

Sjukhus läkaren

#2
2023

Ditt granskande öga mot vården

Ledaren:
*"Likt en orm
slingrar sig
kunskaps-
styrningen
in i svensk
sjukvård"*

TEMA
24

sidor om
kunskaps-
styrningen

Ökning av misslyckade kosmetiska
operationer tränger undan planerad vård

Alberto Falk
Delgado,
sektionschef
och plastikkirurg
på Karolinska.

*"De lämnar
problemen åt oss"*



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. 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 vid 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 22 augusti 2022. 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-2200116 PP-ELI-SWE-2552 JAN 2023

Tillsammans gör vi skillnad

Säg den journalist som inte har drömt om att göra skillnad. Om att ge en röst åt den som annars inte skulle höras – eller belysa ett omfattande och kanske dolt problem som annars inte skulle lyftas.

Därför kändes det förstås extra fint för några veckor sedan när jag och mina kollegor bevakade Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte och fick höra vår sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson säga att hon noga följer det som påtalas och efterlyses av professionen i tidningen Sjukhusläkaren.

För det är precis den rollen vi på tidningen vill ha. Vi vill vara det där granskande ögat mot vården som iakttar, ifrågasätter, lyfter fram oökväma sanningar och sätter fingret på de systemfel som finns så att både makthavarna och alla ni läkare ute på landets sjukhus är rätt informerade i de viktiga sjukvårdspolitiska frågorna.

Men som journalist är man ingenting utan de människor man intervjuar – som pekar i rätt riktning och som vågar

stå upp för det hon eller han tror på. Vi är beroende av att du som läsare hör av dig till oss och tipsar om det du har observerat i din sjukvårdsverklighet. Kanske vill du inte själv stå där på barrikaderna men tillsammans kan vi hitta metoder för att lyfta fram sanningar i ljuset ändå. Självklart garanterar vi dig källskydd i din kontakt med oss.

det här numret tar vi oss bland annat an en byråkratisk koloss som det har pratats mycket om i sjukvårdskorridorerna de senaste åren – kunskapsstyrningen! Vår reporter Eva Nordin som har intervjuat både kritiker och förespråkare av systemet slogs bland annat av hur stort glappet är mellan klinikerna på golvet och ledningen i den här frågan. Hur har kunskapsstyrningen landat hos dig? Hör gärna av dig till oss och berätta!

Malin Gavelin
tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

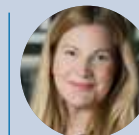
REDAKTION

E-POST: redaktionen@sjukhuslakaren.se

HEMSIDA: www.sjukhuslakaren.se
Utkommer med 6 nummer/år



CHEFREDAKTÖR:
Anna Sofia Dahl,
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
(föräldraledig)



TF CHEFREDAKTÖR:
Malin Gavelin,
malin.gavelin@sjukhuslakaren.se
076-790 04 08



REPORTER:
Eva Nordin
eva.nordin@sjukhuslakaren.se
076-790 01 97

LAYOUT:
Sofia Wixner, A4

ANSVARIG UTGIVARE:
Elin Karlsson,
elin.karlsson@slf.se

SENIOR ADVISOR:
Christer Bark
christer.bark@sjukhuslakaren.se

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

PRENUMERATIONSFRÅGOR
wendela.zetterberg@slf.se

TRYCK
V-TAB Vimmerby AB

NÄSTA NUMMER:
Sjukhusläkaren #3 kommer den 12 juni.

#2 2023:

- 6–7: Ledaren med **Bengt von Zur-Mühlen**
- 8–9: I omlopp
- 11: Siffran: 50 nm
- 12–13: Bilden: SÖS-orkester
- 14–18: Granskning: Kosmetiska ingrepp

TEMA:

- 20–23: Temastart
- 24–26: "Varför startade man inte i andra änden?"
- 27–31: Vårdförlopp för sepsis i Halmstad
- 32–33: Infektionsläkare **Kristoffer Strålin**
- 34–35: Så påverkas reumatologen
- 36–37: **Jacob Freedman**, docent och överläkare
- 38: **Chris Landergren** är ansvarig för NKK
- 39: 3 röster
- 40–41: Krönika: **Stella Cizinsky**
- 42–43: **Mats Bojestig** styr styrgruppen

- 44–45: Hallå där **Heidi Stensmyren**
- 46–50: Vad hände sen? Covid i Italien
- 51: 3 frågor till **Henrik Bjärtun**
- 52–57: Borgholmsmodellen införs på bred front – men alla är inte nöjda
- 58–62: Pensionen – så väljer du ditt avtal
- 63: De prisades av Sjukhusläkarna
- 64–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna

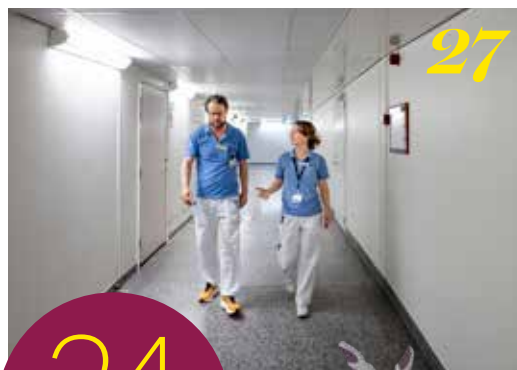


FOTO: JOHAN LJUNGBERG



SIDOR TEMA



FOTO: KRISTINA WALLIN



FOTO: CHRISTIAN ÖRNBERG



PÅ OMSLAGET

Till detta nummer har omslagsbilden fotats av Oscar Segerström, fotograf på Karolinska sedan 2016. Hans bilder och filmer används vanligtvis till diagnostisering, utbildning och forskning. Oscar har jobbat 15 år som fotograf, bland annat på Aftonbladet och Uppsala Nya Tidning.

TEMA: KUNSKAPSTYRNINGEN

► Ett komplext, tungrott och byråkratiskt system som slukar resurser – eller en smått fantastisk modell med goda ambitioner? ◀

Läs vårt tema om kunskapsstyrningen på sidan 20–43.

20%

av cheferna inom området kirurgi och plastikkirurgi har sett en tydlig ökning av antalet misslyckade kosmetiska operationer de senaste fem åren. ◀

Läs mer på sidan 14.



TRIXEO
AEROSPHERE®

(budesonid, formoterol, glykopyrronium)

TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

Behöver dina
KOL-patienter på dubbelbehandling
mer skydd mot exacerbationer?*

Upptäck TRIXEO Aerosphere®
trippelbehandling till patienter
med otillräckligt behandlad
måttlig/svår KOL.

MINSKAR RISKEN FÖR
EXACERBATIONER
jämfört med dubbelbehandling*1,2

BÄTTRE
SYMPTOMKONTROLL
jämfört med dubbelbehandling*1,2

NY SPRAYINHALATOR
Kan användas med eller utan spacer.



*Dubbelbehandling=LAMA/LABA eller ICS/LABA. Symptomkontroll syftar på minskad andfåddhet (mätt med TDI fokaloäng 0,4 enheter förbättring; $p<0,0001$ vs LAMA/LABA och 0,31 enheter förbättring; $p<0,0001$ vs ICS/LABA) och minskad användning av akutmedicin (skillnad i behandling -0,51 puffar/dag; $p<0,0001$ vs LAMA/LABA och -0,37 puffar/dag; $p<0,0001$ vs ICS/LABA). Måttliga/svåra exacerbationer minskade med 24% (-0,34 (1,08 mot 1,42) händelser per patientår, $p<0,0001$) jämfört med LAMA/LABA och 13% (-0,16 (1,08 mot 1,24) händelser per patientår, $p=0,0027$) jämfört med ICS/LABA. I det kliniska studieprogrammet jämfördes Trixeo® med de fasta kombinationerna av glykopyrronium/formoterol och budesonid/formoterol.

Referens: 1. Trixeo Aerosphere® SPC www.fass.se. 2. Rabe KF et al. N Engl J Med. 2020;383:35-48

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

Indikationer: Trixeo Aerosphere är indicerat för underhållsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte är adekvat behandlade med en kombination av en inhalerad kortikosteroid och en långverkande β2-agonist eller en kombination av en långverkande β2-agonist och en långverkande muskarinantagonist (för effekter på symtomkontroll och prevention av exacerbationer).

Dosering och administrering: Den rekommenderade och maximala dosen är två inhalationer två gånger dagligen. Om en dos glöms bort bör den tas så snart som möjligt och nästa dos bör tas vid den vanliga tidpunkten. Dubbel dos ska inte tas för att kompensera för den glömda dosen.

Varningar och försiktighet: Detta läkemedel är inte avsett för behandling av akuta episoder av bronkospasm, det vill säga är inte avsett för symtomlindring av bronkkonstriktion under akuta situationer. Administrering av formoterol/glykopyrronium/budesonid kan orsaka paradoxal bronkospasm med en omedelbar väsende andning och andnöd efter dosering och kan vara livshotande. Behandling med detta läkemedel ska omedelbart avbrytas om paradoxal bronkospasm inträffar. En ökning av incidensen av pneumoni har observerats hos patienter med KOL som får inhalerade kortikosteroider. Senaste översyn av produktresumén: 2023-01-12. För fullständig information och priser se www.fass.se. AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca

AstraZeneca AB | Nordic Marketing Company
151 85 Södertälje | 08 553 260 00 | astrazeneca.se

SE-13218-03-23-TRX

Likt en orm slingrar sig kunskapsstyrningen in i svensk sjukvård

Kunskap kan användas till gott och till ont och det är således angeläget att veta vem som styr över kunskapen.

Vi känner alla till begreppet "Kunskap är makt – Et ipsa scientia potestas est", myntat i 1600-talets början av den engelska filosofen Francis Bacon. Han ansåg något förenklat att om människan metodiskt observerar naturen så kan hon behärska naturen och styra dess krafter enligt egna önskemål.

I sin skrift *A New Atlantis* beskriver han den lycka mänskligheten kan uppnå med vetenskapens hjälp. Men betydelsen av kunskap och makt finns beskrivet långt innan dess. Exempelvis i bibelns första Mosebok förleds människan av ormen att äta av kunskapens träd som står där jämte livets träd i Edens lustgård. Och i den grekiska mytologin öppnar Zeus Pandoras ask när Prometheus stulit elden och gett den till mänskligheten. Kunskap kan tjäna många syften. Redan på medeltiden insåg religion och furstar att man med ekonomiska medel kunde styra universiteten och på så sätt kunna rikta utvecklingen åt olika håll.

Totalitära stater har i alla tider begränsat eller förvanskad viss kunskap. I moderna tider har företag till stora delar fått ta över vissa delar av forskningen där läkemedelsindustrin är ett gyllene exempel.

Trots att antibiotikaresistens är ett av de största hoten mot mänskligheten sägs bristen på utvecklingen av nya antibiotika till viss del bero på att det inte ansetts vara lönsamt för företagen. Kunskap kan användas till gott och till ont och det är således angeläget att veta vem som styr över kunskapen eller stormar in under kunskapens flagg.

I detta nummer av Sjukhusläkaren fokuserar vi på kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Ett av många nysvenska begrepp vi fått möta på senare år. Tyvärr har det begrepp professionen även internationellt använt, evidensbaserad medicin, tappat mark när detta nya ska trummas ut.



Det var 2018 man sjösatte en nationell organisation för Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård med den klämmiga visionen "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika". Trojkan i spannet består av: kunskapsstöd, analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Arbetet är fördelat på 26 Nationella programområden (NPO) med ett otal Nationella Arbetsgrupper (NAG) under sig.

Målet är att Sveriges invånare oavsett hemvist ska erbjudas kunskapsdriven sjukvård med kvalitet. Få ifrågasätter målet som sådant men om vägen dit ska styras på det sätt staten och SKR i en överenskommelse har bestämt och att det sker under regionernas hatt väcker alltmer frågetecken.

Det saknas evidens om denna form av mycket resurskrävande kunskapsstyrning uppnår uppsatta mål. Myndigheten för vård och omsorgsanalys levererade 2021 en rapport med titeln Leda lika, leda rätt? En av slutsatserna i rapporten var att antalet studier som visat effekten av vårdförlopp är begränsad. Forskningen har visat både positiva effekter med bättre hälsoutfall och färre komplikationer, men också negativa bieffekter i form av bland annat undanträngning och ökad arbetsbelastning. Vi vill med detta nummer av

Sjukhusläkaren visa vad som är i görningen nu när kunskapsstyrningen likt en orm slingrar sig in i svensk sjukvård.

Jag vill passa på att tacka facket, det har gett mig så mycket, men nu har min tid i Sjukhusläkarnas styrelse gått till ända där jag suttit sedan 2006. Upprinnelsen till mitt fackliga engagemang på nationell nivå var min oro för vårdplatsbristen. I en debattartikel på Brännpunkt i Svenska Dagbladet 2003 skrev jag: "Platsbristen på sjukhusen är idag en fara för patienternas säkerhet. Politikernas hetsjakt för att få landstingens budget i balans överskuggar allt annat. Att bedriva vård utan sängar är som att gräva utan spade."

På den tiden och åratals framöver fick Sjukhusläkarna kämpa för att få gehör även inom Läkarförbundet. På läkarförbundets fullmäktige i Lund 2006 skickade jag runt en jättestor spaderknekt (Svarte Petter) som metafor för vårdplatsbristens bieffekter med utlokalisering och revirtänkande.

Tyvärr skriar vårdplatsbristen än högre idag än för 20 år sedan men trösten är att sjukvårdsministern säger att det råder vårdplatsbrist idag och att IVO med sin tillsyn håller ett vakande öga.

Nu efter sjutton solvarv i Sjukhusläkarnas styrelse lämnar jag stafettpinnen vidare.

Bengt von Zur-Mühlen
Tidigare förste vice ordförande Sjukhusläkarna



Barbro Westerholm 1933-2023

Med sorg tog vi emot beskedet att Barbro Westerholm avled den 13 mars, men det fysiska tomrummet hon lämnat efter sig kan i sinnet fyllas med **beundran när vi minns hennes outtröttliga kamp mot intolerans under en ofattbart lång tid**. Mitt favorit Barbro-citat är: "Stoppa intolerans på flingastadiet, vänta inte tills det blivit en snöboll".

Vägen in i politiken började den 29 augusti 1979 när ett trettiotal personer satte sig i Socialstyrelsens trapp och krävde att sjukdomsstämpeln för homosexualitet skulle tas bort. Det skanderades, polis tillkallades men Barbro Westerholm kom ut, satte sig i trappen, förstod problemet och på en dryg månad genomfördes förändring och en milstolpe i HBT-rörelsens rättigheter vann laga kraft. I andra frågor tog förändring längre tid såsom partnerskapslagen, rätten till adoption och ensamstående rätt till assisterad befruktning. **För det som för flertalet är självklart idag var för många motståndare en omöjlighet.**

Sjukhusläkarna tilldelade 2012 Barbro Westerholm Friska sjukvårdspriset med motiveringen "För ett långt och oförtröttligt arbete för mänskliga rättigheter inom och utanför sjukvården." Hon hade många strängar på sin lyra och en av de mer tongivande gällde äldres rättigheter och hon använde sig av ordet "årsrika" i den debatten. Sista gången jag mötte Barbro Westerholm var i Pridepark förra sommaren dit vi tagit oss till fots i paraden. Jag vill avsluta med ännu ett Barbro-citat: "Ge inte upp det du tror på, motståndaren är ofta tröttare än du tror". ◀



FOTO: LIBERALERNA

BRISTANDE CHEFSSTÖD FÅR PERSONAL ATT GÅ

► Det är fyra gånger högre sannolikhet att anställda som inte känner stöd från sin chef säger upp sig, än de som känner sig stöttade och har en känsla av inkludering på arbetet. Det visar en kartläggning som Boston Consulting Group (BCG) har genomfört där 27 000 personer från 16 länder, inklusive Sverige, svarade på frågor om inkludering på arbetsplatsen. Arbetsplatser som förbättrar nivån på sitt jämlikhetsarbete, från att tillhöra den lägsta fjärdedelen till en mer genomsnittlig nivå, **ökar sina anställdas välmående med 30 procent**, samtidigt som sannolikheten för att anställda ska säga upp sig halveras. ◀



HÖR AV DIG!

Har du lagt märke till något roligt, förargande eller konstigt på din arbetsplats? Eller hittat något fyndigt i flödet på dina sociala medier? Ta en bild eller skriv några rader till oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se

Skandalerna kring Nya Karolinska blir ljuddrama

► Den 28 mars släpptes Nya Karolinska 2017 – ett fiktivt ljuddrama från Sveriges Radio Drama. I rollerna hörs bland andra Marika Lagercrantz och Per Lasson. Handlingen kretsar kring Boel (Marika Lagercrantz) en pensionerad landstingspolitiker som var med och beslutade om satsningen på Nya Karolinska sjukhuset. Nu är hon själv patient och hamnar sist i den långa kön till operation för en aggressiv cancer. ◀



STATENS HAVERIKOMMISSION SKA UTREDA VÅRDÄRENDEN

Statens haverikommission har anställt en särskild hälso- och sjukvårdsutredare och har som ambition att även utreda vårdärenden framöver. Framför allt kommer man att granska vårdskador som har uppkommit inom fem fokusområden: gränssnitt mellan vårdgivare, informationsöverskott, it-relaterade händelser, överbeläggning/utlokalisering samt iatrogen beroende. Utredningarna kommer att bedrivas parallellt med IVO:s utredningar men ha ett annat fokus, berättar haveriutredaren och utredningsledaren Alexander

Hurtig på Statens haverikommission. – Vi är mer intresserade av kausalitet och förebyggande arbete. Själva ansvarsfrågan är inte intressant för oss. Vi lyfter perspektivet från den enskilda läkaren eller sjuksköterskan för att se hur systemet fungerar och vilka åtgärder man kan vidta för att förebygga liknande händelser i framtiden.

Statens haverikommission kan i sina rapporter lämna icke tvingande rekommendationer till myndigheter och organisationer som måste besvaras inom tre månader.

8000

Så många patientärenden inkom till patientnämnden under år 2022. Det är ungefär på samma nivå som året tidigare, som var ett rekordår i antal nya ärenden. Närmare hälften av alla ärenden under 2022 handlade om vård och behandling och **anmälningar som rör primärvård är fortfarande i klar majoritet**. Därefter kommer ärenden som handlar om akutsjukvård.



Sjukhusläkaren #1 väckte reaktioner

I VÅRT FÖRRA NUMMER KUNDE VI BLAND ANNAT RAPPORTERA OM DET ÖKADE HATET OCH HOTEN MOT MEDICINSKA FORSKARE. EN NYHET SOM BLAND ANDRA TV4 OCH TT UPPMÄRKSAMMADE.



► Läsare hörde av sig och ville uttrycka sitt stöd till forskarna:

Vill bara förmedla mitt tack till dessa forskare som står upp för vetenskap och fakta. Som orkar och debatterar, skriver och förmedlar resultat till allmänheten. Ni behövs till tredje uppgiften mer än någonsin.

/Ewa Gadd

► Även vår artikel om barnläkarna på NÄL som tvingas sova på britsar har väckt reaktioner, inte minst på sociala medier:

Helt BEDRÖVLIGT!

/Katarina Granberg

Ett beslut har fattats utan delaktighet för dem beslutet gäller. Konsekvenserna blir tydligt sämre arbetsmiljö för de inblandade. Istället för att gå tillbaka till tidigare modell är ledningens LÖSNING på problemet att PRATA om problemet. Det är ingen lösning. Jag blir så trött på administratörer som aktivt tar beslut som försämrar. Att lägga tid och energi på att PRATA istället för att rätta till är slöseri med tid och skattepengar!

/Siv Queseth

► Elin Karlssons ledare "Varför har det krävts en inspektion av IVO för att se det självklara?" har också fått många reaktioner.



Väl formulerat och tydligt även om det inte är något nytt som du skriver. Som läkare gör det ont i en när vi tvingas prioritera på akuten och sända hem gamla sjuka som rimligtvis vore betjänta av några dagars slutenvård.

/Dan Hegewald

Bra skrivet, Elin! En lättnad att åtminstone IVO och Sjukhusläkarna har kuraget att tala klarspråk. Nu behöves verkstad och att de som haft ansvaret för ej åtgärdad kris ställs till svars – oavsett yrkestillhörighet. /Claes Frostell

VAD TYCKER DU?
Hör av dig till oss på
redaktionen@sjukhuslakaren.se

Ytterst beklagligt att människor blir så extrema i sitt engagemang och så odemokratiska. Det kan bero på att allmänheten saknar vardagliga forum där åsikter kan uttryckas och debatteras som i många andra kulturer. Social media betyder att åsikter läggs upp utan motstånd.

/Jill Rose

En kongress för *alla läkare* och
alla som jobbar med läkarutbildning



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

KONGRESS 26-28 SEPTEMBER 2023



Kommunikationskurs (delmål b1) och Likarättskurs (delmål a2)
Handledarkurs, Berzelius Symposium och Studierektorsdag.

Kom och var med!
Anmälan på framtidenslakare.se



NANOKIKARE SER LÄKEMEDEL I CELLENS INRE



UPPLÖSNINGEN 50 NANOMETER gör det möjligt att se detaljer i en cell. Med tekniken kan forskare se in i enskilda organeller, exempelvis i vakuoler och endosomer och studera transport och lagring av läkemedel i cellen.

Analysmetoden är baserad på instrumentet NanoSIMS (nanoscale secondary ion mass spectrometry). Det är ett etablerat instrument inom forskning, men har tidigare inte använts för läkemedelsutveckling.

Hittills har forskarna arbetat med odlade celler, men tekniken kan även användas för att undersöka vävnad. På lång sikt skulle den också kunna användas för att undersöka vad som händer i enskilda celler i ett organ där läkemedlet förväntas verka, och skulle kunna ge en nyckel till en djupare förståelse av till exempel neurodegenerativa sjukdomar, så som ALS eller Parkinsons sjukdom, och cancer.

– Utan att behöva tillföra något som påverkar cellen kan vi få fram en unik precision på nanonivå. Det är inte möjligt med jämförbara metoder som används idag, säger Per Malmberg, senior forskare på institutionen för kemi och kemiteknik på Chalmers.

Metoder för kvantifiering i nanoskala av läkemedelsmolekyler och deras distribution på subcellulär nivå är efterfrågade inom läkemedelsindustrin.

– Med ett allt större fokus på precisionsmedicin och precisionsläkemedel blir det allt viktigare att veta att läkemedlet faktiskt når sitt mål, och i tillräckligt hög koncentration. Vår teknik kan svara på det redan idag. Tyvärr är det en dyr och mycket komplicerad teknik, NanoSIMS, som endast finns på ett ställe i Sverige. Vi hoppas dock kunna förenkla tekniken så att den blir tillgänglig till fler och enklare att använda, säger Per Malmberg. ◀

TEXT EVA NORDIN



Slutspelat för anrik SÖS-orkester

TYSTADE När sjukhusorkestern Opuscula musica i höstas skulle ansöka om tillstånd för att hålla sin traditionella julkonsert i entréhallen på Södersjukhuset, blev det för första gången på 30 år ett nej från ledningshåll. Beslutet innebär att den anrika orkestern nu riskerar att gå i graven.

– Man ska inte överdriva sin betydelse men jag skulle vilja påstå att vi har varit ett väldigt uppskattat inslag på sjukhuset under alla dessa år – både bland kollegor och patienter, säger läkaren och violinisten Staffan Törngren som har projektlett orkestern de senaste 25 åren.

Opuscula musica, som i huvudsak har bestått av läkare, men även sjuksköterskor, undersköterskor, studenter och en och annan patient, grundades för 30 år sedan i samband med Södersjukhusets 50-årsfirande.

– Sedan dess har vi repeterat regelbundet och hållit våra traditionella konserter i entréhallen vid lunchtid tre gånger om året varje höst, vinter och vår. Akustiken i entréhallen är fantastiskt bra och vi klämmer alltid ihop oss så vi inte ska blockera vägen för förbipasserande på något sätt, säger Staffan Törngren.

Sjukhusledningen på SÖS beslutade mycket riktigt i januari 2023 att aktiviteter i entréhallen inte längre ska vara tillåtet, berättar Anja Steiber, pressansvarig på Södersjukhuset. Bakgrunden till beslutet är att det framförts klagomål från patienter och medarbetare om att aktiviteterna skapat problem med trängsel, hög ljudnivå, försämrad integritet och säkerhet, berättar hon.

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.

Hur kan tre halvtimmeskonserter i entréhallen om året vara något att bråka om? Det undrar sjuksköterskan Sofia Valentin, röntgenläkaren Michael Werner, anestesiläkaren Jonas Räf, pensionerade kirurgen Staffan Törngren, kärlkirurgen Bengt Berg och kolorektalkirurgen Åsa Everhov.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO THOMAS CARLGREN

Verksamhetschefer vittnar:

MISSLYCKADE KOSMETISKA INGREPP TRÄNGER UNDAN ANNAN VIKTIG VÅRD

Inflammerade bröstproteser och svårbehandlade nekrotiska sår med multiresistenta bakterier. Undanträngningseffekten från patienter som har gjort olika former av misslyckade kosmetiska ingrepp i Sverige och utomlands blir allt mer påtaglig för den svenska vården. Det visar Sjukhusläkarens granskning.

TEXT MALIN GAVELIN

PÅ PLASTIKKIRURGEN PÅ Karolinska universitetssjukhuset tvingas man allt oftare prioritera akut sårbehandling efter så kallade Brazilian buttlifts framför exempelvis planerade medicinskt motiverade bröstförminskningar. På kirurgkliniken i Västerås har man behövt öppna en särskild mottagning utanför ordinarie öppettider för patienter som har gjort misslyckade skönhetsoperationer i utlandet.

Gemensamt för de båda klinikerna är att man de senaste åren har noterat en tydlig ökning av en specifik patientgrupp: personer som söker akut vård till följd av kosmetiska ingrepp som har gått allvarligt fel.

VID FLERA TILLFÄLLEN har man även observerat förekomsten av multiresistenta bakterier, framför allt hos den stadigt växande gruppen svenskar som har valt att genomgå kosmetiska ingrepp i utlandet.

När Sjukhusläkaren ställde frågor om den kosmetiska kirurgins belastning på vården till

verksamhetscheferna inom områdena kirurgi och plastikkirurgi på det största sjukhuset i respektive region, svarade hela 20 procent av dem att de har sett en tydlig ökning av den här patientgruppen de senaste fem åren.

FRAMFÖR ALLT SYNS ökningen på universitetssjukhusen i storstadsregioner som Stockholm och Linköping – men även Västerås sjukhus i region Västmanland och Mälarsjukhuset i Region Sörmland har noterat en tydlig ökning av patientgruppen.

På andra sjukhus – som på Sahlgrenska universitetssjukhuset och på Skånes universitetssjukhus, upplever man att antalet fall har legat relativt oförändrat under den senaste femårsperioden. Men man uppger också att det är svårt att få någon tydlig överblick över det exakta antalet patienter som söker vård efter misslyckade kosmetiska operationer eftersom de inte registreras med någon särskild kod i journalsystemen. ◀

20%
av cheferna
hade sett en
tydlig ökning
de senaste
fem åren.

”De ger en ökad belastning på en redan belastad sjukvård, tar vårdplats i anspråk, innebär en kostnad för skattebetalarna och har med sig bakterier med mera.”

Pia Olofsson, verksamhetschef för hand- och plastikkirurgiska kliniken på Universitetssjukhuset i Linköping.

”De felbehandlingar och tveksamma ingrepp vi kommer i kontakt med kommer oftare från behandlare utan plastikkirurgisk specialistkompetens.”

Peter Apeltgren, verksamhetschef Plastikkirurgiska kliniken, Sahlgrenska.

”En patient var tvungen att vårdas inneliggande ett halvår efter en operation utomlands. Det är givetvis oerhört resurskrävande.”

Haile Mahteme, verksamhetschef för Kirurgkliniken i Västerås.

”Förstås finns en ökad belastning kring de få patienter det ändå rör sig om, både vårddygn och i vissa fall akut operation.”

Karin Fast, vårdenhetschef kirurgi, Region Gävleborg.

”Vi kan se att begäran om utredning på grund av misstänkt protesassocierad lymfom via privata aktörer ökar.”

Pernilla Westerberg, överläkare kirurgkliniken, Mälarsjukhuset/Kullbergsska sjukhuset.

”Sommaren 2021 hade vi två patienter som genomgick stora fettsugningar privat i Västerås/Eskilstunaområdet och inkom med nekroser och vårdades inneliggande 3-5 dagar. Bägge krävde akut omhändertagande och blev senare delhudstransplanterade hos oss.”

Ulf Dyrke, överläkare och spec plastikkirurg, Falu lasarett.

”Det blir undanträngningseffekter, det vill säga vi behöver operera dessa patienter istället för våra planerade ingrepp, tyvärr krävs inte sällan flera operationer. Flera patienter har haft multiresistenta bakterier.”

Alberto Falk Delgado, sektionschef för Plastikkirurgi och Kraniofacialkirurgi på Karolinska Universitetssjukhuset. ▶

SEKTIONSCHEFEN PÅ KAROLINSKA:

De tjänar stora pengar och lämnar problemen åt oss

Patienter med skador efter kosmetiska ingrepp är en växande grupp som i allt större utsträckning tränger undan andra patienter i behov av planerade ingrepp på Karolinska. Sektionschefen och plastikkirurgen Alberto Falk Delgado är kritisk till att många privata plastikkliniker systematiskt låter sina patienter belasta den offentliga vården.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO OSCAR SEGERSTRÖM

NÅGRA EXAKTA SIFFROR på hur många patienter med akuta skador efter kosmetisk kirurgi som söker sig till de olika kirurgiska avdelningarna på Karolinska varje år är svåra att få fram. Detta för att de inte registreras med någon egen kod i journalsystemet.

Men docent Alberto Falk Delgado, som är sektionschef på plastikkirurgen, ser många remisser av det här slaget passera – och hans uppfattning är glasklar:

– Både jag och min företrädare är övertygade om att det här är en stadigt växande grupp patienter. Och de kommer både från skönhetskliniker här hemma i Sverige och från kliniker i exempelvis Turkiet och Iran. Vi ser visserligen bara de remisser som kommer direkt till oss, men de här patienterna finns överallt – både på infektionsmottagningen, allmänkirurgen och inom primärvården och på närakuter. Och de blir allt fler.

Problemet har snart nått den omfattningen att

”*När inflödet av patienter ökar blir det fler och fler som tar vår kapacitet i anspråk.*”

något måste göras, menar Alberto Falk Delgado, som planerar att lyfta frågan på nästa nationella chefsmöte för plastikkirurger.

– **JAG BEHÖVER HÖRA** de andras syn på det här och se om vi kan initiera och driva en diskussion kring det framåt. Den situation vi har nu innebär att flera elektiva ingrepp som till exempel kvinnor som behöver en bröstförminskning av medicinska skäl eller som har besvär på grund av en hängande buk, får vänta betydligt längre på sitt ingrepp till förmån för den här patientgruppen. Jag tvingas till den här typen av prioriteringar hela tiden nu. Om jag bara har en kirurg som kan operera den aktuella dagen så måste jag givetvis styra om så att hon eller han prioriterar de mest akuta operationerna först. När inflödet av patienter ökar blir det fler och fler som tar vår kapacitet i anspråk. Då måste vi fråga oss om inte en huvud- halstumörsrekonstruktion är viktigare att lägga resurser på än ett

par inflammerade bröst som har orsakats av en privat skönhetsklirik.

Något som framför allt provocerar i sammanhanget är att många privata plastikkirurgiska kliniker i Stockholmsområdet inte har någon operationsresurs tillgänglig fredag – söndag, berättar Alberto Falk Delgado.

– För det kostar ju pengar att ha personal anställd på obekvämt arbetstid såklart. Så då skickar de patienter som är i behov av akut hjälp till oss i stället och vi kan ju självklart inte neka någon akutvård. Kontentan blir att de tjänar stora pengar på de här patienterna – och lämnar problemen till oss.

I DEN MÅN DET går försöker man självklart hänvisa patienterna som har fått komplikationer efter kosmetiska ingrepp tillbaka till sin behandlande enhet, berättar Alberto Falk Delgado.

– Men om de har stängt och vi står med en allmänpåverkad patient med akut bröstimplan-

Alberto Falk Delgado är själv plastikkirurg i botten och numera chef för samtliga plastikkirurger på Karolinska universitetssjukhuset.

Särskild mottagning fick öppna i Västerås

På kirurgkliniken i Västerås har antalet patienter som söker vård efter misslyckad kosmetisk kirurgi blivit så många att man har behövt inrätta en särskild mottagning för dem – utanför ordinarie mottagningstid. Detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier.

► Antalet patienter som söker vård för allt från misslyckade rumpförstoringar till överviktopperationer som de inte har kvalificerat sig för på hemmaplan, är en ständigt ökande patientgrupp på Västerås lasarett.

– Problemet har ökat varje år och 2022 hade vi ett 30-tal vårdtillfällen gällande skador från kosmetisk kirurgi, säger professor Haile Mahteme, verksamhetschef för Kirurgkliniken.



Eftersom de här patienterna ofta kommer från kliniker utomlands testas de rutinmässigt för multiresistenta bakterier.

– Förekomsten har varit så omfattande att vi fattade beslut om att de här patienterna behöver komma utanför ordinarie mottagningstid för att inte riskera att smitta andra patienter. Därför inrättade vi en särskild mottagning för dem, säger Haile Mahteme.

Det senaste året har man också haft flera patienter som behövt få sår opererade, och ibland även läggas in för behandling med intravenös antibiotika.

– En patient var tvungen att vårdas ett halvår efter en operation utomlands. Det är givetvis oerhört resurskrävande, säger Haile Mahteme.

Men värst är ändå konsekvenserna för patienternas hälsa, betonar Haile Mahteme.

– Ibland är konsekvenserna fruktansvärda och då tänker jag framför allt på patienter som har valt att göra överviktopperationer utomlands för egna medel eftersom de inte har kvalificerat sig för dessa operationer i Sverige. Vi har ju tydliga regelverk kring dessa operationer här av en anledning. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.

”*Jag tror att många håller med mig om att detta inte är något som våra skattepengar systematiskt ska användas till.*

tatinfektion – ja, då måste ju implantaten ut. Det kan inte vänta till nästa vecka och vi kan självklart inte neka någon akut sjukvård. Det samma gäller patienter som har gjort så kallade Brazilian buttlifts som kan drabbas av allvarliga mjukdelsinfektioner som kräver upprepade sårreversioner och operationer. Självklart måste de få hjälp och självklart tränger de undan den elektiva kirurgin hos oss inom den offentliga vården.

Det naturliga hade varit att låta kliniken i fråga stå för notan för den vård som patienterna kräver av den offentliga vården i det här sammanhanget, anser Alberto Falk Delgado.

– Jag tror att många håller med mig om att detta inte är något som våra skattepengar systematiskt ska användas till. För i slutändan är det ju faktiskt det handlar om. Frågan är bara – hur ska vi krävställa detta?

ETT FÖRSLAG, MENAR Alberto Falk Delgado, är att man faktiskt ställer kravet på de kliniker som utför kosmetiska ingrepp att de måste kunna erbjuda operation/slutenvårdsresurser veckans alla dagar för att få tillstånd att driva sin verksamhet. Alternativt att de faktiskt tvingas ansvara för den slutenvårdskostnad som annars drabbar samhället.

– Du kanske inte har resurserna att operera dina patienter själv på jourtid, men då kanske din verksamhet ändå behöver finansiera vården för dina patienter för att det här ska bli hållbart i det långa loppet. Det hade varit ett sätt att internalisera den här kostnaden och så vet jag att man har gjort i avtal med privata kliniker i andra sammanhang.

Alberto Falk Delgado berättar att han har hört av sig personligen till flera av klinikerna i Stockholmsområdet och frågat varför de inte tar hand om sina patienter själva.

– Då kommer ju ofta det här svaret att ”vi har ingen operationsresurs på fredagar”. Jag har all förståelse för att de inte kan bedriva någon dygnet runt-sjukvård på högre vårdnivå, men finnas tillgänglig för sina patienter och behandla



Alberto Falk Delgado tror på en ändring av regelverk och lagar för att komma tillrätta med problemet.

infektioner och ge antibiotika kan man ju göra ändå.

Är det några särskilda kliniker som har utmärkt sig när det kommer till att inte ta ansvar för sina patienter, anser du?

– Det värsta exemplet är ju de här klinikerna som erbjuder bröstförstoringar med hjälp av fillers på lunchen. De ger patienterna löfte om att detta är ett ingrepp helt utan komplikationer men vi har haft flera exempel på extremt svårbehandlade tillstånd som har uppstått efter detta. Vi håller just nu på att sammanställa ett vetenskapligt material där vi tittar närmare på konsekvenserna av precis dessa ingrepp. De här kvinnors bröst blir ju deformerade för livet. Men trots våra larm fortsätter de med detta på en klinik ute i Stockholm.

Hur skulle man kunna få till en förändring på det här området?

– Vi tror på ändring av regelverk och eventuellt lagar. Vi välkomnar översynen av ”skönhetslagen” som nyligen initierats och är givetvis gärna delaktiga och behjälpliga i det. ◀

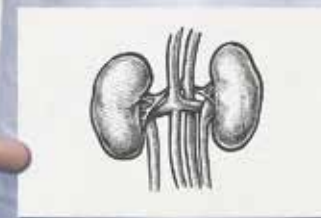
KOMMENTAR: ELIN KARLSSON

Sjukhusläkarnas ordförande Elin Karlsson, som själv är kirurg på Södertälje sjukhus, har också sett en tydlig ökning av patienter i behov av akut omhändertagande efter misslyckad kosmetisk kirurgi.

– Det är naturligtvis jätteallvarligt när vi har en situation med brist på vårdplatser och långa köer som vi behöver komma i kapp med. Det är viktigt att säkerställa att de här aktörerna även eftervårdar sina patienter på rätt sätt. Inte minst med tanke på risken för spridning av multi-resistenta bakterier, säger hon.



EN SMIDIG VARDAG TILLSAMMANS



Dailiport® (takrolimus depotkapsel)

Behandling med immunosuppressiva läkemedel såsom takrolimus varar ofta livet ut. Denna grupp av läkemedel byts inte automatiskt ut på apoteket, så det är du som behandlande läkare som väljer hur mycket patientens läkemedel kommer att kosta på sikt. Genom att ordinera generiska mediciner hjälper du till att tygla läkemedelskostnaderna både för enskilda patienter och på samhällsnivå.

- **Fler styrkor ger bättre möjlighet till individanpassad dosering^{1,2,4}**
- **Förmånligare pris än referensläkemedlet^{3,4}**



Referenser: 1. Dailiport® produktresumé. 2. Stegemann, Eur J Pharmaceutical Sciences 2011;44:447-54. 3. TLV.se 28 okt 2022. 4. Advagraf® produktresumé.

Dailiport (takrolimus): 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 5 mg. Depotkapslar. (Rx;F), ATC-kod: L04AD02. **Farmakoterapeutisk grupp:** Kalcineurinhämmare. **Indikationer:** 1) Profylax mot transplantatavstötning hos vuxna njur- och levertransplantationspatienter. 2) Behandling av transplantatavstötning som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. **Varningar och försiktighet:** Felmedicinering, inklusive oavsiktligt eller oöversakat byte mellan takrolimus beredningar med direkt respektive fördröjd frisättning, har setts. Detta har lett till allvarliga biverkningar, inklusive avstötning av det transplanterade organet och andra biverkningar som kan vara en följd av antingen under- eller överexponering för takrolimus. Patienter bör bibehålla behandling med samma takrolimus beredningsform och den därtill hörande doseringsregimen. Byte av beredningsform och ändringar i doseringsregimen bör bara ske under noggrann övervakning av transplantationsspecialist (se avsnitt 4.2 och 4.8). **Fertilitet, graviditet och amning:** Data på människa visar att takrolimus passerar över placentan. Begränsad information från mottagare av transplantat visar inte på någon ökad risk för skadlig påverkan på utvecklingen eller utfallet av graviditeter under takrolimus behandling jämfört med andra immunsuppressiva läkemedel. Fall med spontana aborter har dock rapporterats. Data på människa visar att takrolimus utsöndras i bröstmjölk. Eftersom skadliga effekter på den nyfödda inte kan uteslutas bör kvinnor inte amma när de får Dailiport. En negativ effekt av takrolimus på manlig fertilitet i form av minskat antal spermier och minskad motilitet sågs hos rätta (se avsnitt 5.3). **För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar:** se www.fass.se. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2022-07-29. **Innehavare av marknadsföringstillstånd:** Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn, Danmark, www.sandoz.se. NR2112225105

SANDOZ A Novartis Division

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

dailiport®
TACROLIMUS
depotkapsel

TEMA: KUNSKAPS STYRNINGEN

24
SIDOR!

Ett komplext, tungrott och byråkratiskt system som slukar resurser – eller en smått fantastisk modell med goda ambitioner?

När Nationellt system för kunskapsstyrning etablerades var syftet att skapa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Men hur har det egentligen landat i vården?

TEXT EVA NORDIN ILLUSTRATION ERIK NYLUND



Nationellt system för kunskapsstyrning startade formellt 2018, men bygger på en rad beslut och satsningar som pågått under många år. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa kunskap i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. På nästa sida hittar du ett axplock av viktiga satsningar.



2006

Socialstyrelsen ger ut vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. I vägledningen beskrivs sex kvalitetsområden för God vård: Kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik, tillgänglig.

2008

Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NKS) bildas som ett forum för dialog mellan representanter för berörda statliga myndigheter och SKL (SKR). Syftet var att prioritera och ta fram kunskapsunderlag för stora folksjukdomar som diabetes, astma/KOL, hjärta/kärl (stroke), prevention i primärvård samt psykisk hälsa.

2015

Nationella kliniska kunskapsstöd. 24 olika ämnesgrupper arbetar fram rekommendationer för primärvården med utgångspunkt i texter i Region Stockholms Viss.nu, Region Skånes AKO-riktlinjer och Fakta i Region Jönköpings län.

2015

Vårdanalys publicerar rapporten "Lång väg till patientnytta". Några av myndighetens slutsatser är att Socialstyrelsens nationella riktlinjer behöver bli fler, tas fram snabbare och uppdateras kontinuerligt samt riktas mer mot vårdens professioner och patienter.

2017

Kunskapsstödsutredningen (Sofia Wallström). Ett av förslagen är att Socialstyrelsen får en särställning när det gäller den statliga kunskapsstyrningen, att myndigheten ges mandat att samordna andra myndigheters kunskapsstöd till vården.

2018

Alla regioner går samman i ett nationellt system för kunskapsstyrning. En överenskommelse sluts mellan Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och Rådet för statlig styrning med kunskap (består av 10 myndigheter, däribland Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård- och omsorg, Läke medelsverket, E-hälsomyndigheten). Överenskommelsen resulterade i att utveckla och pröva en modell för partnerskap för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

VAD ÄR KUNSKAPSSTÖD?

Det kan vara exempelvis läroböcker och kunskapsöversikter, webbaserade onlinestöd, riktlinjer och rekommendationer, beslutsstöd (som inkluderar en patients data, ofta i kombination med kvalitetsregister), olika typer av uppföljningsstöd, Öppna jämförelser, vårdprogram, Internetmedicin, 1177, Medibas.

2018

Nationella programområden bildas, NPO.

2023

Ny visningsyta för nationella kunskapsstöd lanseras.

2006

Öppna jämförelser, ett samarbete inleds mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på uppdrag av staten. De första samlade nationella jämförelserna av hälso- och sjukvårdens resultat publiceras. Sedan 2009 finns en nationell strategi för öppna jämförelser som beslutats av regeringen.

2010

Regionalt cancercentrum i samverkan bildas på uppdrag av landstingsdirektörernas nätverk. Samverkansgruppen består av sex RCC-chefer samt SKR:s cancersamordnare. Uppdraget är bland annat att utveckla nationella vårdprogram och tillsammans med regionerna bidra till implementeringen av den nationella cancerstrategin samt utveckla nationella vårdprogram inom cancerområdet. Modellen har legat till grund för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och produktionen av kunskapsstöd.

2017

Framtidens kvalitetsregister. Statens och landstingens femåriga satsning på nationella kvalitetsregister (NKR) avslutades 2016. Under 2017–2018 införs en struktur med målet att göra NKR till en integrerad del i kunskapsstyrningssystemet.

2019

Socialstyrelsen får i uppdrag av regeringen att bistå SKR i arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom olika sjukdomsområden. Vårdförloppen ska godkännas av Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS). Därefter fattar regionerna beslut om hur införandet ska ske i vården.

2022

Inera tar över ansvaret för redaktionen och den tekniska plattformen för Nationellt kliniskt kunskapsstöd, NKK. Kunskapsstöden ska användas som stöd för handläggning av olika diagnos- och sjukdomstillstånd inom primärvård, specialistvård och kommunal hälso- och sjukvård.

”Varför startade man inte i andra änden?”

I mitten av februari i år arrangerade Svenska Läkaresällskapet (SLS) ett dialogmöte för ordföranden för medicinska specialitetsföreningar och Nationella programområden inom kunskapsstyrningssystemet.

– Det har fram till nu funnits ett svagt intresse från kunskapsstyrningen att ha en dialog med oss som företrädar landets specialitetsföreningar. Vi såg därför ett behov av att skapa en arena där företrädare för kunskapsstyrningen

och specialitetsföreningarna får mötas och samarbeta kring viktiga frågor och behov, säger Catharina Ihre Lundgren, ordförande för arbetsgruppen för kunskapsstyrning.

Arbetsgruppens uppgift är att utreda kunskapsstyrningssystemet samt inhämta synpunkter från Svenska Läkaresällskapets medlemsföreningar och sektioner.

– Systemet är redan på plats och vi måste samverka och göra det bästa vi kan för att försöka hitta lösningar på de hinder och utmaningar som finns, säger Catharina Ihre Lundgren.

OM DET HADE GÅTT att backa bandet kanske flera av de hinder och utmaningar som nu finns hade kunnat undanröjas, menar hon.

– Kunskapsstyrningssystemet drogs i gång utan att de som arbetar med det involverades. Varför startade man inte i andra änden, tog kontakt med specialitetsföreningarna och ställde frågor kring vilka kunskapsstöd som saknas och vad klinikerna behöver som arbetar i den vardagsnära vården, det är obegripligt.



CATHARINA IHRE LUNDGREN

är vice ordförande för Svenska Läkaresällskapet samt verksam som kirurg på Karolinska.

Under 2022 har Svenska Läkaresällskapet publicerat två rapporter som sammanfattar två undersökningar om kunskapsstyrningssystemet: en enkätstudie samt en fördjupad intervjustudie. Syftet var att få synpunkter på hur specialitetsföreningarna dockar in i kunskapsstyrningssystemet, hur många av föreningarna som tar fram egna kunskapsstöd och hur samverkan med kunskapsstyrningen ser ut.

– Kunskapsstöd är bra. Men då måste de vara lättillgängliga, användbara och ändamålsenliga. I dag är de omfattande dokument i PDF-format. Här finns mycket kvar att göra. Det är oerhört

”Systemet är redan på plats och vi måste samverka och göra det bästa vi kan.”

viktigt att specialitetsföreningarna är med på tåget, annars är risken överhängande att kunskapsstöden inte kommer att användas. Då står vi med en gigantisk satsning som kostar enorma resurser, inte bara för skattebetalare, utan också för vårdens medarbetare, säger Catharina Ihre Lundgren.

EN ANALYS AV DEN första enkätundersökningen visar två övergripande slutsatser. Den ena slutsatsen är att det finns en relativt god koppling mellan SLS föreningar och regio-

KUNSKAPSSTYRNINGENS ORGANISATION

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och drivs av Sveriges regioner i samverkan. Uppdraget är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessionerna.



KÄLLA: KUNSKAPSSTYRNINGVARD.SE

”Bristen på legitimitet undergräver tilltron till systemet och påverkar implementeringen.

nernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation.

Den andra slutsatsen är att flera föreningar upplever att det finns en låg legitimitet för systemet, trots den goda kopplingen.

– Det är bara knappt hälften av de föreningar som har en nationell arbetsgrupp inom sitt område som tycker att sammansättningen av ledamöter är relevant, och att de kunskapsstöd som tas fram inom kunskapsstyrningssystemet är användbara. Det är förstås ett stort bekymmer. Bristen på legitimitet undergräver tilltron till systemet och påverkar implementeringen, säger Catharina Ihre Lundgren.

I EN EFTERFÖLJANDE och fördjupande intervjustudie valdes elva föreningar ut. Några var positiva till samverkan och kontakten med regionernas kunskapsstyrningsorganisation. Andra upplevde en betydligt sämre kontakt och samverkan.

Systemet är långt ifrån fullständigt, det fattas många diagnoser och vårdförlopp och det kommer att ta åtskilliga år innan målen kan uppnås, om det ens är möjligt. Det är många frågor som kräver svar, menar Catharina Ihre Lundgren:

- ▶ Vem granskar nyttan med systemet, att effektiviteten och målen uppnås?
- ▶ Hur kan man veta att kunskapsstöden öppnas och används?
- ▶ Hur ser ledningen för kunskapsstyrningen på resultaten av SLS undersökningar?

– Det finns vissa farhågor bland våra medlemmar om huruvida organisationen kommer att kunna överleva på sikt, vad kunskapsstyrningen kostar regionerna och skattebetalarna, förutom det arbete som utförs ideellt av eldsjälarna i sjukvården. Och om man från politiken tycker att kostnaderna är försvarbara i relation till nyttan. ◀



Läkarsällskapet har i två rapporter sammanställt specialitetsföreningars synpunkter.

FAKTA: INTERVJUSTUDIEN

Svenska Läkaresällskapetets medlemsföreningar har lyft flera problem samt förslag på åtgärder för att hantera de brister som de menar finns i kunskapsstyrningen. Här är några av dem:

- ▶ De efterlyser en bättre och tydligare samverkan med kunskapsstyrningsorganisationen i implementeringsfasen av de nya kunskapsstöden. Man behöver styra mot tvingande samverkan mellan NPO och föreningarna för att undvika dubbelarbete.
- ▶ Svenska Läkaresällskapetets roll bör stärkas vad gäller utbildningsinsatser, nomineringsförfarandet till arbetsgrupper och att sällskapet driver på för att professionen ska styra kunskapsutvecklingen.
- ▶ Regionerna bör inte ta fram kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsorganisationen bör ligga under en myndighet och ha öppna nomineringar, även för föreningarna och universiteten.
- ▶ Man bör införa en nationell styrfunktion med mätvärden.

KÄLLA: SLS-FÖRENINGAR OM KUNSKAPSTYRNINGSSYSTEMET – EN INTERVJUSTUDIE (2022)

TEMA KUNSKAPSTYRNINGEN

Saknar förankring på golvet

På **infektionsmottagningen i Halmstad** förbereds implementeringen av det första personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom området sepsis. Men varför lanseras en byråkratisk koloss som inte är förankrad på vårdgolvet eller vetenskapligt utvärderad?

TEXT EVA NORDIN FOTO JOHAN LJUNGBERG

FRÅGAN STÄLLS AV tre infektionsläkare som samlats i biblioteket på infektionsmottagningen i Halmstad.

– De senaste åren har det införts många illa underbyggda projekt som beslutats av experter och politiker långt ifrån den vardagsnära vården. Och samtidigt som den administrativa och byråkratiska apparaten sväller, kämpar de flesta kliniker med att bemanna och rekrytera personal, säger Johan Ljungberg, överläkare i infektionssjukdomar, studierektor och medicinskt ledningsansvarig vid infektionskliniken på Halmstads sjukhus.

För drygt två år sedan godkände styrgruppen för det nationella systemet för kunskapsstyrning (NKS) vårdförloppet sepsis. Det är ett av många vårdförlopp som på bred front införs i vården inom många olika diagnosområden.

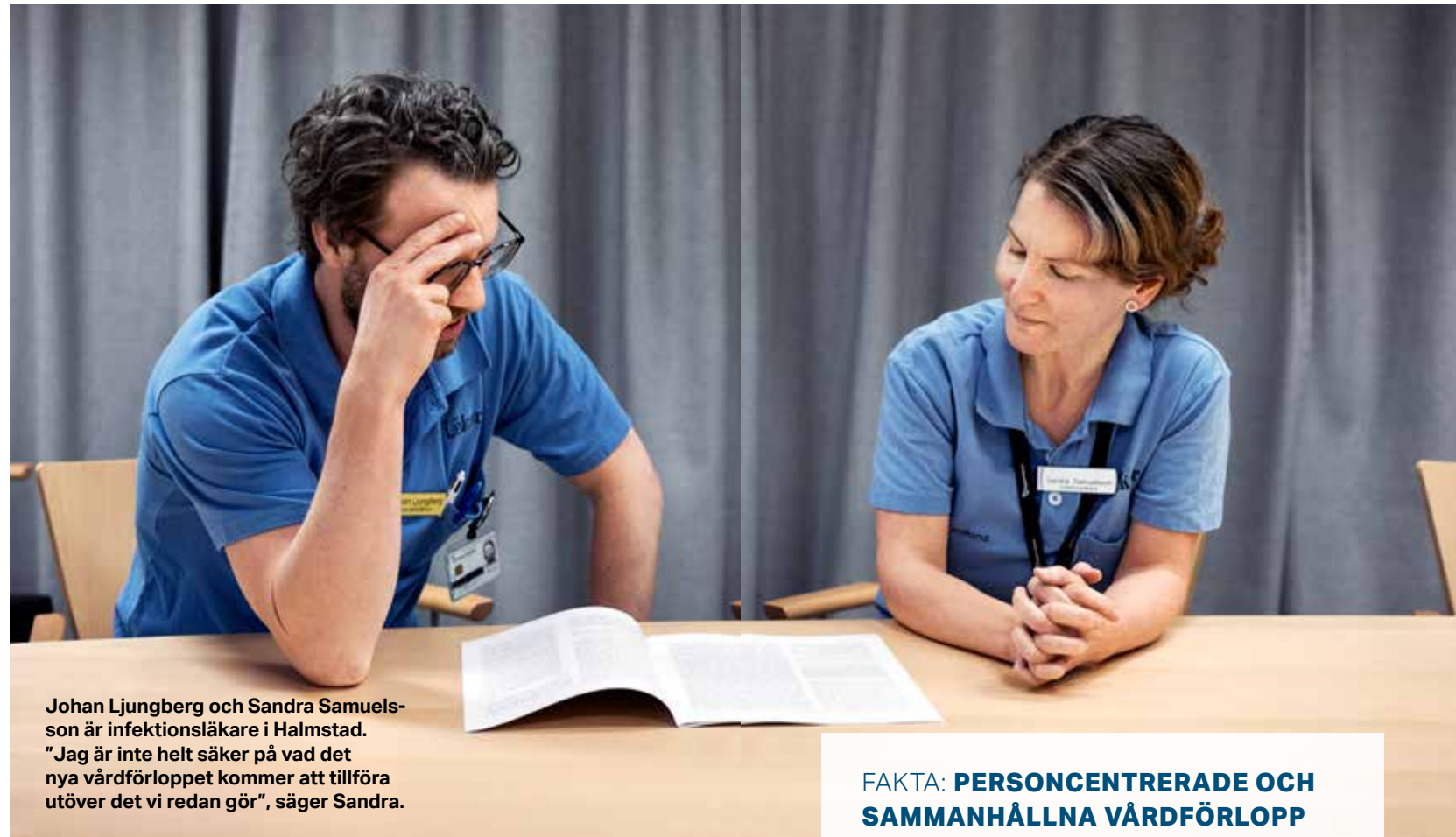
– Det är anmärkningsvärt att detta ska införas utan någon större efterfrågan från oss som arbetar i verksamheten. Vi får höra luddiga beskrivningar om evidensbaserad och likvärdig vård. Man hänvisar till expertgrupper, men glömmer att det finns ett massivt motstånd från erfarna kliniker med lång erfarenhet, säger Johan Ljungberg.

Infektionskliniken är nu en av många kliniker som förbereder en implementering av det första vårdförloppet sepsis inom området infektionssjukdomar. Frågetecknen är dock många, menar Johan Ljungberg med kollegor.

– VI VET INTE RIKTIGT hur tidsplanen ser ut eller hur det praktiskt ska genomföras. Det publiceras tonvis med dokument på central nivå som trycks ut över vården och som ska implementeras av oss på golvet, samtidigt som vi ska hinna med allt mer på allt färre personer. Det här systemet upplever jag vara en byråkratisk koloss som sväljer enorma resurser som skulle kunna gå till vårdnära arbete, säger Johan Ljungberg.

Svenska infektionsläkarföreningen har länge arbetat med evidensbaserade kunskapsstöd, framtagna av nationell och internationell expertis. Arbetet är drivet av professionen för professionen och revideras i takt med kunskapsutvecklingen, menar Sandra Samuelsson.

Hon har arbetat på infektionskliniken i 15 år



Johan Ljungberg och Sandra Samuelsson är infektionsläkare i Halmstad. "Jag är inte helt säker på vad det nya vårdförloppet kommer att tillföra utöver det vi redan gör", säger Sandra.

och delar sin tid som kliniker med att vara biträdande smittskyddsläkare.

– Intentionen om en god och jämlik vård är bra. Men vi har redan våra vårdprogram, välfungerande sepsisspår och upparbetade kommunikationsvägar. Jag vill påstå att vi håller oss uppdaterade och har en hög kvalitet där patienten är i fokus. Nu kommer ett nytt system och nya arbetssätt som vi ska förhålla oss till, det är oerhört mycket information som sköljer över oss. Jag är inte helt säker på vad det nya vårdförloppet kommer att tillföra utöver det vi redan gör.

Sandra kan också se en stor fara med den standardisering som följer av vårdförloppen.

– DET KAN EXEMPELVIS handla om att vi ska ta samma prover på alla patienter eftersom det blir lättare att "följa flödet" än att göra individuella bedömningar. Det kan leda till onödiga prov-

FAKTA: PERSONCENTRERADE OCH SAMMANHÅLLNA VÅRDFÖRLOPP

- Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) infördes 2015 efter en överenskommelse mellan regeringen och SKR.
- Några år senare beslutade regeringen att utvidga arbetet med SVF till fler diagnosgrupper. 2019 slöt regeringen en överenskommelse med SKR om att införa så kallade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet sker inom de nationella programområdena (NPO) inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning.
- Syftet är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvårdspersonal. Ett annat syfte är att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.
- Överenskommelsen för 2023 innebär att 140 miljoner kronor avsätts för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Regionerna tilldelas 122, 5 miljoner kronor varav 17,5 miljoner går till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för nationell samordning och stöd.

"Systemet kräver engagemang"

Emeli Månsson är nybliven ordförande för nationellt programområde infektionssjukdomar. Det är viktigt, menar hon, att läkare engagerar sig i kunskapsstyrningen för att systemet ska kunna bli så bra som möjligt.

► I mitten av februari deltog hon på ett dialogmöte som arrangerades av Svenska Läkaresällskapet. Inbjudna var specialitetsföreningar och företrädare för det nationella kunskapsstyrningssystemet.

– Systemet finns redan. Från min sida är det ett viktigt ansvarstagande att bidra för att försöka göra det bättre. Jag har tidigare inte varit delaktig i kunskapsstyrningen på den här nivån och före hösten 2022 visste jag knappt vad kunskapsstyrningssystemet var.

Emeli Månsson tycker att det finns många goda ambitioner med systemet, exempelvis att uppnå bästa möjliga och jämlika vård, minska dubbelarbete och hitta förutsättningar för lokala anpassningar.

– Vi måste samverka mer.

Samtidigt är kunskapsstyrning ingenting nytt. Vårt jobb är att ta till oss av bästa möjliga kunskap och använda oss av den, så har vi alltid jobbat.

Det är viktigt att vi inte får heltidsadministratörer utan en förankring i verksamheterna. Det måste också finnas en förståelse för lokala anpassningar, eftersom olika verksamheter har olika förutsättningar.

En av flera utmaningar, menar Emeli Månsson, är frågan om horisontella prioriteringar.

– Alla vill ju det bästa för sina egna patientgrupper, men resurserna är ändliga och därför måste det i slutänden ske en prioritering. Frågan är bara vem som ska göra den så att vården ges på lika villkor och att den som har störst behov av vård får vård först. ◀

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.





Johan Ljungberg kommer inte att vilja jobba kvar i vården om förpappringen och standardiseringen fortsätter.



TRE FRÅGOR TILL: MAGNUS BRINK

chefsläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset och ledamot i Nationellt programområde (NPO) infektionssjukdomar.

1 Hur skiljer sig det nya vårdförloppet sepsis (PSV) från sättet ni arbetar utifrån tillgängliga kunskapsstöd från bland annat SILF?

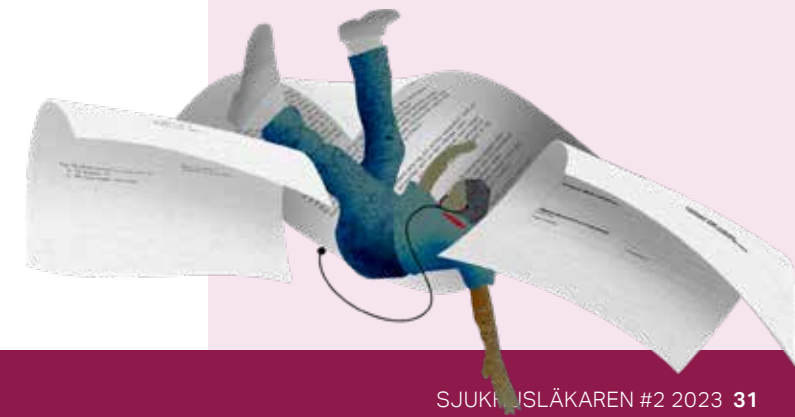
– Infektionsläkarföreningens kunskapsstöd för sepsis och septisk chock är ett omfattande dokument med detaljerade anvisningar om diagnostik och behandling. Det ger även bakgrundsinformation är skrivet av infektionsläkare. Vårdförlopp sepsis å andra sidan har tagits fram av en tvärprofessionell arbetsgrupp och är ett dokument som definierar ett gemensamt nationellt ramverk. Den medicinska detaljnivån är låg och för enskildheter i handläggningen hänvisar man till infektionsläkarföreningens vårdprogram. Den enligt min uppfattning viktigaste delen i vårdförloppet är kvalitetsindikatorerna. Kvalitetsdata möjliggör jämförelser, vilket på sikt kan få avgörande betydelse för att befrämja kvaliteten av sepsisvården.

2 Kommer det nya arbetssättet att leda till en mer jämlik vård, tror du?

– Ja, om vi lyckas få genomslag i praktisk sjukvård och även lyckas upprätta ett enhetligt system för kvalitetsjämförelser, då tror jag att vårdförloppet kan främja kvalitet och jämlikhet i vården av allvarliga akuta infektioner.

3 Vilka är de största utmaningarna/hindren?

– I att lyckas genomföra likformiga vårdprocesser i vårt komplexa sjukvårdssystem, svårigheterna att etablera välfungerande system för kvalitetsjämförelser och att hålla vårdförloppen uppdaterade. ◀



tagningar som ska hanteras av redan ansträngda labbresurser. I systemet finns också en risk för överförskrivning av antibiotika eftersom "tid till första antibiotikados" är något som lätt kan mätas, säger Sandra.

BJÖRN JOHANSSON HAR arbetat som specialist i infektionssjukdomar i över 20 år. Han ser en stor fara med att kunskapsstyrningen riskerar att urholka läkekonsten och det medicinska hantverket. Vad händer med nylegitimerade läkare som ska följa formulär, manualer och vårdförlopp och som inte riktigt får träna omdömet och den kliniska blicken?

– Det finns dessutom så mycket i det vi gör som inte går att mäta eller standardisera. Kunskapsstyrningen påverkar yrkesstoltheten och tar udden av arbetsglädjen och försämrar arbetsmiljön. Återigen införs ett system som styrs ovanför huvudet på professionen, säger Björn.

Det finns också ett problem med själva begreppet kunskapsstyrning. Det skickar fel signaler, menar Johan Ljungberg.

– Det för tankarna till ett auktoritärt system. Det styr inte med kunskap utan med byråkrati, protokoll och manualer. Det här systemet får

mig att tappa sugen. Jag har arbetat som specialist i drygt fem år, men om det professionella omdömet ska trängas undan av manualisering, förpappring och standardisering kommer jag inte att arbeta kvar i vården.

Vårdförloppen bygger på kunskapsstöd på gruppnivå, men som inte nödvändigtvis passar för åtgärder och handläggning på individnivå, menar Björn Johansson. Inom området infektionssjukdomar är det svårt att renodla spår för enskilda patienter.

– Verkligheten är i regel ganska komplex. Patienter har ofta ett eller flera kroniska hälsoproblem och det är svårt att styra in en patient med exempelvis hjärtsvikt, KOL och kanske sepsis i ett specifikt vårdförlopp.

SANDRA BERÄTTAR OM en patient som kom in akut med magtarmproblem och svåra diarréer.

– Det visade sig handla om sepsis. Men patienten hade lika gärna kunnat hamna i ett annat vårdförlopp om det inte vore för att erfarna kliniker med lång erfarenhet kunde fatta ett snabbt beslut som innebar att patienten togs om hand enligt vårt redan inarbetade sepsisspår.

Johan Ljungberg menar att en stor byråkratisk

! **Varför inte hellre satsa på en svensk version av UpToDate?**

Mer jämlik vård – om utmaningarna klaras

Vårdförloppen ska vara till nytta för patienterna och göra vården mer jämlik och effektiv. Ambitionen är god, även om utmaningarna är stora, menar infektionsläkare **Kristoffer Strålin**.
– Jag tycker att det är värt att jobba med den här modellen.

TEXT EVA NORDIN

KRISTOFFER STRÅLIN ÄR docent och verksam som överläkare vid medicinsk enhet infektionssjukdomar på Karolinska universitetssjukhuset. Fram till nyligen var han ordförande för Nationellt programområde (NPO) infektionssjukdomar, där han numera är ledamot. Han har också haft ett mångårigt engagemang i Svenska infektionsläkarföreningens (SILF) vårdprogramsgupper för pneumoni och sepsis.

– Det finns ingen motsägelse mellan de vårdprogram som SILF producerar och de kunskapsstöd och vårdförlopp som ges ut av kunskapsstyrningen, de kompletterar varandra.

Många svenska infektionsläkare har i regel en god kännedom om SILF:s vårdprogram för sepsis, men kunskapsstyrningens vårdförlopp sepsis riktar sig till en bredare grupp.

– Det syftar till att skapa arenor där vi arbetar över specialitets- och professionsgränser, säger Kristoffer Strålin.

Han har varit ordförande för den nationella arbetsgrupp som tagit fram Vårdförlopp sepsis (NAG sepsis). Det är viktigt att understryka, menar Kristoffer Strålin, att NPO infektionssjukdomar inte bara arbetar mot

landets infektionskliniker, perspektivet är riktat mot hela infektionssjukvården i hälso- och sjukvården.

– Syftet är att systemet ska höja lägstnivån. När det inte står en expert på akuten ska patienten ändå känna sig trygg med att de får en god och säker vård.

SEPSIS ÄR EN AV de vanligaste orsakerna till att patienter dör på sjukhus. Dödligheten är mellan 10–15 procent, en mycket hög siffra jämfört med många andra diagnoser, menar Kristoffer Strålin.

– En sådan hög mortalitet skulle inte accepteras inom så många andra diagnosområden. Därför behöver den befintliga vården optimeras. Det är också nödvändigt att stimulera utvecklingen av nya behandlingsstrategier för patienter med sepsis.

Oavsett var patienter söker vård i landet ska de få tillgång till en god vård med hög kvalitet och ett gott omhändertagande.

– Vid flertalet mindre sjukhus i landet finns det ingen infektionsklinik. Det är väldigt viktigt att patienter som söker för svåra infektionssjukdomar inte får ett sämre omhändertagande där.

Det ska inte bli en arbetsbörda för vårdpersonalen att registrera och samla in data. Genom att automatiskt och digitalt extrahera kvalitetsindikatordata från journalsystemen ska man följa gruppen svårast sjuka sepsispatienter utan manuellt journalarbete.

– Det är ett nytt informatikarbete som ska göras. För att vi ska kunna få ned mortaliteten måste vi mäta på samma sätt över hela landet och ha tillgång till jämförande data. Först då kan vi se om verksamheterna utvecklas på ett positivt sätt.

KRISTOFFER STRÅLIN är ordförande för en ny expertgrupp som heter Nationell arbetsgrupp (NAG) Strukturerad Vårdinformation Sepsis.

– Vi ska använda den data som rutinmässigt matas in i journalerna av exempelvis sjuksköterskor och laboratorier. Det är en fördel med det här systemet, inget extraarbete ska krävas. Men det finns stora utmaningar med att få till systemet, bland annat att vi har olika journalsystem i landet, att inläggning av data görs på olika sätt och att omfattningen av data som läggs in i de elektroniska systemen varierar.



Kristoffer Strålin, infektionsläkare och ledamot i NPO infektionssjukdomar.

Hur skiljer sig det här systemet från Öppna jämförelser där regioner och kommuner sedan länge ska kunna jämföra hälso- och sjukvårdens kvalitet med hjälp av indikatorer?

– Det här systemet fungerar på ett sätt som liknar öppna jämförelser. Men för sepsis har det varit svårt att ta fram data eftersom diagnoskodningen av sepsis inte varit tillförlitlig i Sverige. Sepsis är en komplikation till en infektion och för en patient som vårdats för sepsis ska infektionsdiagnosen vara huvuddiagnos och sepsisdiagnosen tilläggskod. Men ofta glöms sepsiskoden bort. Det leder till en underskattning av omfattningen av sepsisfallen i landet.

– Genom bland annat informationsinsatser hoppas vi kunna förbättra diagnoskodningen av sepsis, säger Kristoffer Strålin.

Vem är huvudman för all data som samlas in och vem ansvarar för analys och uppföljning?

– De sex sjukvårdsregionerna är huvudmän för sina respektive data. Sjukvårdsregionernas regionala programområden, RPO, tar emot, analyserar data och gör jämförelser inom sjukvårdsregionen. De rapporterar

därefter till NPO som gör nationella analyser och gör jämförelser mellan sjukvårdsregionerna.

”En sådan hög mortalitet skulle inte accepteras inom så många andra diagnosområden.”

Några av de infektionsläkare som arbetar i den vardagsnära vården upplever att det nationella kunskapsstyrningssystemet är en byråkratisk koloss som inte är förankrad bland kliniker och dessutom slukar resurser utan att vården nödvändigtvis blir bättre. Hur ser du på den kritiken?

– Jag kan förstå att kunskapsstyrningen kan uppfattas så. Det har varit svårt att nå ut med information, även om man har lyckats olika väl i olika regioner och inom olika sjukdomsområden. Det är jättevikt-

tigt att det finns en dialog med de som jobbar kliniskt i vården så att de regionala och nationella programområdena får kännedom om behov och ojämlikheter inom vården.

– **VI SOM SITTER** i NPO infektionssjukdomar är sex erfarna infektionsläkare från var sin sjukvårdsregion. Var och en av oss sitter med i var sitt RPO, där vi regelbundet träffar företrädare för olika delar av infektionssjukvården inom sjukvårdsregionen. Genom motsvarande strukturer inom respektive sjukdomsområde är tanken att NPO-ledamöterna ska ha förankring i vården och samtidigt ett helikopterperspektiv över sitt sjukdomsområde. På så sätt kan nya gap upptäckas och riktade insatser initieras.

– Det är en stor utmaning att få med alla på tåget. Det är en tillitsfråga, om inte medarbetare på golvet tror på systemet och ser fördelarna med det, då är risken stor att målen inte uppnås. Men jag tror att förståelsen för och tilliten till systemet kommer att öka när patientdata från vårdförloppens övervakningssystem blir tillgängliga och presenteras, säger Kristoffer Strålin. ◀

"Modellen kör över erfarna och kompetenta läkare"

Anna Rudin är professor i inflammationsforskning och universitetssjukhusöverläkare i reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Hon ser den nationella kunskapsstyrningsorganisationen som ett resurskrävande top-down-system som riskerar att förvandla läkaryrket till ett lågstatusyrke. TEXT EVA NORDIN FOTO JULIA SJÖBERG

I SVERIGE INFÖRS på bred front personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV), en bärande del av kunskapsstyrningen. Hittills har 26 vårdförlopp införts inom olika diagnosområden.

Hösten 2022 infördes två vårdförlopp för reumatoid artrit (RA), dels för tidig sjukdomsfas, dels för etablerad sjukdom.

– Jag är helt förbluffad över dessa dokument som enligt min mening inte tillför någonting utöver hur en reumatolog eller ST-läkare i reumatologi tillsammans med undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter idag sköter patienterna, säger Anna Rudin.

Sedan flera år tillbaka är hon akademirepresentant i Sahlgrenska universitetssjukhusets ledningsgrupp.

Som kliniker arbetar hon på en reumatologmottagning. Hon driver även en specialiserad mottagning för patienter med reumatologiska biverkningar av immuncheckpoint-hämmare.

ANNA RUDIN TYCKER att kunskapsstyrningen är ett stelbent och byråkratiskt top-downsystem. Det kan till och med försena insättning av behandling om allt görs enligt beskrivna steg i vårdförloppen, menar hon, exempelvis i de fall då vissa undersökningsresultat måste vara klara före beslut om behandling.

– Som reumatolog är jag mycket mer flexibel

och arbetar redan på ett patientcentrerat sätt i dialog med patienten.

Anna Rudin ser en positiv sak i dokumenten. Det gäller en sida som kallas "visualisering av nulägesbeskrivning" och är en sammanfattning riktad till patienten.

– Dessa skulle man kunna ge till sina patienter.

PERSONCENTRERADE OCH sammanhållna vårdförlopp riskerar att leda till en automatisering och standardisering av vården som inte riktigt är förenlig med den kliniska verkligheten, menar hon.

– Risken med det här systemet är att man undervärderar läkares kunskaper och erfarenheter, och minskar den intellektuella friheten och självständigheten. Förlorar man den riskerar läkaryrket att gå samma väg som lärarnas, det blir ett lågstatusyrke.

Hon saknar gedigna utvärderingar och jämför med införandet av läkemedel i hälso- och sjukvården. Innan rådet för nya terapier (NT-rådet) ger rekommendation om att använda ett läkemedel, måste säkerhet, vetenskaplig evidens och kostnadseffektivitet värderas.

– Jag förstår inte att man kan införa ett resurskrävande system som kunskapsstyrningen, utan att det görs utvärderingar av effekt och kostnadseffektivitet. I en redan belastad sjukvård



Anna Rudin är reumatolog och ledamot i Sahlgrenska universitetssjukhusets ledningsgrupp.



Jag är helt förbluffad över dessa dokument som enligt min mening inte tillför någonting.

av administration och brist på sjuksköterskor och specialistläkare, inför man ytterligare ett byråkratiskt system som kostar massor av tid och pengar för regionerna.

ANNA RUDIN MENAR att hon som kliniker kommer att fortsätta att förlita sig på de kunskapsstöd som ges ut av SRF och vill inte jobba med ett kunskapsstyrningssystem som inte är prövat och utvärderat.

– Jag tycker att hela systemet är fel från början. Det finns andra sätt för att skapa en mer jämlik vård, exempelvis genom att utveckla och använda våra kvalitetsregister och jämföra oss mot varandra. Framför allt skulle man från kunskapsstyrningen ha kommunicerat med oss som arbetar i vården och som ser behoven och vad som kan förbättras. Det är lätt att känna uppgivenhet och trötthet över hur man från kunskapsstyrningen behandlar erfarna och kompetenta läkare. Vi vill inte bli behandlade så här, säger Anna Rudin. ◀

"Systemet bör sorteras under en myndighet"

I dag vilar systemet alltför mycket på "learning by doing" och enskilda regionernas möjligheter att implementera kunskapsstöd, menar Gerd-Marie Alenius, ordförande för Nationella programområdet reumatologi.

► Till vardags arbetar hon som överläkare i reumatologi vid Norrlands universitetssjukhus. Hon är även docent i reumatologi vid Umeå universitet.

– I slutändan är det regionerna som är ansvariga för framtågandet och implementeringen av kunskapsstöden och vårdförloppen. De ska frigöra ett stort antal människor som ska arbeta med kunskapsstyrningen. Trots överenskommelser och samverkansavtal har regionerna inte samma möjligheter att jobba utifrån kunskapsstyrningens mål och innehåll, säger Gerd-Marie Alenius.



Det är upp till varje region att besluta om hur mycket tid, resurser och personal som är möjligt att lägga på arbetet. Det gör systemet godtyckligt och sårbart, menar hon, och det finns risk för att skillnaderna snarare ökar än minskar.

– Tanken på en kunskapsstyrning som utjämnar skillnader i vården och bidrar till en jämlik vård är fantastiskt bra, men jag hade hellre sett att en myndighet hade varit ansvarig och utgått ifrån vilka behov som finns i vården.

Produktionen av kunskapsstöd kan liknas vid en tsunami av dokument. Det handlar om flera hundra kunskapsstöd som sköljer över vården, menar Gerd-Marie.

– **Det är helt omöjligt** att använda alla kunskapsstöd, då skulle vi knappt hinna träffa några patienter. Dessutom är risken för undanträngningseffekter stor eftersom det inte finns någon horisontell prioritering i systemet. Antingen struntar man då i kunskapsstöden, eller så väljer man kunskapsstöd för de patientgrupper man har sitt fokus på.

I många år har hon engagerat sig i Svensk Reumatologisk Förening, SRF, och varit delaktig i utarbetandet av riktlinjer och kunskapsstöd. Mycket av det arbete som redan är gjort inom SRF har tagits tillvara inom ramen för arbetet inom NPO reumatologi.

– Samarbetet är oerhört viktigt, inte minst för att undvika dubbelarbete och säkra kvaliteten. SRF har i många år haft ett väldigt bra arbete när det gäller kunskapsstöd för läkemedelsbehandling. Nu har vi ett system där vi kan dra nytta av vårt arbete i ett NPO.

– Jag är stolt över vad SRF har lyckats åstadkomma.

Under många år har SRF haft ett nära och långvarigt samarbete med Reumatikerförbundet kring patientmedverkan. Nu hoppas Gerd-Marie att patientens ställning ytterligare kan stärkas med kunskapsstyrningssystemet. ◀

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.

"Efter hård kamp fick vi ett eget område"

Nationella kunskapsstyrningen med 26 nationella programområden är ett organisationsbygge som stärker regionernas autonomi och försvagar utvecklingen mot att styrningen av vården helt eller delvis övergår i statlig regi.

TEXT EVA NORDIN

DEN TOLKNINGEN GÖR Jacob Freedman, docent och överläkare i allmänkirurgi vid Danderyds sjukhus. Han är även ordförande för regionalt programområde kirurgi inom kunskapsstyrningssystemet (RPO).

– I en tid då regional styrning av sjukvården alltmer ifrågasätts och flera partier verkar för en ökad statlig styrning av vården, då tar SKR en aktiv roll för att i samverkan med regionerna bygga upp en komplex organisation som stärker den regionala styrningen av vården.

Rapporten "Lång väg till patientnytta", en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system, publicerades 2015 av Vårdanalys. En av slutsatserna var att Socialstyrelsens nationella riktlinjer inte haft tillräckligt genomslag. Riktlinjerna var i första hand ett stöd för beslutande politiker och tjänstemän, och nådde inte enskilda vårdgivare

i mötet med patienter. Vårdanalys konstaterade vidare att det fanns ett stort behov av att utveckla kunskapsstöd för att stärka patienternas och patientorganisationernas möjlighet till delaktighet och inflytande. Myndigheten såg också ett behov av en mer samordnad och individualiserad vård, anpassad efter patientens behov och förutsättningar.

– **DET VAR TYDLIGT ATT** kommuner och dåvarande landsting hade svårt att omsätta kunskap i kloka beslut. Tanken var då att bygga upp en organisation som skulle se till att kunskapsstöden verkligen når ned till patientnivå, och att arbetet på nationell, regional och lokal nivå hänger ihop. Det fanns också en efterfrågan på att kunskapsstöden integrerades i vårdens it-stöd och att det skapades uppföljningsstrukturer, säger Jacob Freedman.

Tanken och ambitionen var god, menar han, men bygget planerades och sattes i gång utan ordentlig förankring, analys av kostnader och finansiering eller inventering av behov och resurser.

– Man tog inte heller hänsyn till specialitetsföreningars mångåriga arbete med kunskapsstöd och riktlinjer. Man skapade nationella programområden som inte var heltäckande, exempelvis blev flera specialiteter utan egna områden, som allmänmedicin, invärtesmedicin, anesthesi- och intensivvård och allmänkirurgi. Man började liksom i fel ände.

Olyckligtvis, menar **Jacob Freedman**, gjorde kunskapsstyrningsorganisationen en organbase-rad uppdelning i områden. Det resulterade i att flera specialiteter stod utan programområden. Reumatologi hamnade exempelvis inom rörelseorganens sjukdomar, men efter hårdnackade protester fick de ett eget NPO.

ÄVEN SVENSK KIRURGISK förening protesterade.

– Kunskapsstyrningsorganisationen ville att kirurgi skulle ingå i olika organområden enligt diagnoskodboken, vilket hade blivit katastrofalt. Efter hård kamp fick vi ett eget område som heter NPO kirurgi och plastikkirurgi. Det var viktigt att få representation, inflytande och medbestämmande i kunskapsstyrningen eftersom organisationen redan var på plats.

Jacob Freedman anser att många av de mål som finns i den nationella kunskapsstyrningen hade kunnat förverkligas utan bygget av en "resurskrävande och byråkratisk överbyggnad".

– Mycket fanns redan, exempelvis specialitetsföreningarnas mångåriga arbeten, Socialstyrelsens arbeten med kunskapsstöd och professionens uppbyggnad och utveckling av kvalitetsregister. Det arbetet hade vi kunnat bygga vidare på.

– Redan i dag har vi stora möjligheter att jämföra oss mot varandra genom kvalitetsregistren. Det stora problemet i svensk hälso- och sjukvård är inte kvalitetsbrister. Vi producerar hög medicinsk kvalitet i Sverige, och inom kirurgin ser vi extremt små kvalitetsskillnader, mycket tack vare Svensk kirurgisk förening som skapat kvalitetsregister, utvecklat nationella kurser, formulerat och följt upp utbildningsmål och sett till att kunskapen spridits.



"Man tog inte heller hänsyn till specialitetsföreningars mångåriga arbete med kunskapsstöd och riktlinjer."

Däremot, menar Jacob Freedman, lider hälso- och sjukvården av stora resursbrister. Vissa regioner tvingas skicka patienter kors och tvärs över landet eftersom de inte kan få vård där de bor.

– **DET ÄR ETT AV SKÄLEN** till att vården blir ojämlig och det kommer kunskapsstyrningen inte att kunna lösa. I stället har man skapat en administrativt krävande modell där regionerna måste skjuta till resurser i form av personer med hög forsknings- och sjukvårdskompetens. Och det i en tid när sjukvården går på knäna med brist på vårdplatser, ökande värdköer och en flykt av vårdpersonal.

Om Jacob Freedman hade fått bestämma hade han hellre sett att de resurser som plöjs ned i kunskapsstyrningssystemet hade gått till vidareutbildning av yngre läkare och fortbildning av specialister.

– Det hade varit en mycket smartare investering. Personligen är jag högst tveksam till att man kommer att ändra sina sätt att jobba utifrån vad som kommer ut från kunskapsstyrningen. ◀

”En lång resa att göra”

Nationellt kliniskt kunskapsstöd, NKK, är en webbplats som samlar kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Det omfattar numera både primärvård och specialiserad vård och är en del av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. TEXT EVA NORDIN

SEDAN 1 JANUARI 2022 ansvarar Inera för den nationella redaktionen och utvecklingen av den tekniska plattformen.

– Det är ett slags 1177 för vården. Tidigare hade vi 21 olika redaktioner som arbetade med kunskapsstöd, nu gör vi det samlat nationellt på ett ställe, säger Chris Landergren, medicinskt sakkunnig och tjänsteansvarig för NKK.

I botten är hon specialist i barnmedicin och barnpsykiatri och har länge intresserat sig för utvecklingen av kunskapsstöd.

– När jag var färdig specialist upplevde jag att det saknades kunskapsstöd och började då ta att fram riktlinjer. Sedan dess har det hänt massor och i dag råder ingen brist på kunskapsstöd i sjukvården. Men mycket är spritt och det är svårt att hålla informationen uppdaterad lokalt, säger hon.

NÄR DET NATIONELLA systemet för kunskapsstyrning etablerades 2018 blev nationella kunskapsstödet en del av kunskapsstyrningen och i samma veva breddades uppdraget till att omfatta både primärvård och specialiserad vård.

– Vi har en nationell redaktion med åtta anställda med vårdbakgrund. De stöttar de nationella arbetsgrupperna och nationella programområden som ansvarar för de nationella rekommendationerna. Vi har remissrutiner och en kvalitetssäkringsprocess för samtliga



CHRIS LANDERGREN
är tjänsteansvarig för NKK.

rekommendationer. Vi ändrar inget innehåll, men vi erbjuder redaktionellt stöd och vi har språkliga riktlinjer och en enhetlig innehållsstruktur som är lika för alla kunskapsstöd.

DET FINNS FLERA styrkor med NKK, menar Chris Landergren.

Regionerna kan från den nationella webbsidan hämta hem kunskapsstöden och visa dem direkt på sina egna intranät. De kan även göra kompletteringar med regionala tillägg och riktlinjer, men även andra kunskapsstöd. De nationella rekommendationerna och regionernas tillägg är tänkta att användas i patientmötet. Det kan exempelvis handla om vilka prover som bör tas, vilja behandlingar som rekomen-

deras eller vilka differentialdiagnoser du ska vara uppmärksam på.

– Med hjälp av tekniska tjänstelösningar, API:er, ska regioner kunna hämta hem nationella rekommendationer från NKK:s webbsida. I nuläget är det endast i tre regioner som gör detta och än så länge endast för primärvård. Innehållet för specialiserad vård är inte ännu framtaget i så stor volym, så initialt är det framför allt innehåll för primärvård som kommer att finnas tillgängligt.

Sedan våren 2020 publicerar även NKK kunskapsunderlag som beskriver personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, PSV. I dagsläget finns det 26 PSV.

EN AV FLERA STORA utmaningar, menar Chris Landergren, är att sprida kännedom om NKK och den nationella plattformen för kunskapsstöd i vården.

En annan utmaning är att digitalisera och anpassa kunskapsstöden så att de blir användbara i patientmötet. I dag är en del av kunskapsstöden för specialiserad vård i huvudsak i PDF-format och kan vara på flera hundra sidor. En annan utmaning är att docka in och integrera kunskapsstöden i vårdens egna informationsmiljöer.

– Jag vill inte säga något årtal för när det kan ske. Många regioner byter nu journalsystem och det tar tid innan de är på plats. Dessutom måste man enas om ett gemensamt kodsystem. Det är en lång resa att göra. ◀



MAGNUS RÖJVALL
regional medicinsk chef,
Capio Närsjukvård,
ordförande RPO primärvård
Stockholm-Gotland.

” Jag tycker att det nationella arbetet med att skapa gemensamma nationella kunskapsstöd är rätt tänkt. Men det finns flera barnsjukdomar. En del handlar om att regionerna enskilt äger nomineringsprocessen till de nationella programområdena, NPO. Ett flertal NPO:er som hanterar folksjukdomar saknar helt primärvårdsrepresentation och speglar inte de verkliga behoven. Det finns ju ingen som har det övergripande ansvaret att se till att grupperna är representativa med de kompetenser som behövs för att vara en expertgrupp för vårdkedjan där patienterna i huvudsak får sin vård.

Det finns också en uppenbar risk för att distansen mellan kunskapssystemet och vårdgolvet blir för stort.

Kunskapsstöden är också delvis svårtillgängliga, kanske för att personer från vårdverkligheten inte fullt ut har varit med i framtagandet.

Det är väldigt få i primärvården som läser vårdförloppen. Det kan man nästan inte förvänta sig. Det är nu viktigt att man faktiskt åtgärdar de saker som inte har fungerat. Det är både en effektivitets- och en förtroendefråga.”

RÖSTER OM



REBECKA HULTGREN
ordförande för SSVS, Svensk
förening för kärlkirurgi,
överläkare på Kärlkirurgiska
kliniken vid Karolinska
universitetssjukhuset.

” Svagheter är att inom vår specialitet finns redan i stor utsträckning ett europeiskt kunskapsstöd. De rekommendationer som utgivits har haft helt realistiska mätvariabler, så kallade indikatorer, som inte kan användas.

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet kritisk ischemi (PSV KI) har knappt börjat implementeras
Om det hade gått att backa bandet, vad hade ni velat göra annorlunda?

”Vi hade inte haft en regional ansats utan skapat nationella riktlinjer som bygger vidare på europeiska riktlinjer. Vi hade också omedelbart skapat ett nationellt implementeringsprogram med primärvården som ledare och med sjuksköterskor och övriga specialister inom sjukvården som praktiskt stöd.

Vi hade också skapat en utbildad grupp av kontaktsjuksköterskor som leder och formar vårdförloppen på såväl regional som nationell nivå. Det hade sannolikt räddat implementeringen som nu inte fungerar.”



MATTIAS FREDRICSON
enhetschef Socialstyrelsen,
avdelningen för kunskapsstyrning
för hälso- och sjukvården,
Socialstyrelsen.

” Socialstyrelsen är en av tio aktiva myndigheter som ingår i Rådet för styrning med kunskap. Vi har ett nära partnerskap med regionerna i samverkan och det nationella systemet för kunskapsstyrning.

Socialstyrelsen fortsätter att producera nationella riktlinjer som ska utgöra grundbulten i kunskapsstyrningssystemet. När det finns nationella riktlinjer ska de vara styrande för regionernas kunskapsstöd. Dessa kompletterar det som står i riktlinjerna och bidrar till att kunskapen implementeras.

Vi är väldigt glada för det här samarbetet vi har med regionens system för kunskapsstyrning och arbetet de gör med implementering. Tidigare fick vi samarbeta med 21 aktörer, nu samarbetar vi med en.

Den svaga länken i systemet är att kunskap inte omsätts och den länken måste förstärkas.

Förhoppningen är att regionerna kommer att jobba mer med implementering framöver. Det är något som myndigheten kan bidra till, men ytterst inte säkerställa och ansvara för.”

LÄS MER!
Du hittar längre
svar på
sjukhuslakaren.se

”Återstår bara att också uppfinna ett rullande band där vi kan lägga sjuka människor”

När man lagt tid och energi på att tänka eller göra något, så är det svårt att ändra sig. Vi ser det i alla mänskliga aktiviteter. Daniel Kahneman fick 2002 Nobelpriset i ekonomi *”för att ha infört insikter från psykologisk forskning i ekonomisk vetenskap, särskilt beträffande bedömningar och beslut under osäkerhet”*. Inom vår profession ser vi beteendet när vi låser fast vid fel diagnos eller inte förstår att vi orsakar komplikationer under ett ingrepp. Sunk cost fallacy handlar om detta. Men långt innan begreppet myntades, så har vi berättat om det för varandra: Det går åt skogen när vi tror oss veta allt. Vi förlorar vårt förstånd när vi letar efter universella sanningar. Kejsaren som inte lyssnar på slaven på triumfvagnen kommer att störtas. *”Utan tvivel är man inte riktigt klok”* påminde Tage Danielsson, och han var ju riktigt klok, det vet vi.

De stora projekten är särskilt känsliga för de investerade kostnadernas felbedömningar. Kunskapsstyrningen är inget undantag, och våra tankar styrs alltmer av svårigheter att erkänna misstag och rädsla för att förlora det vi har satsat. Det började med ett alltomfattande arbete, utan planerad utvärdering respektive möjlighet att stoppa eller ändra vägen och slutmålet.

Många är kallade och utvalda att delta i Det Stora Goda. All ofullkomlighet skall bekämpas och alla tidigare osäkerheter försvinna. Stöden ska leda till kunskap, vi kommer att förstå allt och tvivlarna må tystna. Besparingar kommer när vi gör allt för alla – hur det ska ske är lite oklart, det blir nog digitaliseringen som kommer att fixa grejen till slut. De som inte är med på tåget är förlorarna. Vad man kommer att förlora är kanske inte så tydligt, det sas något om den högspecialiserade vården som skulle struktureras av de som fick vara med och bestämma hur.

Sedan närmare tio år har man suttit i möten och

beskrivit hur andra ska arbeta. Samtidigt blev de som arbetade allt färre, allt tröttare och allt ledsnare. Ingen större skillnad har hittills visats för de som allting skulle gynna, det vill säga de patienter kring vilka vi personcentrerar och sammanhåller våra förlopp. Eller rättare sagt – vi gör förloppen för ett symptom, en diagnos eller en åtgärd. Den enskilde patienten passade nog aldrig in i projektet.

ite ändringar har man gjort. Kunskapsstyrningen kallas oftare för kunskapsstöd. Visserligen kommer ju alla våra arbetssätt och hela vår dokumentation att vara styrd av dessa stöd, men vi får ju inte se dem som tvingande. Textmassorna är ofantliga i sitt omfång, det är svårt att se hur man skall använda dem. De är för omfattande för att fungera i en klinisk vardag, men samtidigt för triviala för att ge en förståelse för sjukdomen och åtgärderna. När de fungerar så handlar det om enklare saker – där det fungerade redan innan. I det svårare så famlar vi mer än någonsin efter ett stöd. Men när det nu finns så mycket stöd att få, så kan ju de som kunde jobbet bara hänvisa till stöden och själva göra något annat än att träffa patienter.

Utbildning och utveckling handlar numera om att powerpointa stöden och föreläsa om dem, skapa lokala anpassningar och lägga upp dem på regionens hemsidor. Rädde sig den som kan från lavinen av krav och problem som inte löses med hemsidans förnumstigheter.

Tyvärr verkar vi inte bli inte klokare. William Blake skrev för mer än 200 år sedan om det Stora Godas tyranni: *”He who would do good to another must do it in Minute Particulars: general Good is the plea of the scoundrel, hypocrite, and flatterer, for Art and Science cannot exist but in minutely organized Particulars.”*

När kan vi förvänta oss de utlovade vinsterna? Borde vi inte inom någon del kunna visa på ökad patientnytta, effektivitet eller bättre arbetsmiljö?

”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa” har man som motto.

Man känner igen anslaget från andra storslag-na visioner utan plats för tvivel. Förmodligen kommer även kunskapsstyrningen – eller förlåt, jag menar förstås kunskapsstöden – till sist att demonteras. Vi kommer att minnas det som ytterligare ett uttryck för hybris, önsketänkande och brist på kritisk reflektion. Sunk cost fallacy.

Förväntas vi nu bara fortsätta – och med tillförsikt rusa in i den sköna nya värld vi utmålade för oss? Kunskapsstöden kan väl skrivas av AI, en chatbot kan träffa patienten (patienten kan då själv få anpassa utseende, genus, etnicitet, röst och språk till det som passar bäst) och vi kan alla omskola oss till ledare, strateger och processtöd? Chatboten kan säkert också trösta och prata existentiella frågor med lidande patienter betydligt bättre än vi idag hinner och kan. Återstår bara att också uppfinna ett rullande band där vi kan lägga sjuka människor och ge dem omvårdnad några gånger per dag.

”Oh wonder!

How many goodly creatures are there here!

How beauteous mankind is! Oh brave new world,

That has such people in’t”

(Shakespeare, sannolikt kommer inom kort en korrigerad version av hans skrifter).

Stella Cizinsky

Överläkare i kardiologi och verksamhetschef vid Universitetssjukhuset i Örebro

”

Samtidigt blev de som arbetade allt färre, allt tröttare och allt ledsnare.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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



BENDENT®

Mats Bojestig har varit med från början av kunskapsstyrningen och är ordförande för styrgruppen. Han tycker att systemet har presterat väl hittills. TEXT EVA NORDIN

Finns det skäl till självvrannnsakan?

Många som sjukhusläkaren har pratat med tycker att kunskapsstyrningen är en byråkratisk och resursslukande koloss som inte är förankrad på vårdgolvet eller vetenskapligt utvärderat. Hur ser du på kritiken?

– Kunskapsstyrningssystemet och kunskapsstyrningsorganisationen är uppbyggd under lång tid. Landets regioner och flera myndigheter har beslutat sig för att bygga en struktur som ger en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

– I exempelvis Västra Götalandsregionen finns det över 500 hjärtriktlinjer.

Strategin i kunskapsstyrningen utgår från att det är bättre att 21 regioner samarbetar och samordnar sitt arbete kring kunskapsstöd, datainsamling och uppföljning, än att varje region gör ett eget arbete var för sig.

– Det görs mycket idag i vården utan närmare analys. Vi har stora skillnader i vården. Ta exempelvis höftoperationer. Varför utför Region Värmland 70 procent fler höftoperationer än Västra Götalandsregionen? Det handlar knappast om resurser.

Vissa menar att kunskapsstyrningen kan liknas vid ett tåg som rullar och att rälsen byggs under tiden. Hade det inte varit bättre att först vetenskapligt utvärdera systemet och se till att rälsen var på plats innan kunskapsstyrningen började rulla?

– Jag tycker inte att det har gått för fort. En hel del brister har ändrats och justerats sedan starten och vi lär oss massor längs vägen. Vi har nu ett stort fokus på det stora implementeringsarbetet som pågår ute i regionerna. Här behöver



MATS BOJESTIG är sedan 2006 hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Jönköpings län, samt ordförande för styrgruppen för SKS.

vi hitta fungerande och effektiva sätt som stödjer det arbetet.

Vem ansvarar för att horisontella prioriteringar görs så att vården ges på lika villkor och att den som har störst behov får vård först?

– Det är svårt och komplext. Vi har tillsatt en grupp från kunskapsstyrningen som tillsammans med Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet och några myndigheter ska ha fokus på just horisontella prioriteringar. Men samtidigt, när det gäller vårdförloppen så är det viktigt att se kunskapsstöden som ett stöd och inte som direktiv. Det är syvende och sista den ansvarige läkaren som ska se till att stödet eller stöden anpassas till patientens behov.

Svenska Läkaresällskapet, SLS, har i två rapporter granskat kunskapsstyrningen och riktat vass kritik. Finns det skäl till självvrannnsakan tycker du?

– Vi hade tidigt möte med såväl dåvarande ordförande för SLS, men också med ledningen för Sjukhusläkarna. Vi har varit måna om att ta del av åsikter och synpunkter. Det finns föreningar där samarbetet kan bli bättre, men över lag tycker jag att vi har en god kommunikation med föreningarna.

Det finns enligt kritikerna fortfarande en stor okunskap om kunskapsstyrningens syfte, mål och organisation. Vissa menar att legitimiteten är låg och att kunskapsstyrningen inte kommer att kunna uppnå sina mål. Ser du en sådan risk?

– Det tar tid att etablera ett omfattande sys-

tem som ska verka på flera nivåer. De kommande fem åren ska vi fokusera på att öka kännedomen om systemet och leverera stöd som gör skillnad i vården och som regionerna har nytta av. Det kommer att ta några år innan systemet slår igenom fullt ut. Man måste se kunskapsstyrningen som en utvecklingsresa.

En stark invändning är att det inte finns någon myndighet som är huvudman för kunskapsstyrningen. Hur säkerställer kunskapsstyrningen att implementering, uppföljning och utvärdering inte blir ett fritt valt arbete i regionerna?

– Bakom systemet står regionerna som har bestämt att de vill ta ett gemensamt ansvar för att göra en bra vård ännu bättre, och att alltid använda bästa tillgängliga kunskap.

– Jag ser inte att det skulle finnas en fördel med att en myndighet blir huvudman för kunskapsstyrningen. Regionerna i samverkan har ett partnerskap med flera myndigheter som Socialstyrelsen, Läke-medelsverket och E-hälsomyndigheten. Vi har också IVO som genom tillsyn och tillståndsprövning ska bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Hur ska trovärdiga data samlas in? I dag finns "Öppna jämförelser" och "Väntetider i vården" som kritiker menar levererar vilseledande data som politiker och tjänstemän inte bör använda i sitt beslutsfattande.

– Det är en jättestor och komplicerad fråga. Vi har nationella kvalitetsregister som är en viktig källa till datainsamling. Men vi behöver utveckla och stärka samarbetet mellan registret och de nationella programområdena. Detsamma gäller Tillgänglighetsdatabasen som regionerna ansvarar för. Vår samverkansgrupp för data och analys

leder detta arbete. Inom kunskapsstyrningen har vi också en ny expertgrupp som heter strukturerad vårdinformation och som arbetar med hur vi ska kunna hämta data direkt från våra vårdinformationssystem. Det pågår också flera statliga utredningar som arbetar med förslag för att komma till rätta med bristerna inom detta område.

”Man måste se kunskapsstyrningen som en process och utvecklingsresa där vi ständigt lär av varandra.”

Slutligen, om det gick att backa bandet är det något som borde har gjorts annorlunda tycker du?

– Jag tycker att det är mer meningsfullt att blicka framåt och utveckla arbetssätt för att klara implementeringen och nå kunskapsstyrningens mål. Förhoppningen är också att de nya IT-systemen ska hjälpa oss att nå ut med kunskapsstöden och se till att vi får tillgång till likartade data i regionerna. Den processen har gått långsamt, men det finns numera ett nära och långtgående samarbete med myndigheter, inte minst E-hälsomyndigheten. Jag tycker trots allt att kunskapsstyrningssystemet över lag har presterat väl under de fem år som gått. ◀



"Det finns ett stort glapp i återväxten på chefspositioner"

Varför startade du projektet Potentiella ledare?

– När jag började min tjänst här hade man försökt att tillsätta en permanent verksamhetschef för kvinnokliniken i fyra år utan att lyckas. Det fanns helt enkelt ingen naturlig efterträdare och det fanns ett stort glapp när det gäller återväxten på chefspositioner över lag. Det vi insåg då var att vi måste börja jobba betydligt tidigare i processen och identifiera dem som har lust att bli chefer och ge dem möjlighet att känna efter om detta är något för dem – eller inte. Helt enkelt låta dem göra ett kvalificerat och rationellt vägval.

Hur är programmet upplagt?

– Potentiella ledare riktar sig till alla 1300 medarbetare på Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner så allt från läkare till barnmorskor, arbetsterapeuter, logopeder och kuratorer är välkomna att söka sig till programmet. Du kan antingen ansöka själv om att gå med eller bli nominerad av din chef. Genom att gå det här programmet får du möjlighet att se vilka frågor du som chef kommer att behöva hantera. Vilka situationer kan jag hamna i? Är den här vardagen som ledare något för mig? Det är det som hela programmet går ut på.

Hur många av de potentiella ledarna har fortsatt som chefer hittills?

– Programmet har hållit på ett år och vi är nu inne på tredje omgången av det. Från den första gruppen har fem av femton deltagare valt att fortsätta och befinner sig nu redan i första linjens chefskap. Från den andra omgången valde tre att fortsätta och från den tredje omgången som fortfarande pågår har vi en som redan har tagit steget in i en chefsroll. Så man kan säga att ungefär 20–30 procent av deltagarna har valt att fortsätta hittills. Men även de som har valt att kliva av har varit väldigt nöjda över att ha fått testa på det här – trots att de i slutändan kanske valde forskning eller en mer klinisk bana istället.

Varför behövs det här programmet inom vården?

– Klassiskt bland läkare är att man har kommit väldigt långt i sin läkarroll när man får en chefsroll. Plötsligt ställs du inför helt nya, tuffa frågor som du helt saknar erfarenhet av. Du kanske måste dra in någons semester eller ta tuffa personalsamtal.

Visserligen har du fattat tuffa beslut även i den kliniska vardagen, men där har du fått en helt annan förberedelse. Där har du systematiskt fått ta dig an problemet, identifiera det, göra analys och sedan succesivt med erfarna kollegors stöd skolats in i att ta de svåra besluten. Om man jämför med hur det går till på chefssidan är det som natt och dag och många chefer vittnar om hur utmanande det kan vara att ta i just personalfrågor. Jämför vi med andra yrkesgrupper utanför vården så ligger vi kanske 20 år efter. Ica och andra företag har haft väletablerade interna traineeprogram sedan länge. Att vara en bra ledare är inget man föds till – det är något man lär sig. Vi har även sett en indelning där vi har blivit en väldigt professionshomogen organisation. Men när man väl kliver upp som verksamhetschef måste du kunna vara en bra chef för alla yrkeskategorier. Därför har vi också valt att låta Potentiella ledare rikta sig till alla yrkeskategorier.

Vad hoppas du att Potentiella ledare ska leda till i framtiden?

– Förutom det uppenbara – att läkare och andra som är intresserade får chansen att börja betydligt tidigare med att testa en ledarbana så det blir bättre rustade och får de rätta verktygen – ser jag det här som ett sätt att investera i personalen. De får känna att vi litar på dem och låter dem ägna sig åt de mjuka faktorerna. I regel har de som sökt sig till programmet varit lite yngre men inte nödvändigtvis. Jag hoppas att vi kan fånga dem som kan se på verksamheten med lite nya ögon och bidra till långsiktiga förbättringar. Vi behöver växa organistiskt och vi behöver odla fram våra ledare själva. Precis som vi tar fram våra egna specialister inom andra områden så behöver vi ta fram våra egna specialister på att vara ledare. Det är helt avgörande för att utveckla vården och hålla hög kvalitet för medarbetarna som ju är vår viktigaste tillgång. Självklart ska de ha en närmaste chef som finns där och stöttar och som de kan bolla kniviga situationer med. När vi vet allt det här – då inser vi att det är lika viktigt att investera i nya chefer som det är att investera i till exempel ny, dyr utrustning. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

FOTO ANNA LARSSON

Heidi Stensmyren är chef för Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner på Karolinska och driver projektet Potentiella ledare.

Den 22 februari för tre år sedan fick sjukhuset i Bergamo sin första covidpatient. En månad senare var 80 procent av patienterna covidfall och staden hade den värsta smittspridningen i hela Europa. Överläkaren Stefano Fagiuoli var en av dem som stod i frontlinjen och kämpade både med egen och andras smitta. Han får än i dag tårar i ögonen när han tänker tillbaka.

TEXT KRISTINA WALLIN

FOTO KRISTINA WALLIN
CLAUDIO FURLAN/LAPRESSE

PANDEMIN HAR SATT DJUPA SPÅR I ITALIENSK SJUKVÅRD

DET HÄNDE DÅ

När de första covidfallen upptäcktes i norra Italien infördes omedelbart karantän i delar av Lombardiet. Men myndigheterna missade ett utbrott i Bergamo och smittspridningen skenade snart i ett av de folkrikaste områdena i hela Italien. Bergamo med omnejd blev oerhört hårt drabbat.

Hårt drabbade

Militärfordonen som för bort kistor på covid-döda för att kremiera dem i andra regioner har blivit ikonen för hur hårt Bergamo drabbades under den första covidvågen. Innan den spreds inom media var det få som förstått hur hårt staden och dess omgivning drabbats.



Psykologhjälp

Stefano Fagiuoli fick, som de flesta av kollegorna, psykologhjälp men klarade sig från burn out, som flera av hans kollegor fick för tre år sedan. Däremot har han fortfarande känslor av misslyckande som läkare när han tänker tillbaka på den tiden.



◀ Symbol

Denna väggmålning på sjukhusets utsida blev en symbol i hela Italien för sjukhuspersonalens insats.

▼ Värst

Sjukhuset i Bergamo blev helt oväntat det värst drabbade i hela Europa under pandemins första månader.



ÖDE GATOR DÄR BARA ambulanser kör med sirenerna på, till och från sjukhuset. Kolonner av militära lastbilar som kör kistor till kremering i andra regioner. Utmattad och chockad sjukhuspersonal efter oändliga arbetspass.

Det var Bergamo i mars 2020. Covids ankomst blev en storm som ingen hade förutsett. Överdödligheten blev den i särklass högsta i hela Europa, med nio gånger så många döda som ett normalt år.

– När vi fick den förste patienten 22 februari och startade en covidavdelning med 24 platser, trodde vi att vi överdrev. Det visade sig att vi var tvungna att öppna en ny med 48 platser varannan dag, berättar Stefano Fagiuoli som är gastroenterolog och chef för medicin på universitetssjukhuset "Giovanni XXIII" i Bergamo, och som var med i det kristeam som sjukhuset tillsatte för att hantera covid-19.

Problemet var att det inte gick att utnyttja alla platser. Det tog 36 timmar att få svar på testerna, och innan dess var patienterna tvungna att vara isolerade. Eftersom sjukhuset bara har rum med två sängar, innebar det att en plats försvann.

”*Vi var tvungna att öppna en ny covid-avdelning med 48 platser varannan dag.*”

Ledningen på sjukhuset insåg snabbt att något drastiskt var tvunget att göras. De organiserade kurser för läkarna två gånger om dagen i en stor konferenssal, där alla fick lära sig grunderna i intensivvård, virologi och hur man tar av och på sig skyddsutrustning. De samlades sedan i team om 15 till 20 läkare, med en specialistläkare från IVA i varje team, och resten från alla olika avdelningar. Det var gynekologer, psykiatriker, obducenter – ja, alla med läkarexamen behövdes till slut.

– Vi utvecklade teknologin, så vi kunde göra allt via dator och intranät. Ingen fick använda papper och penna, minns Stefano Fagiuoli.

DE BLEV ALDRIG UTAN skyddsutrustning, men det var nära en gång i början av mars. Då började paniken sprida sig bland personalen, men lagom till nästa pass gick på hade det kommit en leverans.

Redan första veckan i mars ordnade ledningen med psykologstöd till personalen. De flesta mådde rejält dåligt, både av de hårda arbetsvillkoren och av att mista patienter hela tiden. Ingen annanstans i Europa hade covid ännu slagit till

med samma kraft och de kände sig chockade och ganska hjälplösa.

– Patienterna kom för det mesta in med interstitiell lunginflammation. Två dagar senare var de döda. Jag kände mig otillräcklig som läkare och upplevde det som ett personligt misslyckande. Vi visste inte då att det berodde på att patienternas immunförsvar reagerade så starkt att de avled av det. Det är som att döda en fluga på väggen med en bazooka, konstaterar Fagiuoli.

– Men jag undrar om det hade blivit speciellt annorlunda även om vi haft de mediciner vi har i dag. För att fungera ska de ges tidigt under sjukdomsförloppet, men våra patienter var svårt sjuka redan när de kom hit, konstaterar han.

Den 30:e mars var 80 procent av patienterna på sjukhuset inlagda för covid. Tre fjärdedelar av den utökade IVA-avdelningen hade covidpa-



Kritisk

”Arbetsvillkoren för läkare är till och med värre än tidigare”, säger Stefano Fagiuoli.

tienter. Personalen gick på knäna och flera blev sjuka. Stefano Fagiuoli fick också covid, men klarade sig med fem dagars isolering hemma och självmedicinering.

– Det är klart jag var rädd för att tvingas ligga i respirator. Kollegorna ville att jag skulle komma till sjukhuset för behandling, men jag ville vara hemma så länge det gick. Jag drömmer fortfarande ibland att jag sitter isolerad hemma och att det enda ljud som hörs ute är ambulansernas ständiga sirener, berättar han.

I MAJ FICK HAN slutligen tid att sätta sig och titta igenom journalerna för att skriva under där det behövdes. Då brast det.

– 450 journaler och 150 döda. En tredjedel! Jag började gråta och funderade på vad jag höll på med egentligen, trots 35 år i yrket. Det var

Immunförsvaret

Munskydd är fortfarande obligatoriska och Stefano Fagiuoli är nog med att följa reglerna, men anser att de nu gör mer skada än nytta, eftersom immunförsvaret behöver träna upp sig igen.



3 FRÅGOR TILL HENRIK BJÄRTUN OM PROJEKTET VIRTUELL VÅRDAVDELNING

"Fler och fler har börjat se fördelarna"

1 Nu har ni vårdat 100 patienter – vilka lärdomar har ni dragit av projektet hittills?

– Att patienterna upplever det här som väldigt tryggt och är otroligt nöjda med att få kunna få delar av vården i sitt eget hem. De kommer nära sina anhöriga och många som upplevde sig förvirrade inne på avdelningen tyckte att det var skönt att få komma hem till sin trygga miljö. Vi har patienter som aktivt har bett om att få vårdas så här om de skulle behöva vård igen. Även vårdprofessionen börjar inse att detta verkligen fungerar. Vi gör ju det här i samarbete med medicinkliniken på sjukhuset – så en annan viktig lärdom är att den här vårdnivån måste utgå från sjukhuset och dess resurser. Personalen på den virtuella avdelningen behöver stå i direktkontakt med alla sjukhusets jourlinjer och resurser precis som vilken annan vårdavdelning som helst.

2 Vilka svårigheter har ni stött på?

– Som med allt förändringsarbete tar det lite tid att etablera nya arbetssätt. Många var positiva från början men såklart fanns det skeptiker också. Under de här fyra månaderna som vi har hållit på har fler och fler börjat se fördelarna med detta. När det gäller vilka patienter som lämpar sig mindre bra att vårda på virtuell vårdavdelning har vi identifierat dem med oklar diagnos eller som riskerar att försämrats plötsligt. Det kan till exempel vara patienter med arytmiproblematik som kräver kontinuerlig hjärtövervakning. Då tycker vi att de behöver vårdas inne på sjukhuset. Det samma gäller instabila patienter som kan tänkas plötsligt behöva en annan



FOTO: PRIVAT

HENRIK BJÄRTUN

Läkare och medgrundare av Medoma som nu har drivit projektet virtuell vårdavdelning på St Görans sjukhus i fyra månader. Här vårdas patienterna i sitt hem med hjälp av en kombination av digital teknik och fysiska besök av vårdpersonal. Hittills har man bland annat behandlat multisjuka äldre patienter med infektionssjukdomar som behöver upprepade intravenösa antibiotika och patienter med olika former av maligniteter, nydebuterad diabetes, diabetesfotsår eller hjärtsvikt.

vårdnivå som IVA. Totalt har vi återflyttat sex procent av patienterna till en vanlig vårdavdelning och det motsvarar ungefär det som kan ske på andra vårdavdelningar inne på sjukhuset. Det är lite så vi vill att det ska fungera – att vi är en del av sjukhuset som patienterna kan flyttas både till och från. En sömlös överflyttning som inte kräver någon remiss utan där vi helt enkelt är en del av medicinkliniken.

"Vi kan bli ett viktigt komplement till de fysiska avdelningarna."

3 Är virtuella vårdavdelningar en del av lösningen på vårdplatsbristen framöver?

– Det tycker jag absolut – inte hela lösningen men en viktig pusselbit när vi står inför en framtid med en åldrande och växande befolkning. Vi kan bli ett viktigt komplement till de fysiska avdelningarna inne på sjukhusen som avlastar och samtidigt erbjuder en vård med bibehållen kvalitet. Det blir mer kostnadseffektivt och vi kan rotera in befintlig personal och optimera jourlinjerna, något som kommer att bli allt viktigare för sjukhusen framöver. Det finns även ett stort intresse från vårdpersonalen kring det här nya arbetssättet. Flera av läkarna och sjuksköterskorna har beskrivit hur de upplever en positiv maktförskjutning till patienten när vi befinner oss i patientens hem istället för att stå lutade över dem i en sjukhussäng. Flera yrkeskategorier som har ingått i samarbetet har uttryckt att de gärna skulle vilja kombinera detta med att jobba på den traditionella avdelningen i framtiden. ◀ TEXT MALIN GAVELIN

först då som jag verkligen började bearbeta det jag varit med om, förklarar han.

Perioden med covid har satt djupa spår inom den italienska sjukhusvärlden. De yngre läkarna har blivit skrämda av arbetsvolymen och vill inte längre jobba inom den offentliga sjukvården. Över hela landet har det blivit svårt att rekrytera specialistläkare till de flesta avdelningar.

– OM TIO ÅR KOMMER hela sjukvården att ramla ihop om inget drastiskt görs. Trots att vi är ett universitetssjukhus med utmärkt renommé är det få unga läkare som vill komma hit. De föredrar att arbeta privat. Att jobba på ett offentligt ägt sjukhus innebär långa arbetspass och hundratals timmar obetald övertid, så jag förstår dem, konstaterar Stefano Fagiuoli.

– Jag jobbar aldrig mindre än tolv timmar per dag, men trots det finns det många patienter som anser att vi inte gör tillräckligt, eftersom vårdköerna är enorma. Entusiasmen från allmänheten för vårt arbete under covid försvann snabbt, nu anses vi vara privilegierade och lata. Plus korrupperade av läkemedelsindustrin, säger han lite bittert. ◀

Levetiracetam Orion

levetiracetam

Vid behandling
av epilepsi.

Hög leveranssäkerhet¹ och lågt pris²



LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL

1) Leveranssäkerhet 99,4%, mätt i antal orderrader av Levetiracetam Orion levererade från Tamro till öppenvårdsapotek inom 24 tim. från beställning

2) Priser AUP januari 2023, 2 x 500 mg 100 st.

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



Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx] F. Indikation och subvention: Monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. 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 tonisk-kloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Försiktighet och varningar: Nedsatt njurfunktion kan kräva dosjustering. Vid svårt nedsatt leverfunktion rekommenderas utredning av njurfunktionen före fastställande av dosen. Sällsynta fall av cytopenier har förekommit vanligtvis i början av behandlingen. Fullständig blodstatus rekommenderas hos patienter som upplever betydande svaghet, pyrexia, återkommande infektioner eller koagulationsrubbingar. Förlängt QT intervall har i sällsynta fall observerats. Levetiracetam kan orsaka psykotiska symtom och avvikande beteende, inklusive irritabilitet och aggressivitet. Behandling med levetiracetam bör omprövas när en kvinna planerar att bli gravid. Levetiracetam Orion: Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2022-07-21. För priser och ytterligare information se www.fass.se

”Det här kommer att bli oerhört resurskrävande”

Delar av den prisade Borgholmsmodellen införs nu på bred front i Region Skåne, Västra Götalandregionen och Region Jönköping. Men har man verkligen tänkt igenom alla aspekter innan ett litet pilotprojekt expanderas på detta sätt? Det frågar sig Karin Filipsson, ordförande i Sjukhusläkarna i Lund.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO CHRISTIAN ÖRNBERG

VIA VIDEOSAMTAL SKA primärvårdsläkarna tillsammans med patienten snabbt och lätt få tillgång till en specialist inne på sjukhuset för en konsultation, enligt Borgholmsmodellen. På så vis slipper patienten den väntan en remiss innebär och besparar vården många akuta besök längs vägen. Samtidigt sker en upplärning av allmänläkarna som gör att de nästa gång kanske kan lösa liknande patientärenden helt själva, utan vare sig konsultation eller remiss.

Kanon i teorin – men funkar det i praktiken på ett stort sjukhus med många superspecialister? Det frågar sig bland andra Sjukhusläkarnas Karin Filipsson som till vardags är överläkare på endokrinologen på SUS i region Skåne, en av tre regioner som nu planerar att införa delar av Borgholmsmodellen på bred front.

– Jag tror absolut att det här har funkat jättebra och gjort stor skillnad på Öland och på sjukhuset i Oskarshamn där det här har testats. Men situationen är ju inte alls densamma hos dem som här hos oss i Lund. Här har vi betydligt

fler superspecialister där var och en är expert på sitt smala område – framför allt om man har kommit lite längre i sin karriär. Om primärvårdsläkarna vill få tag på exempelvis en ortoped – vem ska de ringa då? Någon som är subspecialiserad på knän? Eller ryggar? Ska alla dessa olika specialister vara ständigt tillgängliga under arbetsdagen utan att ha en patient på rummet?

TILLGÄNGLIGHET ÄR resurskrävande och det kommer att kosta, menar Karin Filipsson. Att det finns en skillnad på en specialist på ett universitetssjukhus och på ett landsortssjukhus som det i Oskarshamn eller regionsjukhuset Kalmar är dessutom odiskutabelt, menar hon. Och detta måste man ta i beaktande när ett litet pilotprojekt expanderas på det sätt som nu sker.

Alla enheter på sjukhuset har redan någon

form av telefonkonsultmöjlighet för primärvård och det fungerar okej i dagsläget, berättar Karin Filipsson vidare. Men att ha en konsulttelefon innebär att man kan svara även med en annan patient i rummet om man har mottagning. Då kan man också komma överens om när man kan ringa upp om man är upptagen. Men enligt Borgholmsmodellen är det trepartssamtal med webbkamera och en patient närvarande som gäller.

– **DET GÖR ATT DET** inte går att träffa några patienter alls de här dagarna när man ska vara tillgänglig för primärvården. Samtalen kan ju komma när som helst, utan någon som helst förberedelse. ”Ni kan ju sitta och administrera under tiden” är det svar vi har fått från chefshåll när vi har ifrågasatt detta. Men om då hela den avsatta tiden går till trepartssamtal med pri-

Jönköping fick en egen modell

När direktivet om att jobba fram en modell för bättre samverkan mellan primärvård och slutenvård i region Jönköping landade på kardiologen och före detta verksamhetschef Pierre Cherfans bord, valde han att gå en helt egen väg. Resultatet har fallit mycket väl ut, menar Sjukhusläkarnas lokalordförande Thorun Frennvall.

– Det är lätt att hamna i det här att vi snabbt ska införa något nytt som låter fläsht. Men jag valde att backa och lyssna in professionen och drog snabbt slutsatsen att enbart digitala trepartskonferenser var inte det behov som vi hade hos oss här i Jönköping, säger Pierre Cherfan, som själv är noga med att ständigt ha en fot kvar på golvet och jobba 20 procent kliniskt, trots sitt administrativa regionövergripande uppdrag.

Det Pierre Cherfan

landade i var att behovet i regionen snarare var att hitta snabba och lätta kontaktvägar mellan primärvården och specialisterna inne på sjukhusen. Det hela mynnade ut i en användarvänlig matris med fyra spår som inte bygger på diagnos utan är tempussatta, det vill säga de bygger på hur angelägna de är.

Det första handlar om att ambulansen alltid ska ha en direkt kontaktväg till primärvården och det andra är ett elektivt spår som bygger på att en chefsjuksköterska vid behov styr upp planerade konferenser mellan primärvården och specialisterna inne på sjukhuset.

De två sista spåren används i mer akuta situationer och går ut på att primärvården har möjlighet att ringa in till en konsultläkare eller bakjourskoordinator för att snabbt kunna skicka patienten till rätt instans och på så vis minska inflödet till akuten.

– Vi är mycket nöjda med Pierres modell och hur han lyssnade in professionen i detta, säger Thorun Frennvall som är ordförande i Sjukhusläkarna i Jönköping. ◀



Karin Filipsson är endokrinolog och överläkare på Skånes Universitetssjukhus i Lund.



”När vi väger in hur många hyrläkare vi har i primärvården kan vi fundera över hur mycket upplärning som kommer att ske.

märvården och patienter – vad händer då med det som de benämner som de administrativa uppgifterna? Jag kan ju inte vara schemalagd för två saker samtidigt.

RENT ADMINISTRATIVA uppgifter är ju dessutom något som läkare egentligen inte lägger renodlad tid på, menar Karin Filipsson. Administrativa uppgifter är ständigt närvarande i form av klick på datorn och rapporter som ska fyllas i, men de kan man inte schemalägga.

– Patientrelaterat arbete är däremot något som i princip alla läkare behöver göra och som vi bör schemaläggas för. Och där blir det en konflikt med att samtidigt vara schemalagd för digital specialistkonsultation. När ska jag då skicka de brev och ringa upp de patienter som jag annars behöver kontakta under denna tid?

Det var vid en risk- och konsekvensanalys av införandet av Borgholmsmodellen på SUS i december månad som Karin Filipsson först fick kännedom om vad som var på gång. Hon fick då veta att planen är att införa detta nya arbetssätt under våren 2023 på reumatologen, akuten, internmedicin, neurologen, ortopederna, barnmedicin och handkirurgen.

MEN TROTS ATT INFÖRANDET bara låg några månader bort hade man från chefshåll varken tänkt på möjlighet till avlösning för lunch eller kaffepaus för läkarna under dessa administrativa pass, berättar Karin Filipsson.

– Jag ifrågasätter inte att det här arbetssättet kan ge många vinster för patienterna i slutändan men faktum kvarstår att det är enormt resurskrävande och fortfarande inte genomtänkt på alla plan. De har helt enkelt inte tagit alla aspekter i beaktande innan de fattade beslut om att införa Borgholmsmodellen här hos oss. När man dessutom väger in hur många hyrläkare vi faktiskt har i primärvården här i Skåne så kan man ju även fundera över hur mycket upplärning av läkarna där som egentligen kommer att kunna ske under dessa trepartssamtal, säger hon. ◀



”När ska jag hinna skicka de brev och ringa de samtal till patienter som jag behöver”, frågar sig Karin Filipsson.

FAKTA: BORGHOLMS-MODELLEN I KORTHET

- ▶ Borgholmsmodellen har fått stor uppmärksamhet tack vare sina goda resultat när det gäller nära vård av äldre och sköra.
- ▶ Modellen, som sätter patientens behov i centrum, bygger på att vården av äldre och sköra med komplexa vårdbehov skrivs in på ett virtuellt hemsjukhus.
- ▶ Syftet är att digitalt knyta ihop patient, kommun och region på ett sätt där alla parter kan samverka sömlöst.
- ▶ Kommunens vårdpersonal har tillgång till regionens journalsystem och en stor del av provtagningar och undersökningar sker från hemmet. I Borgholms kommun är även ambulanssjukvården inkopplad.
- ▶ I stället för att remittera patienterna till specialister inne på sjukhuset har primärvårdens läkare möjlighet att tillsammans med patienten ringa in och ha ett digitalt möte med lämplig specialist för rådgivning och avslut av patientärendet vid sittande bord.

Hur ser du på fackets oro?

I Skåne har man valt att starta igång storskaligt med den del av Borgholmsmodellen som innefattar digital specialistkonsultation. Detta för att få ett större inflöde och kunna motivera att specialisterna avsätter hela arbetsdagar som konsulter, berättar Magnus Eneroth, initiativtagare till införandet av modellen.

NÄR STARTSKOTTET för projektet Digital specialistkonsultation i Skåne gick i januari i år var det i riktigt stor skala. I projektet ingår specialister i både Malmö och Lund inom ortopedi, neurologi, reumatologi, handkirurgi och från både barn- och vuxenakutmottagningarna i samarbete med 18 vårdcentraler.

– Det hade blivit svårt för oss att motivera att läkare inne på sjukhuset ska sitta och vänta så därför har vi valt att ha med 18 vårdcentraler från början och det finns planer på att utöka och involvera ännu fler när vi går från projekt till breddinförande. Vi tittar kontinuerligt på antalet digitala specialistkonsultationer per specialitet och dag. Det får inte bli ett för lågt flöde men inte heller för stort, säger Magnus Eneroth som själv är ortoped i botten men numera projektledare och en del av ledningsgruppen på Skånes universitetssjukhus.

”Själva tanken är att det här ska spara tid.”

I region Skåne har man valt att endast fokusera på införandet av den del av Borgholmsmodellen som innefattar de icke tidsbokade trepartssamtalen mellan specialist,



”Vi tror inte att vi har det optimala arbetssättet direkt. Det kommer att behöva justeras efterhand”, säger Magnus Eneroth.

distriktsläkare och patient, berättar Magnus Eneroth.

Vad hoppas ni att det nya arbetssättet ska leda till?

– Vi gör detta för att det blir mycket bättre för patienterna. En av de stora fördelarna är att det vid ett breddinförande kan bidra starkt till att komma tillrätta med tillgänglighetsproblematiken. Tittar vi i Skåne så väntar just nu cirka 66 000 patienter på sjukhusbesök inom alla specialiteter och alla sjukhus. Tänk om vi hade kunnat lösa en tredjedel av dessa patientärenden direkt, utan att behöva skicka en remiss. Helt plötsligt skulle vi ha löst våra tillgänglighetsproblem till läkarbesök och ur patientperspektivet skulle detta bli enormt bra.

Vilka är svårigheterna med att införa det här på SUS jämfört med på ett mindre sjukhus som där modellen utformades?

– Vi har med 18 vårdcentraler med många läkare per vårdcentral samt sex specialiteter och väldigt många läkare inne på SUS. Det är klart att det är svårare att få alla att känna att det här är viktigt och få alla att förstå alla fördelarna och vilja delta. Samtidigt blir effekten så mycket större när

vi verkligen får det här att fungera. Vi tror och hoppas att när fler använder arbetssättet och börjar märka fördelarna så kommer det leda till att allt fler anammar det.

Hur ser du på fackets oro kring alla resurser det kommer att ta?

– Själva tanken är att det här ska spara tid även för specialisterna inne på sjukhuset, men initialt gör det ju inte det. Om man inte använder den avsatta tiden till att ha digitala möten med primärvården och patienterna, för att inflödet är för lågt, kan det såklart kännas som bortkastad tid. Alla ingående specialiteter med planerad mottagning har schemalagt en speciell linje för detta och initialt blir det en utökning och en ökad kostnad och belastning. Men vi hoppas ju att detta arbetssätt ska leda till ett minskat remissinflöde och därmed frigör tid. Vi tror att det här kommer att sprida sig vidare i landet och bli ett nytt arbetssätt inom hälso- och sjukvården. ◀

TEXT: MALIN GAVELIN

VÄSTRA GÖTALANDS-REGIONEN BÖRJAR I MINDRE SKALA

▶ I VGR har man valt att implementera modellen inom en specialitet, ortopedi, till att börja med.

▶ Projektet har dragit igång på Södra Älvsborgs sjukhus och involverar i dagsläget 16-18 ortopeder som bemannar en form av virtuell ortopedkonsultmottagning där primärvårdsläkarna kan boka in en tid som passar alla tre parter, efter att patienten har skrivit en egen remiss digitalt.

▶ Planen är att expandera och även koppla in kardiologi och psykiatri senare under året, samt succesivt låta fler och fler delar av regionen ansluta sig.

"Ett arbetssätt som bara har vinnare i slutändan"

Borgholmsmodellens upphovsman Åke Åkesson har förståelse för specialisternas farhågor inför införandet av det nya arbetssättet. "Det är en satsning som till en början kräver en hel del men som sedan ger stora vinster" säger han.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO JENNIE ENGSTRAND

ÅKE ÅKESSON ÄR precis på väg att lämna sitt uppdrag som verksamhetschef på Borgholms hälsocentral – men inte för att något fungerar dåligt – tvärtom, betonar han.

– Nu känner jag att allt flyter på och att det finns en efterträdare som kommer att klara det här arbetet hur bra som helst. Nu är det tid för mig att göra andra saker, säger han när Sjukhusläkaren får tag i honom i farten under lunchen en gråmulen torsdag i slutet på februari.

Här, i den gula tegelbyggnaden i Borgholms centrum, kommer hans bebis att få leva vidare, om än med andra vårdnadshavare. Och runt om i landet, i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Jönköping, håller små syskon till Borgholmsmodellen på att födas för fullt. Något som gläder Åke Åkesson mycket.

– Det bästa med det här är ju patientperspektivet – det här är nog den största förbättringen som de kan få uppleva. Att i stället för att hamna i ett vacuum där de är utsatta och behövande och behöver utstå långa väntetider fyllda av oro, kan de nu få allt löst vid ett och samma möte med stort eget inflytande. Det är helt revolutionerande! Dessutom sparar vi in den extra sjukvård som dessa patienter kan komma att söka i form av onödiga akutbesök längs vägen.

MEN MED DET sagt kan Åke Åkesson också förstå de farhågor som specialisterna har inför införandet av det nya arbetssättet på ett större sjukhus som till exempel Skånes universitetssjukhus.

– Det kan jag absolut. Att genomföra det

”Det är helt omöjligt att ha det som en lite sidogrej som man ska lösa samtidigt som man gör en massa andra saker.”

här kräver en hel del från oss inom vården. Det kräver resurser att sitta i digitala möten och vara tillgänglig. Det är helt omöjligt att ha det som en lite sidogrej som man ska lösa samtidigt som man gör en massa andra saker. Det är självklart viktigt att specialisterna inne på sjukhusen får ordentliga förutsättningar för detta om det här ska bli bra.

Hur har strukturen sett ut på sjukhuset i Oskarshamn när ni har testat projektet?

– Där har ortopedspecialisterna varit helt tillgängliga på så sätt att den som har varit konsultansvarig för dagen har bara haft administrativ tid. Man hade då två saker att fokusera på – sin egen administration plus att vara tillgänglig här. Med tiden blev konsultationen mer och mer omfattande, men då får man se det som att det här gör jag nu i stället för att ta emot alla de här patienterna på mottagningen sedan.

Vem är det egentligen som ska sitta och vara tillgänglig som konsult på ett större sjukhus där många är superspecialister?

– På alla sjukhus finns det kvar ett antal breda specialister som har tillräcklig kunskap för att svara på den här typen av frågor från primärvården. I de fall där man inte kan lösa det är det kanske precis då man helt enkelt ska se till så att patienterna får komma in till en vanlig mottagning i stället. En viktig grundprincip är att inte inteckna för många personer i det här. De som ska vara med måste vara positiva och tro på arbetssättet. Kanske ska inte de här personerna jobba med detta hela veckan heller utan snarare en dag i veckan när man har det här som sin enda uppgift.



Om personalen får rätt förutsättningar kan Borgholmsmetoden bli en revolution för vården, menar Åke Åkesson.

Skulle du säga att Borgholmsmodellen är lämplig att införa överallt?

– Om det inte finns några som vill jobba så här så kommer det inte att funka, men annars tycker jag att det funkar överallt. Det här är ett nytt sätt att tänka på och det kräver en extra ansträngning i början, en bulkinsats. Ju mer pressade vi är i en verksamhet desto mindre möjlighet har vi att hinna lyfta blicken och se vad vi skulle kunna göra annorlunda och bättre. Så väldigt mycket ansvar ligger ju på arbetsgivaren i det här. Ger man personalen rätt förutsättningar kommer det här att bli en revolution för vården och för patienterna och vi kommer antligen att kunna ta bort de ständigt ökande väntetiderna. Det här är ett arbetssätt som bara har vinnare i slutändan. ◀

Ortopeden Anthony tror trots allt på modellen

Resursbrist på grannsjukhuset gjorde att försöken att införa Borgholmsmodellens digitala trepartskonferenser fullt ut gick i stöpet. Trots det är ortopederna Anthony Mohlin som deltog i pilotprojektet på Oskarshamns lasarett positiv till modellen och övertygad om att det är ett mycket bra sätt att höja kvaliteten i sjukvården framöver.

► När pilotprojektet att införa Borgholmsmodellens digitala trepartskonferenser mellan specialisterna på Oskarshamns lasarett, primärvården och patienten drog i gång, härjade covid som mest. Detta gjorde att flera opererande specialister hade lite mer luft i systemet än vanligt – något som definitivt underlättade starten, berättar ortopederna Anthony Mohlin som var involverad i projektet från dag ett.

– Vi hade då möjlighet att avsätta en doktor per dag till det här och delade på ansvaret tillsammans med ortopeder på vårt modersjukhus i Kalmar, säger han.

En specialistläkare i Oskarshamn eller Kalmar kunde då finnas uppkopplad och tillgänglig måndag till torsdag mellan klockan 09.00–16.00 och på fredagar 09.00–14.00, fortsätter han. Ingen tidsbokning krävdes – utan distriktsläkaren kunde ringa in när som helst med patienten vid sin sida. I väntan på samtalen skötte Anthony Mohlin och kollegorna administrativa uppgifter. – Att jag som sjukhusspecialist fick direktkommunikation med patienten och slapp gå helt och hållet via remittenten var otroligt värdefullt och kanske den allra största behållningen för mig i det hela. Alla frågetecken kunde rätas ut i stunden. Att vara online alla på en gång är en stor styrka.

– **Men arbetsgivaren** måste inse att ordentligt med resurser måste avsättas för att ro det här i land. Det var där det stupade för oss till slut. Grannsjukhusen tyckte inte att de kunde avsätta den resursen och parallellt med detta så tappade vi tre resurser i form av kollegor som gick i pension lite tidigare än tänkt, säger Anthony Mohlin. Han har därför all förståelse för farhågorna från kollegorna i Skåne kring hur de ska få loss resurser för att införa Borgholmsmodellens digitala trepartskonferenser fullt ut.

– Absolut, vi har ju brist på snart alla yrkesgrupper i svensk sjukvård. Det är klart att jag förstår de farhågorna. Men det är som med så mycket annat, simmar man med bara ena näsborren ovanför ytan så simmar man inte så fort och självklart skapas ett motstånd mot förändringar som kräver det där lilla extra av alla inblandade. Den störta nackdelen med den här delen av Borgholmsmodellen är just att det kräver att man avsätter resurser för att göra detta på ett bra sätt. Det har man inte råd med överallt.

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.



Val av tjänstepensionsavtal – KAP-KL eller AKAP-KR

I vår bör du som arbetar inom kommun- och regionsektorn tänka lite extra på pensionen. Tycker du det känns krångligt? Lugn. Vi har pratat med Cecilia Curtelius Larsson som varit med i pensionsförhandlingarna. TEXT ANNA SOFIA DAHL

FÖRST OCH FRÄMST: Det är svårt att säga vilket avtal som ger bäst pensionsutfall för just dig eftersom det beror på framtida omständigheter som man inte vet något om. Det viktiga för dig är att veta att de båda avtalen fungerar på olika sätt.

Från och med 1 januari i år gäller nya villkor för pensionsavtalet AKAP-KR. Främst handlar det om högre avsättning till pension, men också vem som omfattas av avtalet. (se grafik för vad som gäller)

KAP-KL, det andra pensionsavtal som du inom kommun- och regionsektorn kan omfattas av enligt övergångsbestämmelser ser likadant ut som tidigare. Skillnaden är dock att kretsen för vilka som omfattas av KAP-KL begränsas. Det innebär att KAP-KL fasas ut, men kommer att finnas kvar till 2050. Då fyller den sista årskullen som omfattas av avtalet 65 år. (se grafik för vad som gäller)

OM DU INTE gör något val kommer KAP-KL fortsätta att gälla för dig. Det är enbart om du vill byta till AKAP-KR med extra pensionsavsättningar som du måste göra ett val under valperioden den 1 april - 31 maj 2023.

Du kan byta till AKAP-KR även efter denna period om du kommer överens med din arbetsgivare om det. Det finns då inte någon rätt till

!
Denna artikel är en uppföljning och kompletterar höstens artikel som handlade om förändringarna av pensionsavtalen inom kommun- och regionsektorn från 2023. Läs den på sjukhuslakaren.se.

extra pensionsavsättningar – det måste du också komma överens om i så fall.

Från och med 1 januari 2023 finns det, för den som omfattas av KAP-KL på grund av förmånsbestämt intjänande, en möjlighet att få extra pensionsavsättningar (tilläggsavgifter) vid ett byte till AKAP-KR. Det bytet måste då ske senast den 31 maj 2023. När bytet är gjort går det inte att byta tillbaka till KAP-KL och det gäller även för framtida anställningar.

FÖR DE SOM HAR fler anställningar i sektorn samtidigt är huvudregeln att ett aktivt val av AKAP-KR i en anställning även gäller för den andra samtida (parallella) anställningen. Om du har två samtida anställningar kan du utifrån övergångsbestämmelserna automatiskt föras över till AKAP-KR i den ena och kvarstå i KAP-KL i den andra. Om du inte gör ett aktivt val av AKAP-KR i den anställning där du omfattas av KAP-KL kommer du fortsatt omfattas av de olika avtalen i de olika anställningarna.

Det är viktigt att veta vad de olika avtalen innebär. Därför kommer en kort sammanfattning av AKAP-KR och KAP-KL till höger.

Det är svårt att ge all information i en artikel. Det är därför bra om du läser ytterligare, mer fördjupad information, som finns på Läkarförbundets och OFR:s hemsida.

KAP-KL:S TRE BEN – DET HÄR PÅVERKAR DIN FÖRMÅNSBESTÄMDA PENSION

1 FÖDELSEÅR. Du kan få 55–58 procent, beroende på när du är född, av din genomsnittliga slutlön över 7,5 inkomstbasbelopp.

Lönedelarna över 7,5 ibb av din genomsnittliga slutlön multipliceras med det angivna procenttalet, som bestäms av ditt födelseår, som därefter multipliceras med kvoten från tidsfaktorn.

2 TIDSFAKTOR. Hur länge du har arbetat inom KR-sektorn? 30 år är max och ger en kvot på 1,0. 25 år ger en kvot på 0,83 (25/30). Om du avbryter intjänandet före pensionsavgång blir tidsfaktorn lägre.

3 Din GENOMSNIITTLIGA SLUTLÖN bestäms utifrån din lön under beräkningsperioden. Den förmånsbestämda tjänstepensionen beräknas på de lönedelar som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp.



KAP-KL

Tjänstepension för dig som är född 1985 eller tidigare och arbetar inom kommun och region OCH omfattas av vissa övergångsregler.

- En till stor del förmånsbestämd pension, vilket innebär att pensionen bestäms utifrån en andel av din lön som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp (ibb). 2023 är det en årsinkomst som överstiger **557 250 kr** (motsvarar 46 438 kronor i månadsinkomst).
- Arbetsgivaren sätter även av **4,5 procent** av hela din månadslön upp till att du **tjänar 185 750 kronor** i månaden (30 inkomstbasbelopp 2023).
- Du tjänar in den premiebestämda delen av pensionen mellan 21 år och så länge anställningen består. Den förmånsbestämda delen tjänar du in **mellan 28 och 65 år**.

BERÄKNINGSPERIODEN – VAD INNEBÄR 9-7-5?

Beräkningsperioden är sammanlagt nio år och räknas bakåt från beräkningspunkten.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

De två sista åren innan du går i pension räknas bort.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Av de sju år som återstår används de fem år då du haft högst inkomst för att beräkna din **genomsnittliga slutlön**.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Lägst inkomst under perioden.

- Beräkningsperioden finns för varje anställning. Har du arbetat fem år där tas två av dem bort och den genomsnittliga slutlönen beräknas istället på tre år. Normalt är inkomsten hos sista arbetsgivaren viktigast. Tid från tidigare anställningar i sektorn räknas med, men man tittar på inkomsten separat hos varje arbetsgivare.
- Om du är född i januari förskjuts beräkningsperioden ett år bakåt.
- Varje arbetsgivare står för sin del. De tidigare arbetsgivarna står alltså för den del som motsvarar intjänandet där.

AKAP-KR

Från och med 2023 gäller avtalet som huvudregel för alla som arbetar inom kommun och region oavsett ålder.

- 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 (46 438 kronor 2023).
- Tjänar du **mer än 46 438 kronor** (2023) i månaden sätter arbetsgivaren av **31,5 procent** av de lönedelar som överstiger den gränsen (upp till 30 inkomstbasbelopp).
- 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.

MÅNGA BÄCKAR SMÅ – SÅ BYGGS DIN TJÄNSTEPENSION UPP
I AKAP-KR är det den slutgiltiga livslönen som spelar störst roll för din tjänstepension.

EXEMPEL:
MÅNADSLÖN
62 000 KR

31,5 procent av
15 562 kr (62 000-46 383)
= 4 902 kr

6 procent på lönen
upp till 46 438 kr
(7,5 ibb) = 2 786 kr

= totalt sätter arbetsgivaren in 7 688 kronor i tjänstepension

Det finns en möjlighet att komma överens med arbetsgivaren om att **justera gränsvärdet** för 7,5 inkomstbasbelopp (ibb) efter sysselsättningsgrad. Detta är dock ingen rättighet, men kan göra **stor skillnad om du har två deltidsanställningar** hos två olika arbetsgivare (eftersom du då riskerar att gå miste om om avstättningar på 31,5 procent.

OBS! Beräkning görs per halvår, men anges ovan i månadslön för att förenkla.

FRÅGOR OCH SVAR OM PENSIONEN

Sjukhusläkaren har ställt 19 frågor till Cecilia Curtelius Larsson, pensions- och försäkringsexpert på OFR. Här kan du läsa några av de svar som kanske kan ge dig tillräckligt med kunskap för att fatta ett beslut. TEXT ANNA SOFIA DAHL

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

AKAP-KR är ett helt avgiftsbestämt pensionsavtal (benämns även premiebestämt) där arbetsgivaren sätter av pengar till din pension löpande. Hur stor pension du får avgörs dels av din lön under hela anställningstiden samt hur pensionen förräntats, det vill säga hur dina pensionspengar utvecklas i den pensionsförsäkring eller de fonder de placeras i. Risken för pensionsutfallet ligger på dig. Det finns ingen undre åldersgräns för intjänandet och inte heller någon övre åldersgräns om du tillträtt en anställning före LAS-åldern (69 år). Beräkning sker på halvårslön och betalas kvartalsvis.

KAP-KL har en avgiftsbestämd

del och en förmånsbestämd del. Kortfattat kan man säga att den förmånsbestämda pensionen är en andel av lön över 7,5 inkomstbasbelopp och dess storlek beror på din lön i slutet av anställningen samt hur lång tid du varit anställd. Risken för pensionsutfallet ligger på arbetsgivaren. Den avgiftsbestämda delen i KAP-KL fungerar på samma sätt som avgiftsbestämd pension i AKAP-KR. Intjänande till den förmånsbestämda delen sker mellan 28 – 65 års ålder och den avgiftsbestämda från 21 års ålder. Om du tillträtt anställningen före 67 års ålder fortsätter intjänandet till den avgiftsbestämda delen så länge du arbetar. Den förmånsbestämda pensionen beräknas på ett genomsnitt av flera årslöner och den avgiftsbestämda delen beräknas på årslön och betalas i mars året därpå.

? Jag omfattas idag av KAP-KL, bör jag byta till AKAP-KR?

Det är dessvärre ingen som kan tala om för dig om du bör byta avtal eller ej. Det du kan göra är att sätta dig in i vad de olika avtalen innebär och därefter fundera på hur du tänker att ditt framtida yrkesliv kommer att se ut. Vad som passar dig bäst handlar nämligen dels om din anställningshistorik, dels om hur hög lön du har samt hur du tänker arbeta fram till pension.

NÅGRA FAKTORER ATT TÄNKA PÅ:

► Det KAN det vara mer fördelaktigt att stanna i KAP-KL om du har arbetat länge inom kommun- och regionsektorn, tänker fortsätta arbeta inom sektorn och redan har en hög lön eller kommer att få det framöver.

- På samma sätt KAN det vara mer fördelaktigt att byta till AKAP-KR om du har en kort anställningstid inom kommun- och regionsektorn, har lång tid kvar till pension, är tidig i lönekarriären och funderar på att byta arbete till annan sektor.
- Läkarförbundet kommer under våren med evenemang för att upplysa om valet. Se mer på slf.se.

? Om jag ska byta jobb, finns det någonting att vara extra uppmärksam på om jag vill fortsätta att omfattas av KAP-KL?

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, så trillar du nämligen ur KAP-KL och omfattas av AKAP-KR hos den nya arbetsgivaren. Detta gäller oavsett vad du gör under de 90 dagarna.

Samma 90-dagarsregel gäller för dig som bytt till AKAP-KR och vill fortsätta tjäna in de extra pensionsavsättningarna hos den nya arbetsgivaren.

? Om jag tagit ut förmånsbestämd pension från KAP-KL vid 61 år, kan jag då ta en ny anställning och tjäna in tjänstepension i AKAP-KR?

Ja. Du som omfattas av KAP-KL vid övergången och därmed av övergångsbestämmelserna, kommer att fortsatt omfattas av KAP-KL och tjäna in avgiftsbestämd pension enligt KAP-KL hos nya arbetsgivaren om uppehållet mellan anställningarna i sektorn är maximalt 90 kalenderdagar.

Om glappet mellan anställningarna överstiger 90 kalenderdagar gäller AKAP-KR hos den nya arbetsgivaren. Det går att nå en enskild överenskommelse med den nya arbetsgivaren om att omfattas av AKAP-KR även om 90 kalenderdagar inte förflutit.

? Om man väljer att gå över till AKAP-KR; vad händer med den förmånsbestämda delen i KAP-KL som redan tjänats in? Kvarstår denna?

Det du tjänat in till din förmånsbestämda pension räknas då om till en livränta, så kallad intjänad pensionsrätt 2022-12-31. Den finns alltid kvar och betalas ut livsvarigt när du går i pension. Den räknas upp med förändringen av inkomstbasbeloppet fram till pensionsuttag och därefter med prisbasbeloppet.

? Om jag byter från KAP-KL till AKAP-KR, hur stora är de extra pensionsavsättningarna?

Det beror på vilket år du är född, där de som är födda 1958 får 8,5 procent och de som är födda 1977 eller senare får 0,5 procent. De betalas till 65 års ålder och räknas på den del av din årslön som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp (557 250 kronor för 2023). Tabell över vilka extra avsättningar som görs utöver den ordinarie avsättningen på 31,5 % finns i partsgemensam information som du hittar på Läkarförbundets och OFRs hemsidor samt i anslutning till där du gör ditt val.

? Vilken konsekvens blir det med fler samtidiga (parallella) anställningar i KAP-KL?

Normalt sett får du tillgodoräkna anställningstid hos tidigare arbetsgivare när den förmånsbestämda slutliga pensionen beräknas hos din sista arbetsgivare. Det har betydelse för den så kallade tidsfaktorn. Men, om du haft fler anställningar samtidigt riskerar du att anställningstiden istället beräknas i separata perioder hos respektive arbetsgivare i stället för att räknas ihop. Det kan slå negativt på den slutliga pensionen. Om parallelliteten beror på att en anställning avslutas med hel ledighet samtidigt som ny anställning påbörjats, ska det dock inte få denna negativa effekt. Det framgår av ett beslut i Pensionsnämnden 2015-12-15 som refereras i cirkulär från SKR nr 17:2.

INKOMSTBASBELOPP OCH BRYTPUNKTER

Inkomstbasbeloppet ändras varje år och är 74 300 kr år 2023

7,5 inkomstbasbelopp = 557 250 kr (motsvarar en månadslön på 46 438 kr)

20 inkomstbasbelopp = 1 486 000 kr (motsvarar en månadslön på 123 833 kr)

30 inkomstbasbelopp = 2 229 000 kr (motsvarar en månadslön på 185 750 kr)

Avsättningen i AKAP-KR beräknas per halvår:

3,75 inkomstbasbelopp = 278 625 kr (motsvarar en månadslön på 46 438 kr)

15 inkomstbasbelopp = 1 114 500 kr (motsvarar en månadslön på 185 750 kr)

OBS! Extra pensionsavsättning beräknas per helår.

? Uppstår problem med parallell anställning om jag istället arbetar extra i privat eller statlig sektor?

Nej, där gäller andra tjänstepensionsavtal, vilket gör att problemet inte uppstår.

? Är något av avtalen att föredra om man vill fortsätta arbeta, men deltid på 25 eller 50% efter 65?

Om man enbart ser till vad de båda avtalen ger i avgiftsbestämd pension efter 65 års ålder, så ger AKAP-KR bättre avsättning.

KAP-KL ger 4,5 % på hela lönen och AKAP-KR ger 6 % för lönedelar under brytpunkten och 31,5 % för lönedelar över brytpunkten. (De extra pensionsavsättningarna om du bytt till AKAP-KR upphör vid 65 års ålder). Det går dock inte att enbart se till denna aspekt. Det beror ju på helheten, dvs att du avbryter det förmånsbestämda intjänandet före 65 års ålder.



ILLUSTRATION: LINA SCHNAUFER

DU HITTAR ÄVEN SVAREN PÅ FÖLJANDE FRÅGOR PÅ VÅR HEMSIDA:

? Är det någon skillnad på när man kan börja plocka ut pensionen respektive hur länge man kan ta ut den (begränsad period kontra livslångt)?

? Varför har det varit viktigt att vara anställd 1997-12-31 och fram till 1998-07-01?

? Kan jag ha en heltidsanställning samtidigt med deltidanställning eller timanställning hos annan arbetsgivare i sektorn eller uppstår det en parallellanställning i KAP-KL som leder till lägre pensionsutfall?

? Vad händer om man har dubbla arbetsgivare; exempelvis statligt jobb på myndighet 50% och 50% på sjukhus i regionen alt forskar på deltid och arbetar kliniskt resterande del? Dvs vad är förde-

larna/nackdelen med de olika avtalen om man har två arbetsgivare?

? Hur mycket avsätts i den förmånsbestämda delen inom KAP-KL? Jag har förstått att den avsätts på den del av lönen som överstiger en årsinkomst på 7,5 inkomstbasbelopp och är beroende av anställningstid mm, men har ingen aning om hur den förhåller sig till det nya avtalet rent ekonomisk. Några praktiska exempel på skillnaden i avsättning totalt mellan KAP-KL och AKAP-KR utifrån några olika inkomstnivåer skulle vara varmt välkommet.

? Vad innebär det om man vill trappa ned sin tjänst, snarare än att gå från 110% till 0 över en dag, i samband med pension? Är något av systemen mer lönsamt om man t ex vill

gå ned till 80% i slutet av sitt arbetsliv, innan 65 års ålder?

? Om jag nu väljer att gå över från ett långt yrkesliv inom KAP-KL till AKAP-KR vid 62 års ålder, kommer jag då att förlora mindre pension om jag går ner i arbetstid, jämfört med om jag fortsatt med KAP-KL?

? Är det bara yngre personer som under många år framöver arbetar heltid och är inom AKAP-KR som kommer att kunna se fram mot att kunna gå ner i arbetstid närmare pensionen, utan att förlora så mycket i pension?

? Är något av systemen bättre om man jobbar deltid några år emellan ex vis barnen är små eller under senare period i livet?

? Är det någon skillnad gällande utbetalning till efterlevande anhöriga vid eventuell bortgång?

LÄS MER!

Svaren och fler artiklar om pensioner på vår hemsida sjukhus-lakaren.se

ÅRETS VISSLARE:

”Jag blev stannad av kollegor i korridoren som ville trycka min hand och säga tack”

Ett sparbeting på 350 miljoner kronor fick de båda vårdenhetsöverläkarna Jonas Klang och Sten Jacobsson att tillsammans med fyra kollegor på Skaraborgs sjukhus slå larm om den administrativa överbyggnaden i en välformulerad debattartikel. Reaktionerna lät inte vänta på sig och nu tilldelas de priset som Årets Visslare av Sjukhusläkarna.

► ”För att de på ett modigt och initierat sätt slagit larm om och illustrerat hur mängden icke patientnära administration – detta ”luftslott av meningslös verksamhet, LMV” – i Västra Götalandsregionen har vuxit på bekostnad av kärnverksamheterna, och vilka allvarliga konsekvenser detta har fått.” Så lyder delar av motiveringen till Årets Visslare som förutom till Jonas Klang och Sten Jacobsson även tillfaller kollegorna Tamas Greger, Hrefna Grimsdottir, Gerhard Johansson och Jessica Wettergren.

– Jag blev jättelycklig över priset! säger Jonas Klang. Med tanke på vilka de tidigare pristagarna har varit känner jag mig väldigt hedrad, glad och tacksam över den här uppmärksamheten.

– Ja, det känns verkligen jätteroligt, fyller Sten Jacobsson i. Sjukvårdsad-



ministration och landtingsekonomi är ju oerhört tråkiga ämnen, som man helst inte vill ha med att göra. Därför känns det väldigt roligt att det blev det här och inte något mer spektakulärt som Sjukhusläkarna valde att uppmärksamma. Byråkratisk överbyggnad är ju kanske det minst spektakulära man kan pyssla med.

Men trots ämnets begränsningar lyckades alltså de sex vårdenhetsöverläkarna med konststycket att få igång debatten rejält och reaktionerna från kollegorna har varit både massiva och översvallande positiva.

– Ja, responsen har verkligen varit enorm. På sjukhuset dagen efter att debattartikeln blev publicerad blev jag stannad av kollegor i korridoren som ville trycka min hand och säga tack för att vi satte fingret på detta. Det var fullständigt överväldigande! Det är ju en nervös känsla när man sticker ut hakan på det sättet som vi gjorde och vi är inte vana vid att vara i hetluften. En liten del av en tänker att man kanske är ensam om att se de här problemen. Men nu har vi fått bekräftat från så många håll att jo, kejsaren ÄR naken. ◀

TEXT: MALIN GAVELIN

Spor belönades med Friska sjukvårdspriset

► Sedan 2011 har Svenskt perioperativt register, Spor, samlat data från operationer i Sverige. Visionen är säker operationssjukvård genom systematisk uppföljning, kvalitets-säkring och forskning till nytta för patienter.

Nu belönas arbetet med Friska sjukvårdspriset av Sjukhusläkarför-eningen.

Bengt Cederlund är överläkare på

intensivvårdsavdelningen på Söder-tälje sjukhus samt registerhållare för Spor.

– Det är förstås hedersamt och ett erkännande för det gedigna teamarbete som pågått sedan 2011. Ett omfattande och omistligt arbete har gjorts av landets

operationsavdelningar för att samla in data med hög kvalitet. Mycket har skett ideellt, men numera har vi möjlighet att arvoda vår styrelse. På senare år har vi också lagt ned ett stort arbete på att samtala med politiska beslutsfattare, tjänstemän och media, säger han. ◀



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.

De finns i 3 storlekar:

3-5 år 16-23 kg, 4-7 år 17-30 kg och 8-15 år 27-57 kg till både pojkar och flickor.



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



Få mer information på www.drynites.se



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



Elin Karlsson.



Bengt von Zur-Mühlen tackades av.

FOTO: JANNIS POLITIDIS

Fullmäktige om ledarskap, vårdplatsbrist och granskningar av sjukhus

När representanter för Sjukhusläkarnas styrelse och lokalavdelningar möttes på årets fullmäktigemöte var det tätt mellan de engagerade diskussionerna.

– Vi har ett viktigt arbete framför oss. Vi behöver vara med och få till förändringar, inte minst i vårdplatsfrågan, säger Elin Karlsson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Drygt 60 deltagare från olika delar av landet träffades under två fullspäckade dagar på Westmanska palatset i centrala Stockholm. På mötet valdes **Shokoufeh Manouchehrpour** till ny förste vice ordförande, **Karin Filipsson** valdes till ny andre vice ordförande, medan **Jonas Holm** (omval), **Sten Östenson** (omval) och **Lars Rocksén** (nyval, tidigare adjungerad ledamot) valdes till styrelseledamöter. **Mikael Nilsson** valdes till ny suppleant.

Samtidigt tackade styrelsen av den mångåriga och mycket uppskattade styrelseledamoten och förste vice ordföranden **Bengt von Zur-Mühlen**.

Vid sidan av mötesförhandlingarna fick deltagarna ta del av presentationer från inbjudna gäster.

Sjukvårdsminister **Acko Ankarberg Johansson** betonade i ett anförande att lägstanivån på vårdens kapacitet i landet är alldeles för låg.

– Vi genomför en bred palett av åtgärder. Det handlar om bättre arbetsmiljö, om att öka vårdkapaciteten och att öka antalet vårdplatser. Vi har för få vårdplatser i dag.

Sofia Wallström, generaldirektör på Inspektionen för vård och omsorg, lyfte i en dragning hur myndigheten arbetar vidare med

kritiken som den i en nationell tillsyn har riktat mot 27 granskade sjukhus.

– Läget är allvarligt. Det är inte personalen som sviker, det handlar om att vårdgivarna ska ta sitt ansvar, säger hon.

Naomi Clyne, överläkare, docent och författare till "Ledarskap i sjukvården", redogjorde för hur det inom svensk sjukvård under lång tid har skett en avprofessionalisering – det har varit viktigt att vara mer lojal till den politiska ledningen och tjänstemannaledningen än patienten. – Det krävs ett nytt synsätt, säger hon. /Sjukhusläkarna



Sjukhusläkarnas styrelse.

MOTIONER I KORTHET

– Dessa frågor ska Sjukhusläkarna jobba med

Under Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte behandlades och beslutades det om totalt åtta motioner. Här är en kort sammanfattning av de frågor som föreningen ska arbeta med under året.

Sjukhusläkarna Göteborg lämnade in ett flertal motioner till årets fullmäktigemöte. Fullmäktige beslutade att Sjukhusläkarna ska verka mot generella begränsningar i förskrivningsrätten för legitimerade läkare.

Sjukhusläkarna ska även arbeta för att läkares roll i vårdkedjan tydliggörs – det vill säga att politiker och tjänstemän får bättre kunskap om läkares ansvar för patienterna och sjukvården – samt noggrant bevaka myndigheternas agerande i frågan.

Föreningen ska därtill fortsätta att via sina påverkanskanaler verka för att arbetsgivaren beräknar personalomsättning i kombination med mått på kunskap och erfarenhet.

MOTIONÄREN HELENA Erlandssons bidrag om kvinnosjukvården i Lycksele resulterade, efter ett förslag på nya att-satser från Sjukhusläkarna Dalarna, Västerbotten, Ångermanland och Örebro, i att föreningen ska arbeta för att sjukvård leds av en verksamhetsnära ledning, att tillgången till jämlik akutvård inklusive obstetrik säkras över hela landet, samt att det finns nationella krav på regionerna för kompetensförsörjning även i glesbygd.

Sjukhusläkarna Lunds motioner ledde till att Sjukhusläkarna ska arbeta för att obligatorisk fortbildning för specialistläkare införs som en central del i arbetsgivarens ansvar, att en individuell fortbildningsplan ska upprättas eller revideras årligen vid medarbetarsamtal, och att fortbildningen varje år ska rapporteras i vårdhuvudmännens verksamhetsberättelser.

SJUKHUSLÄKARNA SKA också verka för att fler läkare ska ha rätt till ekonomisk ersättning för arbetad övertid och att arbetsgivaren ska registrera all övertid enligt arbetstidslagen. Föreningen ska också motverka att läkare tvingas avtala bort rätten till ersättning, samt motverka att arbetsgivaren skriver bort rätten till kompensation för övertid i anställningsavtal. Sjukhusläkarna ska samtidigt verka för att läkare informeras om reglerna i kollektivavtalet om övertid och hur man registrerar övertid.

Sjukhusläkarna Helsingborg, Lund och Malmö startade en engagerad debatt på mötet med sin motion om att föreningen ska jobba för ett införande av ett enhetligt nationellt journalsystem. Fullmäktige beslutade att anse motionen besvarad.

Sjukhusläkarna arbetar för att:

- Främja hälso- och sjukvårdens utveckling.
- Främja den medicinska undervisningen och forskningen.
- Tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen.

26

VISSTE DU ...

... att Sjukhusläkarna har 26 lokalavdelningar över hela landet? Hitta din på slf.se/sjukhuslakarna/lokalavdelningar/

MISSA INTE VÅR HEMSIDA:

sjukhuslakarna.se

HAR DU FRÅGOR OM DITT MEDLEMSKAP?

Kontakta Läkarförbundets medlemsadministration på medlem@slf.se eller 08-790 35 70.

Sjukhusläkarna



Mer information om temadagen finns på Chefsföreningens hemsida: slf.se/chefsforeningen.

FOTO: GETTY IMAGES

TEMADAG OM STYRNING MED INTERNATIONELLA GÄSTER

Chefsföreningen anordnar den 3 maj en temadag med rubriken ”Vem leder hälso- och sjukvård och hur leds den?” Arrangemanget har ett nordiskt jämförande perspektiv.

Under dagen samlas ledande företrädare för hälso- och sjukvården i Sverige och andra nordiska länder för att diskutera vilken roll läkare tar i olika styrmodeller och hur man från ledande nivåer ser på läkares bidrag i strategisk och operativ ledning.

– Som alla vet är det en utredning på gång om statlig styrning och det är ett hett ämne politiskt. När vi planerade vårt tema kändes det naturligt att bjuda in representanter från våra nordiska grannländer så att vi kan jämföra och samtala om för- och nackdelar med de olika vägarna man valt. För oss är det även naturligt att

lyfta fram hur man tillvaratagit läkares kompetens i de olika systemen, säger **Tina Crafoord**, ordförande för Chefsföreningen.

Bland de medverkande finns sjukvårdsminister **Acko Ankarberg Johansson**, **Camilla Noelle Rathcke**, ordförande för Danmarks läkarförbund, **Janne Aaltonen**, vd för Finlands läkarförbund, **Dögg Pálsdóttir**, vd för Islands läkarförbund och **Emma Lennartsson**, regiondirektör hos Region Stockholm.



– Jag är oerhört glad att alla snabbt och ivrigt svarade ja på att delta. Det visar att de verkligen

brinner för frågan och vill se en livfull diskussion kring styrning och ledning och läkare som chefer. Jag ser fram emot givande och inspirerande dragningar och paneldiskussioner, säger Tina Crafoord.

Temadagen anordnas i anslutning till Chefsföreningens årsmöte och äger rum i Läkarförbundets lokaler på Villagatan 5 i Stockholm.

– Våra deltagare kommer få en unik samlad bild av de nordiska ländernas olika sätt att se på styrningen av vården och även synen på ledarskap. Det är inte ofta man får representanter från de olika nordiska länderna samlade så här för ett offentligt samtal, säger Tina Crafoord.

/Sjukhusläkarna

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

Förkortad produktinformation

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 och pediatrika patienter i åldern 3 månader och äldre. 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 Vuxna:** Rekommenderad dos av dalbavancin är 1500 mg administrerat som en enstaka infusion eller som 1000 mg följt av 500 mg en vecka senare. **Barn och ungdomar från 6 års ålder till yngre än 18 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 18 mg/kg (högst 1500 mg). **Spädbarn och barn från 3 månaders ålder till yngre än 6 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 22,5 mg/kg (högst 1500 mg). **Administrerings sätt** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädning 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 för försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produktnummer 12/2022.

För fullständig information hänvisas till FASS.se

Vid medicinska frågor kontakta: medicalinformation@advanzpharma.com eller tel. 020 088 02 36.

Endast för vårdpersonal.



ADVANZ

PHARMA

SUBVENTIONEN INKLUDERAR
HFrEF, HFmrEF OCH HFpEF¹

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® (empagliflozin) den enda SGLT2-hämmaren med både indikation och subvention vid kronisk hjärtsvikt, oavsett ejektionsfraktion¹⁻³



1 tablett 10 mg - 1 gång/dag

1. JARDIANCE® produktresumé 07/2022 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 $eGFR \geq 45$ ml/min/1,73 m², vid DM typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom vid $eGFR \geq 30$ ml/min/1,73 m² och vid hjärtsvikt (med eller utan DM typ 2) vid $eGFR \geq 20$ 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.