistsjukvården bedrivs finns inga beläggningsgrader på 81 och 87 procent. Här handlar det om långt högre beläggningsgrader.

Linköpings universitetssjukhus

Under fem månader, augusti – december 2019, var beläggningsgraderna i genomsnitt per månad för exempelvis onkologin; augusti 129 procent, september 125 procent, oktober 113 procent, november 125 procent och december 138 procent.

Två av tre somatiska vårdavdelningar hade under 2019 över 100 procents beläggningsgrad eller mer beräknat på tolv månaders genomsnitt, visar den statistik vi fått.

Cirka en tredjedel hade över 110 procent beläggningsgrad i genomsnitt och var fjärde vårdavdelning hade 130 procents beläggningsgrad eller ännu mer vissa månader.

Statistiken visar också att under de första åtta månaderna under 2022 har situationen försämrats ytterligare. Samtliga vårdavdelningar hade under juli – augusti 2022 högre beläggningsgrader i genomsnitt jämfört med 2019 och trycket på onkologen var fortsatt stort.

Under årets första åtta månader var beläggningsgraderna 110-110-120-109-120-143-150 och 150 procents beläggning. (Läs mer på sidan 12.)

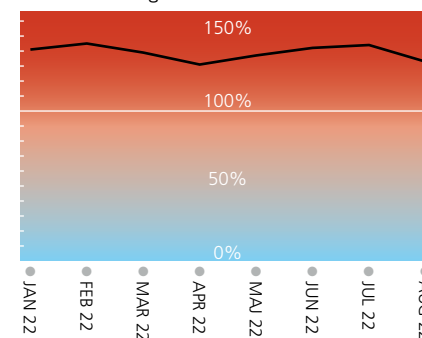
Akademiska sjukhuset

Under 2019 hade två av tre somatiska vårdavdelningar på Akademiska sjukhuset inte en enda månad där beläggningsgraden var under 99 procent i genomsnitt.

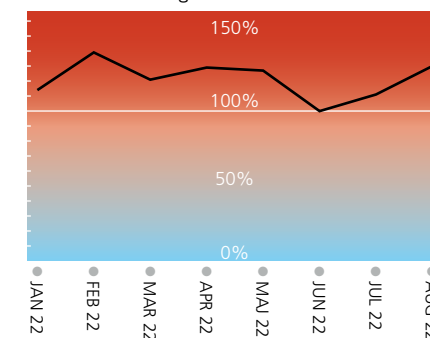
89 procent av vårdavdelningarna hade vid upprepade tillfällen månader med beläggningsgrader på 110 procent i genomsnitt. 70 procent hade beläggningsgrader på 115 procent eller mer under flera av månaderna och drygt var tredje vårdavdelning hade under vissa månader beläggningsgrader på 120 procent eller mer i genomsnitt. (Läs mer på sidan 14.)

Fotnot: I statistiken för Akademiska sjukhuset ingår inte barnavdelningar, hospice, rehab och intensivvårdsnivån.

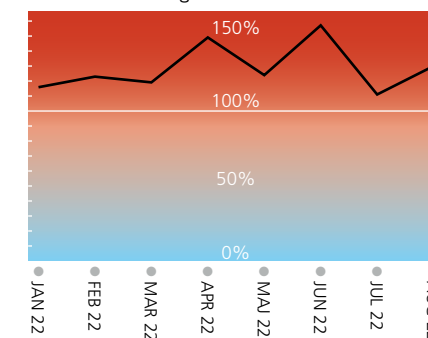
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vårdavd 34 Akutgeriatrik



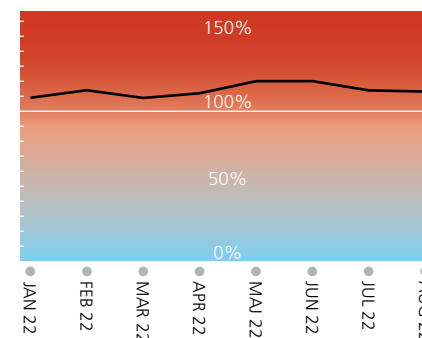
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vårdavd 350A Kirurgi Övre Gastro



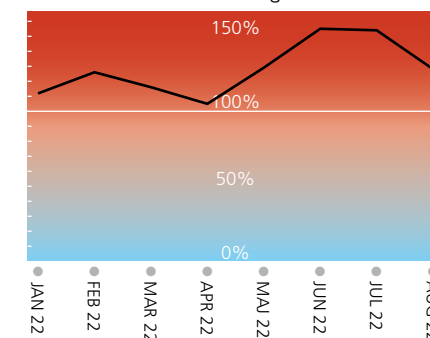
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vårdavd 351A Kirurgi Kolorektal



Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vårdavd 91 medicin akutvård

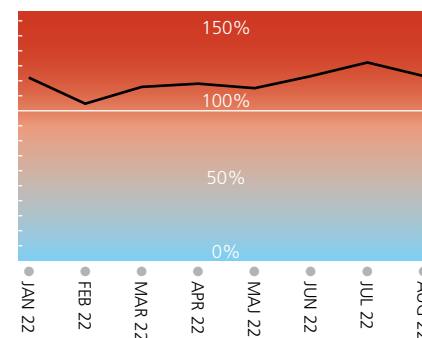


Sahlgrenska universitetssjukhuset
Vårdavd 12 och 25 Thoraxkirurgi



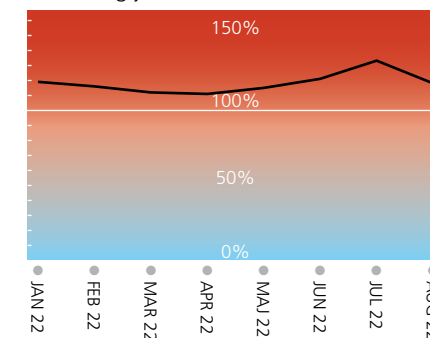
NU-sjukvården

Internmedicin Avd 29



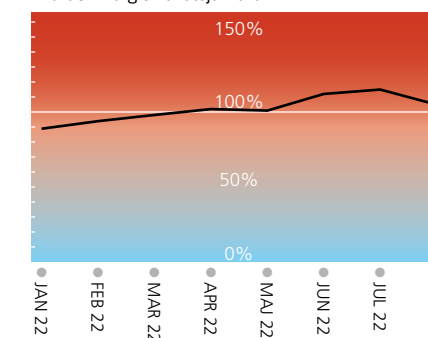
NU-sjukvården

Avd 51 Lungsjukvård och internmedicin



NU-sjukvården

Avd 63 Kirurgisk akutsjukvård



Sjukhusläkaren har begärt att få ta del av statistik från 15 sjukhus runt om i landet. Här är ett axplock av statistiken, som visar överfulla avdelningar månad efter månad, år efter år.

Läs mer!

Du hittar mer kalla fakta från undersökningen på vår hemsida: sjukhuslakaren.se

Så gick vår undersökning till

• För att få en djupare bild av vårdplatsbristen har Sjukhusläkaren begärt ut statistik direkt från 15 sjukhus runt om i landet.

• Vi har frågat om den genomsnittliga beläggningsgraden månad för månad på sjukhusens kliniker och vårdavdelningar under jan – augusti 2022 och hela året 2019. Vi har också frågat hur sjukhusen mäter beläggningsgraderna.

• Av svaren framgår att samtliga större sjukhus med högspecialiserad vård och patienter från andra län ständigt brottas med höga beläggningsgrader.

• Av svaren framgår också att beläggningsgraderna mäts delvis olika. Vissa mäter antal patienter på vårdavdelningen kl. 06.00 varje dag, andra fem dagar i veckan och Linköping antalet upptagna sängar kl. 10.00. Några mäter beläggningsgraderna timme för timme på vårdavdelningen dygnet alla timmar och räknar ut ett medelvärde av det.

• De flesta statistikför beläggningsgraderna utifrån i vilken utsträckning det ligger patienter på vårdplatserna oavsett varifrån patienterna kommer. Om exempelvis en kirurgpatient ligger på en medicinavdelning ingår patienten i medicinavdelningens beläggningsstatistik, vilket gör att beläggningsgraderna inte exakt avspeglar patienttrycket på enskilda specialiteter och kliniker utan mer hur högt patienttrycket är på många av sjukhusens kliniker och vårdavdelningar.

Här är sjukhusen som ingått i undersökningen: Linköpings universitetssjukhus, Vrinnevisjukhuset, Sunderby sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Nu-sjukvården, Akademiska sjukhuset, Norrlands universitetssjukhus, Skånes universitetssjukhus, Södersjukhuset, Gävle sjukhus, Västmanlands sjukhus Västerås, Danderyds sjukhus, Länssjukhuset Ryhov, Hallands sjukhus, Centralsjukhuset Karlstad.

”Vi som universitets-sjukhus kan inte säga nej till patienter”

Text: Kristina Wallin

För överläkaren och docenten Marcus Lindenberger på kardiologiska kliniken på Linköpings universitetssjukhus är det en oerhörd stress att se sina medarbetare tvingas ta hand om fler patienter än vad som egentligen är rimligt. Och han anser att systemet med satellitpatienter försämrar patientsäkerheten.

▼ På sjukhuset i Linköping är inte problemet att det finns sparkrav. Som på så många andra ställen är det sköterskebristen som ställer till det.

– Sängar och lokaler saknas inte, och vi behöver aldrig ha överbelagda patienter i korridorerna. Problemet är att en avdelning som egentligen är bemannad för 12 patienter, med kort varsel kan tvingas ta in 16. Jag som kardiologjour drabbas inte primärt av extra antal patienter, men att se mina medarbetare fara illa är en konstant stress, förklarar Marcus Lindenberger, som är skyddsombud och fackligt förtroendevald.

– Svårigheten är att vi som universitetssjukhus inte kan säga nej till patienter, så de som kommer in måste ha en plats helt enkelt. För oss på kardiologen är det också så att majoriteten aldrig passerar akuten, utan kommer via direktintag till avdelningen. Inte sällan måste vi justera ner våra egna intag, eftersom akut sjuka måste erbjudas en plats.

Var finns det plats?
Han och hans kollegor hamnar alltså i situationen som så många sjukhusläkare känner igen i dag. Var finns det plats?
– Under vardagarna är vi oftast tillräckligt med läkare för att ta hand om patientflödet, men stressen att hitta en plats finns där hela tiden. Att sedan

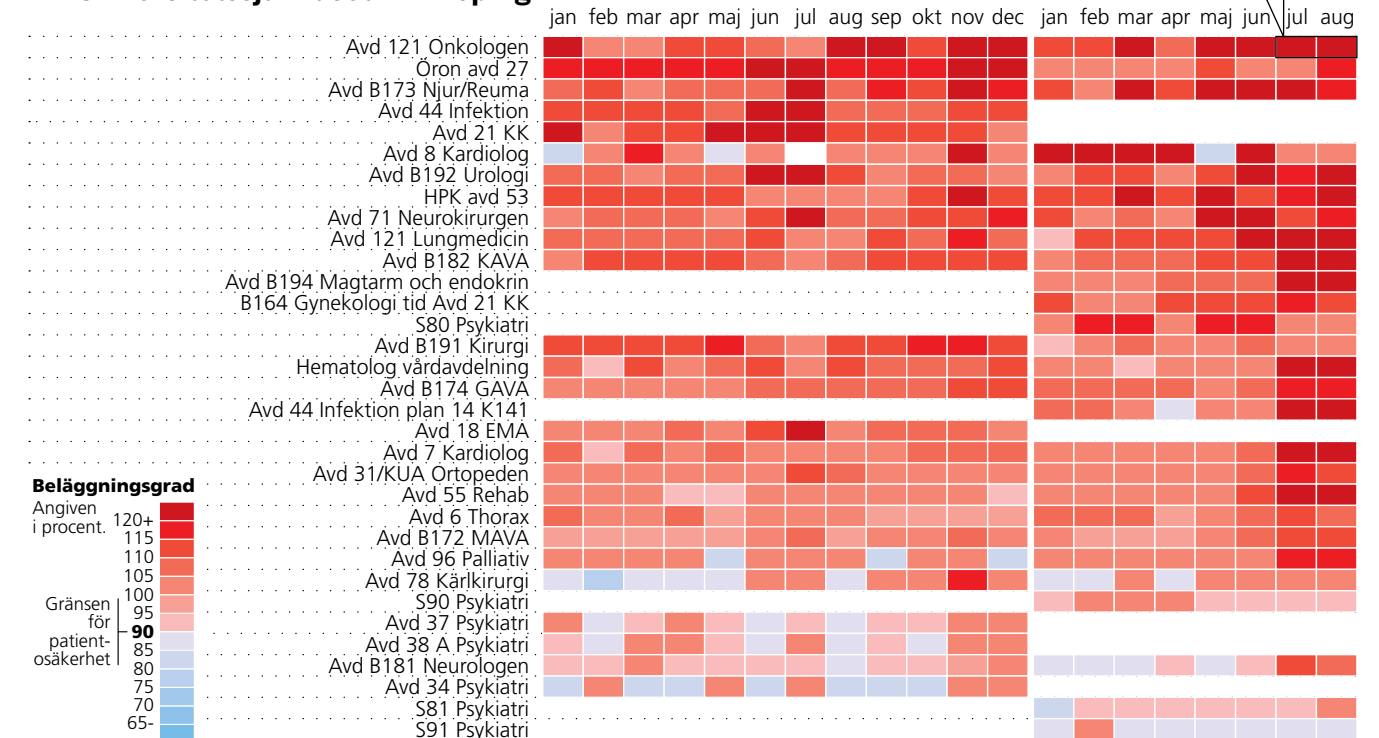
tvingas ha dem som satellitpatienter är ingen bra lösning för någon.
Det handlar inte bara om att det är praktiskt svårt att ha patienter utspridda rent fysiskt på ett stort sjukhus.

Inte arbetet som stressar

– Nej, jag anser att patientsäkerheten minskar när människor hamnar på avdelningar som inte har vår specialistkompetens. De har svårt att avgöra allvaret i situationer som uppstår.

Marcus Lindenberger anser att det gått så långt att det inte längre är arbetet som kardiolog i sig som skapar oro och stress under jourpassen.

Universitetssjukhuset i Linköping 2019



– För mig som varit specialist i många år har stressen över de medicinska avvägningarna i mångt försvunnit. När jag kommer till jobbet är det överbeläggningarna som skapar stressen. Jag vet att jag ofta kommer att behöva stryka patienter som hade en planerad operation för att det helt enkelt inte finns plats på avdelningarna.

Bättre samarbete

Trots det tycker han fortfarande att det är roligt att gå till jobbet och har inga tankar på att sluta.

– Jag tänker mig att jag finns kvar här om fem år. Dessutom är långtifrån

allt negativt, vi har lärt oss att samarbeta bättre mellan avdelningarna eftersom vi har många möten, och vet nu att vi till exempel att patienter som fått en pacemaker normalt sett inte behöver stanna över natten.

Det finns även tecken på att något kan förbättras redan nästa år.

– Ja, sjukhusledningen har tankar på att öka platserna på allmän kirurgi och medicin, för att minska trycket på högspecialiserade avdelningar. Det känns som att ledningen verkligen hör vad vi säger, men det är svårt för dem att hitta lösningar, konstaterar Marcus Lindenberger.

”
När jag kommer till jobbet är det överbeläggningarna som skapar stressen.

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

*TLVs prisdatabas oktober 2022



Vid behandling av ulcerös kolit

Välj ett billigt alternativ!

LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL



Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer (Rx), (F) Indikation och subvention vid: distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Senaste översyn av produktresumé: Enterotabletter 500 mg: 2021-10-04. Enterotabletter 1000 mg: 2021-03-05. Suppositorium 500 och 1000 mg: 2022-01-14. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
BOX 85 | 182 11 DANDERYD

ORIONPHARMA.SE



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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



"Vi är vid gränsen till vad vi klarar av nu"

Text: Ingemo Orstadius

Platsbristen påverkar läkarnas arbetssituation negativt på många sätt.

– Men det värsta är, att jag känner att jag inte kan göra det bästa möjliga för patienterna, säger Mia Furebring, överläkare på Akademiska Sjukhuset.

▼ Enligt SKR:s statistik över belägg-
ningsgrader 2019, klarar sig Region
Uppsala bättre än de flesta av landets re-
gioner med siffran 87 procent. Men om
man i stället tittar på olika avdelningar
på Akademiska sjukhuset i Uppsala blir
svaret ett annat. Exempelvis på Infektion
30F där Mia Furebring är överläkare.
Hon är djupt oroad över situationen.

– 2019 hade vi 28 vårdplatser på vår
avdelning. Nu har vi bara 15 i samma
lokaler med möjlighet till fyra överbe-
läggningsplatser. Neddragningen beror
på sköterskebrist. Eftersom vi är en
infektionsavdelning kan vi aldrig låta
patienter ligga i korridoren. Vi har rum
och sängar, men ont om personal. En
konsekvens av överbeläggningarna blir
att varje vårdlag får ta minst en extra
patient, säger hon.

"Det är förskräckligt"

Mia Furebring har lång erfarenhet. När
hon började jobba på infektionskliniken
1990 fanns där tre avdelningar med
totalt 56 platser.

– Några som då var inlagda, hade
dock kunnat åka hem tidigare och
mindre sjuka patienter kunde läggas in.

Länge hade vi två avdelningar och nu
har vi bara en halv. Varje morgon har vi
mellan fyra och elva patienter som ligger
antingen på stora
akuten eller på in-
fektionsakuten och
väntar på en plats på
avdelningen. Det är
förskräckligt, säger
hon.

Några måste
utlokaliseras till
andra avdelningar. Antalet varierar, men
hittills i höst handlar det om 10-15
patienter.

– Vi har en överenskommelse om att
alla våra patienter som ligger utanför
de medicinska avdelningarna dagligen
rondas av oss, säger Mia Furebring.

Men det finns också flera nackdelar.

– De blir vårdade av sjuksköterskor
och undersköterskor utan infektionskom-
petens. För oss läkare är det tidsödande
att gå runt till alla patienter, som finns
utspridda över ett stort sjukhus. När vi
väl kommer till avdelningen, kan skö-
terskorna vara upptagna med en annan
läkare. Vi känner inte personalen, vet inte
vad de kan och de kan inte våra rutiner.



Mia Furebring.

Att våra patienter ligger på andra enheter
skapar en otrygghet hos oss läkare.

För att rädda situationen får läkarna
ibland göra delar av sköterskornas jobb,
eftersom vissa saknar infektionskompe-
tens. Ett exempel är att göra patienter
utskrivningsklara i journalsystemet.

Av 35 sjukskötersketjänster på
Infektion 30F är fem besatta; resten
kommer från bemanningsföretag. Men
ledningsgruppen på infektionskliniken
arbetar hårt för att skaffa fler vårdplat-
ser och locka mer personal, enligt Mia
Furebring.

Leder till etisk stress

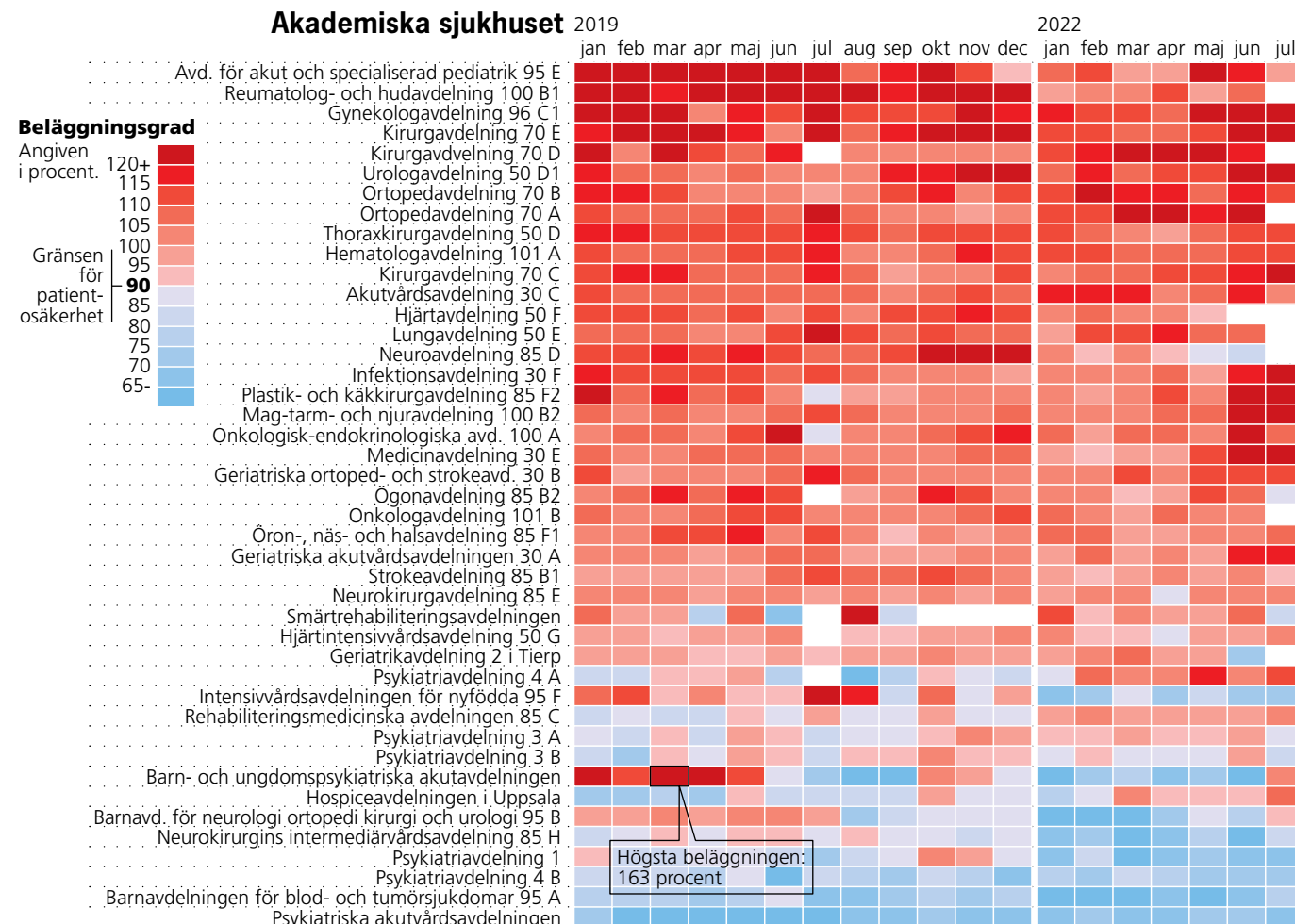
Ett exempel är att sköterskornas sche-
man lagts om.

– Men än så länge är det som att
jobba i ett gungfly. Vi har nya beman-
ningssköterskor hela tiden som inte kan
rutinerna här.

Mia Furebring vittnar om den etiska
stress som situationen leder till.

– Det är så tufft att stå som bak-
jour med ett antal patienter som jag
vill lägga in och sakna plats för dem.
Antingen får de ligga kvar på akutmot-
tagningen eller också får vi utlokalisera

Akademiska sjukhuset



Vi måste få igång en diskussion om prioritering, inte bara på sjukhuset utan i hela samhället.

dem. Men eftersom platsbrist råder på
hela sjukhuset, försöker vi på alla sätt
att inte lägga in patienter. Ett exem-
pel är förskrivningen av antibiotika.
Som infektionsläkare vill vi ge så smal
antibiotika som möjligt; men eftersom
bredspektrumbehandling många gånger
utgör ett säkrare alternativ tvingas vi
ibland ge sådana i stället, för att undvika
inläggning, alternativt för att kunna
skriva hem inläggande patienter.

– Under pandemin sa vi att "det här
ska vi klara"; sen blir det bättre. Men
det har ju bara blivit sämre! Fler och
fler sjuksköterskor säger upp sig och
när sjukhusen inte kan bemanna får de
stänga vårdplatser. Vi har kommit in i ett
ekorrhjul och jag känner en hopplöshet.
Hur ska vi orka när patienterna blir fler
och fler och personalen färre och färre?

Vi är vid gränsen till vad vi klarar av nu.
Platsbristen påverkar hela min arbets-
situation. Det värsta är att jag känner att
jag inte kan göra det bästa möjliga för
patienterna. Att någon ligger över 24
timmar på akuten i väntan på en plats
är ju helt absurt! Och att tvingas pressa
hem en patient lite tidigare än man
egentligen vill, är hemskt. Patienten blir
ledsen, de anhöriga likaså och själv tycker
man inte att man gör ett bra jobb.

Är patientsäkerheten hotad?

– Ja, det tycker jag. Det medges
numera även i sjukhusledningen.

Sköterskebristen problem

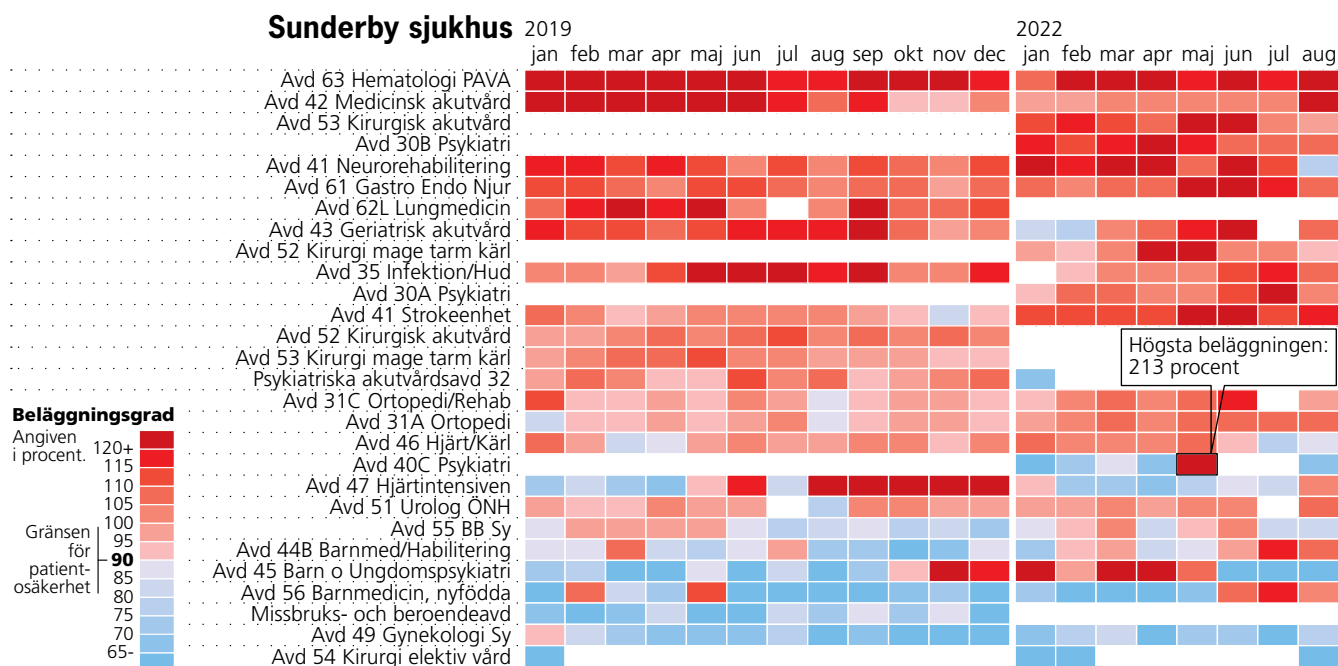
Eftersom läkarnas arbetsmiljöproblem
beror på sköterskebristen, måste de olika
vårdförbunden jobba ihop för att hitta
lösningar. Sjukhusledningen måste "ner

på golvet" för att fånga upp idéer om
förbättrad arbetsmiljö.

– Färre läkare är chefer i dag än
tidigare. Det måste bli attraktivt att bli
chef, säger Mia Furebring.

Hon efterlyser också en bättre dialog
med äldreboendena.

– Titta på ålderspyramiden! Allt fler
patienter räddas och allt fler äldre är
multisjuka. De ska vårdas i primärvården,
men när de blir tillräckligt sjuka kommer
de till akuten där de blir kvar. Många
anhöriga blir förtvivlade och säger ofta att
"det är nog nu". Men i dagsläget finns det
ingen personal på boendet som kan vårda
dem. Vi måste få igång en diskussion om
prioritering, inte bara på sjukhuset utan i
hela samhället. Vem/vilka kan vi ge vård?
Vi har ju inte plats för alla. Våra resurser
är inte ousinliga, säger Mia Furebring.



”Man blir förvånad om man hittar en plats till patienten”

Text: Kristina Wallin

På länssjukhuset i Sunderby i Norrbotten kämpar personalen mot överbeläggningar som till och med fått IVO att hota med vite. Men överläkaren Wolfgang Sperker tror inte att situationen kommer att förbättras de närmaste åren.

▼– Det värsta är att se hur man själv glider mot att acceptera det nya normala. Man blir avtrubbad helt enkelt och tänjer på gränserna mer och mer. För de yngre läkarna har detta blivit det normala, för de har aldrig sett något annat, konstaterar Wolfgang Sperker som är överläkare på internmedicin och facklig representant.

När han började jobba för nästan två decennier sedan, låg patienterna sällan mer än fyra timmar på akuten innan de fick vårdplats på avdelning. I dag är det vanligt med ett dygn.

Akuten buffert

– Nu krävs hela tiden en avvägning av vilka patienter man kan ha kvar på akuten, eller vilka man kanske kan skicka hem över natten. Akuten är ju ingen vårdavdelning, men i dag har den blivit

en buffert för överbeläggningen på de andra avdelningarna, säger han.

– Arbetet har verkligen förändrats mycket under de här åren. Nu går mycket tid åt till att hitta en vårdplats åt patienterna i god tid.

Situationen är så allvarig att det inte längre finns utrymme för satellitpatienter på andra avdelningar.

– Nej, det går inte eftersom alla har samma problem med överbeläggningar. Det har gått så långt att man blir förvånad om man hittar en plats till patienten.

Ledningen hör av sig två gånger om dagen för att kolla in situationen och hjälpa till att leta vårdplatser på andra ställen i regionen.

– Vården är så klart lika bra på de andra medicinavdelningarna inom regionen, men detta kräver också ständiga avvägningar. Vilka kan vi flytta på?

Han ser ingen förbättring av situationen de närmaste åren.

– Nej, jag tror inte vi kommer att få igenom en systemförändring så snabbt.

IVO kräver 180 platser

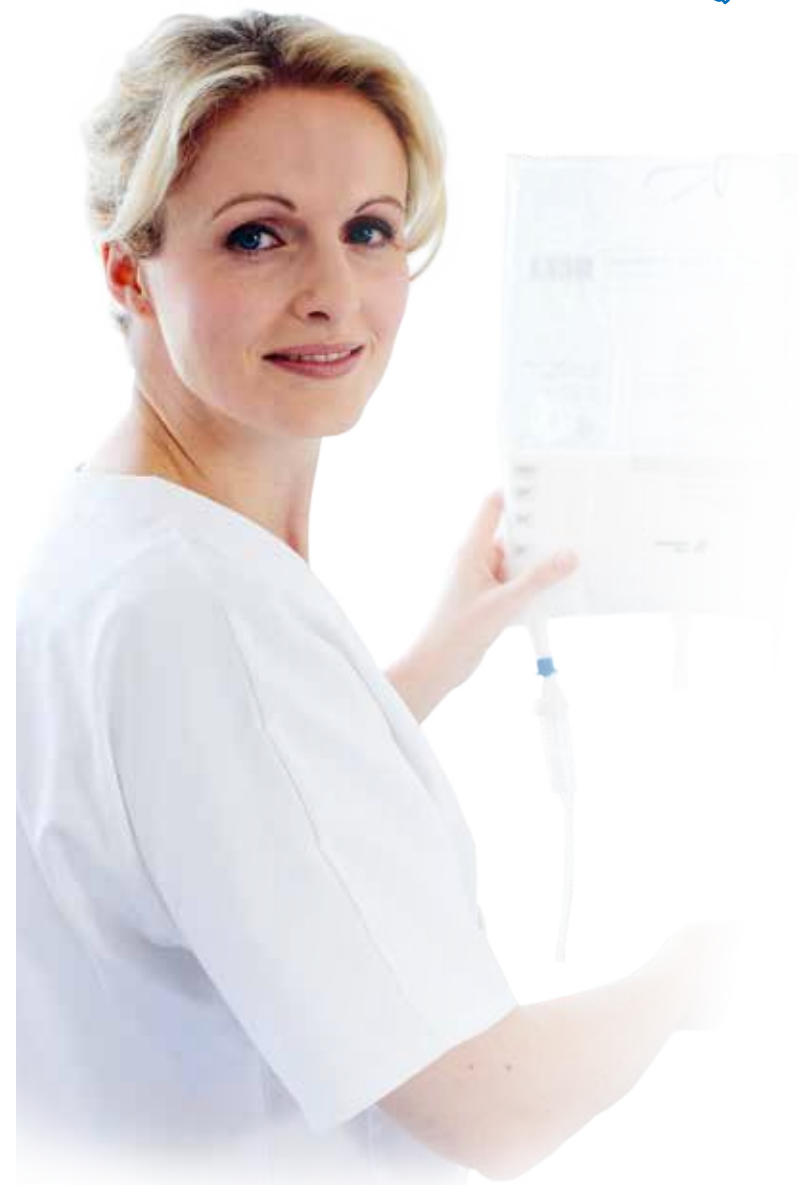
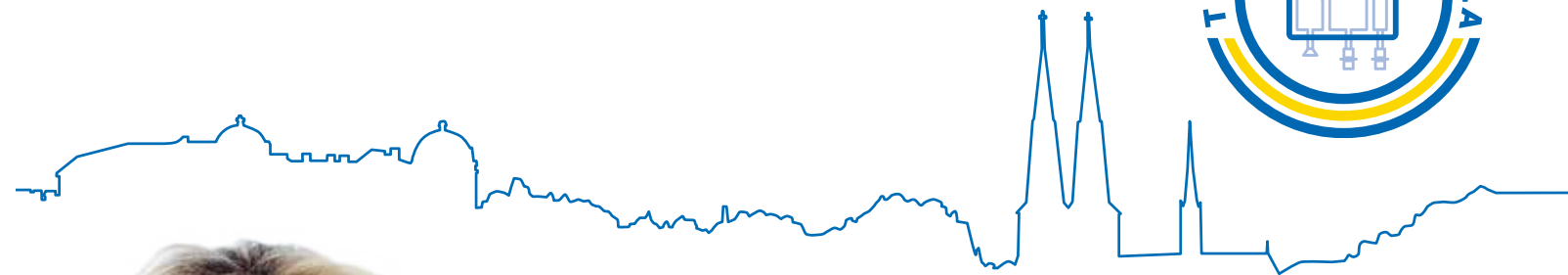
Sunderby fick kritik av IVO, som konstaterade att sjukhuset måste ha 180 fungerande vårdplatser för att slippa miljonböter.

– Det gjordes en massa manövrar för att få fram platser till den vecka i våras när IVO kontrollerade. I verkligheten har vi sällan så många platser.

Wolfgang Sperker har flera kollegor som bytt specialitet, så att de slipper problemet med inläggningar, däremot ingen som helt hoppat av läkarjobbet.

– Det finns nog ingen kollega som aldrig frågat sig hur vi ska orka i längden. Arbetet är för ofta fullt av stress och frustration. Huvudfrågan i jobbet är ofta hur man använder begränsade antal sängplatser och personalresurser på bästa möjliga sätt, säger han.

– Visst finns det mycket problem, men jag trivs ändå med mitt jobb och har fina kollegor. Därför finns jag nog kvar här om fem år, trots allt.



SmofKabiven®

Har din patient fått tillräckligt med näring idag?

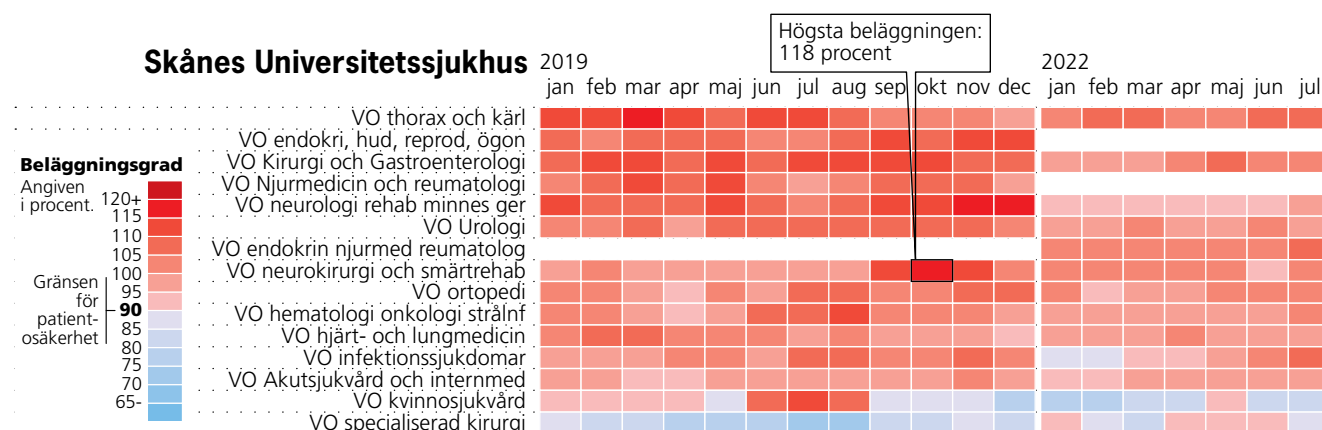
SmofKabiven® är en familj av parenterala näringslösningar som tillgodoser dina patienters olika behov. Fresenius Kabi tillverkar merparten av alla trekammarpåsar inom familjen SmofKabiven i Uppsala.



Läs mer om familjen SmofKabiven på www.fresenius-kabi.se

SmofKabiven® Rx, F, ATC-kod: B05BA10 (utdrag ur produktresumé per 2019-04-25): Näringslösning med glukos, aminosyralösning med elektrolyter och fettemulsion. För intravenös nutrition i central ven. **SmofKabiven® Perifer Rx, F, ATC-kod: B05BA10** (utdrag ur produktresumé per 2018-11-13): Näringslösning med glukos, aminosyralösning med elektrolyter och fettemulsion. För intravenös nutrition i perifer eller central ven. **SmofKabiven® Elektrolytfri Rx, EF, ATC-kod: B05BA10** (utdrag ur produktresumé per 2019-04-10): Näringslösning med glukos, aminosyralösning utan elektrolyter och fettemulsion. För intravenös nutrition i central ven. **SmofKabiven® extra Nitrogen, Rx, EF, ATC-kod: B05BA10** (utdrag ur produktresumé per 2022-04-12): Näringslösning med glukos, aminosyralösning med elektrolyter och fettemulsion. För intravenös nutrition i central ven. **Indikationer:** Parenteral nutrition till vuxna och barn som är 2 år eller äldre när oral eller enteral nutrition är omöjlig, otillräcklig eller kontraindicerad.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot fisk-, ägg-, soja- eller jordnötsprotein eller mot någon aktiv substans eller hjälpämne. Svår hyperlipidemi. Svår leversvikt. Svåra koagulationsrubbningar. Medfödd rubbning av aminosyrametabolismen. Svår njursvikt utan tillgång till hemofiltration eller dialys. Akut chock. Okontrollerad hyperglykemi. Patologiskt förhöjda serumnivåer av någon av de ingående elektrolyterna (gäller inte SmofKabiven elektrolytfri). Allmänna kontraindikationer mot infusionsterapi: akut lungödem, övervätskning och okompenserad hjärtinsufficiens. Hemofagocyterande syndrom. Instabila tillstånd (t.ex. svåra posttraumatiska tillstånd, okompenserad diabetes mellitus, akut hjärtinfarkt, stroke, embolism, metabolisk acidos, allvarlig sepsis, hypoton dehydrering och hyperosmolär koma). Spädbarn och barn under 2 år. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Fresenius Kabi AB. **För fullständig information om indikationer, kontraindikationer, varningar och försiktighet, biverkningar och dosering, se www.fresenius-kabi.se samt Fass.se**



"Varför lyssnar man inte på oss?"

Text: Ingemo Orstadius

– Utlokalisering riskerar patientsäkerheten. Därför har vi läkare ett stort ansvar att se till att våra patienter får rätt vård på rätt plats. Specialistsjukvård ska ges av specialister på området, säger Rofida Ghazvinian, gastroenterolog på SUS.

▼ I SKR:s statistik över beläggningsgrad ligger Region Skåne 2019 på ett snitt på 92 procent. Men speglar detta verkligheten? Om man i stället tittar på de siffror som verksamhetsområde Kirurgi och Gastroenterologi vid Skånes Universitetssjukhus (SUS) rapporterat in för samma år, ligger de betydligt högre.

Hur påverkar vårdplatsbristen och en höga beläggningsgraden de som arbetar i verksamheten? Och vad händer med patientsäkerheten? Sjukhusläkaren bad Rofida Ghazvinian, internmedicinare och gastroenterolog på SUS, beskriva situationen på sin avdelning.

– Vi har ett stort verksamhetsområde med dels kirurgisk, dels gastromedicinsk specialitet. Nu har vi precis fått veta att vi ska minska från 18 ordinarie vårdplatser till tolv, plus två överbeläggningar. Främsta orsaken till neddragningen är personalbrist i andra yrkeskategorier,

men vår läkarstyrka är inte heller optimal i jämförelse med den medicinska vårdtyngden hos våra patienter. Man fokuserar endast på omvårdnadsbehovet runt dem när man diskuterar vårdplatser och glömmer bort deras medicinska behov, säger hon.

Situationen ansträngd

Situationen på gastroenterologi är redan ansträngd och Rofida Ghazvinian är oroad.

– Vi kallas "valfri medicinavdelning"; ett gammalt uttryck som innebär att alla medicinkliniker på SUS delar på patienterna. De läggs alltså in hur som helst från akuten, trots att vi på gastrosektionen har andra uppgifter. Jag kan ta ett aktuellt exempel på hur dumt det kan bli: En patient med feber och andningsproblem, testad positiv för covid 19, som skickas till valfri medicinavdelning, hamnar hos oss. Här har vi bland andra en helt

nytransplanterad patient, som kommit tillbaka från Sahlgrenska, samt tre mycket infektionsskänliga patienter, som får antibiotika i förebyggande syfte. Och så placeras en patient med covid 19 hos oss!

Den uppkomna situationen skapar problem, då avdelningen inte är anpassad och tillräckligt säker ur smittorisk-synpunkt.

– Vi har exempelvis en ultraljuds-maskin som används dagligen. Den måste saneras efter att ha varit inne hos covidpatienten, vilket skapar merarbete för en redan ansträngd personal. Så det enda jag som ansvarig hunnit med nu på förmiddagen, förutom en snabbbröd, är att ringa runt för att försöka hitta en vanlig medicinavdelning som kan ta över covid-patienten.

Rofida Ghazvinian känner sig frustrerad och maktlös, eftersom hon saknar befogenhet att leda verksamheten.

– Det är påfrestande att systemet är så byråkratiskt. Varför lyssnar man inte på oss på golvet? Jag kunde gjort detta så mycket bättre själv från början, säger hon.

Patientsäkerheten riskeras

Ett annat exempel på hur platsbristen påverkar vården är utlokaliseringarna.

– De kanske hamnar på exempelvis plastikkirurgen, vilket innebär att de får sämre vård, eftersom våra gastrospecialister inte får vårda dem. Dessa patienter är medicinskt tunga. De har långa behandlingstider, många är akut sjuka och riskerar att bli ännu sämre om ingen på den valfria avdelningen har adekvat kunskap. Att utlokalisera dem innebär att patientsäkerheten i allra högsta grad riskeras. Därför har vi läkare ett stort ansvar att se till att de får rätt vård på rätt plats, säger Rofida Ghazvinian och betonar att specialistsjukvård ska ges av specialister på området. Att utnyttja fel kompetens är att slösa med resurserna.

– Visst kan vi anpassa oss och läsa in oss på en annan typ av patienter, men ska vi det? Varför ska vi anpassa oss? Det ursäktar bara den specialistläkarbrist som finns, säger hon.

Nyligen fick läkarkollegiet en presentation av ledningen om hur man ska undvika att ytterligare platser stängs på grund av hög arbetsbelastning. Presentationen innehöll bland annat följande information: Det viktigaste var att ha förståelse för att 1) ordinationer inte alltid följs 2) att vissa prover kanske inte tagits och 3) att vissa saker missas i vården.

– Som medicinskt ansvarig känner jag att det här köper jag inte! Det sänker nivån för patientsäkerheten, samtidigt som det sätter en enorm press på oss i personalen. Alla måste få vara nya på jobbet, men ansvaret att täcka upp för kompetensbrist ska inte ligga på läkarna eller annan personal, utan på ledningen. Och det ska absolut inte gå ut över den vård som erbjuds patienterna.

Stor vårdskuld efter pandemin

För att frigöra vårdplatser önskar ledningen att "patienterna inte ska ligga längre än de behöver". Ett uttalande som skapar etisk stress, enligt Rofida Ghazvinian.

– Det sätter press på mig att producera vård som jag inte kan ansvara för. Jag kan inte påskynda vårdtiden. Jag måste ju ha tid att göra en medicinsk bedömning,

utvärdera och följa upp prover och undersökningar. Det är mitt ansvar, säger hon.

Liksom i resten av landet finns en stor vårdskuld efter pandemin. För att beta av kön, ombuds personalen komma in efter ordinarie arbetstid och på helger.

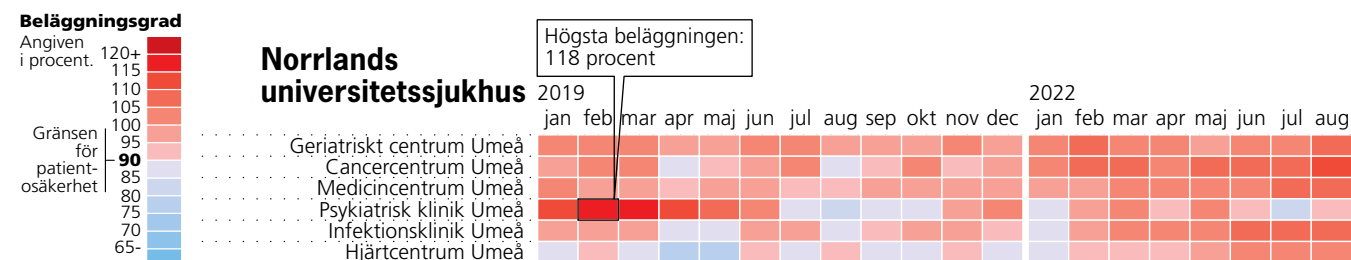
– Visst kan vi ta emot nybesök under en viss period, men vi har också kroniska patienter att ta hand om. Så hur blir det med återbesök? I vår sektion har vi en bred specialitet med funktionella mag-tarmsjukdomar, inflammatoriska tarmsjukdomar, leversjukdomar, pancreassjukdomar; alla passar inte in i könsatsningen. Systemet är inte individanpassat utifrån patienternas behov. Även om insatsen är frivillig, så finns det definierat hur många patienter varje läkare beräknas ta emot. Alla vill hjälpa till; det ligger i ens moral att vilja göra det. Men alla kanske inte har möjlighet.

För att råda bot på de problem som finns i dagens sjukvård, föreslår Rofida Ghazvinian en rad åtgärder:

– Lyssna på oss på golvet! Ha rätt kompetens på rätt plats! Utbilda och fortbilda läkare! Öka de praktiska momenten i utbildningen! Tänk nytt i stället för att alltid göra som man gjorde förr!



Rofida Ghazvinian menar att vårdplatsbristen skapar en ansträngd situation och leder till en etisk stress hos personalen.



"Vi närmar oss farliga nivåer"

Text: Kristina Wallin

En ständig etisk stress. Det känner överläkaren Hanna Nyström på kirurgen i Umeå. Hon har för första gången börjat fundera på om det verkligen är meningsfullt att fortsätta arbeta som kirurg.

▼ Hanna Nyström är leverkirurg på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, förutom forskare och universitetslektor. Hon kallar sommaren som gått för "den värsta jag någonsin varit med om".

– Under en vecka tvingades vi ställa in alla planerade operationer. Jag hade flera cancerpatienter som jag skulle operera, men det gick alltså inte. Det var verkligen en extrem situation, och ställa in planerade operationer är ju den enda lösningen vi har, berättar hon.

– Det känns som om problemet med överbeläggningarna varit en ständig nedgång, även innan pandemin. Under det senaste året har vi börjat närma oss farliga nivåer.

Beslutstrött och stressad

Det har funnits tillfällen när hon kunnat ta till andra metoder.

– När vi hade rally-VM här i februari

i år blev lördagen total kaos. Den enda kreativa lösningen jag fann var att erbjuda sjuk- och undersköterskor kvalificerad övertid om de kom in och jobbade. Alla tackade ja och vi kunde lösa den akuta situationen.

Att hela tiden fundera på om hon ska kunna operera sina cancerpatienter i tid anser Hanna Nyström ger en

enorm etisk stress. Hon känner sig också ofta beslutstrött och det är svårt att stänga av när arbetsdagen är slut.

– Så blir det när man hela tiden arbetar i brandsläckarläge. Dessutom känns det meningslöst att jag tillbringar mer tid att försöka lösa beläggningssituationen för mina patienter, än det skulle ta att helt enkelt behandla dem.



Hanna Nyström.

Enligt henne tar arbetsgivaren inte sitt ansvar.

– De ska se till att vi kan utföra vårt uppdrag, vilket de inte gör. Ett stort problem är att makten inom sjukvården är så skild från ansvaret ute på fältet. Tyvärr ser jag ingen konkret vilja att förändra läget.

Orkar snart inte längre

Hon har inga arbetskamrater som slutat på grund av stressen, men däremot läkare inom bekantskapskretsen som bytt arbete. Själv tror Hanna Nyström att hon också kanske känner inom en snar framtid att det inte går längre.

– Det senaste året har jag för första gången under min tid som läkare känt att det inte längre är meningsfullt att jobba om inget förändras. Jag kan säga att de tankarna kommer mer och mer, konstaterar hon.

"Risken är stor att vi skickar hem någon som borde varit kvar."

För specialistläkaren Emelie Laveborn på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, är det värsta med den ständiga överbeläggningen patientsäkerheten. Att alltid arbeta på gränsen för vad som är bra för patienten och svårigheten att hitta lediga platser.

Emelie Laveborn är klinikombud på medicinavdelningarna, där de i princip alltid har överbelagt med satellitpatienter spridda på andra avdelningar. Det innebär mycket springande fram och tillbaka.

– En stor del av tankekräftorna går åt till detta eviga letande efter vårdplatser och till att bestämma om en patient verkligen behöver läggas in. Dessutom är den ständiga tanken "kan jag skicka hem?", eftersom vi försöker bli av med patienter så fort som möjligt, konstaterar hon.

– Risken är stor att vi skickar hem någon som borde varit kvar.



Emelie Laveborn.

"Sjuksköterskorna måste få bättre villkor"

På medicin har de löpande avstämning om vilka som kan flyttas och enligt henne finns det en bra underläkarebemannning i grunden, plus en specialistläkare som tar hand om satellitpatienterna.

– Det är inte så att vi saknar sängar, utan vi saknar sköterskor som kan bemanna dem. Hela omsorgspersonalens situation måste ses över och sjuksköterskorna måste få bättre villkor. Jag tror inte det bara handlar om ekonomiska villkor, utan även att deras uppgifter måste utvecklas.

Även om Emelie Laveborn anser att klinikledningen är bra och verkligen är med personalen, så känner hon inte att regionledningen är det.

– Jag har inte sett någon förståelse för situationen eller något som gjorts för att förbättra den. Det kan handla om kommunikation, att de inte berättar för oss vad de gör för att förändra, men vi har inte sett något konkret i alla fall, säger hon.

Inga tankar på att ge upp

– Det känns lite hopplöst och ibland känns det som om det måste ramla ihop helt och håller innan något händer. Men något måste absolut förändras, snart.

Trots stressen och oron har hon inga tankar på att ge upp och hon är ganska säker på att hon finns kvar på kliniken om fem år.

– Eftersom ingen av oss enbart jobbar på vårdavdelningen, utan även har andra uppgifter, så känns det som jag ändå har faser där jag kan återhämta mig. Dessutom är detta ett så bra jobb, utbrister hon.

– Så har vi detta med den starka patientlojaliteten, som vi läkare har. Det är något väldigt positivt, men det kan ju också utnyttjas mot oss.

BLICKA FRAMÅT

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

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

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

* Interstitiell lungsjukdom vid reumatoid artrit respektive systemisk skleros.

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

Förskrivningsinformation: OFEV® (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. **Indikationer:** Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF), andra kroniska fibrotiserande interstitiella lungsjukdomar (ILD-sjukdomar) med en progressiv fenotyp och systemisk sklerosassocierad interstitiell lungsjukdom (SScILD) hos vuxna. **Kontraindikationer:** Graviditet. Överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. **Varningar och försiktighet:** Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Blödning och tromboemboliska händelser. Amning ska avbrytas. Boehringer Ingelheim AB, tel: 08-721 21 00. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 10/2021.

Boehringer Ingelheim

OFEV®
nintedanib

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

”Det senaste året har jag för första gången känt att det inte längre är meningsfullt att jobba om inget förändras.

Patientsäkerhet – straffande eller stödjande?

Kanske kan man dela upp människor i hur de ser på avvikelser – eller snarare hur man skall hantera avvikelser. I vår överkomplicerade och tekniskt övervakade värld, så har vi en allt mindre tolerans för verklighetens brist på perfektion. Tryggheten finns inte längre i vår religion, i våra familjeband och i vår egen erfarenhet – eller i vår tro på samhällsfunktionernas rättvisa och stabilitet. Istället har vi förflyttat vår önskan om det styrbara, förutsägbara och riskminimerande utanför den mänskliga sfären. **Det är mängden av data och aggregerad information som skall rädda oss. Vi skall samla siffror, skriva rapporter och granska journaler digitalt.** Med rätt AI, Artificiell Intelligens, så skall vi få kontroll över alla utfall. Det handlar bara om att hitta den perfekta processen, och sedan se till att alla människor anpassar sig till den och gör allt enligt processens befallande krav.

Vi öppnade våra hjärtan för invandring. Vi fick in människor, vilka var som människor brukar vara – en del goda, en del onda, många med svåra trauman och med stort behov av stöd och ledning för att kunna anpassas till en helt annan kultur. Vi valde att tro att saker skulle ordna sig utan alltför mycket personliga insatser. Stödet till invandrarna gjordes skenbart strukturerat och med omfattande byråkrati, vilken fick ersätta närvaro och omdöme hos förståndiga människor. Man ville inte lyssna på de som varnade för problem – det gick inte heller att

hitta någon att adressera som ansvarig. Det gick oftast bra, men inte alltid. Så ser komplexa samtidshistoriska förlopp ut i dagens västerländska samhällen.

Nu skall vi rätta till problemen genom hårdare övervakning och rättsliga åtgärder. Det kan gå. Men det kan också gå mindre bra. Det finns en hel del erfarenheter från andra länder som tampats med organiserad kriminalitet och utanförskap. Fokus på straff ger sällan bra resultat. Åtminstone inte om det inte parallellt sker stora förändringar i förebyggande insatser.

Patientsäkerhet och hantering av migration har en del gemensamt. Vi kan utgå från att processen "patientsäkerhet" kan styras, att alla är lika och har samma behov, att siffror är kvalitetssäkrade, att ingen vill annat än gott och att alla önskar samma utfall. Vi kan alltså skapa de stora apparaterna för kontroll och flöden, skriva riktlinjerna långt från verkligheten och sedan övervaka alla fel. Och straffa alla som inte följer tropp.

I denna sköna nya värld, så kan alla människor gå in i samma diagnosstyrda processer. Man behöver då inte bry sig om att cirka en tiondel av alla diagnoser är fel och att patienten genomgår – eller medarbetarna driver – processen utan att korrigeras. Människor blir friska eller dör även med fel diagnos.

Allt ska standardiseras

Vi kan också utgå från att alla sjuka människor är lika. Avvikelser i form av multisjuklighet innebär inget egentligt problem, eftersom vi kommer att korri-

gera det genom mer prover, mer röntgen och mer konsult. Sen kan vi dosera läkemedel, operera och skicka hem enligt den perfekta processen.

Slutligen kan vi standardisera medarbetaren. **Det går förstås inte att få alla att bli perfekta, men vi kan åtminstone bestämma vilken nivå som är lägst tolererbara.**

Utbildningen blir sedan fokuserad på att lära folk var de hittar rätt algoritm och hur de kan följa den snabbast. Eftersom algoritmerna alltid är förenklande, så uppstår ofta krockar mellan algoritmer och då vet man inte vad man skall göra. Det är då man också börjar fråga varandra – mer konsult skickas, mer undersökningar görs.

Besluten dokumenteras främst genom att man radar upp namnen och titlarna på alla som varit med i processen på olika sätt. Blir det fel, så har man åtminstone sett till att sprida ansvaret på en mer amorf massa av multidisciplinära konferenser eller skylla på bedömningen från en annan specialitet.

Sen görs det en anmälan

Det är i denna värld som en döende cancersjuk människa kan få sepsisdiagnos och när patienten dör, så görs en anmälan om att "sepsisprocessen inte har följts". Det är också i denna värld som en svårt dement patient kan falla i en sjukvårdskorridor och sedan dö efter en timme, med sannolikhet i cirkulationskollaps – men sedan få diagnosen av hjärnblödning och då skall man också anmäla patientskada. Mycket sjuka och

gamla människor genomgår meningslösa diagnostiska processer för att alla är rädda för klander. Ekoremissor skickas inför sövning för en palliativ ERCP på en ikerisk patient med terminal gallgångscancer.

Vi skriver avvikelserapporter

Vi skriver hundratusentals avvikelserapporter årligen. Klassificerar och hanterar dem snabbast möjligt, ser till att de processas genom avvikelssystemet med minsta möjliga grus i maskineriet, eftersom det är processen "Patientsäkerhet" som skall mätas och vara väloljad. Erfarenhet, medicinsk kompetens och omdöme får då stryka på foten. Många sysslar med detta – merparten utan klinisk förankring och med alltför liten förståelse för svårigheterna i medicinskt komplicerade handläggningar. Juridifieringen inom både regionernas hantering och tillsynsmyndigheterna har tagit överhanden.

Vad driver allt detta? Givetvis mänsklig svaghet – och en hel del av det som kallas för funktionell dumhet. Det handlar om många saker: Önskan om det perfekta och trygga. Brist på ifrågasättande av det givna. Egna positioner som kan äventyras om byråkratin minskar. Tron på systemets ofelbarhet. Likheter, opportunist, intellektuell lättja och följsamhet.

Det blir inte bra. Inom alla personal-kategorier och positioner blir folk alltmer stressade. I byråkratiska Grottekvarnen är vi alla slavar. Rädslan för att göra fel driver överdiagnostik och överbehand-

ling. Målet är att skriva särskilt många avvikelserapporter, eftersom man mäter patientsäkerhetskulturen genom antalet rapporter – i sig en fullständigt absurd slutsats som saknar all evidens. Men regioner skapar uppmuntringsmekanismer i form av tårta till årets "Avvikelse-rapportör" (den som skrivit flest) eller skapande av "Avvikelsespelet" som med fördel kan spelas av 4-6 personer och lär oss truismer om varför man skall skriva avvikelser.

När systemet slår ner på enskilda, så kan det vara godtyckligt och drivas av att man önskar testa en process eller driva en förbättring. Klassiskt tänkande inom den juridiska världen – vi tar detta till Högsta domstolen så vi får ett prejudikat. För den som drabbas betyder det ett år av oro och känsla av skuld och skam – och inte sällan ren orättvisa.

Det finns en annan väg

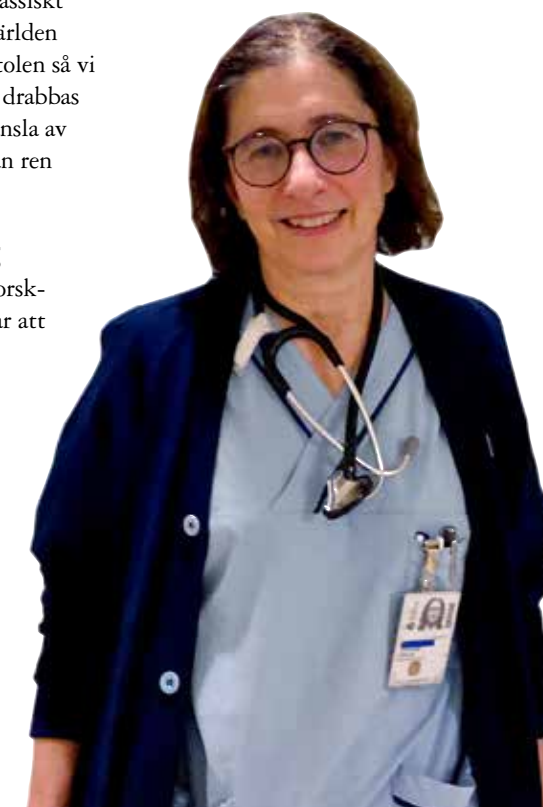
Men det finns en annan väg. Forskning inom patientsäkerhet visar att kunskap, gott samarbete, tillit till ledning och varandra, god kontinuitet – och arbetssätt som kan anpassas till situation och krav – leder till bättre utfall i patientsäkerhet och kvalitet. Inte oväntat utmärks dessa verksamheter av mindre omsättning av personal, hög läkarnärvaro i akutsjukvården, tid för utbildning, trivsel, motivation och arbetsglädje. Högre

kompetens och mindre omsättning i den verksamhetsnära ledningen är också av betydelse.

När avvikelser inträffar, så är dessa verksamheter också snabba på att identifiera och agera för att minimera patientskada, ta hand om de medarbetare som känner skuld och rädsla över sitt misstag – och på sikt låta hela organisationen lära av misstagen.

Med tanke på hur mycket kunskap det finns om patientsäkerhet, så kan man undra varför ingen efterfrågar den. Kan-ske skall jag skriva en avvikelserapport?

Stella Cizinsky



Underlätta vårdplatsletandet med realtidsdata

Se det verkliga platsläget på datorn eller telefonen - få bättre överblick och arbetsmiljö

BEDLOG är en internetbaserad tjänst som sedan 10 år används av flera svenska akutsjukhus för att ge bättre beläggningsöversikt, kommunikation och data för verksamhetsplanering. **BEDLOG** är ett prisvärt och användarvänligt abonnemang, inget dyrt och komplicerat IT-projekt. Ni kan snabbt vara igång med en gratis testperiod utan förpliktelser.

Kontakta oss för frågor eller demo, digitalt eller IRL

Email: info@bedlog.se
Se kort film om BedLog på www.bedlog.se

"Platsrelaterat ringande har minskat med 90% och vi har uppnått en jämnare beläggning" *Kundcitat*



Capio möter Region Jönköping

Text: Eva Nordin

Hur kan offentlig och privat vård samarbeta och bli inspirerade av varandra för att skapa en bättre produktivitet i vården? I slutet av september möttes företrädare för den privata vårdaktören Capio och deltagare från Region Jönköping i Stockholm för att utbyta erfarenheter.

▼ Klockan är strax före tio. Ett femton-tal personer väntar i höstsolen strax intill entrén till Capio S:t Görans sjukhus. Det är verksamhetschefer, koordinators, narkos- och operationssjuksköterskor och representanter för operationsavdelningar från Region Jönköping. Initiativtagare till studiebesöket är Pernilla Sandquist, utvecklingsledare vid Qulturum i Region Jönköping.

– Vi har länge jobbat med förbättringsarbeten och vi använder flera typer av verktyg och balanserade mått för att skapa en bättre vård och tillgänglighet. Även om vi i Region Jönköping arbetar med metoder och verktyg som liknar dem som Capio använder, ville vi träffas för att bli inspirerade och utbyta tankar och idéer.

Regionen har under många år systematiskt arbetat med metoder för förbättrings- och utvecklingsarbete. Sedan 2018 driver regionen KPS-projektet, kapacitet- och produktionsstyrning.

– Det är ett regionövergripande projekt med syftet att förbättra vårdprocesser. Vi vill skapa en jämlik vård som bygger på behov, utan köer och med en hållbar arbetsmiljö.

Pernilla Sandquist är medlem i ett nationellt nätverk med seniora chefer och ledare. Det var där hon träffade Tobias Wirén, affärsområdeschef för Capio ortopedi.

– Alla kan inte ständigt uppfinna hjulet på nytt. Oavsett ägarform är det helt nödvändigt att vi måste hjälpa varandra och dela med oss av goda idéer och arbetssätt, om vi ska klara vårdens utmaningar, säger hon.

Tobias Wirén möter upp deltagarna utanför entrén och redogör för dagens program. Mycket ska hinnas med innan bussen ska ta deltagarna tillbaka till Jönköping.

Dagen startade tidigt och mötet inleds därför med en gemensam lunch. Till kaffet berättar Tobias Wirén om

Capio S:t Görans, det första privatdrivna akutsjukhuset i Sverige som ingår i vårdkoncernen Capio AB. Sjukhuset inrättades 1888 och nådde redan vid den tiden uppmärksamhet och visades upp som modell på världsutställningen i Paris 1890.

Hundra år senare inleddes bolagiseringen av S:t Görans sjukhus och 1999 köptes det av vårdföretaget Bure Hälsa och sjukvård (bytte namn till Capio 2004) för 250 miljoner.

För fyra år sedan var det dags för ett nytt ägarskifte då Capio och Capio S:t Görans såldes till franska Ramsay Générale de Santé för drygt 8 miljarder.

Förbättra och utveckla

2018 utsåg Dagens Medicin Capio S:t Görans till "Årets bästa sjukhus" i kategorin mindre sjukhus. Det är för många ett gott exempel på sjukhus som anses ha hög effektivitet och produktivitet, med en verksamhetsmodell som genomsyras

av kontinuerligt förbättringsarbete i syfte att höja vårdkvaliteten.

– Det sitter i företagets DNA, säger Tobias Wirén, som själv är specialist i ortopedi.

Han brukar skoja om att han är född och uppvuxen på S:t Görans; hans pappa är Olle Wirén, specialist i ortopedi och under många år verksam på sjukhuset.

Redan under ST-bildningen reagerade Tobias tidigt på den ineffektivitet han såg i delar av vården.

– Runt millennieskiftet var vi ett gäng unga och arga utbildningsläkare på Capio som reagerade på väntetiderna på akutmottagningen, där ingen egentligen ville jobba. Vi gick till sjukhusets VD och placerade problemen i hans knä. Men i stället för att gå i polemik gav han oss post-it-lappar och tillgång till en lokal för att vi skulle hitta och föreslå lösningar.

Sagt och gjort. Tobias och hans kollegor kartlade och designade om flöden, etablerade kvalitetsmått, målvärden

samt process-principer hämtade från industrin (LEAN). Dessutom placerade de ett triageteam med specialistläkare och specialistsjuksköterska längst fram på akutmottagningen.

– Ledarskapet är så viktigt. Vi fick tillit och makt att själva göra något åt problemen och vi lyckades minska tiden till läkare från cirka två timmar till 30 minuter. Den totala handläggningstiden minskade vi från fyra till två timmar. Vi var stolta över det vi gjorde och fick uppmärksamhet för vårt sätt att tänka och arbeta, vilket spred sig i organisationen.

Capiomodellen

I över 20 år har Capiomodellen genomsyrat koncernens verksamheter. Medarbetare förväntas ha två arbeten, dels sitt grunduppdrag, dels att ständigt jobba med förbättringar och utveckla verksamheterna. Det gör man bland annat genom eget engagemang, att skriva

förbättringslappar, testa förbättringsförslag och implementera nya effektivare lösningar och arbetssätt. Medarbetare förväntas ta ansvar och får i regel stora möjligheter att påverka verksamheten, menar Tobias Wirén.

– Det går i regel att alltid göra saker bättre. Jakten på kvalitet och att ständigt skruva på processer är drivkraften som genomsyrar alla våra verksamheter, säger Tobias.

Han vill gärna se Capio som en partner till det offentliga systemet som kan avlasta sjukhus med komplexa processer och patienter. Under pandemin samarbetade Capio S:t Görans ortopedi med Södersjukhuset och Danderyds sjukhus för att avlasta akutkirurgin och hantera växande köer med höft- och knäprotespatienter.

– Alla murar revs och avståndet krympte. Vi hade ett mål att nå och

Fortsättning nästa uppslag >>>



Ett femtontal personer från Region Jönköping får en guidning på akutmottagningen. Deltagare är verksamhetschefer, koordinators, narkos- och operationssjuksköterskor.

Foto: Meli Petersson Ellafi / Bildbyrå

vi hjälptes åt. Jag skulle vilja att vi i ännu större utsträckning ser varandra som samverkanspartners. Vi har också diskuterat att pröva rotationstjänster för att privat och offentlig vård ska lära av varandra, men också för att vi ska kunna avlasta varandra när så behövs.

Han lyfter fram ett exempel på hur samtliga enheter inom Capio ortopedi effektiviserade sina höftprotesoperationer med 33 procent genom att i detalj kartlägga varje del i processen.

– Det var i samband med att man införde vårdvalet för höft- och knäplastik i Stockholm. Vi ökade då produktionen från tre till fyra höftoperationer per dag på varje enhet. På flera enheter har vi nu lyckats uppnå fem till sex operationer per dag, bara genom att plocka bort onödiga moment, träna på och planera för oförutsägbara händelser och att standardisera operationerna för att minska variationer och få ut mer nytta på samma resurser.

Tobias Wirén skulle även gärna vilja se ett nationellt system med en kunskapsdatabas där privat och offentlig vård kan utbyta kunskap och erfarenheter.

– Tillsammans skulle vi kunna skapa ett fungerande vårdsystem med god kvalitet utan köer med hjälp av strukturerade processer och bra mätetal. Man måste ge medarbetare förutsättningar och beslutsunderlag att kontinuerligt driva förbättringar, eftersom de bästa lösningarna i regel finns på golvet.

Det krävs även nya sätt att mäta integrerad samverkan, menar han. I dag sker mycket av produktionen i stuprör med en revirtänkande mentalitet. Det finns dock flera goda exempel på samskapande aktiviteter tvärs över stuprören.

– Lösningarna finns och vi behöver inte var och en uppfinna nya sätt. I dag mäter vården inte integrerad samverkan tyvärr, utan mätningar görs i stuprör. Det måste vi komma bort ifrån.

Sällan stängda vårdplatser

Lunchen är över och deltagarna promenerar vidare till akutmottagningen. Här passerar över 100 000 patienter varje år. Peter Jilmstad är chef för akutmottagningen och har arbetat här i över 15 år.

– Över hela sjukhuset har vi arbetat mycket med att etablera bra avflöden



Avfärd till Sophiahemmet och Capio Artro Clinic. Pernilla Sandquist, utvecklingsledare vid Qulturum i Region Jönköping ingår i samma chefsnätverk som Tobias Wirén, afärsområdeschef för Capio ortopedi. Foto: Meli Petersson Ellafi / Bildbyrå

från akuten till sjukhusets vårdavdelningar. Fungerar inte arbetet där, fungerar det inte på akutmottagningen. Pandemin har förstås ställt till det, men vi arbetar nu med att komma tillbaka till våra tidigare arbetssätt.

Genom direktinläggningar och behovsstyrda ronder på avdelningarna försöker man tidigt frigöra vårdplatser. Med hjälp av så kallade dashboards, ett digitalt verktyg för att samla in och i realtid visualisera data på en skärm, ges tydlig och översiktlig information om vårdplatsläget.

– Systemet får automatiskt journaldata från Cosmic och vi kan enkelt se hur många disponibla vårdplatser som är lediga på sjukhusets olika kliniker och avdelningar. Vi får också tidigt på dagen en bild av hur många patienter som ska skrivas ut inom två till åtta timmar. Alla verksamheter håller koll på sina enheter och samarbetar också sinsemellan för att hålla vårdplatser öppna. Vi har väldigt

sällan stängda vårdplatser, men vi kan stänga vårdplatser inom den elektiva verksamheten, om det skulle krävas.

Pandemin och högt tryck under sommarmånaderna har varit en utmaning, precis som för andra akutsjukhus, menar Peter Jilmstad.

– Jag upplever inte att vi måste jaga vårdplatser. Men, det har blivit ett hårdare söktryck till akutmottagningen med patienter som är mer sjuka än tidigare och som vi måste dimensionera vår verksamhet efter.

Bra avflöden från akuten

Data från sjukhusledningen (januari till september 2022) visar att vistelsetiden på akutmottagningen, från inskrivning till utskrivning, antingen till vårdavdelning, geriatrik eller hem (dor-to-door), är mindre än fyra timmar för cirka 50 procent av patienterna. Tidigare var dock den siffran 80 procent.

– Även om vi tror att tiderna på vår

akutmottagning är bättre än på andra ställen, arbetar vi för att komma tillbaka till de nivåer som vi hade innan pandemin. Men det är klart att vi fortfarande har en påverkan från pandemin, säger Peter Jilmstedt.

Av andelen äldre över 80 år tas 85 procent om hand inom åtta timmar.

– Det är otroligt viktigt att tiden på akutmottagningen hålls så kort som möjligt, särskilt för de äldre. Vi arbetar oavbrutet med att korta dessa tider och bereda plats för dem på sjukhuset. Vi arbetar också för att öka direktinläggningar från akuten till geriatriken, säger Peter Jilmstedt.

”Boardingtiden”, det vill säga tiden det tar från att en patient är markerad klar på akuten till att patienten kommer till disponibel vårdplats på vårdavdelning är i snitt 45 minuter.

– Samarbetet över huset är en viktig

Fortsättning nästa uppslag >>>

Röster
om studie-
dagen

”Aldrig fel att vi försöker lära av varandra”

Johan Klovhall, sektionsledare inom ortopedi på operationsenheten vid Värnamo sjukhus i Region Jönköpings län:

– Det var spännande att besöka deras verksamheter. Det är aldrig fel att vi försöker lära av varandra, samtidigt var det svårt att få en klar uppfattning om likheter och skillnader då vi inte riktigt hann gå ned på detaljnivå. Det är också svårt att jämföra sjukhus, då vi i regel har olika förutsättningar.

Vi har en ny operationsanläggning i Värnamo sedan 2018, men vi kan inte hålla alla salar öppna då vi saknar personal, särskilt operations-sjuksköterskor.

– Det jag tar med mig från studiebesöket är ändå hur man kan jobba med att vässa tider och optimera flöden. Men för att kunna optimera måste man få chans att sätta sig ned för att se vad som måste göras för att förbättra och utveckla. Jag upplever

att produktionstrycket är väldigt hårt och att det är svårt att få tid till förbättrings- och utvecklingsarbete.

På Capio gjorde man minst fyra protesoperationer per sal och dag, vi gör tre. Samtidigt är de väldigt specialiserade och har särskilda team som jobbar specifikt med detta. Vi har mycket mer att ta hänsyn till och vi har ett större och bredare ansvarsområde. Vi kan inte säga nej till patienter, vi opererar alla patientklasser.

Vid sidan av ortopedi och kirurgi tar vi även hand om urologi och gynekologi. Vi ansvarar även för alla akuta snitt, vilket man tidigare inte har haft ansvar för på S:t Görans. Under våren ska de dock öppna en ny förlossningsklinik.

– En viktig fråga är förstås vad som händer på sikt om man renodlar spåren för hårt, vad händer då med den breda kompetensen och den kliniska blicken för mer komplexa patienter?

”Mycket inspiration och många idéer”

Anna Gustavsson, verksamhetsstrateg i medicinsk vård, region Jönköpings län:

– Studiebesöken var väldigt intressanta och inspirerande med ett späckat program med besök på fyra enheter plus dialog med operativ chef. I bussen på väg hem till Jönköping reflekterade vi gemensamt om vad vi tog med oss från dagen.

– Besöket var en påminnelse om hur viktigt det är att arbeta med ständiga förbättringar, att prova förbättringsförslag och arbeta aktivt med förankring i förbättringsarbetet, så att alla vet i god tid när, hur och varför vi testat en förändring. Jag tar också med mig vikten av att våga göra om också det

som en gång har varit jättebra, det vill säga att även förbättringsarbete som har genomförts med goda resultat behöver ses över efter en tid.

– Besöket gav mycket inspiration och många idéer som vi kommer fortsätta att reflektera kring. Vi i Region Jönköpings län arbetar redan mycket med att involvera och skapa delaktighet, att efterfråga resultat och att våga testa i stället för att vänta, men det finns förstås sådant vi skulle kunna göra ännu bättre. Ett exempel på något vi kan ta med oss är

hur S:t Görans sjukhus med hjälp av struktur och systematiska arbetssätt har skapat en kultur där varje medarbetares egenansvar i verksamhetens utveckling är en naturlig del i arbetet.

grundförutsättning. Vi jobbar med olika snabbspår och vi har regelbundet korta så kallade PULS-möten, både i vardagen och varje vecka där chefer på sjukhuset stämmer av läget och tillgången till disponibla vårdplatser.

Akutläkare i fronten

En av utmaningarna, menar Peter Jilmstad, är att hantera det ökade söktrycket. För att bättre hantera svängningar i akutflöden och en växande andel tyngre patienter med flera diagnoser, har sjukhuset beslutat att satsa på akutläkare.

– Vi har nu flera ST-läkare i akut-sjukvård hos oss och vi hoppas att de kommer att spela en viktig roll hos oss framöver.

Peter Jilmstad beskriver sin arbetsplats som stimulerande. Drivet från medarbetare att identifiera förbättringar och sedan komma med förslag är en viktig nyckel till att så många trivs och väljer att stanna kvar på sjukhuset, menar han. Ett av flera förbättringsarbeten har handlat om att stärka säkerheten på akutmottagningen.

– Det initierades av två sjuksköterskor och handlade om forensisk omvårdnad. På akuten har vi i dag har ett direktintag från gatan till ett mottagningsrum för patienter från häktet eller kriminalvården. Vi har också etablerat tydliga rutiner för hur vi ska hantera bevismaterial i samband med att patienter utsatts för brott. Vi har även haft ett sjukhusövergripande projekt kring bemötandefrågor.

– Det finns en stor öppenhet för nytänkande och sjukhuset ger utrymme för personer med idéer. Det gör att människor växer och utvecklas, och det är stimulerande för mig som chef.

Capio-kulturen

Innan studiedeltagarna ska bege sig vidare till Arthro Clinic på Sophiahemmet och därefter till Ortopediska huset vid Globen, samlas alla i ett av sjukhusets konferensrum, några våningar upp från akutmottagningen.

Minna Lönnstedt har förberett bilder med några nyckel- och måltal och är beredd att svara på frågor från deltagarna.

Hon har arbetat på S:t Görans sjukhus sedan 2008 och har haft många

olika roller, bland annat som verksamhetschef för smärt- och anestesikliniken. I dag är hon operativ chef för hela sjukhuset.

– Vi ser det som en framgångsfaktor att ha en kultur och ett arbetssätt som stimulerar till engagemang. Som chef förväntas man att leda och stödja medarbetare i förbättringsprocesser med stöd av olika verktyg som digitala förbättringslappar, PDSA-cykeln och 5S.

Minna återkommer flera gånger till den kultur som genomsyrar sjukhuset. I botten finns förstas värderingarna. Visionen är att driva framtidens sjukvård. Missionen är att ge bättre vård genom att lära, utmana och förnya.

– Grundkulturen är att vi ständigt vill bli bättre. Vi brukar säga att kultur byggs uppifrån och förbättringar nedifrån.

En av deltagarna uppmärksammade att sjukhuset har osedvanligt snabba bytestider mellan operationerna. Hur de har lyckats med det?

Minna lyfter fram det teambaserade arbetssättet där alla ingår, även patienten.

– Det är inte så att läkaren har ett team omkring sig med övrig personal. Alla är en kugge i maskineriet och har ett gemensamt ansvar för teamarbetet och att säga till när något inte fungerar. Det tror jag är en framgångsfaktor.

Våga införa korta möten

En annan deltagare undrade över sjukhusets så kallade PULS-möten, korta lägesavstämningar. Minna menar att man måste ha modet att våga satsa på kortare möten som snabbare leder till åtgärd. PULS-möten hålls endera på morgonen, förmiddagen eller eftermiddagen, beroende på enhet. Vid mötet närvarar chefen och medarbetare. En gång i veckan hålls ett större PULS-möte med första linjens chefer tillsammans med sjukhusledningen.

– Vi är ett datadrivet sjukhus och sjukhusledningen aktar sig för att gå in och styra för mycket ute i verksamheterna. Vi ger våra chefer, som har tillgång till direktdata som rör ekonomi, produktion och kvalitet, stort ansvar och mandat att hantera sina frågor utifrån

Fortsättning nästa uppslag >>>



Peter Jilmstad är chef för akutmottagningen och har arbetat här i över 15 år. "Drivet från medarbetare att identifiera förbättringar och sedan komma med förslag är en viktig nyckel till att många trivs på sin arbetsplats."

Foto: Meli Petersson Ellafi / Bildbyrå

Röster
om studie-
dagen



"Verkar finnas en stor tydlighet"

Lotta Hägneryd, sjuksköterska och vårdenhetschef och Jennie Evertsson, sjuksköterska och vårdenhetschef på ortopedisk vårdenhet vid Höglandssjukhuset Eksjö:

– Vi har tidigare varit på studiebesök på Capio Movement i Halmstad och vi slås av att vi möter samma kultur där som på Capio S:t Göran. Vid anställningar verkar det finnas en stor tydlighet med vad som förväntas av medarbetaren och att man har till uppgift att driva verksamheten framåt. Alla strävar mot samma tydliga mål och det verkar finnas ett uttalat stöd från ledningen att medarbetare får och förväntas ta ansvar för att kontinuerligt förbättra värden. Vi har en stor oro och stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen och personalomsättning.

Levetiracetam Orion
levetiracetam

Vid behandling
av epilepsi.

Hög leveranssäkerhet¹
och lågt pris²

Leveranssäkerhet till apotek: snitt 99,8 %¹



LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



¹) Leveranskapacitet antal orderrader av Levetiracetam Orion levererade från Tamro till öppenvårdsapotek inom 24 tim. från beställning

²) Priser AUP september 2022, 2 x 500 mg 100 st.

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

ORION
PHARMA

Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx]. Förmån. Som monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. Som tilläggsbehandling vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna, ungdomar, barn och spädbarn från en månads ålder med epilepsi. Som tilläggsbehandling vid myokloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med juvenil myoklonisk epilepsi. Som tilläggsbehandling vid primärt generaliserade toniskloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-08-16. För priser och ytterligare information se www.fass.se.



Minna Lönnstedt har arbetat i olika chefsroller på sjukhuset och är idag operativ chef. "Vi är ett datadrivet sjukhus och sjukhusledningen aktar sig för att gå in och styra för mycket ute i verksamheterna."

Foto: Meli Petersson Ellafi / Bildbyrå

” Vi gör en hel del saker lika, men det är klart att det finns lärdomar att hämta.

de mål vi har. Det kan handla om frågor kring patientantal, utskrivningsklara patienter, bemanning, läget på akuten och operation, tillgänglighet till vårdplatser och vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma i mål. Vi har som mål att ha våra vårdplatser öppna, det är en stolthet vi står för på sjukhuset.

Precis som många andra sjukhus har även S:t Görans utmaningar när det gäller bemanning. En fråga som lyftes under frågestunden är hur sjukhuset hanterar arbetsscheman.

För många sjuksköterskor är "treskiftsscheman" en viktig orsak till att det är svårt att kombinera arbetslivet med en fungerande vardag.

– Vi som arbetsgivare behöver vara mer lyhörd för både den befintliga och kommande generationen som vill ha en större frihet och möjlighet att kunna

kombinera jobb med sitt vardagsliv. Många vill ha nytänkande arbetsgivare och vi försöker erbjuda våra anställda mer flexibla schemalösningar.

– Man kan välja på tre skift, natt, helg, timanställning, hel/deltid och i vissa fall dagtid. Schema lägger man själv som anställd i vårt schemasystem, vilket bidrar till få de arbetstider man önskar. Det vi även behöver ta hänsyn till är att få verksamheten att gå ihop och då matcha behovet med bemanningsstruktur.

Lärdomar att ta med

Efter drygt en timme väntar bussen utanför sjukhuset för vidare transport till Sophiahemmet och en rundvandring på Capio Artro Clinic. Sista stoppet för dagen blir på Ortopediska huset vid Globen. Vid fyratiden på eftermiddagen

återvänder gruppen till Region Jönköping.

– Det har varit en spännande dag. Vi gör en hel del saker lika, men det är klart att det finns lärdomar att hämta. Det vi tar med oss är att det alltid går att göra mer för att förbättra och utveckla verksamheter, och att jobba mer datadrivet. Vi tar också med oss att det är viktigt att våga ha korta möten och lägga beslut nära verksamheterna samt att ge medarbetare ansvar och förtroende att våga och vilja driva förbättringsprojekt och se till att dessa sedan implementeras. Vi behöver också komma bort från stuprör. Det kommer inte att gå att lösa problem endast inom den egna specialiteten, vi behöver förstå det totala behovet för att kunna planera optimalt och etablera ekonomisystem som går över silos, säger Pernilla Sandquist.

”Myten om S:t Görans sjukhus är en myt”

I början av hösten släpptes rapporten ”Myten om S:t Görans sjukhus”, utgiven av tankesmedjan Arena Idé. Författarna menar att sjukhuset har en mer generös finansiering än övriga akutsjukhus i Region Stockholm, att sjukhuset har specialiserat sig på att genomföra mer lönsamma ingrepp och blivit experter på att maximera ersättning från DRG-systemet.

Bengt Sparrelid är specialist i kardiologi och vice ordförande för läkarföreningen på Catio S:t Görän. Han sitter även som facklig representant i sjukhusets styrelse. Han menar att rapporten från Arena Idé innehåller många felaktigheter som behöver bemötas och att den späder på de myter som finns om Catio.

– Man får inte glömma att det är en politisk rapport. Att påstå att S:t Görän maximerar ersättning från DRG-systemet stämmer inte. Det har gjorts jämförelser med andra offentligt drivna sjukhus utan att man kunnat påvisa att det förekommer en DRG-glidning på S:t Görans sjukhus.

Bengt Sparrelid menar även att när Catio vann avhandlingen 2012 låg budgeten nio procent under föregående budget.

– Och redan innan låg det lägre än för övriga sjukhus inom regionen. Vårdavtalet, som skiljer sig från de andra sjukhusen i regionen, har fram till idag fallit till cirka 30 procent lägre ersättning. Vi behöver helt enkelt arbeta smartare för att klara den lägre ersättningen, säger Bengt Sparrelid.

Plattare organisation

I början av 2026 ska avtalet omförhandlas med regionen. Då måste ersättningsarna justeras, menar han.

I snart 30 år har han arbetat på Catio S:t Görän.

För drygt 15 år sedan gjordes en stor satsning på organisationsutveckling



Bengt Sparrelid är specialist i kardiologi och vice ordförande för läkarföreningen på Catio S:t Görän.

som resulterade i ”Capiomodellen” och användningen av leanbaserade värderingar, arbetssätt och verktyg.

– Det är en kostsam och tidskrävande satsning, samtidigt är belöningen stor. Alla medarbetare deltar i arbetet och resultatet blir att man får en lärande organisation och en företagskultur som lyfter fram problem och fel som möjligheter till lärande och utveckling. Jag skulle nog vilja påstå att vi har en mycket plattare organisation och snabbare till beslut jämfört med många andra sjukvårdsorganisationer.

Pandemin har varit och är dock fortfarande en utmaning, menar Bengt Sparrelid.

Personalomsättningen är hög och många är under utbildning från läkar- och sjuksköterskeprogrammen. Det kräver tillgång till handledare, vilket är en utmaning i en pressad produktionsmiljö.

Sedan 2018 är Catio AB en del av franska Ramsey Santé, ett multinationellt vårdbolag med verksamhet i Frankrike och Italien. Vårdbolaget ägs i sin tur till cirka 53 procent av australiska Ramsay Health Care, som även äger vårdbolag i Australien, Storbritannien, Malaysia och Hongkong.

– En sammanställning från vår ägare visar att det saknas 1 miljon vårdanställda i Europa. Den siffran kommer

att stiga till 4,2 miljoner de närmaste åren fram till 2030. Många flyr vården, det har blivit för tungt och slitsamt. Jag träffar många underläkare som undrar om de valt rätt yrke och som överväger att byta karriär. Det här är ett jättestort problem för alla vårdgivare, oavsett ägarform.

Utförsäljning av vården

Även Catio S:t Görän brottas med bristen på vårdplatser och överbeläggningar. Men inte i lika stor omfattning som andra akutsjukhus, menar Bengt Sparrelid.

– Det stora problemet är patienter som inte behöver akutsjukvårdens resurser, men som ändå söker akut. Vi har också en stor andel färdigbehandlade patienter som inte har en självklar väg vidare i vårdkedjan. Det skapar stopp i flödet. Politiker pratar om omställning av vården, men i stället har de sålt ut delar av sjukvården och skapat ett fragmentiserat vårdssystem med olika journalsystem, vårdgivare och intressenter.

Region Stockholm har efter valet fått ett maktskifte med ett nytt styre som består av S, C och MP med stöd av V. Om Bengt Sparrelid får önska fritt skulle han vilja att politiker och tjänstemän gör slag i saken och lyssnar på de medarbetare som jobbar i vården.

– I dag lyssnar politiker mer på de chefer som lämnat golvet och förlorat kontakten med verkligheten. Jag tycker inte att man ska få vara chef utan att arbeta minst 20 procent av sin arbetstid på kliniken.

– Vi väntar också fortfarande på att den omställning av vården som politiker pratat om i decennier verkligen ska genomföras. I stället satsar de på närkuter som tillåts konkurrera med vårdcentraler, dessa skulle mycket väl kunna klara ett närkutupdrag. Det är ett slöseri med våra skattepengar och slår sönder vården, säger Bengt Sparrelid.

“Man måste förse sig med verktyg för att analysera vården som den är”

Text: Anna Sofia Dahl

Intresset för hur man kan omsätta visioner till konkreta lösningar i framtidens sjukvård växer enormt. En av de som vet hur det är att gå från tanken på att något måste förändras till att idag vara med och driva utvecklingen framåt är Markus Lingman, professor, överläkare och strateg i Region Halland.

▼ Markus Lingman är överläkare i kardiologi, har under en rad år varit chef i vården, har forskat under hela sitt yrkesliv och var innan dess inne på civilingenjörslinjen, med inriktning industriell ekonomi. En kombination som kanske inte är helt vanlig i svensk sjukvård.

– Jag tror att de här fyra benen kan ha gjort att jag har sett saker från olika infallsvinklar samtidigt. Och då kanske man ser andra saker än om man tittar från ett håll, säger han.

Att arbetet med det som idag är Centrum för informationsdriven vård i Region Halland startade 2014 beskriver han som ett resultat av insikten att något måste göras.

– Vi insåg att ”så här kan vi inte ha det, då kommer det inte att gå bra”. Vi var inte i något dåligt läge, men prognoserna när det gällde vårdbehov och tillgång till kompetens och personal pekade i riktningar som sa oss att mer av samma inte kommer att vara en möjlig väg framåt, även om man skulle vilja det.

Så man vände tillbaka och funderade på vad som måste göras. Och ganska snart kom insikten att den fakta som behövdes för att kunna se vägen framåt

saknades. Den fanns förvisso, men låg gömd någonstans i den enorma mängd data som var utspridd i organisationen.

– Första steget blev att bygga ett omfattande datalager där data från en massa silos samlades. Data kan vara inlåst på många sätt. Det kan handla om regelverk eller datastandarder, eller på grund av att man inte har incitament att delge den, säger Markus Lingman.

”Vården är komplex”

Sedan dess har man i Region Halland använt det datalagret för en informationsdriven verksamhetsutveckling av de kompletta vårdkedjorna. Och just att ha med sig hela bilden, så som att vissa av sjukhusens utmaningar har kopplingar till saker som händer utanför sjukhusets väggar, menar han är en viktig del.

– Många proklamerar väldigt enkla lösningar på superkomplexa problem. Men att acceptera att vården är komplex, bejaka det och i stället förse sig med förutsättningar att jobba med den komplexiteten är mycket mer konstruktivt än att hitta oneliner-lösningar.

Man måste också förstå att det inte handlar om en IT-fråga, säger Markus

Lingman. Gör man inte det är frågan död redan från början.

– Det är inte heller en ekonomifråga eller en patientsäkerhetsfråga. Det är allting samtidigt. Det är en verksamhetsfråga och det handlar om att bedriva god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Driva arbetet tillsammans

Viktigast av allt är dock, enligt Markus Lingman, att släppa tanken på att man måste följa organisationens strukturer.

– Man ska göra det utifrån vården som ett ekosystem och patienten som finns i det ekosystemet.

Till Centrum för informationsdriven vård kopplas idag bland annat chefläkare, kliniker, forskare, data scientists, linjechefer, sjuksköterskor, ekonomer och jurister samman axel mot axel i olika projekt som både är ämnes- och organisationsöverskridande. Vikten av att tillsammans driva arbetet framåt menar Markus Lingman är central, annars riskerar analyser som görs på olika håll att inte gå ihop och istället skapa en tillitsbrist.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Markus Lingmans råd TILL DEN SOM VILL KOMMA IGÅNG MED ARBETET MED INFORMATIONSDRIVEN UTVECKLING:

- Erfarenheterna finns samlade i ”En handbok för informationsdriven vård”.
- Krasst så behövs det datalager som är ämnes- och gränsöverskridande så långt juridiken medger.
- Ledningen måste genuint vilja veta hur saker faktiskt ser ut.
- Man måste acceptera att mer vård inte är liktydigt med bättre vård. Man måste också acceptera att det sällan finns enkla lösningar på komplexa problem och att vi ständigt måste kalibrera vår världsbild mot rå fakta.
- Att man måste ha samma faktabild på alla nivåer i vårdssystemet.



I Region Halland insåg man 2014 att något behövde göras i fråga om vårdbehov och tillgång till kompetens och personal, och att samma väg framåt inte skulle leda rätt.

Foto: Mathilda Ahlberg

– Alla går till jobbet för att patienterna ska få en god vård. Det gäller att lära sig att förstå varandra och mycket handlar faktiskt om språkförbistring.

Just därför är Markus Lingman övertygad om att läkarkåren behöver förse sig med andra kompletterande kompetenser än de man har idag. Inte minst för att kunna prata med andra professioner som bidrar till den utveckling som just nu går otroligt fort.

– Det är viktigt om man vill vara med och driva utvecklingen, men att ens hänga med i den och förstå vad som händer är en stor utmaning, säger han.

”Behöver vara rustad”

Av den anledningen tror Markus Lingman också att läkarutbildningarna kommer att behöva komplettera sina läroplaner med nya ämnen.

– Läkarutbildningen är redan trång, men det händer saker just nu som går väldigt snabbt och där läkarkåren behöver vara rustad och ha en förståelse för att inte hamna i bakvattnet.

Som exempel lyfter han data science och informationsdriven vård. Enkelt uttryckt handlar det om att nyttiggöra data och information från alla delar av

vården, inte bara om hälsodata eller labbdata, för att skapa en helhetsbild. På så sätt kan man förstå mönster och både förutspå och inte minst faktabelägga saker. För enligt Markus Lingman finns det en mängd myter och antaganden inom vården, där den data som finns inte stämmer överens med rådande förställningar.

– Därför blir data science alltmer viktig. Det är det område där man har kompetens att omfamna komplex information.

Man kan till exempel ägna sig åt variabilitetsanalys, det vill säga att undersöka saker som skiljer ut sig eller förändras. En bra källa för att hitta förbättringsutrymmen och skapa förbättringshypoteser, menar Markus Lingman.

Ett exempel där man i Region Halland, just genom att identifiera konkreta mönster utifrån den information som redan fanns, har kunnat slå hål på en myt är föreställningen om att inläggningar från akuten och utskrivningar var avhängigt av sjukhusets belägningsgrad.

– När vi tittade på våra data såg vi inte ens en tendens i den riktningen. Det var viktigt för oss att förstå, eftersom det då är andra saker som vi behöver

leta efter för att komma åt den typen av problem, säger han.

Genom att löpande kvalitetssäkra och analysera den data som finns i systemet kan man rikta vårdens insatser dit där de gör mest nytta. På så sätt undviker man att dra igång utvecklingsprojekt som från början inte har förutsättningar att göra skillnad, även om det såg så ut. Mycket handlar om att just jobba faktabaserat och prata om saker så som de är och inte så som man tror att de är, menar Markus Lingman.

– Man måste också förse sig med verktyg för att analysera vården som den är. Vi har till exempel anställt dataanalytiker som har blivit duktiga på att jobba med kliniker, och på att förstå vården och dess innehåll.

Resursbeskrivningsmodell

Bland annat har man inom Region Halland utvecklat en resursbeskrivningsmodell för att kunna titta på resursintensiteten. Eller med andra ord: en modell som gör det möjligt att se var i vårdkedjan det går åt minst resurser för samma utfall.

Markus Lingman tar en hjärtsviktspatient som exempel. Om patienten

behöver ta ett blodtryck och gör det på sjukhuset i en vårdäng går det åt mycket mer resurser än om patienten hade kunnat ta det på vårdcentralen, i ambulansen eller hemma. Informationen som kommer ut, det vill säga blodtrycksvärdet, är det samma men insatsen för att få ut det är väldigt olika.

– Den nytta som skapas för patienten ska göras med en så liten resursåtgång som möjligt på totalen. Det kan innebära att vi behöver flytta aktiviteter längs vårdkedjan, saker som sker i ambulansen sker istället på vårdcentralen eller i hemmet.

Information allt viktigare

Effekten för de läkare som arbetar på sjukhuset blir att antalet hjärtsviktspatienter succesivt minskat över tid. Och just den typen av gradvisa förändringar är vi människor dåliga på att identifiera, menar Markus Lingman.

– Anledningen till att vi är angelägna om att följa data över tid det är av skäl som kommer från den senaste beteendepsykologiska forskningen om kognitiv och kulturell bias. Det vill säga,

Fortsättning nästa uppslag >>>

Tillgång till data minskar risker

För Carolina Samuelsson, sjukhuschef för Hallands sjukhus, är tillgången till data otroligt viktigt även på ledningsnivå. Det minskar både risken för att vägval och beslut får oönskade effekter eller negativa konsekvenser och gör det lättare att lägga resurser på rätt ställe.



En sak är Carolina Samuelsson tydlig med – att läkare engagerar sig i utvecklingsarbetet är helt avgörande.

verksamhet, efter flera års arbete med insatser för hjärtsviktspatienter och flimmerpatienter, kunde fira ett ”bryt” i den uppåtgående kurvan av slutenvårdsbeläggning till följd av hjärtsvikt och flimmer. Och de största vinnarna i detta av alla – är ju patienterna.

I våras väckte Carolina Samuelsson och Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland en del reaktioner med en debattartikel i Svenska Dagbladet. Under rubriken ”Färre vårdplatser kan ge bättre sjukvård” menade de att vägen framåt snarare borde vara att minska antalet vårdplatser, inte öka det samma. En slutsats som lutar sig mot både regionens egna data och nationella data över kompetensförsörjningen, enligt Carolina Samuelsson.

– Även om det hade varit underbart om vi hade kunnat ha en större slutenvårdskapacitet.

Är det lättare att ta beslut som går emot gamla sanningar om man i data kan vilka effekter det kan få?

– Absolut! Har ledare och medarbetare tillgång till vederhäftig information ökar chansen att ledningsgrupper inser vilka beslut som är destruktiva och vilka som har förutsättningar att förflytta sig dit man vill. Lite på samma sätt som en multidisciplinär läkarkonferens ställer diagnos och väljer behandling, eller när en forskare reflekterar kring potentiella effekter av sina resultat.

Läs mer!

Du hittar en längre intervju med Carolina Samuelsson på: sjukhuslakaren.se

människor har inte förutsättningar att vara maskiner. Vi vill inte vara det heller, men det sker till priset av att vi inte är 100 procent rationella eller objektiva. Därför kan vi behöva datorernas stöd i vissa fall.

Bara i början

Människor har också begränsad förmåga att se mönster i komplex information och här tar Markus Lingman hjärtsviktspatienten som exempel igen.

– En hjärtsviktspatient är ofta multisjuk och har kontakter med sju eller åtta olika aktörer inom vården – det är nätläkare, vårdcentralen, 1177, apoteket, sjukhuset, ambulansen och akuten. Att man som vårdgivare då ska försöka ha en holistisk bild runt den här individen är omöjligt. Inte ens om vi hade tillgång till all information skulle vi kunna hantera den.

Och då är vi bara i början av informationsflödet från hela omik-världen, det vill säga hela cellbiologins datamängder om patienterna, menar han. I tillägg växer sig området kring patientgenererad data allt större.

– All den typen av information, som vi inte genererar på sjukhuset, blir en allt viktigare del av helhetsbilden av dig och din hälsa. Förlängningen av informationsdriven vård är att ta tillvara på all den här informationen och nyttiggöra den så att vi kan skräddarsy vården för dig.

Och här ser han att vi i Sverige har en utmaning.

– Vården håller samtidigt på att bli mer fragmenterad – fler vårdaktörer är del av vårdekosystemet. Alla har behov av informationen, men alla genererar också information.

Mycket dialog

Markus Lingman och hans kolleger pratar ofta om kunskapens förädlingskedja. Data måste göras om till information, något man kan titta på och förstå, för att få något värde. Men informationen har inget värde i sig om den inte ger någon insikt. Och insikten har i sig begränsat värde om den inte leder till en beteendeförändring eller aktivitet. Men varken aktiviteter eller beteendeförändringar gör någon nytta om det inte resulterar i något som gör att det blir bättre för patienten eller verksamheten.

– Man måste hantera varje steg i den här förädlingskedjan, eftersom inget enskilt har ett egenvärde. Därför måste man också följa upp hos patienten, så att man kan förstå om det blev någon skillnad i den data man började med. På så sätt blir det en loop där man beaktar sakfrågan och patienten, och där organisationen får anpassa sig.

Men tillbaka till starten 2014. En början som Markus Lingman beskriver innehöll ”mycket dialog med både politiker, chefer och kliniker”.

– När vi kom till ledningsmöten eller kliniska situationer kunde vi konstatera att vi inte ens hade en gemensam bild av hur läget var. Många kom till diskussionerna med sin egen bild och egna ”fakta” som man hade tagit fram för att stödja den bilden. Det blev oerhört okonstruktivt, där deltagarna satt och pratade för sin sak.

I mångt och mycket har resan från 2014 handlat om en kulturförändring, menar Markus Lingman.

– För tio år sedan var vården i Halland definitivt mer organisationsorienterad och silostrukturerad. Vi har inte ändrat något i organisationen, organisationsträdet är det samma, men vi har ett helt annat samarbete kring transparent fakta över organisationsgränserna.

Måste vara ödmjuk

Han återkommer till vikten av att prata om saker som de är och inte som man tror att de är. Och menar att det också handlar om att vara ödmjuk och erkänna att det finns saker som man inte är bra på – och be om hjälp och stöd i dessa.

– Det är därför vi är ett system, för att var och en inte ska behöva stå ensam och ta konsekvensen av allting själv.

Att man i Region Halland idag har kommit längre än många andra i fråga om informationsdriven vård handlar enligt Markus Lingman om att arbetet redan från början har haft en väldigt stor legitimitet. Att det både från politiskt, men också högsta sjukhusledningens håll, har funnits en stor tillit till sättet att jobba. En helt avgörande faktor, enligt honom.

– Alternativet är att jobba på det gamla sättet, där någon högt upp ska komma på en smart tanke som sen ska gå



Markus Lingman menar att läkarkåren behöver se till att skaffa sig kompletterande kompetenser för att kunna bidra i utvecklingen.
Foto: Mathilda Ahlberg

ut som ett uppdrag, utredas, rapporteras och diskuteras. När man kommer fram till beslut har folk redan glömt vad frågan var, eller så visar det sig att frågan var felställd från början, säger han.

– Idag jobbar vi helt annorlunda. Vi jobbar iterativt och explorativt. Vi bearbetar och analyserar hela tiden, vilket gör att beslutslooparna blir mycket, mycket kortare. Det kan inte göras om man inte har tillit.

Men även uppföljning är en stor del i arbetet och Markus Lingman beskriver det som att de är ”nitiska med att följa upp resultaten”.

– Vi är ruskigt datadrivna och följer hela tiden saker i bakgrunden, inte bara kvalitetsindikatorer.

Och här är Markus Lingman tydlig med skillnaden:

– Vi har krav och förväntningar på oss att ha indikatorer, men bakom dem har vi också ett helt annat system där vi följer en mängd saker ur flera olika perspektiv för att undvika till exempel undanträngningseffekter. Indikatordriven utveckling kan vara farlig.



DryNites®

Mindre oro, mer barndom

Sängvätning är ett välkänt fenomen

Minst 10% av alla barn i åldrarna 4-15 år är sängvätare. Av dessa barn kissar 70% i sängen flera gånger i veckan.

DryNites' nattbyxor hjälper både barn och föräldrar att få en god nattsömn. DryNites' ger ett högabsorberande, diskret skydd och har designats så att de liknar vanliga underbyxor.

GRATIS informationsbox
Beställ via mail: info@retail-partner.dk

Informationsboxen innehåller:

- Prover på DryNites 4-7 år och 8-15 år
- Informationsfolder om sängvätning och DryNites-produkterna

De finns i 3 storlekar:
3-5 år 16-23 kg, 4-7 år 17-30 kg och 8-15 år 27-57 kg til både pojkar och flickor.

Få mer information på www.drynites.se

 På Facebook utbyter föräldrar historier, erfarenheter, tips och frågor om sängvätning. Rekommendera medlemskap i gruppen **Trygga nätter**.

Eliquis®
apixaban

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

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

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®

Bristol Myers Squibb | Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (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 hjärklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.



"Jag tittar på hur vi kan använda och tillgängliggöra den massiva information som kommer av ett akutbesök. Det genereras enormt mycket data och det finns naturligtvis mycket mer man kan göra för att utnyttja det", säger Ellen Tolestam Heyman. Foto: Mathilda Ahlberg

Kan AI öka patientsäkerheten?

Text: **Anna Sofia Dahl**

Går det att ta fram ett AI-baserat beslutsstöd som kan vara en del i diagnostisering av patienter med dyspné? Det vill Ellen Tolestam Heyman, doktorand vid Lunds universitet, ta reda på.

▼ I det lilla rummet inne på akutmottagningen vid Hallands sjukhus i Halmstad sitter Ellen Tolestam Heyman, ST-läkare i akutsjukvård, framför en av datorerna. Hon vänder sig mot skärmen och informationen om Test-person Nilsson. Pekar på delar i den digitala liggaren och förklarar vad som visas. Har patienten triagerats? Vilken prioritering är i så fall gjord? Hur lång

tid återstår innan patienten bör träffa en läkare? Vem är ansvarig läkare respektive sjuksköterska? Har svaret från röntgen kommit? Vilka prover är beställda? Har provsvaren dykt upp? Vad har ordinerats? Vem har gjort vad?

– Vi kan i princip se informationen i realtid, och en stor del är strukturerad data. Jag tror inte att någon av oss som jobbar på akutmottagningarna här i Hal-

land skulle kunna fungera i vår kliniska vardag utan det här systemet, säger hon.

Akutmottagningens datasystem, som infördes 2017, beskriver Ellen Tolestam Heyman som "ett väldigt lyft jämfört med det som var tidigare".

– Jag tycker att det har förbättrat patientsäkerheten och arbetet enormt. Det

Fortsättning nästa uppslag >>>

Ellen Tolestam Heyman, som till vardags har sin kliniska hemvist på Hallands sjukhus Varberg, tror att AI kommer att kunna göra skillnad på systemnivå, där man kan effektivisera och förfin processerna.

Foto: Mathilda Ahlberg



” Man vet ju att det många gånger handlar om kommunikationsmissar när det blir fel.

finns inga studier på våra akutmottagningar om detta, men tidigare gick man runt och satte lappar på varandras datorer. Man vet ju att det många gånger handlar om kommunikationsmissar när det blir fel och när det brister i patientsäkerheten.

Att information presenteras tydligt är såklart alltid positivt, men Ellen Tolestam Heyman beskriver två tillfällen då ett överskådligt datasystem är extra viktigt på akutmottagningen. Dels när det ingår väldigt många vårdgivare på en patient, så som vid ett stort trauma, dels när det är hög belastning på akuten.

– Då är det extra viktigt att snabbt kunna se vad som är viktigt. Vi kämpar hela tiden med falsklarm och overload av sinnesintryck på akuten – det larmar och plingar hela tiden. Till slut blir det lite ”vargen kommer-syndrom” och därför måste systemet visa vad som är viktigt och inget annat. Vi har inte en hjärncell över till annat, säger hon och fortsätter:

Forskning pågår

– Och jag, liksom många andra, tänker att det processtekniskt skulle finnas mycket att vinna på att använda AI. Att på systemnivå få en överblick över processen. Där kan vi lära mycket av andra branscher som också innehåller processer. Det pågår en del forskning om hur man kan prediktera söktryck på akutmottagningar inom ett visst antal dygn, som en väderprognos. Detta för att kunna bemanna upp akutmottagningen precis lagom mycket i varje stund. Samma prognoser kan göras för behov inom

en viss tid av till exempel personal på röntgen och platser på sjukhuset.

Utöver arbetet på akutkliniken vid Hallands sjukhus Varberg är Ellen Tolestam Heyman sedan drygt ett och ett halvt år tillbaka även en del i projektet ”AIR Lund, Användning av artificiell intelligens inom registerforskning” vid Lunds universitet. I det arbetet undersöker hon bland annat hur ett AI-baserat beslutsstöd skulle kunna användas för diagnostisering av vuxna patienter som söker akutsjukvård på grund av dyspné.

Eftergranskat akutbesök

– Det är ungefär 5-10 procent av alla vuxna besök och det finns tre stora diagnoser – akut hjärtsvikt, KOL och lunginflammation. Det är ibland svårt att diffa på de här och det sker ganska ofta preliminära feldiagnostiseringar på akuten, säger hon.

Inledningsvis har en expertkommitté med tre akutläkarspecialister eftergranskat över 1 000 akutbesök, med data upp till en månad efter att besöket skett, för att få ”gold standard”. Sammanlagt lade de ner sex veckors heltidsarbete på granskningen. Ett håstjobb, som Ellen Tolestam Heyman beskriver det.

– Det är för att få riktigt bra datakvalitet och ett slags hyfsat facit på vad det egentligen var – vi har säkrat diagnosen. Nu förbereder vi för att kunna träna algoritmer med den här datan för att se om vi kan göra ett diagnostiseringsstöd.

Hon berättar att de har skapat en databas med ”en stor del av den data som

närmare 11 000 patientbesök har genererat under fem års tid före akutbesöket – data från akutmottagningen, ambulansfärden, alla tidigare primärvårdsbesök samt all specialistvård inom öppen- och slutenvården”. Där i stort sett all data dessutom har taggats med tid.

– Sammanlagt innehåller databasen ett mycket stort antal tidstaggade händelser, varje genomsnittlig patient har många variabler. För att kunna analysera så många variabler har vi behövt baka samman och extrahera viktig information till mer sammansatta variabler, vilket är ett stort förarbete. Analysdelen, som börjar nu, kommer i första hand att göras med rekurrenta neurala nätverk.

GDPR ett hinder

Men vägen framåt är inte helt utan hinder och omvägar. En stor del av dessa stavas GDPR och många frågor har väckts längs vägen. I projektet finns också en juridikdoktorand som ska titta på patienters rättigheter till förståelse för AI med.

– GDPR är en viktig lag som ska skydda medborgare från att deras data används på ett felaktigt och integritetskränkande sätt. Tyvärr finns oklarheter kring hur lagen ska tolkas, vilket skapar en osäkerhet när man vill använda data i forskningssyfte. En doktorand vid juridiska fakulteten vid Lunds universitet, Marika Mäkinen, studerar vad GDPR betyder för dyspnéalgoritmen. Har patienten rätt att få veta precis hur dyspné-AI:n kom fram till sitt beslut? Hur ska det i så fall ske?

Fakta om projektet:

- Projektet ”AI-stöd för att diagnostisera patienter med andningssvårigheter på akutmottagningen” ingår i AIR Lund (Användning av artificiell intelligens inom registerforskning), som är ett samarbete mellan Lunds universitet, Högskolan i Halmstad, Region Skåne och Region Halland.

- En del i projektet syftar till att undersöka om det går att utveckla ett AI-baserat beslutsstöd för diagnostisering av vuxna pa-

tienter som söker sig till en akutmottagning med anledning av andningssvårigheter.

- Förutom Ellen Tolestam Heyman ingår handledarna Markus Lingman, adjungerad professor i medicin, överläkare och strateg i Region Halland, Ardavan Khoshnood, docent och universitetslektor i akutsjukvård samt överläkare, Ulf Ekelund, professor i akutsjukvård samt överläkare, Jonas Björk, professor i epidemiologi, Mattias Ohlsson,

professor i informationsteknologi, och Lina Dahlén Holmqvist, medicine doktor, specialist i internmedicin och akutsjukvård, sektionschef och medicinskt ansvarig vid Akutmottagningen, Sahlgrenska universitetssjukhuset i projektet.

Läs mer här:

► <https://portal.research.lu.se/sv/projects/resource-management-in-the-emergency-department-by-using-machine->

Här är förändringarna i pensionen

Text: Anna Sofia Dahl

Från och med den 1 januari 2023 sker förändringar för de tjänstepensionsavtal som omfattar personer anställda i kommun eller region. Utfasningen av KAP-KL inleds och villkoren för vilka som omfattas av AKAP-KL förändras. Låter det krångligt? Lugn, Sjukhusläkaren har pratat med de som har svaren.

▼ För den som precis har fått grepp om KAP-KL och AKAP-KL låter kanske inte förändringar av avtalen som en god nyhet. Låt oss gå igenom förändringarna steg för steg. Men hur var det nu igen? Vilket avtal gäller för mig? (Se grafiken på sidan 45).

För dig som redan idag omfattas av AKAP-KL blir förändringen att avsättningen till din pension ökar med 1,5 %, det vill säga till 6 % för lön upp till 7,5 inkomstbasbelopp och 31,5 % för lönedelar mellan 7,5 – 30 inkomstbasbelopp. Ett L för landsting byts också mot ett R för regioner, från och med årsskiftet kommer det alltså att heta AKAP-KR. Även åldersgränsen för vilka som omfattas av avtalet tas bort.

För dig som är född 1985 eller tidigare är huvudregeln att de anställda förs över från KAP-KL till AKAP-KR med den högre pensionsavsättningen. Men – det finns också övergångsbestämmelser som gör att du kan fortsätta intjänande i KAP-KL.

Så låt oss gå direkt till själva kärnbudskapet: fram till årsskiftet är det viktigast att fokusera på hur förutsättningarna ser ut för att omfattas av KAP-KL

även efter 31 december 2022.

– Det viktiga är att känna till förutsättningarna för att ligga kvar i KAP-KL om man omfattas av det avtalet idag. Under våren 2023 kan man ta ställning till om man vill fortsätta vara kvar eller om man vill byta till AKAP-KR, men då har man i alla fall den möjligheten. Det vore trist om man själv inte rår över situationen, säger Cecilia Curtelius Larsson, pensions- och försäkringsexpert på OFR, Offentliganställdas förhandlingsråd.

Checklista

Här kommer därför en checklista för den som vill ligga kvar i KAP-KL:

- Ett säkert kort är att man är anställd över årsskiftet och att man har haft en lön som gör att en livränta för förmånsbestämd pension beräknas 31 december 2022, det vill säga att genomsnittlig årsinkomst under viss period överstiger 532 500 kronor.
- Du kan också ha varit anställd, och fått en livränta för förmånsbestämd pension beräknad från en anställning inom KR-sektorn, någon gång under perioden 1 oktober 2022 till 31 december 2022,



Cecilia Curtelius Larsson

samt att du påbörjar en ny anställning inom KR-sektorn någon gång under perioden 1 januari 2023 till 31 mars 2023.

- En annan väg är att du har en fast månadslön som överstiger 44 375 kronor per den 31 december 2022. Fasta lönetillägg, så som cheftillägg, räknas in. Däremot inte rörliga, så som jour- och beredskapsersättning. Du behöver vara anställd både 31 december 2022 och 1 januari 2023. Det behöver dock inte vara en fast anställning.

• Om du idag arbetar inom privat sektor, men tänker dig ett fortsatt yrkesliv inom KR-sektorn måste du se till att byta arbete till KR-sektorn innan årsskiftet.

Övergångsbestämmelser

Känns det ändå krångligt? Övergångsbestämmelserna kan verka något bökiga, men enligt Cecilia Curtelius Larsson handlar det om att undvika att förmånsbestämt intjänande avbryts för individen.

– 2022 får inte bli förlorarnas år. Det ska inte vara så att man förlorar på att byta jobb 2022, inte heller så att man förlorar på att inte byta jobb. Därför har vi fångat upp de som är anställda i sektorn över årsskiftet och har en fast månadslön per den 31 december 2022 som överstiger 44 375 kr. Då spelar det inte någon roll när man bytt jobb eller om man kommit upp i en lön över 44 375 kronor först i år, som annars kanske hade tjänat på att byta jobb före årsskiftet, säger hon och fortsätter:

Fortsättning nästa uppslag >

Ordlista:

- **KAP-KL:** Tjänstepension för dig som är född 1985 eller tidigare och arbetar inom kommun och region. Från och med 2023 överförs denna åldersgrupp som huvudregel till AKAP-KR, men KAP-KL fortsätter att gälla för vissa som omfattas av övergångsbestämmelser. En till stor del förmånsbestämd pension, vilket innebär att pensionen bestäms utifrån en andel av din lön som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp. I 2022 års är det en årsinkomst som överstiger 532 500 kr, vilket motsvarar en månadsinkomst som överstiger 44 375 kronor. Arbetsgivaren sätter även av 4,5 procent av hela din månadslön upp till att du tjänar 177 500 kronor i månaden (2022). Du tjänar in den premiebestämda delen av pensionen mellan 21 och 67 års ålder eller så länge anställningen består. Den förmånsbestämda delen tjänar du in mellan 28 och 65 år.
- **AKAP-KR:** Från och med 2023 gäller avtalet som huvudregel för alla som arbetar inom kommun och region oavsett ålder, dvs inte längre enbart för dig som är född 1986 eller senare. En premie-/avgiftsbestämd pension, vilket innebär att arbetsgivaren från och med januari 2023 sätter av 6 procent av din månadslön upp till 7,5 inkomstbasbelopp (44 375 kronor 2022). Tjänar du mer än 44 375 kronor (2022) i månaden sätter arbetsgivaren av 31,5 procent av de lönedelar som överstiger den gränsen. Du börjar tjäna in pensionen från första arbetsdagen. Fortsätter du jobba efter 69 år (LAS-åldern från 2023) sätter arbetsgivaren av 6 procent av din månadslön, oavsett hur mycket du tjänar, så länge anställningen består.
- **Livränta:** Skulden som arbetsgivaren har gentemot arbetstagaren som gäller förmånsbestämd pension. Beräkning görs vid varje årsskifte eller när en anställning upphör.
- **Förmånsbestämd pension:** Pensionen bestäms utifrån en andel av din lön som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp (år 2022 innebär det en årsinkomst på 532 500 kr, vilket motsvarar en månadsinkomst på 44 375 kronor). Den förmånsbestämda pensionen beräknas dels utifrån din totala anställningstid i KR-sektorn dels utifrån genomsnittlig lön i en beräkningsperiod hos respektive arbetsgivare.
- **Premiebestämd pension:** Innebär att arbetsgivaren sätter av en premie i relation till din lön. Pengarna placeras i en tjänstepensionsförsäkring. Du kan själv välja placering hos någon av de försäkringsgivare som är valbara inom systemet i KR-sektorn. Storleken på pensionen beror på hur kapitalet utvecklats och förräntats under spartid och under utbetalningstid. I KAP-KL är premien 4,5 % på hela inkomsten upp till 30 inkomstbasbelopp. I AKAP-KR sätter arbetsgivaren från och med 2023 av 6 procent av månadslönen upp till 7,5 inkomstbasbelopp (beräknas dock per halvår, och motsvarar en månadslön på 44 375 kronor 2022) och 31,5 procent av de lönedelar som överstiger den gränsen upp till 30 inkomstbasbelopp.
- **Inkomstbasbelopp:** Fastställda belopp som används bland annat för beräkning av förmåner och avgifter. Nivån ändras årligen. Det är regeringen som fastställer det och Pensionsmyndigheten som beräknar det. Inkomstbasbeloppet år 2022 är 71 000 kr.
- **Bruttopension:** Äldre tjänstepensionsavtal inom KR-sektorn där tjänstepension och allmän pension samordnades. Togs bort från och med 1998, men kan fortfarande gälla för de som insjuknat med sjukbidrag/förtidspension före 1998.

”Det har varit en process och vi har ett helt annat yrkesliv idag där vi hoppar mellan olika sektorer och arbetsgivare.

– Vi har också dragit lärdom av hur det blev vid skiftet 31 december 1997. Då var man tvungen att vara anställd precis på vissa datum, så vi har mildrat den stupstocken för de som har livränta för förmånsbestämd pension beräknad någon gång under tiden 1 oktober – 31 december 2022. Om ny anställning påbörjas i sektorn någon gång 1 januari – 31 mars 2023 kan man fortsätta i KAP-KL.

Varför nu?

Varför ska man då göra om avtalet? Enligt Pantea Ansari Karlsson, ombudsman på Läkarförbundet, handlar det om att man ska undvika inlåsnings effekter i sektorn.

– Många som ringer till oss vill inte vara bundna i en sektor och då kan tilläggspremierna hjälpa en framåt. Det blir som en slags fallskärm, säger hon.

Varför sker då den här förändringen nu? Sanningen är att rörelsen mot en mer premiebestämd pension och bort från en förmånsbestämd dito egentligen har pågått under en längre tid. Låt oss blicka tillbaka för att få ett bättre grepp om varför det ser ut som det gör idag.

Den allmänna pensionen har funnits i drygt 100 år. Först var det folkpension och senare under 1960-talet kom även ATP som var förmånsbestämd. Den allmänna pensionen genomgick en stor pensionsreform som trädde ikraft i slutet på 1990-talet. Det blev då en övergång från förmånsbestämd till avgiftsbestämt system. Dvs hela livsinkomsten räknas.

– Tjänstepension från arbetsgivarna har utvecklats från 1960-talet. Då handlade det främst om att arbetsgivare månade om arbetstagare som jobbade hos dem ett helt yrkesliv. Det var ganska höga trösklar för att få tjänstepension och avtalen kunde se olika ut på olika

arbetsplatser, även inom kommun och region, säger Cecilia Curtelius Larsson.

I slutet av 70-talet kom de första kollektivavtalade pensionslösningarna för kommun och region-sektorn. Då handlade det om en så kallad bruttopension och man såg till pensionens helhet – det skedde med andra ord en samordning mellan den allmänna pensionen och tjänstepensionen.

– Nackdelen med de här gamla avtalen var att det alltid var sista arbetsgivaren som satt med "Svarte Petter" och fick betala hela pensionskostnaden, även från tidigare arbetsgivare, säger Cecilia Curtelius Larsson.

Även om det då var mer vanligt att man stannade hos en arbetsgivare under en större del av sitt arbetsliv blev bördan för sista arbetsgivaren tung. Inte minst eftersom arbetstagaren dessutom fick tillgodoräkna sig anställningstid från både privat och statlig sektor.

Stora förändringar

1 januari 1998 kom så PFA, vilket bland annat innebar att man tog bort samordningen mellan den allmänna pensionen, att man inte längre fick tillgodoräkna anställningstid från privat och statlig sektor samt att varje arbetsgivare står för sin del av kostnaden.

– Det var ganska stora förändringar som skedde då. Också att man bara får förmånsbestämd pension för lön som är över viss brytgräns. Det är första gången man inför avgiftsbestämd pension, vilket inte funnits tidigare i kommun- och regionsektorn, säger Cecilia Curtelius Larsson och berättar också att de höga trösklarna för att få tjänstepension successivt togs ned. Vid samma tid utfasades det förmånsbestämda ATP-systemet inom den allmänna pensionen.

2006 såg KAP-KL så dagens ljus

och även vid den förändringen skedde en rörelse mot att den avgiftsbestämda delen ökade.

Enklare system

Åtta år senare, 2014, kom slutligen AKAP-KL som är helt avgiftsbestämt och gäller för födda 1986 och senare. Från samma tid gäller KAP-KL enbart för födda 1985 och tidigare.

– Det har varit en process och vi har ett helt annat yrkesliv idag där vi hoppar mellan olika sektorer och arbetsgivare. Under tidens gång och i skiftena mellan avtalen har det blivit krångligt med förmånsbestämd pension. Det blir fallgropar och inlåsnings effekter, säger Cecilia Curtelius Larsson och fortsätter:

– Det är många saker som har lett fram till att avgiftsbestämt nu blir huvudregeln. Det blir ett enklare system att förstå och det ska inte finnas fallgropar. Men vid varje skifte behövs övergångsbestämmelser eftersom vi inte vill riskera pensionsförlust för de som idag har förmånsbestämd pension.

Tänk på:

Även om det är klokt att just nu fokusera på vad som är bra att känna till före årsskiftet, kan det vara på sin plats med en liten brasklapp inför vad som komma skall efter 1 januari 2023. För den som omfattas av KAP-KL och byter jobb är det viktigt att se till att glappet mellan anställningarna i kommun- och regionsektorn inte överstiger 90 kalenderdagar, om du vill omfattas av KAP-KL även i den nya anställningen. Om glappet mellan anställningarna i KR-sektorn överstiger 90 kalenderdagar istället trillar du ur KAP-KL och omfattas av AKAP-KR i den nya anställningen.

PENSIONEN – en snabbguide



● EGET SPARANDE

Frivilligt sparande som du gör själv i bank eller via försäkringsbolag.

● TJÄNSTEPENSION

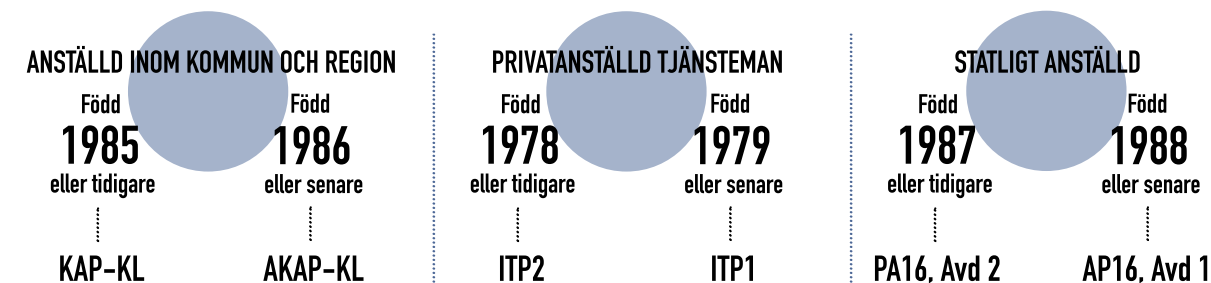
Pension som betalas in av din arbetsgivare och regleras i kollektivaavtalet, eller direkt med dig som anställd. Varje arbetsgivare står för sin del. Du kan alltså ha din tjänstepension på olika ställen. Den ser olika ut beroende på inom vilken sektor du arbetar och vilket år du är född.

● ALLMÄN PENSION

En inkomstgrundad del av pensionen som kommer från staten och sköts av Pensionsmyndigheten. Består av inkomstpension (●) och premiepension (●). Det är den allmänna pensionen du ser i ditt orangea kuvert.

TJÄNSTEPENSION – OLIKA AVTAL (GÄLLER FRAM TILL 31 DECEMBER 2022)

Vilket avtal för tjänstepension du tillhör beror på vilken sektor du arbetar inom och vilket år du är född.



Frågor och svar om pensionen

! Vilka möjligheter har jag som omfattas av KAP-KL efter 31 december 2022?

! För den som tillhör KAP-KL, men som vill byta till AKAP-KR finns det möjlighet att omfattas av tilläggspremier. Då måste bytet ske senast 31 maj 2023. När bytet är gjort går det inte att byta tillbaka. Tilläggspremier ska vara en kompensation för att minska skillnaden i pensionsutfall mellan avtalen, men det är svårt att säga om det kommer att räcka.

! Vad händer med KAP-KL framåt?

! KAP-KL kommer att fasas ut och 2050 är det år då den sista årskullen som omfattas av avtalet fyller 65 år.

! Vad gäller för den som är tjänstledig eller föräldraledig vid årsskiftet?

! Föräldralediga följer samma regler som om de hade varit i tjänst. Frågan om tjänstledighet av annan orsak över årsskiftet är inte klart i skrivande stund och hanteras av centrala parter nu under hösten.

! Vilka är de största skillnaderna mellan KAP-KL och AKAP-KR?

! Förutom att AKAP-KR är helt premiebaserat kan man enkelt uttryckt säga att olika

perioder i yrkeslivet är olika viktiga inom de två avtalen. För anställda som omfattas av KAP-KL är de sista nio åren innan pension viktigast. Således påverkar deltidsarbete tidigt i karriären inte din tjänstepension nämnvärt. Däremot påverkas den negativt av att personen går ner i arbetstid under de sista åren innan pension. Inom AKAP-KR gynnas ränta-på-ränta-effekten av att man tidigt i karriären kommer upp i en hög lön och arbetar heltid under stora delar av sin karriär. På så sätt påverkas tjänstepensionen mer av exempelvis deltidsarbete tidigt i karriären inom AKAP-KR. Däremot påverkas tjänstepensionen inte lika mycket av att personen går ner i arbetstid i slutet av karriären. En annan skillnad är att det inom KAP-KL är årslönerna som räknas, medan det inom AKAP-KR är lönen per halvår.

! Vad ska jag tänka på före årsskiftet?

! Fram till årsskiftet gäller det att se till så att man uppfyller de kriterier som gäller för att man ska fortsätta omfattas av KAP-KL (se checklista).

! Vad innebär fallgropen parallella anställningar?

! Tidigare fallgrop vid parallella anställningar inom KAP-KL är inte förändrad. Parallella anställningar innebär att du har två

arbetsgivare samtidigt under en period som överstiger 30 dagar. Om så sker samordnas inte anställningstid hos den tidigare arbetsgivaren med anställningstid hos den senare arbetsgivaren. Detta kan bli effekten också om du är helt tjänstledig från ett jobb för att testa på ett annat, men exempelvis går in hos din "gamla" arbetsgivare och arbetar. Om du varit helt ledig från den ena anställningen ska det dock inte påverka pensionsutfallet. Det gäller oavsett om den hela ledigheten varit med eller utan lön, exempelvis på grund av tjänstledighet, semester eller komplement. (Pensionsnämndens beslut 2015-12-15).

! Vilken lön är pensionsgrundande?

! All utbetald lön räknas in, alltså även jour- och beredskapsersättning. Vid föräldraledighet, sjukskrivning eller tid till fackligt förtroendeuppdrag räknas lönebortfallet som pensionsgrundande lön. Dock ej den eventuella jour- och beredskapsersättning som du kan gå miste om. Om du går ner i tid av annan anledning är det lönebortfallet inte pensionsgrundande. Du tjänar även in din tidsfaktor i KAP-KL under föräldraledighet och sjukskrivning.

Vad vill du veta?

Efter årsskiftet kommer Sjukhusläkaren att gå på djupet med förändringarna i avtalet. Har du någon fråga eller undring gällande pensionen och förändringarna som du skulle vilja att vi tittade närmare på? Hör av dig till oss på

redaktionen@
sjukhuslakaren.se

Får Gullstrandsmedaljen för klinisk behandlingsforskning

Text: **Eva Nordin**

Professor Ann Hellström och hennes forskarteam vid Sahlgrenska Akademien har utvecklat en behandlingsmetod som kan förebygga ögonskador och minska risken för blindhet med 50 procent hos för tidigt födda barn. Nu belönas hon med Gullstrandsmedaljen.

▼ Gullstrandsmedaljen delas sedan 1932 ut vart tionde år av Svenska Läkaresällskapet. Priset går till den forskare, oavsett nationalitet, som genom sina arbeten mest bidragit till framstegen inom oftalmologins område.

I år går priset för första gången till en kvinnlig forskare.

– Det är förstås väldigt roligt, både för mig och mitt forskarteam, att få uppskattning för allt arbete som vi har lagt ned under årens lopp, och att det område vi arbetar med som handlar om barns neurovaskulära utveckling får uppmärksamhet. Vi är en translationell forskargrupp bestående av ögonläkare, neonatologer, neurologer, sjuksköterskor, undersköterskor, biomedicinska analytiker, biologer, bioinformatiker och statistiker, säger Ann Hellström, överläkare och professor i pediatrik oftalmologi vid Sahlgrenska akademien.

Världsunik studie

För snart två år sedan publicerade Ann Hellströms forskarteam en banbrytande studie i JAMA Pediatrics som fick stor internationell uppmärksamhet. I korthet handlar studien om en ny behandlingsmetod som kan halvera risken för prematuritetsretinopati (ROP). Det är en svår näthinnesjukdom som beror på att blodkärl i näthinnan inte utvecklas som de ska, vilket kan leda till synskador och i värsta fall blindhet hos för tidigt födda barn.

Studien är ett samarbete mellan tre av Sveriges neonatala centra i Stockholm, Lund och Göteborg.

– Genom att ge de för tidigt födda

barnen en kombination av fettsyror omega-3 och omega-6 via munnen, kunde vi minska svår neurovaskulär skada på näthinnan med 50 procent. Vi upptäckte också att barnen tillgodosgör sig tillskottet mycket bättre via munnen än om man ger det rakt i blodet, utan att det får passera tarmen. Tillskottet finns redan på marknaden och används bland annat för att berika välling. I vår studie gav vi dock själva koncentratet enteralt i en liten mängd.

Vetenskapsrådet satsade 30 miljoner kronor på forskningsprojektet. Innan behandlingen fullt ut kan implementeras i klinisk vardag, inväntas resultat från en liknande norsk studie.

– Vi väntar med spänning på resultaten. Många kliniker står i startgroparna, men det är förstås viktigt att de som ska ordinera detta tillskott känner sig trygga med det vetenskapliga underlaget.

Ann Hellströms forskargrupp driver även projektet "Less is more" i samarbete med professor David Ley vid universitetssjukhuset i Lund. Projektet handlar om en ny metod för blodprovstagning på barn. I dag tas en lika stor blodvolym hos prematura som hos vuxna, vilket kan leda till sjuklighet. Det fetala blodet innehåller stamceller, tillväxtfaktorer och fetalt hemoglobin som gynnar barnets utveckling.

– Det är egentligen märkligt att vi använder samma metod för vuxna som för barn. Ett blodprov med dagens metod innebär att det lilla barnet tappar cirka 60 procent av sin blodvolym under de första veckorna. Det påverkar barnet negativt. Vi har därför utvecklat en

metod där vi i stället för att ta vuxenvolymer, tar så lite blod som möjligt hos det lilla barnet. Den här studien är en fortsättning på det nationella samarbetet mellan Göteborg, Lund och Stockholm.

Unik datablodbank

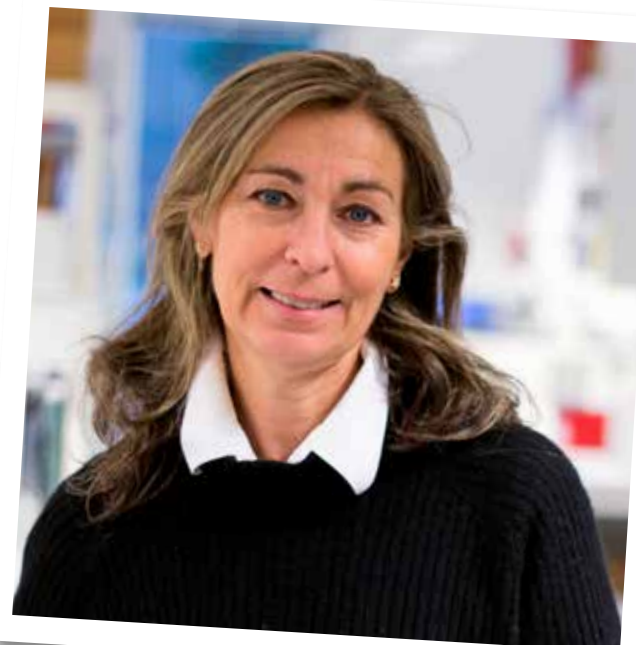
Ett tredje projekt handlar om att använda donerat navelsträngsblod för att ta tillvara de fetala röda blodkropparna. I stället för att ge de små barnen blod från vuxna kan man i stället använda navelsträngsblod.

– I samarbete med personalen på transfusionsmedicin, Sofia Frändberg, överläkare på transfusionsmedicin och ansvarig för navelsträngsblodbanken, och Helena Baretto, har vi lyckats framställa en produkt som består av hemoglobin från navelsträngsblod. Förhoppningen är att vi kan återställa nivåerna av fetalt hemoglobin och därmed minska sjukligheten hos prematura barn. Det handlar dels om ROP, dels om för tidigt födda barn med bronkopulmonell dysplasi.

Ann Hellströms forskargrupp bygger även upp en databas "EPITOP", med överblivet blod från prematurfödda barn. Databanken, menar Ann, är unik i sitt slag och kan göras tillgänglig för forskare som studerar frågor kring prematurfödda barn världen över.

I dag kan barn överleva, även om de föds i graviditetsvecka 22.

Under de senaste åren har det skett en 50-procentig ökning av de allra minsta överlevarna. Men, ju yngre barn desto större risk för sjuklighet och skador på synsystemet.



– Det är otroligt viktigt att man studerar effekterna av införandet av nya vetenskapliga metoder. Vi behöver göra studier för att kartlägga hur det går för de allra minsta barnen, men också utvärdera nya behandlingar och metoder hälsoekonomiskt. Sedan handlar det förstås om att ta ett helhetsgrepp och ta reda på hur föräldrar upplever insatserna från vården, men också från samhället. Många föräldrar behöver mycket stöd för sina barn, långt upp i åldrarna och det är inte säkert att de får det stöd de behöver.

Stärk klinisk behandlingsforskning

Sverige har fantastiska möjligheter att bedriva klinisk behandlingsforskning, tack vare våra unika personnummer och kvalitetsregister. Men utmaningarna är flera, menar Ann. Bristen på framför allt forskningssjuksköterskor och bioinformatiker är stor och försvårar genomförandet av studier.

– Sedan är vårdpersonalen över lag väldigt pressad. Och när det är ont om personal prioriteras ofta klinik framför forskning. Vi har också många olika juridiska frågor som komplicerar möjligheten att genomföra nationella studier. Vi gör så olika i olika regioner. Det borde finnas en nationell tolkning av lagen kring hälsodata så att vi kan enas om vad vi kan plocka ut och inte, och även pragmatiska lösningar utan att det ska behöva kosta miljardtals kronor med bland annat investeringar i nya journalsystem.

Vid sidan av sin professur arbetar Ann arbetar kliniskt cirka 30 procent.

Vad är det som driver dig professionellt?

– Nyfikenhet, en strävan att erövra ny kunskap och att förbättra vården och omhändertagandet av de små överlevarna är en stark drivkraft. Jag uppskattar också min forskargrupp. Vi är som en familj och har väldigt kul tillsammans.

TRYGGHETEN FINNS I NÄRHETEN
VI BRYR OSS OM DIG SOM GÖR SKILLNAD FÖR ANDRA

Skaraborgs sjukhus söker:

LÄKARE TILL MEDICIN-MOTTAGNINGEN I SKÖVDE!

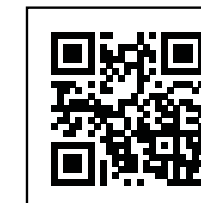
Vi söker dig med specialistkompetens inom invärtesmedicin och/eller endokrinologi/diabetologi eller är allmänläkare med erfarenhet. Du är en nyfiken, ansvarsfull och lösningsorienterad person som trivs med både patientarbete, diagnostiska moment och utvecklingsfrågor. Du är van att samarbeta och undervisa och tycker om att jobba i team.

Vi tar emot patienter för utredning och behandling inom det breda specialistområdet invärtesmedicin med tyngdpunkt på endokrinologi/diabetologi och koagulationsrubbningar. Skövdes Diagnostiska Centrum ingår i verksamheten för utredning av patienter med okända primärtumörer eller diagnostik enligt standardiserat vårdförlopp "Allvarliga ospecifika symtom som kan tyda på cancer".

Referensnummer: 2022/2367

Sista ansökningsdag: 2022-11-30

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på: vgregion.se/jobb



VI SKA BLI SVERIGES
BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE

**VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN**

Engagerade diskussioner på årets representantskap

Vårdplatsbristen, pensionerna och sjuksköterskeutbildningen. När företrädare för Sjukhusläkarnas styrelse och lokalavdelningar nyligen träffades för årets representantskap avlöste de engagerade samtalen varandra.

▼ Peder Carlsson, chef för avdelning mitt på Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och enhetschefen Göran Olsson berättade om IVO:s arbete med vite som verktyg. Myndigheten har på senare tid gjort inspektioner på ett trettiotal sjukhus, däribland samtliga universitetssjukhus.

– När vi pratar om vårdplatser talar vi om en lägsta nivå. Vi pendlar

från dåligt till sämre i antal vårdplatser, säger Peder Carlsson.

Ett stort problem handlar om diskrepansen mellan de åtgärder som sjukhusledningarna lovar att vidta och vad som faktiskt blir gjort.

– Nu är det på gång med en utredning om statligt huvudmannaskap. Jag vet inte vad den övergripande lösningen är, men vi ser en oförmåga att prata med varandra och att samarbeta, säger Peder Carlsson.

Christian Danielsson, medicinskt sakkunnig på Socialstyrelsen, och utredaren Sofia Norberg talade om myndighetens regeringsuppdrag att ta fram målvärden för antalet vårdplatser. Uppdraget har, i kort-

het, tre delar: lämna förslag på vilken information om tillgänglig vårdkapacitet som bör presenteras publikt, stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplaner, samt just att lämna förslag angående målvärden.

– Nu går vi in i faser att skapa en nulägesbild av vårdplatsfrågan för att sedan ta fram dessa målvärden, säger Christian Danielsson.

Cecilia Curtelius Larsson, pensionsexpert hos Offentliganställdas Förhandlingsråd (OFR), Peter Wursé, chefsförhandlare på Läkarförbundet, och Pantea Ansari Karlsson, ombudsman på Läkarförbundet, presenterade nyheterna i pensionsavtalen, däribland frågor kopplade till över-



gångsbestämmelser, tilläggspremier, uttagsregler och efterlevandeskydd.

Agneta Karlsson, regeringens särskilda utredare, gjorde en presentation om utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska. Hon bedömer inte minst att sjuk-

sköterskeutbildningen bör avslutas med ett nationellt kliniskt slutprov, samt att examensmålen bör förtydligas med hänsyn till utvecklingen i hälso- och sjukvården, till exempel beträffande patientsäkerhet och kunskaper inom omvårdnad.

– Situationen på arbetsplatserna är så klart helt avgörande för möjligheterna att ta emot studenter, säger hon.

– Hur ser arbetsmiljön ut, hur ser bemanningen ut? Hur ser tillgängligheten på erfaren personal ut?

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens 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 2022 är 48 300 kronor.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov. Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjekonomin. Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarnas kansli wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från <https://slf.se/sjukhuslakarna/varit-arbete/stipendier/>

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 28 december 2022.

Utlysning av forskningsstipendier 2022

från Stiftelsen Kvinnor & Hälsa, och 1,6 & 2,6 miljonerklubben

Hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor
på 300.000 SEK

Till Anna Söderbergs Minne:
Endometrios på 100.000 SEK
Hjärt-kärlsjukdom hos gravida på 100.000 SEK

Stipendierna kommer att delas ut 13 mars 2023 i samband med Woman in Red-galan på Oscarsteatern i Stockholm.

Bedömning

Stipendierna gäller forskningsmässigt yngre forskare som just ska eller just har disputerat.

Deadline för ansökan

Ansökan ska ha inkommit till info@kvinnorochhalsa.com senast 18 november 2022. Den bör innehålla en tydlig forskningsplan, CV och publikationslista i ett samlat dokument. Någon speciell blankett behövs inte. Ansökan kan även vara på engelska.

För mer information

Läs mer på kvinnorochhalsa.com eller kontakta ordförande i stipendienämnden, professor Karin Schenck-Gustafsson på karin.schenck-gustafsson@ki.se



Utredning om förstatligande är ett välkommet första steg

▼ Under mandatperioden ska ett helt eller delvist förstatligande av hälso- och sjukvården utredas.

– Sjukhusläkarna välkomnar den nya regeringens ambition att förbättra vården. Ska ambitionen lyckas krävs att man lyssnar på oss i professionen, säger ordförande **Elin Karlsson**, och understryker vikten av en ökad nationell styrning.

– Vi vill se en sjukvård utan regionernas in- eller utläsningseffekt. Det är helt orimligt att personliga kontakter fortfarande ska vara den avgörande faktorn för fungerande regionala samarbeten. Dagens system med 21 självständiga regioner med otillräcklig samordning har spelat ut sin roll i vården.

Föreningen hoppas att regeringen även fattar beslut om att införa en skarp patienträttighetslag, samt inför en reglerad fortbildning för läkare.

– Sjukhusläkarna är övertygade om att det går att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten och vi har förslag på lösningar. Vi bidrar både gärna med dem och konstruktiva samtal med såväl regeringen som regionerna, säger Elin Karlsson.



Vi fördömer Irans agerande mot demonstranter

▼ Sjukhusläkarna markerar med kraft mot den iranska regimen våldssamma handlingar mot demonstranter den senaste tiden. Protesterna följde efter att en ung kvinna dött av sina skador sedan hon misshandlats av den iranska sedlighetspolis.

Vi fördömer i starkast möjliga ordalag den repressiva, brutala och ohållbara situationen i Iran. Det är av yttersta vikt att den iranska regimen respekterar och säkerställer grundläggande mänskliga rättigheter.

Aktuell facklig profil

David Hellsten

”En hjärtefråga är att läkare inte ska arbeta gratis”

1 Vem är du?

▼ Jag är en gravt idrottsintresserad fotkirurg och specialist i ortopedi, som är uppvuxen och bosatt i Umeå. Jag arbetar 80 procent på Norrlands universitetssjukhus och 40 procent på Aleris.

En stor anledning till att jag valde att bli ortoped var att jag ville behålla en koppling till idrotten. Jag har tränat kampsport, närmare bestämt judo, sedan barnsben och har också ett stort intresse för fotboll, innebandy och hockey. Jag fick min läkarlegitimation 2008, och ett år senare blev jag lagläkare i hockeyslaget Björklöven. Jag är också lagläkare i fotbollslaget Umeå FC och Team Thorens herr- och damlag i innebandy.

Jag bor tillsammans med min sambo och tre barn.

2 Varför engagerar du dig i Sjukhusläkarna?

▼ Jag var fackligt förtroendevald på ortopedi när jag för några år sedan fick frågan om jag ville bli ordförande för Sjukhusläkarna Umeå. Jag tycker att det är en bra möjlighet att vara med och påverka.

En av mina hjärtefrågor är att läkare inte ska arbeta gratis. Läkare måste ta tillbaka bestämmanderätten och få tillbaka sin makt i sjukvården. Samtidigt måste vi få en tydligare nationell styrning. I dag har vi 21 små regioner som styr sjukvården på sitt sätt, vilket inte är effektivt. Ta bara det här med läkemedelsrekommendationer – hur många läkare och sjuksköterskor arbetar för att göra identiska böcker i varje region?



Vi är ett litet land och borde kunna strukturera detta på ett betydligt bättre sätt.

3 Vad är det bästa respektive sämsta med att vara läkare?

▼ Det bästa är möjligheten att få hjälpa människor och göra dem friska. Läkare pratar ofta om att lindra, bota och trösta. Som ortoped försöker jag att bota så långt det är möjligt. Jag gillar att se resultat.

Det sämsta är ovissheten. Det skapar en oro i leden när man ser hur regionerna misslyckas med sina uppdrag.

4 Vad skulle du göra om du var regionstyrelsens ordförande?

▼ Läkare ska inte arbeta obetalt på lunchen och jobba över till klockan 18.15 varje kväll utan att få betalt för att övertid inte finns. Det är inte okej. En viktig del i detta sammanhang är en fungerande primärvård. Om jag hade möjlighet skulle jag se till att vi fick en primärvårdsreform liknande den som finns i Norge. Ju mer distriktsläkare jobbar, desto mer ska de tjäna. Det ska inte vara som i dag, att ju mer de arbetar, desto mer administration får de, och sedan får de skit om de släpar efter med allting.

5 Har du en oanad talang?

▼ Jag har alltid varit bra på att fixa grejor i livet. Jag har aldrig varit rädd för att sticka in huvudet på olika ställen och fråga om saker.

Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

- 1 dos Xydalba ger dina patienter
- 2 veckor effektiv behandling genom endast en
- 30-minuters infusion

Xydalba förenklar administreringen genom en fullständig behandling i en enda 30-minuters infusion

Indikerat för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI*) hos vuxna.

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Produkresumé

Xydalba™ (dalbavancin) Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg ATC-kod J01XA04 Rx, EF

Indikation Xydalba är avsett för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI) hos vuxna. Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel. **Kontraindikationer** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av de hjälpämnen som anges i avsnitt Förteckning över hjälpämnen. Dosering Rekommenderad dos av dalbavancin till vuxna patienter med ABSSSI är 1 500 mg administrerat som en enstaka infusion eller som 1 000 mg följt av 500 mg en vecka senare. **Administreringssätt** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädnings av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Särskilda anvisningar för destruktion och övrig hantering. **Varningar och försiktighet** Dalbavancin ska administreras med försiktighet till patienter med känd överkänslighet för andra glykopeptider eftersom korsöverkänslighet kan förekomma. Om en allergisk reaktion mot Xydalba uppstår bör behandlingen avbrytas och lämplig behandling för allergisk reaktion påbörjas. Xydalba rekommenderas inte under graviditet, såvida inte den potentiella förväntade nyttan tydligt överväger den potentiella risken för fostret. **Förpackningsinformation** Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg. Vitt till blekgult pulver. 500 milligram injektionsflaska. **Innehavare av godkännande av försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produkresumé 06/2022.

För fullständig information hänvisas till FASS.se

Vid medicinska frågor kontakta: medicalinformation@advanzpharma.com eller Tel. 08-408 384 40.



ADVANZ

PHARMA

Endast för vårdpersonal.



Utökad subvention och lägre nettopris för Repatha®

Från 1/1 2022

Repatha är nu subventionerat för behandling av patienter med lägre LDL-nivåer och med ett lägre nettopris än tidigare.



- **Repatha® subventioneras för patienter med diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,0$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad heterozygot familjär hyperkolesterolemi** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,6$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

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

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 korrigerings 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 och hos barn 10 år och äldre med heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som tilläggsbehandling till kostomläggning: ■ 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 barn 10 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen november 2021, 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, november 2021