

Sjukhus läkaren

#3
2023

Ditt granskande öga mot vården

ADMINISTRATION

GRANSKNING

- ▶ **Struntsummorna som bollas runt**
- ▶ **Tre läkare loggar sin arbetsdag**
- ▶ **På Sahlgrenska ska administrationen stoppas helt**



Ledaren: *Mätandet har blivit ett självändamål*



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 hjärtklaffprotes 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

Det kom ett tips ...

...till oss på redaktionen från en frustrerad läkare vars vardag präglas av så mycket administration att hen tvingas sitta på övertid för att hinna med. Det som tynger mest är fakturor – mängder av fakturor. Och inte vilka fakturor som helst! Många gånger är de på rent ut sagt löjliga småsummor. Kronor och ören ner på en snudd på osannolik detaljnivå.

Finns det möjlighet för oss att titta närmare på detta fenomen? Läger fler läkare runt om i landet sin dyrbara tid på den här typen av uppgifter i stället för på patientnära arbete?

Vi beslöt oss för att verkligen gå till botten med det hela och begärde ut samtliga interna transaktioner under 200 kronor som har hanterats manuellt på landets sjukhus det senaste året. Ett digert arbete skulle det visa sig – för träffarna var långt ifrån få!

Resultatet av vår granskning kan du läsa mer om på sidan 18.

Där kan du även läsa vad professorn i offentlig förvaltning, Anders Ivarsson Westerberg, har att säga om denna form

av detaljerad ekonomistyrning som tillämpas i tre fjärdedelar av alla regioner runt om i landet.

Samt vad han anser om att högutbildade personer, som exempelvis läkare, är satta att hantera dessa småsummor som i vår anonyma tipsares exempel.

Som du kanske har anat vid det här laget är administration det stora temat för detta nummer av Sjukhusläkaren. Men det är långt ifrån det enda ämne vi lyfter. Vi tittar bland annat närmare på hur friskvårdsbidragen skiljer sig åt mellan de olika regionerna i landet – och gör ett besök i Mora där överläkaren Sacha Wagner med hjälp av Moramodellen lyckades vända en dyster utveckling med massflykt av sjuksköterskor på bara sju veckor.

Trevlig läsning – och glöm inte att höra av dig till oss med tips på nästa ämne som vi borde titta närmare på!

Malin Gavelin
tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

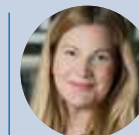
REDAKTION

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 #4 kommer
den 22 september.

#3 2023:

- 6–7: Ledaren med **Shokoufeh Manouchehrpour**
- 8–9: I omlopp
- 10: Kommentar: **Johan Thorfinn**
- 12–13: Johan tvingades fasta i nästan en vecka
- 14–15: Bilden: Byggkaos i Helsingborg
- 16–17: Krönika: **Thomas Zilling**

TEMA:

- 18–19: Struntsummorna som bOLLAS runt
- 20–21: Professorn sågar systemet
- 22–25: Överläkarnas loggböcker
- 27–31: Stopp för administrationen på Sahlgrenska – men när?
- 32: Här ska alla chefer ha en fot på golvet
- 34–35: Gästkrönika: **Sten Östenson**

- 36–39: Ambulansen vill inte korsa regiongränsen
- 40–42: Vad hände sen? Maten i Falun
- 44–51: Bildextra: Moramodellen
- 52–53: Hallå där **Naomi Clyne**
- 54–55: Kollen: Friskvård
- 57–63: Fördomsbonanza med Rondenläkarna
- 64–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna

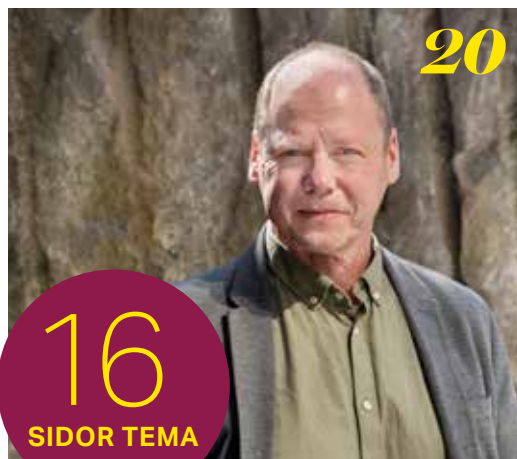


FOTO KRISTINA SAHLÉN



ILLUSTRATION AINA VON SEGBADEN



FOTO THOMAS CARLGREN



FOTO: GETTY IMAGES

PÅ OMSLAGET**TEMA: ADMINISTRATION**

Läs bland annat om de frustrerande småsummorna som genererar mängder med administration runt om i regionerna.

3.500 kr

► Så mycket högre friskvårdsbidrag har anställda i region Sörmland än anställda i region Västernorrland visar Sjukhusläkarens kartläggning. ◀

Läs Kollen på sid 54.

**Bakom kulisserna**

► Frilansande fotografen och mångsysslaren **Nettan Kock** fotade bildreportaget från Mora Lasarett. ◀

Se bilderna på sid 44.

TRIGLYCERIDER

SER DU HELA BILDEN?

Dagens riskfaktorer vid hjärt-kärlsjukdom – kolesterol, högt blodtryck, diabetes, rökning, fysisk inaktivitet och kostvanor – ger inte hela bilden.¹ Med triglycerider kan vi identifiera patienter med extra hög kardiovaskulär risk då även lätt förhöjda nivåer ($\geq 1,7$ mmol/L) kan indikera en högre risk för återinsjuknande och till och med död.²⁻⁴

Det är dags att agera även på lätt förhöjda triglyceridnivåer. Läs mer om hur vi arbetar för att minska risken för kardiovaskulära händelser på amarincorp.se.

Ref: 1. 1177.se, Hjärtinfarkt, senast uppdaterad 2021-06-23. 2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337. 3. Ohm J, Hjemdahl P, Skoglund PH, et al. Lipid levels achieved after a first myocardial infarction and the prediction of recurrent atherosclerotic cardiovascular disease. Int J Cardiol. 2019;296:1-7. 4. Klempfner R, Erez A, Sagit BZ, et al. Elevated Triglyceride Level Is Independently Associated With Increased All-Cause Mortality in Patients With Established Coronary Heart Disease: Twenty-Two-Year Follow-Up of the Bezafibrate Infarction Prevention Study and Registry. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2016;9(2):100-108.

© 2023 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.

SE-NP-00103. 11.05.2023

AMARIN

Sergels Torg 12, 111 57, Stockholm, Sverige
Organisationsnr 516412-6558
amarinconnect@amarincorp.eu
www.amarincorp.se

"Mätandet har blivit ett självändamål som tar dyrbar tid från läkarna – och patienterna"

Allt var inte bättre förr – men några saker var det definitivt. Jag tänker tillbaka på 80-talet när jag som nybliven legitimerad läkare eller ST-läkare faktiskt ägnade min arbetstid åt att vara på avdelning, mottagning, operation, förlossningen, akuten med mera. Åt patientarbete, helt enkelt!

Men nu och under de senaste decennierna har jag och mina kollegor hamnat i en ond cirkel där allt mer av vår arbetstid går åt saker som egentligen inte har något med våra egentliga "arbetsgivar", det vill säga våra patienter, att göra.

Men hur har vi egentligen hamnat här? Hur kan vi tillåta att till och med en senior läkare sitter och registrerar DRG-poäng? Till vilken nytta och för vems skull?

Vi vet att svensk sjukvård är en av de bästa i världen men hur kommer det sig då att man i rapporten "Ur led är tiden" från Myndigheten Vårdanalys 2013, visar att trots ett högt antal läkare, är tiden för möte mellan läkare och patient kort jämfört med andra OECD-länder? Är det läkarnas fel? Nej, verkligen inte!

Sedan några decennier och med smygande intåg av NPM (New Publik Management), har välfärden blivit alltmer toppstyrd. Detaljstyrning och byråkratisering är dock tyvärr inte unikt för sjukvården utan detta har även drabbat polisen, skolan, högskolan och socialtjänsten.

INGET SLÅR FYSISKA MÖTEN

Den digitala vården lanserades 2015 med vårdbo-laget Kry. Jag är varken reaktionär eller bakåtskrämd men för mig är mötet mellan läkare och patient och kontinuiteten en av huvudpelarna inom vården. Även om den etiska stressen kan tära både på kroppen och psyket kan inget ersätta tillfredsställelsen man får när man träffar en av sina många nöjda patienter fysiskt.

NPM infördes i syfte att effektivisera vården och i takt med det har kärnverksamheten blivit alltmer lidande. Vi har en decentraliserad vård med 21 regioner och 290 kommuner där samordning mellan de olika aktörerna är bristfällig.

Läkare och övrig sjukvårdspersonal tyngs alltmer av diverse administrativa arbete. Läkarna – vars viktigaste arbetsuppgift är att ta hand om patienter – måste registrera kvalitetsparametrar, sköta kvalitetsregister, rapportera till

myndigheter och jaga DRG-poäng samtidigt som man handskas med ett dåligt, icke fungerande IT-system.

Dokumentationen och "mätandet" har blivit ett självändamål då detta drar in mer pengar åt verksamheten medan det tar dyrbar tid från läkarna – och i ett större perspektiv – från patienterna.

Vad är då administration? En definition är denna (Forsell och Ivarsson Westerberg 2014): "Administration är allt skapande och all insamling, bearbetning, sammanställning och avrapportering av information till olika intressenter (ägare, ledning, chefer, personal, intressegrupper, myndigheter, kunder, leverantörer, media med flera) som syftar till att upprätthålla, samordna och styra ett organisatoriskt system av något.

En kartläggning från 2018 visar att antalet administratörer har ökat med 36% sedan 2010 medan antalet läkare har ökat med 16% och antalet sjuksköterskor till och med har minskat. Med andra ord – administratörerna har gått om vårdpersonalen!

Och trenden fortsätter. I tidningen Dagens Samhälle den 11/5 2023 redovisar man att mellan 2019-2022, har antalet administratörer, handläggare och chefer ökat med 8 % medan vårdpersonalen med bara 3%. I kartläggningen ingår inte medicinska sekreterare vars arbete är absolut nödvändig för avlastning av läkare och övrig vårdpersonal. Hur ska vi lyckas vända trenden?

Några regioner har under de senaste åren haft för avsikt, eller åtminstone säger de att de har för avsikt, att minska antalet administratörer.

Nyligen fick vår sjukhusdirektör på Sahlgrenska universitetssjukhuset ett uppdrag från den politiska ledningen att administrativa "rutiner och uppdrag" som inte är vårdnära ska identifie-

ras och avslutas och att alla nyanställningar ska beslutas av höga chefer.

Detta är naturligtvis välkommet och vi önskar henne lycka till. Hon säger i en intervju med Dagens Samhälle att "det som inte skapar värde ska avvecklas".

Vi tycker dock inte att detta är tillräckligt. Vi inom Sjukhusläkarna vill att:

- **Vården ska bedrivas tillitbaserad och inte byråkratiseras och detaljstyras (Vården under Covid-tiden är ett bra exempel på detta.**
- **Vården ska ledas och utvecklas av professionen med den högsta medicinska kompetensen som har tätt kontakt med kärnverksamheten och en fot på golvet.**
- **Duktiga, yrkesskickliga läkare och övrig vårdpersonal ska premieras så väl lönemässigt som karriärmässigt så att de trivs och stannar kvar inom verksamheten.**
- **Våra kunniga, hjälpsamma medicinska sekreterare är nära kärnverksamheten och ska inte betraktas som administratörer vars tjänster behöver stoppas och avvecklas.**

Shokoufeh Manouchehrpour
1:e vice ordförande
Sjukhusläkarna



VI ANGER INTE!

I Tidöavtalet finns ett förslag på att offentliganställda ska bli skyldiga att ange papperslösa människor till myndigheter. Detta har väckt många protester. I december 2022 ställde sig drygt 4 000 vårdanställd bakom ett upprop mot flera av förslagen i Tidöavtalet. I mars 2023 skrev SACO en artikel under rubriken "Att ange papperslösa strider mot yrkesetiken" som undertecknades av samtliga 21 förbund.

I mars 2023 lanserades åter ett upprop under namnet "vi anger inte" där vårdanställda kan skriva under texten: "Vi arbetar i vården och lovar varandra: Oavsett hur lagarna ändras kommer vi aldrig att ange papperslösa patienter till polisen."

Gruppen anger dessa punkter som argument:

- Rädslan för att bli angiven ska inte hindra någon från att söka vård som kan vara livsnödvändig.
 - Tystnadsplikten är en förutsättning för vårt arbete som vi inte tänker tumma på.
 - Vi har redan för mycket stress och etiska dilemman på våra jobb. Vi behöver inte fler orimliga krav på oss från politiker.
- 2 350 personer har skrivit under uppropet i skrivande stund. Så mitt budskap till kollegor som är rädda och ängsliga för att behöva gå emot yrkesetiken är: Mänskligheten lever fortfarande – vi anger inte!

SJUKSKÖTERSKEBRIST ÖVERALLT

➤ För första gången någonsin råder det brist på anställda sjuksköterskor i landets samtliga regioner. Det visar färsk siffror från Socialstyrelsen. Enligt Vårdförbundet är den viktigaste åtgärden för att åstadkomma en förändring av situationen en förbättring av sjuksköterskornas arbetsmiljö. ◀



ÖVERLEVAD VID HJÄRTSTOPP – EN RESURSFRÅGA

➤ Chansen att överleva ett hjärtstopp ökar om sjukhuset personen vårdas på är stort och om avdelningen har bra resurser. Det visar en avhandling vid Göteborgs universitet. Att hjärtstoppet sker dagtid är också kopplat till bättre överlevnadschans. ◀

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



FOTO GETTY IMAGES

Tuffa ekonomiska tider i regionerna

➤ 17 av 21 regioner har budgeterat med underskott för 2023 och nästa år förväntas den ekonomiska situationen försämrats ytterligare. Det visar årets ekonomirapport från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Lågkonjunkturen tillsammans med den höga inflationen är de främsta orsakerna till att regionerna har svårt att få ihop budgetarna, uppger SKR vars ordförande Anders Henriksson beskriver det hela som "ett excep-

tionellt ekonomiskt läge". Försvagningen kommer främst från kraftigt ökade kostnader för pensioner, räntor och stora prisökningar inom välfärdens verksamheter. Regionerna påverkas också i allt högre grad av den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning som gör att behovet av välfärd ökar samtidigt som man har stora utmaningar med att hitta arbetskraft med rätt kompetens. ◀

66

år är numera den genomsnittliga pensionsåldern för en kvinnlig läkare. **Manliga läkare jobbar i genomsnitt något längre, till 66,3 års ålder.** Det visar färsk statistik från Pensionsmyndigheten. Den yrkeskategori som har högst genomsnittlig pensionsålder av alla är manliga universitets- och högskollärare med 66,8 år.

GEMENSAMMA JOURNALER BELÖNAS MED NATIONELLT PRIS

Region Västmanland och länets kommuner har vunnit priset Årets Brobyggare för sin satsning på journaler som följer patienten – oavsett om man vårdas av regionen eller kommunen. Bakom priset står Dagens medicin i samarbete med bland andra Läkarförbundet och Svensk sjuksköterskeförening. ◀



Reaktioner på Sjukhusläkaren #2

➤ I vårt förra nummer rapporterade vi bland annat om ökningen av antalet misslyckade kosmetiska operationer som har noterats av var femte verksamhetschef inom områdena kirurgi och plastikkirurgi. Nyheten plockades upp av bland annat Ekot, SVT, TV4 och Dagens medicin och väckte även en hel del reaktioner hos er läsare.

Det är fullkomligt orimligt.
/Lars Larsson på Facebook

Den här diskussionen om hur personer som frivilligt och på egen bekostnad låtit genomföra plastikkirurgiska ingrepp vid privata kliniker och som sedan "belastar" sjukvården då det blir komplikationer, den har varit uppe på hemmakliniken också.

Som exempel: Patient med komplikation efter bröstplastik genomförd utomlands inkommer med totalt haveri med sårruptur, nekroser, infektion. Tongivande överläkare

uttalar på morgonmötet stark kritik om hur dessa patienter belastar klinikkens resurser i form av vårdplatser och operationsutrymme.

Varvid jag, som bröstkirurg, går i svaromål med att det där, det där är en diskussion vi kan ha: Det är även frivilligt att sätta sig på en motocrosscykel, en häst, kliva upp på taket och ersätta trasig takpanna i stället för att anlita en fackman med erforderlig säkerhetsutrustning, hoppa fallskärm, köra bil för all del.

Finns ju ett antal fler aktiviteter med potentiellt skadepanorama som kan behöva akut sjukvård om olyckan är framme. Det här är sjukvård och inget annat, sa jag, fick medhåll av annan tongivande överläkare och sen var den diskussionen över.

/Anja Lundberg, Överläkare kirurgi, Bröstkirurg, NU-sjukvården, Uddevalla sjukhus

Haha, jo, jag roar mig med att läsa ett par vårdförlopp där PV är inblandade (vilket verkar vara nästan alla) och försöker förstå hur mycket tid som krävs. Ett vackert luftslopp, nästan provocerande i sin ambition. /Johan G

Mycket bra och mitt i prick! Satsa på vetenskaplig utbildning av läkare i stället. /Olle Larkö prof emeritus, tidigare dekan Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Nyttan och glädjen med dessa halvtimmeskonsorter väger långt mer än de små obehag de eventuellt förorsakar! Den stimulans som musik och sång ger är viktig i läkandets process. Ändra detta beslut! /Martin Linden

Varför ska man ta bort ett glädjeämne för alla? Har inte administratörerna något annat att göra? /Björn Jonsson



"Frågan om den ökade plastikturismen är oerhört viktig"

Det behövs en lagskärpning för att komma till rätta med oseriösa aktörer – men kraven på privata plastikkirurger kan inte utformas så att de seriösa riskerar att slås ut. Då kommer med stor sannolikhet ännu mer av den kosmetiska kirurgin att förflyttas utomlands. Det anser representanter från Svensk förening för estetisk plastikkirurgi.

PLASTIKKIRURGEN Johan Thorfinn som är ledamot i Svensk förening för estetisk plastikkirurgi (SFEP) berättar att han och kollegorna i föreningen reagerade med förvåning över den ökning av misslyckade kosmetiska operationer som verksamhetscheferna berättar om i Sjukhusläkarens artiklar.

– Vi upplever inte alls detta från vår horisont. Bland våra medlemmar finns det tydliga krav på både utbildning och erfarenhet och om vi inte skulle ta hand om våra patienter ordentligt skulle vår verksamhet inte bli långvarig. Vi har ett moraliskt ansvar att alltid ta hand om våra patienter på bästa sätt, säger han, även om det uppstår akuta komplikationer på jourtid.

Däremot är frågan om oseriösa aktörer på marknaden samt den ökande plastikturismen oerhört viktig och detta har man från föreningens sida försökt driva under lång tid, berättar han.

– **DET MISSTOLKAS OFTA** som att vi vill muta in vårt område och kritiserar våra utländska kollegor, men så är det självklart inte. Men att resa flera timmar bort med flyg och sedan inte ha möjlighet till eftervård om det uppstår komplikationer – då



Johan Thorfinn efterlyser bland annat en ändring i lagstiftningen.



Sjukhusläkaren #2 2023.

uppstår det lätt problem av det slaget som beskrivs i artiklarna. Sedan har vi ju även den här risken för multi-resistenta bakterier som är större i utlandet än i Sverige.

Den lagskärpning kring plastikkirurgi som infördes 2021 välkomnades visserligen av Svensk förening för estetisk plastikkirurgi, berättar Johan Thorfinn vidare.

– Men tyvärr var den något tandlös. Vi tycker att man ska vara specialiserad plastikkirurg

för att få operera patienter på privata kliniker men här lämnade man en öppning för att estetisk kirurgi även ska få utföras av kirurger som inte är plastikkirurger.

Om man tittar på hur det går till inne på sjukhusen skulle ingen annan specialitet kliva över in i någon annan specialitet på detta sätt, menar Johan Thorfinn.

– Inom andra kirurgiska områden är vem som gör vad väldigt uppdelat. Du skulle till exempel inte skicka en patient till en örönläkare för en bröstrekonstruktion. Ett sätt att komma åt oseriösa aktörer inom vårt område är ju att ändra lagstiftningen så att endast specialister i plastikkirurgi får lov att utföra estetiska ingrepp på privata kliniker.

En annan viktig aspekt att lyfta i den här debatten är att privata plastikkirurger i många fall faktiskt även avlastar den offentliga vården, menar Johan Thorfinn.

– **ATT VI BARA HÅLLER** på med gigantiska bröst och läppar är helt felaktigt. Många gånger rör det sig om helt vanliga människor med vanliga önskemål, men som kanske inte riktigt når upp till de kriterier som ställs inom den offentliga vården för att de ska kvalificera sig för till exempel en bröstförminskning eller en bukplastik. Självklart är det bra att det finns en cut off-gräns för vad vi finansierar med offentliga medel, men det kan fortfarande handla om ett verkligt lidande som gör att patienterna väljer att stå för kostnaden själv. I vissa fall handlar det även om patienter som gärna själva vill välja sin kirurg. ◀

TEXT: MALIN GAVELIN

LÄS MER!
Du hittar en längre artikel på sjukhuslakaren.se



TRIXEO
AEROSPHERE®
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)

TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

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

Upptäck TRIXEО 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 Aerosphere® med de fasta kombinationerna av glykopyrronium/formoterol och budesonid/formoterol.

Referenser: 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 symptomkontroll 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 symptomlindring av bronkstriktion 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: 2021/10. För fullständig information och priser se www.fass.se. AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 15185 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



Region Skåne ville inte betala för Johans operation på plats i Gällivare utan valde att transportera hem honom med ambulansflyg. Väl där blev väntan på operation lång.

FOTO GETTY IMAGES

Gång på gång sköts operationen upp

– Johan fick fasta i nästan en vecka

Efter ett olyckligt fall i skidbacken ville region Skåne inte betala för Johan Qvists akuta knäoperation på plats i Gällivare. I stället transporterades han med ambulansflyg till Malmö där han fick fasta och förberedas för operation i hela 6 dagar innan den till slut blev av. Men trots att han rasade åtta kilo i vikt var det den mentala biten som var allra tuffast.

EN SKIDA SOM INTE löste ut som den skulle gjorde att knäet gav vika och Johan Qvist hamnade på akuten i Kiruna. Därifrån skickades han vidare till Gällivare sjukhus där han röntgades och fick sin tibiaplatåfraktur konstaterad.

– Beskedet från läkarna var att Region Skåne var ovilliga att betala min operation där uppe utan i stället ville transportera hem mig till Skåne med ambulansflyg.

Den 22 mars lyfter flyget och Johan Qvist färdas ner till den ortopediska vårdavdelningen på SUS i Malmö. Väl där får han besked om att det är förberedelse inför operation

dagen efter med fasta från midnatt och Descutantvätt som gäller.

– Jag förstod någonstans redan då att operationen inte skulle bli av med en gång. Min operation var visserligen klassad som akut, men kanske

”Det kändes så oerhört ineffektivt alltihop. Där låg jag och tog upp en sängplats.”

inte urakut, så svårare fall behövde prioriteras före. Något jag till en början hade all förståelse för.

UNDER RONDEN DAGEN efter konstateras mycket riktigt att operationen får skjutas upp till dagen efter. Johan Qvist förblir ineliggande och genomgår samma procedur med fasta och tvätt ytterligare en gång.

– Men nästa dag blev det samma besked igen – och sedan upprepades det här gång på gång. Jag är ineliggande från den 22:e mars till den 30:e innan jag till slut tappar tålamodet och ber att få prata med överläkaren om min situation.

I det samtalet berättar den nu rejält psykiskt påfrestade Johan Qvist om hur jobbigt det är för honom att ha förberetts alla dessa gånger för en operation som aldrig verkar bli av.

– Det tuffaste var helt klart den mentala biten. Jag har aldrig tidigare blivit sövd eller opererad så det var väldigt stressande och överhuvudtaget en stor sak för mig att behöva förbereda mig mentalt för det här ingreppet vid så många tillfällen. Sedan är det inte optimala förutsättningar för att hålla igång kroppen fysiskt eller få god nattsömn när man är ineliggande på en vårdavdelning – oftast i en sal som delas med tre andra patienter.

OCH JUST ATT VARA ineliggande och ta upp en vårdplats under så här lång tid var också något som Johan Qvist tyckte var väldigt onödigt.

– Man hör ju så mycket om vårdplatsbristen men de ville fortsätta att hålla mig inskriven hela den här tiden. Jag fick tjata mig till någon enstaka dagpermission och nekades även dagpermission vid några tillfällen. Det kändes så oerhört ineffektivt alltihop. Där låg jag och tog upp en sängplats, smärtfri och hyfsat rörlig som jag var.

Efter samtalet med överläkaren, som hade all förståelse för Johans situation och beskrev läget på avdelningen som ”katastrof”, blev Johan upp-prioriterad och dagen efter klockan 8 kunde han äntligen rullas in för operation.

– Allt gick bra och jag fick komma hem redan dagen efter. När jag ställde mig på vågen insåg jag att jag hade tappat åtta kilo i vikt. Till största del var det säkert muskelmassa men visst var det tufft att även behöva utstå fasta så länge och jag var rejält hungrig mellan varven. Nu har jag kommit över det men jag kan inte låta bli att känna att det var onödigt och ett slöseri med resurser att jag fick vänta så pass länge på en akut operation som ändå skulle bli av. ◀

98 614 kr dyrare

OPERATION I GÄLLIVARE:
Priset för okomplicerad knäoperation i slutenvården är **98 646 kronor** för utomlänspatienter.

TRANSPORT + VÅRD I SKÅNE:
► Transport flygambulans 38 178 kronor per flygtimme. Resan tar drygt 2 timmar = **76 356 kronor**

► Kostnad vård dygn SUS ortopedi 7 869 kronor x 6 dygn = **47 214 kronor**

► Okomplicerad knäoperation i slutenvården = **73 690 kronor**

Totalt: **197 260 kronor**

Skillnad: **98 614 kronor**

Källor: Svenskt ambulansflyg, Region Skåne samt Region Norrbotten

”Vi försöker alltid hitta bästa lösningen ur patientens synvinkel”

Jenny Wingerstrand, verksamhetschef för ortopedi på SUS i Malmö, berättar att det har varit en mycket ansträngd situation på ortopedien i Malmö under våren – både när det gäller operationskapacitet och vårdplatser.

Är det rimligt att någon förbereds för operation med fasta med mera under så många dagar utan att en operation blir av? Vad har ni för rutiner kring detta?

– Nej, det är inte bra. Vi gör prioriteringar varje dag, ofta flera gånger om dagen, och i samband med detta beslutar vi om en fastande patient kan äta igen under några timmar eller något dygn. Det finns särskilda rutiner för detta, i synnerhet för äldre och multisjuka patienter som är extra känsliga.

Hur ansträngd har situationen på ortopedien i Malmö egentligen varit under våren?

– Vi har tillgång till runt hälften av den operationskapacitet vi skulle behöva för akut och elektiv verksamhet. Stora grupper som väntar på elektiv operation har väntat orimligt länge, och när det har varit som värst har akuta patienter fått vänta två, i vissa fall upp till tre veckor på operation. Många patienter kan vänta i hemmet, men väntandet i sig är ett stort lidande för patienterna.

Vilka insatser finns för att förbättra situationen?

– Både operationsavdelningarna och vi på ortopedien arbetar med långsiktiga lösningar som kompetens- och löneutvecklingsprogram inom ramen för det som kallas Magnet for Europe och Core curriculum. Vi arbetar mycket med utveckling av ett personcentrerat arbetssätt och till hösten kommer vi att öppna en ortogeriatrisk avdelning i samarbete med geriatriken. På kort sikt har vi stor hjälp av våra närliggande sjukhus som Ystad och Trelleborg som har en något bättre situation.

Patienten Johan blev transporterad ner med ambulansflyg från Gällivare för att regionen inte ville bekosta operationen där uppe – är detta ett vanligt tillvägagångssätt?

– Nej det är det inte. Jag känner inte till vad som hände i detta enskilda fall, men jag skulle inte säga att detta händer speciellt ofta. Vi försöker alltid hitta bästa lösningen ur patientens synvinkel.

Med facit i hand – hade det inte varit mer effektivt att regionen stod för kostnaden för en operation uppe i Gällivare istället?

– Utan att känna till vad som hände i detta fall, så skulle det sannolikt ha varit mycket mer effektivt. ◀

Röntgenläkaren Johan Gustafsson blickar uppgivet in genom gallret till det avstannade bygget. Först om 13 år förväntas nu det nya sjukhuset i Östra Ramlösa stå klart – men då har han troligtvis gått i pension sedan länge.

Sjukhusdrömmen som gick i kras

BYGGKAOS Ingen matsal, brist på dagsljus och ständiga flyttar mellan våningsplan för att lämna plats åt hantverkare. I snart nio års tid har läkarna i Helsingborg befunnit sig i ett omfattande renoveringskaos – men ett bristfälligt avloppssystem satte stopp för det nya bygget som var på gång. Nu börjar de ökande sjukskrivningstalen bland kollegorna tala sitt tydliga språk, menar de fackliga representanterna.

Trots att över en miljard skattekronor har plöjts ner i projektering och bygge av ett nytt sjukhus är man nu mer eller mindre tillbaka på ruta ett, berättar röntgenläkaren Johan Gustafsson som är ordförande i Nordvästra Skånes läkareförening.

– Många kollegor har fått jobba i mitten av byggnaden helt utan fönster långa perioder. Du springer konstant runt på en byggarbetsplats med provisoriska lösningar. Vi har inte haft någon ordentlig matsal på säkert sex år. Utöver det har vi stora problem med vårdplatsbrist och bemanningsbrist här precis som på många andra ställen och renoveringen har verkligen legat som en våt filt över alltihop.

Länge har man ändå hankat sig fram helt okej, berättar Johan Gustafsson. Mycket tack vare den fina stämningen kollegorna emellan – och att hoppet om ett nytt sjukhus ändå levde. Men inte ens ett gott arbetsklimate kan väga upp de ständiga besvikelserna i det långa loppet.

– Den senaste tiden har vi sett en oroväckande utveckling där allt fler kollegor har tvingats sjukskriva sig av arbetsmiljörelaterade skäl, säger Johan Gustafsson.

Thomas Wallén som är förvaltningschef på Helsingborgs lasarett har förståelse för att arbetsmiljön har varit rörig för både läkare och övrig personal de senaste åren.

– Det stora byggkaoset som rådde är visserligen över sedan två år tillbaka men visst är det fortfarande en belastande situation där vi försöker få 50 år gamla lokaler att fungera i väntan på det nya sjukhuset.

Däremot känner Thomas Wallén inte igen bilden av att allt fler läkare långtidssjukskrivs i renoveringarnas fotspår.

– De senaste fem åren har antalet långtidssjukskrivna i läkargruppen gått från åtta till nio så jag tycker inte riktigt att det stämmer. I några fall har arbetsmiljön haft betydelse men långt ifrån i alla.

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

”Man frågar sig givetvis vad orsaken är till alla problem med ny- och ombyggnationer av sjukhus i Sverige”

Investeringen på 1 150 miljoner för nya sjukhusbygget i Helsingborg skrivs av omgående för att inte påverka vården i Nordvästra Skåne. Det var beskedet som gavs av dåvarande ekonomidirektör Lars-Åke Rudin då budgeten presenterades för Region Skåne 2023.

Vän av ordning frågar sig givetvis vad orsaken är till alla problem med ny- och ombyggnationer av sjukhus i Sverige, inte minst efter alla turer kring Nya Karolinska.

För Helsingborgs lasarett började resan då en enad politik tog sitt första spadtag 2014 för att modernisera och delvis utöka de efter många år utslitna, omoderna och för små sjukhuslokalerna från 1975. Politiska Beredningsgruppen för framtids sjukvård under ledning av ordförande Ingrid Lennerwald (s) planerade en totalrenovering av lasarettets huvudbyggnad och en komplettering med fyra nya huskroppar på en intilliggande tidigare parkering. Sjukhuset som byggdes i sin helhet under fyra år på 1970-talet hade sommaren 2021 efter sju år av renovering lyckats bygga om och modernisera två av fyra flyglar med vårdavdelningar.

Men problemen med renoveringen av låghusdelen innehållande akutmottagning, intensivvård, diagnostik och operationsavdelning tycktes aldrig ta slut. Som exempel var ventilationen i utrymmena inte tidsenlig och behövde bytas ut. Då visade det sig att takhöjden i lokalerna från 70-talet var för låg för att rymma ventilation av modern standard. Enligt förslag måste ny ventilation byggas på taket och skulle därmed skymma utsikten för vårdavdelningarna på de lägre våningsplanen. Efter en tid upptäcktes att avloppsledningarna som befinner sig under den gjutna bottenplattan med åren krackelerat och fått betydande sprickor som orsakat läckage. Flera konsulter konstaterar att ledningarnas tekniska livslängd var passerad och

för att undvika stopp och översvämning behövde de bytas ut. För att komma åt och åtgärda detta behövde nu delar av bottenplattan bilas bort för att frilägga avloppsrören. Grävmassorna i detta arbete behövde transporteras under pågående drift genom det publika området på sjukhuset.

Parallellt med ombyggnationerna av det gamla sjukhuset gjöts en ny bottenplatta på 45 000m² för de planerade kompletterande huskropparna som bland annat skulle innehålla en samlad psykiatri och tillagningskök. Snart kunde man se armeringsjärn och betongfundament sticka upp bakom de höga gröna planken som omgärdar byggarbetsplatsen.

I samband med pandemin blev det alltmer uppenbart för berörda att ombyggnation under pågående drift utan tillskapande av alternativa lokaler för evakuering av avancerad vård inte lät sig göras och bygget stoppades helt efter beslut i Regionstyrelsen 2021.

OPS ELLER PPP:

- OPS (Offentlig-privat samverkan) eller PPP (Public Private Partnership) är en form av offentlig upphandling där ett privat företag eller ett konsortium tilldelas uppdraget att finansiera, bygga och under en längre tid driva en offentlig nytthet.
- OPS-finansiering användes för byggnationen av Nya Karolinska där avtalet tecknades 2008 och upphör 2040. Journalisterna Henrik Ennart och Fredrik Mellgren har granskat miljardrullningen kring Nya Karolinska i boken: Sjukt hus – Globala miljardsvindlier – Från Lesotho till Nya Karolinska.

Så snart det pågående bygget stoppats startade planeringen av ett helt nytt sjukhus på en till huvudbyggnaden gränsande del av sjukhusområdet. Att bygga här skulle innebära att flera byggnader inklusive sjukhusets parkeringshus behövde rivas för att ge plats för en nybyggnation som behövde växa på höjden då markytan är begränsad. Ganska snart övergavs även dessa byggnadsplaner.

Skälet var att stadsbilden i Helsingborg kännetecknas av stadens största turistattraktion Kärnan, ett bevarat borgtorn från medeltiden, som ger en siluett som Helsingborgs stad varit mån om att behålla. Nu skulle Kärnan skymmas eller kanske mer ersättas som stadens symbol av ett sannolikt inte alltför vackert långsträckt höghus. Illasinnade rykten figurerade om att byggprojektet aldrig hade fått godkännande i stadsbyggnadsnämnden och kommunen visade sig snart vara villig att erbjuda en alternativ tomt mer lämpad för ändamålet i Östra Ramlösa.

Nu pågår arbetet med att undersöka markens beskaffenhet på området i Östra Ramlösa. En lång process återstår innan ett första spadtag kan sättas i jorden och en sista fråga återstår; Vad tycker Carlsberg AB om att friluftsområdet som idag täcker vattentäkten för Sveriges mest namnkunniga mineralvatten ska ersättas



Thomas Zilling
Ordförande Läkarförbundet SkåneLedamot i Sjukhusläkarna Helsingborg

Region Skåne står nu inför en gigantisk utmaning då både Helsingborg och Lund behöver ersätta sina gamla sjukhus med helt nya.

med ett universitetssjukhus? Förhoppningsvis med något bättre avloppsrör än det gamla.

Som luttrad skattebetalare så funderar jag på finansieringen av det nya sjukhusbygget. Region Skåne står nu inför en gigantisk utmaning då både Helsingborg och Lund behöver ersätta sina gamla sjukhus med helt nya.

Men hur ska byggena finansieras då dagens budget med miljardunderskott har svårt att finansiera nuvarande disponibla vårdplatser.

Vi får hoppas på transparens och medverkan av läkarprofessionen och att politikerna undviker att hamna i skuldfällan OPS (offentlig-privat samverkan) som Stockholm med nya Karolinska fått och får betala dyrt för.

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

EXAMVISION

GRANSKNING

Så bollar sjukhusen runt struntsummor

1,24 kr för ett labbsvar och 3,50 kr för it-support. I tre fjärdedelar av landets regioner sker interna transaktioner av småsummor inom sjukhusen som kräver manuellt godkännande. Sjukhusläkaren har granskat de frustrerande småsummorna som genererar mängder med administration.

TEXT & RESEARCH MALIN GAVELIN & ANNA SOFIA DAHL

LÅNGA RADER AV SMÅSUMMOR som bollas runt i sjukvårdsorganisationerna och genererar onödig administration. Kan det verkligen stämma? Sjukhusläkaren bestämde sig för att undersöka tipset som kom till redaktionen. Vi begärde därför ut samtliga fakturor under 200 kronor som har hanterats internt och krävt manuell verifiering hos regionerna under 2022 och första kvartalet i år.

Granskningen visar att fenomenet förekommer på sjukhusen i 16 av landets 21 regioner. Hos några i större omfattning, som till exempel på Karolinska universitetssjukhuset i region Stockholm och på sjukhusen i region Jönköping och region Dalarna. Ibland är summorna som bollas runt nästan löjväckande små. Till exempel visar de listor vi fått från Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm att det genomförde 150 internttransaktioner på under en krona i föl. I Region Halland var motsvarande dryga 90 dito.

Även i exempelvis Region Dalarna och Region Jönköping går det att se hur nästintill obetydliga summor flyttats inom organisationen. I den förstnämnda genomfördes 540 interna transaktioner under tio kronor 2022. Motsvarande återfinns 640 dylika transaktioner i Region Jönköping i föl.

Granskningen visar också på stora skillnader över landet. I exempelvis Region Värmland valde man 2013 att avskaffa internfakturering helt och hållet. ◀

HÄR KRÄVER INTERNA SMÅSUMMOR MANUELL HANTERING

- ▶ Region Stockholm – på Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset
- ▶ Region Uppsala
- ▶ Region Jönköpings län
- ▶ Region Kronoberg
- ▶ Region Kalmar län
- ▶ Region Gotland
- ▶ Region Skåne
- ▶ Region Halland
- ▶ Region Blekinge
- ▶ Västra Götalandsregionen – på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs sjukhus och Sjukhusen i Väster
- ▶ Region Örebro län
- ▶ Region Västmanland
- ▶ Region Dalarna
- ▶ Region Gävleborg
- ▶ Region Västernorrland
- ▶ Region Norrbotten

HÄR HAR INTERNFAKTURERING AV DET HÄR SLAGET AVSKAFFATS

- ▶ Region Stockholm - på Södertälje sjukhus och Danderyds sjukhus
- ▶ Region Sörmland
- ▶ Region Östergötland
- ▶ Västra Götalandsregionen – NU-sjukvården
- ▶ Region Värmland
- ▶ Region Jämtland Härjedalen
- ▶ Region Västerbotten

Så gjordes granskningen: Vi begärde ut listor från regionerna på samtliga interna transaktioner inom sjukhusen som understeg beloppet 200 kronor. Vi bad endast om transaktioner av manuell verifikationstyp, det vill säga transaktioner som kräver någon form av handpåläggning av en fysisk person för att godkännas. Vi granskade transaktioner från år 2022 till och med den siste mars 2023.

FOTO GETTY IMAGES

Professorn sågar systemet

Ett system som genererar en massa onödig administration – där nyttan understiger kostnaden av hela hanteringen. Så beskriver **Anders Ivarsson Westerberg**, professor i offentlig förvaltning, den internfakturering av småsummor som tre fjärdedelar av Sveriges regioner ägnar sig åt.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO KRISTINA SAHLÉN

– **JAG ÄR INTE ETT DUGG** förvånad, säger Anders Ivarsson Westerberg när han får ta del av resultatet av granskningen som visar att 16 av Sveriges regioner bollar småsummor fram och tillbaka mellan avdelningarna internt på sjukhusen.

Om man tittar rent krasst och effektivitetsmässigt på det hela kan man räkna på tiden det tar att hantera de här fakturorna – och snabbt konstatera att nyttan understiger kostnaden av den hanteringen, menar han.

– Särskilt när det gäller småbelopp av den typen som ni har tittat på. Där är det inte effektivt alls. Det finns ett vedertaget forskningsbegrepp kring det här och det är transaktionskostnader. Det begreppet innefattar både beställning, betalning och hantering av transaktionerna. Om dessa transaktionskostnader överstiger nyttan – ja då ska man organisera om helt enkelt.

När det till och med är så att läkare är satta att hantera dessa småsummor visar det på en om möjligt ännu större brist på effektivitet i organisationen, menar Anders Ivarsson Westerberg.

– Det här är samhällsekonomiskt helt fel och tyvärr ett fenomen som har ökat över tid. Trenden inom offentlig förvaltning är att man helt enkelt har tagit bort många av stödfunktionerna

och låter professionerna själva administrera väldigt mycket och bli sina egna sekreterare.

Att någon som är högspecialiserad och har hög utbildning ska syssla med den typen av arbetsuppgifter gagnar ingen, enligt Anders Ivarsson Westerberg. I stället förespråkar han mer specialiserade funktioner där administratörerna sköter administrationen och läkarna får ägna sig åt mer patientnära arbete.

MEN VILKA ÄR DÅ orsakerna bakom att regionerna ändå har anammat det här med interna köp- och säljssystem i så stor uträkning? Enligt Anders Ivarsson Westerberg handlar det om att man i de flesta större organisationer har valt att delegera budgetansvaret ner på lägre nivå, många gånger ända ner på enhetsnivå.

– Man har bestämt att man ska ha resultatenheter som är ganska små för att man tänker sig att man på så sätt ska få bättre koll på budgeten. Och nere på enhetsnivå kan det till viss del hjälpa enheterna att nå sina ekonomiska mål – men på systemnivå blir det däremot suboptimalt. För trots att man är jätteeffektiv på minsta nivå tillkommer de här transaktionskostnaderna som man inte alls reflekterar över – och i slutändan blir det därför inte särskilt effektivt. Man har

bara genererat administrativt arbete som inte ger någon nytta.

Men inom offentlig förvaltning tänker man dessvärre sällan i de större banorna, menar Anders Ivarsson Westerberg, som själv skrev en bok som bland annat berörde internfakturor i kommunerna år 2014.

– **DÅ HADE EN KONSULT** tittat på internfakturorna på ungefär samma sätt som ni har gjort nu och där såg jag precis samma sak. Väldigt mycket småfakturer skickades runt i systemet. Jag räknade även på kostnaderna och såg att i väldigt många fall var kostnaden att hantera dem högre än själva fakturorna i sig – det blir såklart helt absurt!

Vilket system skulle regionerna kunna använda sig av i stället?

– Det enklaste sättet är att slå fast att man tillhör samma organisation och finansieras via samma budget. I stället för att de här kostnaderna ska föras fram och tillbaka tänker man helt enkelt att det jämnar ut sig över året och plötsligt finns det ingen poäng med dem längre. Det är klart att ett sådant system blir lite mer övergripande och man får inte de detaljerade siffrorna nedbrutna

på varje enhet. Man kan inte resultatstyra organisationen på riktigt samma sätt som man kan om man har nedbrutna siffror på enhetsnivå. Men är man skicklig på budgeteringsarbete hamnar man nog ändå bra och nära i alla fall.

I några av regionerna har det trots allt fattats beslut om att avveckla interna fakturor

– varför har det inte gjorts på alla håll, tror du?

– Jag tror att det finns en stark idé om ekonomistyrning och den här typen av ekonomistyrningsmodeller. De som arbetar i de här systemen är högutbildade civilekonomer med specialkompetens. De vet precis hur det här ska göras utifrån sin ekonomroll och de idéerna sitter väldigt hårt. Utifrån deras perspektiv är det fullt rationellt och så man ska göra. Om det ska ske någon förändring krävs det att någon på en annan, högre nivå beslutar att det här ska avvecklas. Om man zoomar ut lite mer och lyfter blicken så är ju det här också en del av New public management och det har blivit mer och mer vanligt med den typen av styrning i offentlig verksamhet. Sjukvården var bland de första som använde sig av de här idéerna och den här styrningen har gått lite för långt på många håll. Fenomenet med internfakturor är en del av det. ◀



Anders Ivarsson Westerberg är professor vid Södertörns högskola och författare till boken *Administrationssamhället*.

”
Om dessa transaktionskostnader överstiger nyttan – ja då ska man organisera om helt enkelt.



TIMMAR AV ONÖDIG ADMINISTRATION

System som krånglar och obligatoriska underlag som ska fyllas i.

Hur mycket onödig, icke patientnära administration ägnar du dig egentligen åt under en vanlig arbetsvecka? Vi lät tre överläkare i vitt skilda roller skriva dagbok i en vecka.

TEMA ADMINISTRATION

Administrativ logg från Stella Cizinsky

MÅNDAG 1 MAJ, HELGDAG

Jag är ledig, men redan kvällen innan gör jag en uppskattning att jag under dagen måste arbeta vid datorn minst 4 timmar. Försöker få in timmarna mellan olika aktiviteter, så att jag inte helt förlorar mitt vanliga liv.

- 07.49–08.27: Sitter med mail.
- 13.33–16.12: Sitter med mail.
- 20.15–21.20: Sitter med mail, förbereder två möten som ska hållas i veckan.

TISDAG 2 MAJ

Åter från en veckas semester. Massor med papper att signera i lådan. Det handlar om att folk vill ha journalkopior på sig själva och på anhöriga. Klagomål – vilka numera kommer via formella vägar, vilket handlar om småsaker som tidigare kunde lösas genom ett enkelt telefonsamtal. *Nu ska man formulera svar, vilka ska skrivas ut och diarieföras. Sen ska "ärendet" avslutas, jag ska få besked om det, signera att jag fått svaret och det ska också noteras. Håller igång mycket administration.*

- 07.35–08.16: Kollar igenom mail som jag inte hann igår.
- 09.00–10.00: Möte om rekrytering med HR och chefer.
- 10.00–11.00: Möte med klinikenom för att diskutera prognosen, det mesta är faktorer som ligger utanför min makt att påverka – exempelvis att kostnader för sociala avgifter, lokaler och IT ökar.
- 13.30–14.00: Telefonmöte inför ett annat möte i nästa vecka.
- 15.00–16.00: Möte med sjukhusets avdelningschefer för att diskutera olika vägar att hantera vårdplatsbristen.
- 17.00–19.00: Handledarmöte med läkarstudent, jag är mentor, det handlar om professionell utveckling.
- 20.27–23.30: Mail, fakturahantering, planering av SPUR-inspektion, många texter att läsa rörande införande av nytt journalsystem.



STELLA CIZINSKY

Överläkare i kardiologi och verksamhetschef vid Universitetssjukhuset i Örebro.

ONSDAG 3 MAJ

- 09.00–11.30: Möte med klinikkens ledningsgrupp.
- 11.30–13.00: Lunchmöte med sjukhusets läkargrupp för att informera om hur vi kan arbeta bättre med vårdplatserna. Del av uppdraget för vårdplatsutskottet.
- 14.30–16.00: Möte med vårdplatsutskottet.
- 16.30–17.00: Diskussion med vikarierande läkare som vill ha ST vilket vi i dagsläget inte har utrymme att erbjuda.
- 18.00–19.00: Digitalt möte med kollega om planering av en föreläsning.
- 19.45–22.38: Sitter med mail.

TORSDAG 4 MAJ

- 08.00–10.00: Inleder med två timmar för att intervjua sökande till en enhetschefstjänst.
 - 12.00–13.00: Lunchmöte kring organisationsförändringar med berörda chefer.
 - 15.00–16.00: Genomgång av uppdaterad ny beredskapsplan inom vårt eget verksamhetsområde, sitter med de chefer som gjort jobbet.
- Mellan detta svarar jag på ett antal mail och gör diktat av ett svar på klagomål från patient. Klagomålet uppfattas av mig som helt orimligt, inte ovanligt idag tyvärr. Många patienter och anhöriga är idag snabba på att missuppfatta både handläggning*

”Åtminstone 10 timmar i veckan handlar om onödig byråkrati och onödiga möten. Då menar jag möten som sker utan väsentlig agenda och utan att beslut tas. Eller byråkrati som skapats utan rationalitet och bara fortsätter utan att man kan ifrågasätta.”

och bemötande. Man kan fundera på hur den mediala bevakningen av sjukvården påverkar människors förväntningar på och upplevelser av sjukvården. Problemen uppstår i regel i inledningen av en kontakt. De patienter som haft kontinuitet i omhändertagande av kronisk sjukdom brukar förstå. Uppskattar att denna administration tar cirka en timme.

- 19.25–22.40: Sitter med mail.

FREDAG 5 MAJ

- 07.15–08.20: Mail, fakturahantering.
- 11.00–12.00: Möte rörande hur vi ska kunna skapa bra strukturer för att ta emot sjukvårdsutbildade människor från andra länder.
- 12.00–13.00: Arbetslunch för diskussion om specialistutbildning, med särskilt fokus på samverkan med Socialstyrelsens handläggare.
- 14.00–15.30: Möte med del av klinikkens läkare, återkommande månatligt, syftar till att diskutera utvecklingsfrågor.

LÖRDAG 6 MAJ

- 18.35–20.40: Mail som jag inte hann hantera på fredagen.

SÖNDAG 7 MAJ

- 09.15–11.30: Mail, fakturahantering, förbereder ett möte som skall hållas under veckan.
- 14.55–16.10: Mail, sammanfattar minnesanteckningar kring arbetet med vårdplatserna.
- 18.00–19.00: Digitalt möte med student som jag är mentor åt.

Administrativ logg från Jonas Holm

MÅNDAG

► **07.30–07.40:** Morgonmöte läkare, info om dagen.
 ► **07.38:** Sökning från operation.
 ► **07.45:** Går till operation och samtal med första patienten, markerar sida.
 ► **07.55:** Går till röntgenrond som pågått i 10 min.
 ► **08.15:** Träffar sjuksköterskorna på cytostatika mottagningen, diskuterar lab-prover mm. Dricker lite kaffe.
 ► **08.25:** Sökning från operation, operationsstart om 15 minuter. Går och träffar operationspatient 2 innan jag byter om.
 ► **08.40:** Operation.
 ► **10.15:** Operation klar, dikterar, problem med inloggningen i datorn. *Datastrulet tar mer än 5 minuter.*
 ► **10.20:** Kaffe igen, samtalar med min sjuksköterska på mottagningen.
 ► **10.40:** Går på mitt rum och administrerar, kollar lab-prover, inremisser, svar mm, svarar på sökningar.
 ► **11.20:** Sökning till operation 2.
 ► **11.30:** Operation.
 ► **12.40:** Klar med operation, träffar patient 3 innan jag går och handlar lunch.
 ► **13.30:** Pratar ut patient 1, skriver recept, hemgångsmeddelande mm.
 ► **13.45:** Operation 3. Blir sökt under operationen, hänvisar till dagbakjour – brännskada.
 ► **15.30:** Klar med sista operationen, går direkt och skriver ut operationspatient 2.
 ► **15.50:** På mitt rum, ser att de har lagt in 2 telefonsamtal + receptförnyelser. Pratar lite med kollegorna i administrationskorridoren.



JONAS HOLM

Överläkare i kirurgi på Skellefteå lasarett.

► **16.20:** Går förbi avdelningen och hör om några problem med mina patienter.
 ► **16.40:** Tillbaka på mitt rum, gör klart det sista för dagen, recept mm. *Administration som består av signering av lab-prover, röntgen mm som vi redan har sett och åtgärdat men måste signeras – dubbelarbete.*
 ► **17.20:** Går förbi uppvakningen på väg hem, samtalar med patient 3. Hen blir kvar över natten.

TISDAG, MOTTAGNING

► **07.30:** Läkarmöte.
 ► **07.45:** Röntgenrond, får dock telefonsamtal från kollega – diskuterar en SVF.
 ► **08.10:** Administration – loggar in i datorn skickar och kollar inremisser.
 ► **08.20:** Lite kaffe.
 ► **08.30:** Första patienten på mottagning, blir sökt under patientbesöket – ber om att få återkomma.
 ► **08.55:** Dikterar, ringer upp den som sökt mig.
 ► **09.05:** Nästa patient. *Jag är lite försenad – 5 min.*
 ► **09.40:** Klar, åker upp på avdelning 8 och fikar med personalen.

► **10.05:** Patientmottagningen fortsätter med en patient var 30:e minut. *Datorerna hänger sig ibland 1–2 minuter mellan patienterna i samband med inloggning/utloggning – hände tre gånger på förmiddagen. Blir sökt några gånger till under förmiddagen.*
 ► **12.05:** Går på lunch.
 ► **13.00:** MDK bröstcancer, kopplar upp hos via videokonferens med kollegor på Universitetssjukhuset. Drar våra fem fall, beslutar om handläggning mm.
 ► **13.30:** Planering av återbesök och nybesök tillsammans med specialist-sjuksköterska.
 ► **14.30:** Info till patient med nyupptäckt cancer, lägger upp behandlingsplan mm. Patienten får operationstid nästkommande vecka.
 ► **15.30:** Dikterar klart och ser till att alla remisser och operationsanmälan är gjorda.
 ► **16.10:** Tillbaka på mitt rum, kollar signeringar mm. Ringer patientsamtal.
 ► **17.00:** Klar – går hem.

ONSDAG, MOTTAGNING

► **07.30:** Morgonmöte.
 ► **07.50:** Samtalar med kollegor.
 ► **08.10:** Patientadministration, blir sökt mm.
 ► **08.30:** Mottagning, första patienten.
 ► **08.55:** Dikterar.
 ► **09.00:** Nästa patient.
 ► **09.30:** Fika på avdelningen.
 ► **10.05:** Mottagningen fortsätter med en patient var 30:e minut fram till 12.00. *Blir sökt några gånger på förmiddagen blir dock klar till 12.00.*
 ► **12.00–13.00:** Lunch med kollegor.
 ► **13.00–15.30:** Mottagning med en patient var 30:e min.

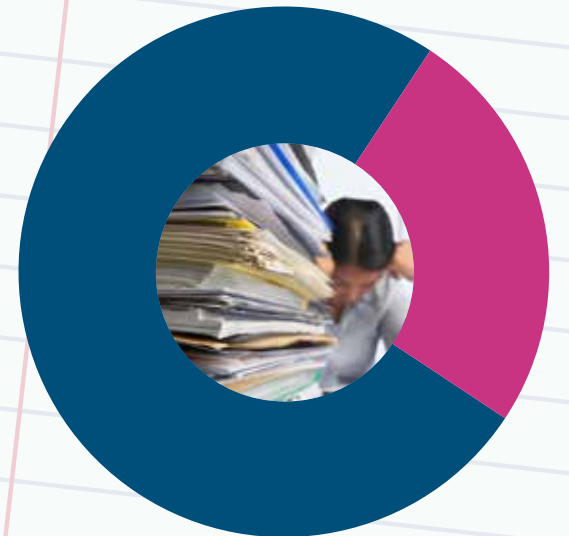
*Hinner samtala med min specialist-sjuksköterska under mottagnings-eftermiddagen, sjukintyg mm måste förnyas. **Nödvändig men tröttsam administration – skriva sjukintyg har blivit svårt, upprepar självklarheter och den egna bedömningen väger ej tungt.***
 ► Sent kaffe vid **15.45**, går sedan till mitt rum och administrerar fram till **16.50**.

TORSdag, MOTTAGNING SAMT OPERATION

► **07.30–8.30:** Morgonmöte + läkarmöte.
 ► **08.30:** Mottagning.
 ► **09.00–09.20:** Fika på cyt mottagningen, diskuterar patienter samtidigt.
 ► **09.30:** Operation.
 ► **11.10:** Klar med operation, dikterar.
 ► **11.30:** Patient på mottagningen.
 ► **12.00:** Lunch.
 ► **13.00:** MDK bröstcancer, har två möten i veckan.
 ► **13.30:** Planering tillsammans med specialistsjuksköterska för inplanering av återbesök för cancerpatienter med info om deras behandling, planering av operation.
 ► **14.30:** Har administration resten av eftermiddagen. *Både nödvändig och en hel del signeringar av tidigare labprover, röntgen. Mottagningsanteckningar mm. **Hälften är ej nödvändig administration.***

FREDAG

► **07.30:** Deltar på morgonmötet.
 ► **08.00:** Har facklig arbete hela dagen, blir dock kallad till mottagningen för bedömning av patienter tre gånger under förmiddagen.
 ► **15.00:** Avslutar dagen.



”I snitt gick minst 20 procent av arbetsdagen till helt onödig administration som inte gagnar patienterna.”

Administrativ logg från Alexander Scheel Exner

När kardiologen Alexander Scheel Exner på thoraxcentrum i Blekinge loggade sin administrativa tid under en vecka noterade han att han satt vid datorn och ägnade sig åt onödig administration

minst 20 procent av tiden – jämnt fördelat över dagarna.

► Det största irritationsmomentet var att något av de system han använder mest: patientjournalen, ett system för bilddiagnostik samt systemet för distansmöten, hängde upp sig och krånglade på olika sätt med jämna mellanrum.

► Problemen med systemen uppstod minst fyra gånger under veckan och var en riktig tidstjuv i vardagen.

► Två timmar per månad ska egentligen vara avsatta för viktig, patientnära administration. Men de timmarna försvinner nästan alltid på grund av att det saknas folk.

► Tiden han förlorade varje gång genom att tvingas byta

dator och invänta telefonsvar från IT uppgick till mellan 30–35 minuter per gång.

► I snitt gick minst 20 procent av arbetsdagen till helt onödig administration som inte gagnar patienterna, bedömer Alexander Scheel Exner.



ALEXANDER SCHEEL EXNER

Överläkare i kardiologi på thoraxcentrum i Blekinge.

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). **Administreringssätt** 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 injektionstaska. **Innehavare av godkännande för försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produktresumé 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

SE/DAL/PM/0005 | januari 2023

Viljeriktningen är en viktig förändring i sig, menar Hanna Kataoka som är ordförande för Sahlgrenska universitets-sjukhusets läkarförening.

Stopp för administration – men när blir det verklighet?

På Sahlgrenska ska all icke vårdnära administration avslutas eller pausas, enligt ett beslut som en enig politikerkår fattade i början av året.

– Det är förstås otroligt positivt att man väljer den här inriktningen som, mig veterligen, första sjukhus i landet – men nu återstår det att se hur snabbt en förändring går att åstadkomma, säger överläkaren Hanna Kataoka.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO JULIA SJÖBERG

Det verkar på något sätt vara så enkelt och så svårt samtidigt.

DET ÄR EN LITE LÄTT andfädd Hanna Kataoka som svarar i telefon på språng från ett ovanligt viktigt möte. Idag har hon och representanter från de olika fackförbunden träffat sjukhusledningen en första gång för att diskutera något som nästan låter för bra för att vara sant: nämligen det faktum att all icke vårdnära administration ska avskaffas eller pausas på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

– Jag vet inte hur snabbt det går att göra detta – VGR är en väldigt stor organisation sett till alla politiker och tjänstemän och allt är ihopnystat. Bara att nysta upp detta tror jag kommer att kräva mycket administration. Men det finns en viljeriktning och det är en viktig förändring bara i sig, säger hon.

Samtidigt har stora orosmoln tornat upp sig vid horisonten i form av ett rejält sparbeting där stora nedskärningar i vården föreslås.

– Det oroväckande där är ju att det bara är i vårdnära uppdrag som de här nya besparingarna föreslås till exempel i form av nedläggning av den äldre psykiatriska mottagningen. Hur kan en bred politisk enighet klubba igenom motsatsen och sedan kommer detta samtidigt? Den nya prioriteringsordningen nu måste ju vara att all vård ska behållas och att allt annat är oviktigare än det vi gör på golvet, säger Hanna Kataoka.

Detta lyftes givetvis på mötet och hon upplevde att det fanns viss förståelse för det absurda i det hela.

– Sedan tror jag tyvärr att den administrativa överbyggnaden är så stor att den blir svår för ledningen att förstå och överblicka. Vad som behöver göras för att ta bort något där är

inte lika enkelt att se. Helst hade jag önskat att man inte behövde skära alls men om man måste tycker jag absolut att man ska skära i vård sist av allt. Det verkar på något sätt vara så enkelt och så svårt samtidigt.

INFÖR MÖTET HADE Hanna Kataoka diskuterat den administrativa överbyggnaden med chefer på olika nivåer runt om på sjukhuset för att skapa sig en tydlig bild av var de största problemen ligger någonstans.

– När man ställer frågan till dem – finns det något projekt som skulle kunna avslutas eller pausas? Då suckar alla och tittar uppgivet och sedan kommer det långa haranger och mängder med förslag. Ett återkommande exempel är en obligatorisk hållbarhetsutbildning och miljörevision här på sjukhuset som uppges ta väldigt mycket tid och resurser



BESLUTET:

► Den 3 februari 2022 fattade en enig politikerkår beslut om att all icke patientnära administration ska stoppas eller pausas på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

i anspråk. Nu menar ingen att utbildning inom hållbarhet inte är viktigt – men om man står och väljer mellan det och en prisad äldre psykiatrisk mottagning med världsledande forskning där Stockholm håller på att följa efter – då borde valet vara enkelt. Då är det kanske inga gigantiska resurskrävande hållbarhetsprojekt som ska prioriteras. Den högst prioriterade hållbarhetsfrågan nu är att inte skära ner vård. Det har alla redan förstått och det behövs ingen utbildning i det.

Men i stället är det som att många i vårdapparaten har blivit medberoende av systemets alla dumheter och att det hela är så intrikat utformat så ingenting går att ta bort, menar Hanna Kataoka.

– **DET HÄR HAR OCKSÅ** spridit sig in till frågor som egentligen är jätteviktiga, som till exempel till patientsäkerheten. Kring den hålls det på många håll mängder med möten och det finns massor med teori kring det hela – men att faktiskt upprätthålla patientsäkerheten ute på avdelningarna med tillräckligt antal bemannade vårdplatser och så vidare – det missar man när man skär ner! I stället har vi listor i mängder med kontrollfrågor som ska fyllas i med regelbundna intervaller och medarbetare som ska intervjuas om hur man sköter det hela.

Alla på golvet – läkare såväl som sjuksköterskor och undersköterskor – är helt enkelt eniga om att allt annat är mindre viktigt än vården, menar Hanna Kataoka.

– Om man själv blir sjuk skulle nog de flesta välja en god vård istället för ett hållbarhetsprojekt. Och just det



Än så länge har inte mycket hunnit hända i frågan, konstaterar Hanna Kataoka.

här är något som vi verkligen lärde oss under pandemin när mycket ställdes på sin spets. Där blev det också väldigt tydligt att det är den vårdutveckling som sker från golvet som blir allra bäst.

ÄN SÅ LÄNGE HAR inte mycket hunnit hända i frågan om administrationens avskaffande – det blev tydligt under mötet, berättar Hanna Kataoka.

– Men nu har vi framfört våra tankar och de har tagits emot. Nu får vi se hur de jobbar vidare i den här frågan och jag hoppas verkligen att det sker någonting snabbt. Enligt det politiska beslutet ska ju detta göras nu! säger hon. ◀

Politiken genererar administrativ börda

Ju längre bort från verksamheten besluten fattas – desto mer underlag och därmed administration krävs. Hela systemet behöver därför ses över. Det menar överläkaren Denada Aiff som är sektionschef på Sahlgrenska och ansvarig för specialistläkarnas fortbildning regionalt i VGR.

► – För en ledare som arbetar nära patienterna är det betydligt lättare att prioritera vad som är viktigt. Då behövs inte alls samma mängd underlag för att ett beslut ska kunna fattas, säger **Denada Aiff**, som själv arbetar 50 procent kliniskt som psykiatriker och 50 procent som sektionschef på Sahlgrenska.

Den största administrativa bördan genereras i dagsläget definitivt av politiken, säger hon.



– **Politikerna är vettiga** personer som vill väl och har goda intentioner – men för att de ska kunna fatta beslut och prioritera behöver de underlag. Det underlaget får de genom att be om utredningar och ställa frågor till verksamheterna och då behöver flera personer få fram det här underlaget.

– Politikerna behöver ju självklart de här uppgifterna för att kunna fatta välgrundade beslut men detta i sig genererar mängder med administration. Kanske måste de lära sig att prioritera bland sina frågor – precis som vi varje dag måste prioritera bland våra patienter? Min upplevelse är att detta inte görs idag. Jag tror att hela systemet behöver ses över.

När man själv både är ledare och arbetar nära patienterna blir det lättare att prioritera vad som är viktigt, menar Denada Aiff.

– **När jag samma** förmiddag har träffar någon som inte vill leva längre – ja då blir det plötsligt självklart var vi behöver lägga resurserna någonstans.

Politikerna måste även ta mer ansvar för vad besluten innebär för verksamheten, menar hon.

– Istället för att säga att vi behöver spara 5 miljoner inom psykiatri så borde man säga som det är – att vi måste ta bort 5 läkartjänster – något som innebär att 1000 patienter inte kommer att få den hjälp de behöver i tid. Jag hade uppskattat om vi hade haft ett annat sätt att prata om detta – ett språk som alla kan förstå. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

Styrelseordföranden:

Sjukhusledningen är lite långsam i starten

Att avveckla den icke patientnära administrationen på Sahlgrenska går långsammare än politikern Cecilia Dalman Eek (s) hade hoppats på. Hon menar att sjukhusledningen nu har försuttit chansen att skära i administrationen i första hand, som det var tänkt.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO JOHANNA EWALD ST MICHAELS

I VANLIGA FALL NÄR ledare inom vården får ett sparkrav på sig hamnar blicken direkt på verksamheten man är satt att leda. Vilken mottagning går att stänga? Vilka verksamheter kan vi slå ihop? Men efter beslutet om att avskaffa eller pausa all icke patientnära administration på Sahlgrenska ser direktivet från politikerhåll annorlunda ut.

– Det här är en svår utmaning för byråkratin. De måste tänka på ett helt nytt sätt. Den verksamhet som de betraktar som sin egen och de egna stödfunktionerna är nu de som måste minska först, säger Cecilia Dalman Eek (s) som är styrelseordförande på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Sedan beslutet om att slopa eller pausa all icke patientnära administration klubbades igenom har hon engagerat sig en hel del i frågan och har en tät kontakt med både fackliga representanter och sjukhusledningen för att skynda på processen, berättar hon.

– **DET FINNS SJÄLVKLART** massor med hinder på vägen och vi har gett ledningen i uppdrag att ta sig förbi dem. Men jag hade absolut hoppats att det hade hänt mer vid det här laget. Det är därför jag inte har släppt fokus och har kallat till nytt styrelsemöte där jag bland annat har bett



Cecilia Dalman Eek är styrelseordförande på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

om en uppföljning i den här frågan redan nu på fredag.

En del åtgärder har trots allt gjorts, men de är långt ifrån tillräckliga, berättar Cecilia Dalman Eek.

– Vi fattade till exempel beslut om att inte återsätta några administrativa tjänster och ska man anställa någon administratör så ska områdeschefen från och med nu vara med och godkänna det. Det har gett en del resultat, det har det, men i arbetet med att hitta besparingar på sjukhuset så är det dessvärre för få administrativa åtgärder som har redovisats till oss från sjukhusledningen.

Vilka hinder är det som finns på vägen?

– Ett av dem är en rädsla hos ledningen att en minskning av den administrativa staben ska leda till att man i stället skyfflar ner administrationen på vårdpersonalen. Men här anser jag att vi har ett systemfel. Vi måste helt enkelt sluta med en hel del administration helt och hållet och utmana oss själva och vår region i detta. Det är inte rapporter och statistik som ska vara i centrum för vi har massor med människor som väntar på vård. All den vård vi utför behövs ju – och den behövs mer än administrationen. Där är det svårt för ledningen att prioritera eftersom man upplever

sig sitta fast i de här kraven på administration. Det är en inneboende kraft i byråkratier. De lever ett liv utanför verksamheten utan att ifrågasättas. Ingen har presenterat effektivitetsmätningar för administration. Därför måste man tänka om och identifiera det som kan avslutas och se till att avsluta det. Där är både regionen och sjukhusledningen lite långsamma i starten.

Det ligger ett stort sparbeting på sjukhuset just nu där man bland annat föreslår att den äldre psykiatriska mottagningen ska läggas ner – hur rimmar det med det här administrationsstoppet? Varför kan man inte spara pengar där i stället?

– Det kommer dessvärre aldrig att gå att spara alla de pengar som behöver sparas enbart genom att dra in på administration, men det är omöjligt för mig att acceptera att man BARA skär ute i verksamheterna. Jag såg till att vi fattade detta beslut för att skära i den icke patientnära administrationen först, men den chansen försatt man i sjukhusledningen. Nu får vi försöka göra detta på en och samma gång istället. Jag har initierat en särskild uppföljning där det ska göras en ordentlig översyn och inventering av våra staber, HR och alla de pågående utvecklingsprojekten. ◀

”

Vi måste helt enkelt sluta med en hel del administration helt och hållet.

Varför går det så trögt?

Sjukhuset arbetar intensivt med frågan, men någon exakt tidsplan för när den icke patientnära administrationen kan stoppas är ännu inte fastlagd. Arbetet måste först förankras och diskuteras i verksamheterna, meddelar HR-chefen Maria Aleniusson.

▶ Just nu genomförs åtgärder för att minska antalet administrativa tjänster på Sahlgrenska och man ser även över möjligheten att överföra viss administrativ personal till den patientnära vården. Konferenser, kurser och planeringsdagar förskjuts och ställs in, även om man anser att det finns ett visst uppdämt behov efter pandemin. Arbete pågår också för att identifiera administrativa rutiner och projekt som kan stoppas permanent, berättar Maria Aleniusson.

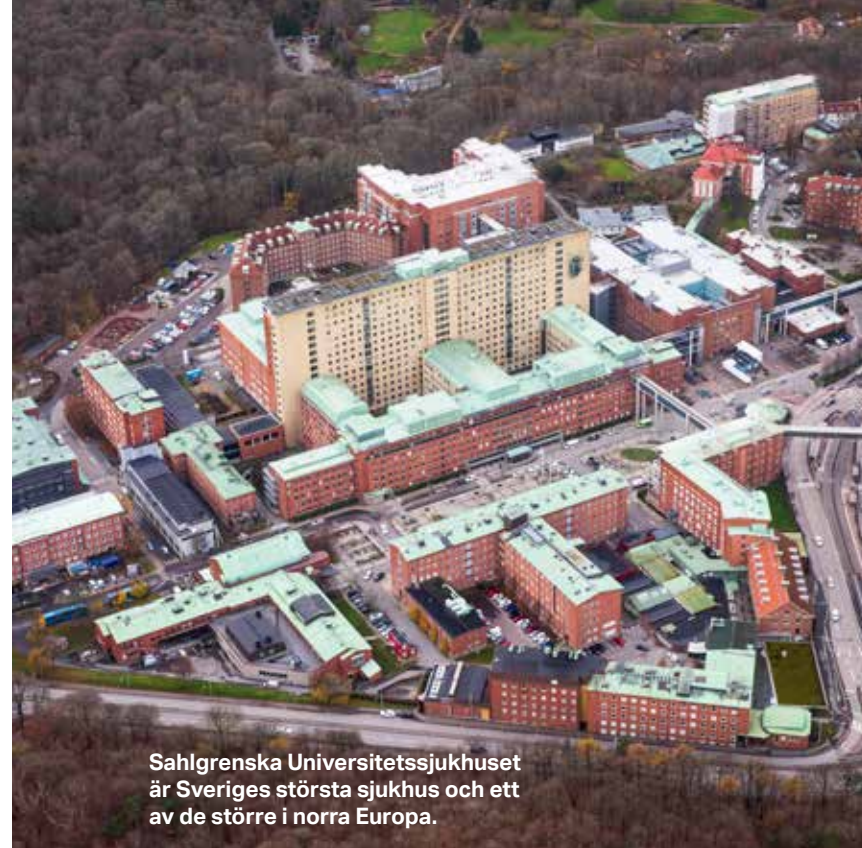


– **Samtidigt** är det långsiktiga arbetet viktigast. Vi kan inte bara ta bort tjänster och ha arbetsuppgifterna kvar. Det handlar om att identifiera administrativa arbetsuppgifter som kan förnkas eller i bästa fall tas bort. Och det är ett arbete som behöver förankras och diskuteras i verksamheterna, säger hon.

Den stora utmaningen är att vidta åtgärder som minskar kostnaderna men samtidigt, i minsta möjliga mån, har negativ påverkan på tillgängligheten och sjukhusets förmåga att producera vård, berättar Maria Aleniusson.

– Tydligt är att det även krävs andra effektiviseringar inom alla områden för att klara en verksamhet och ekonomi i balans – till exempel fortsatt arbete med kloka kliniska val, sänkta IT-kostnader, optimerad bemanning och så vidare. Sahlgrenska Universitetssjukhus har som övriga sjukhusförvaltningar i regionen stora utmaningar vad det gäller ekonomin. ◀

TEXT MALIN GAVELIN



Sahlgrenska Universitetssjukhuset är Sveriges största sjukhus och ett av de större i norra Europa.

FOTO INES SEBAL/SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Här ska alla chefer ha en fot på golvet

Alla anställda med en administrativ tjänst och vårdutbildning i botten bör jobba delvis kliniskt – den frågan har Sjukhusläkarnas Lars Edling drivit lokalt i Örebro i flera år. Nu har ledningen till slut nappat på hans tankar. TEXT MALIN GAVELIN

ETT FÖRSLAG MED hundra procent fördelar. Så beskriver infektionsläkaren Lars Edling på universitetssjukhuset i Örebro tanken om att alla administrativa bör ha en fot kvar på golvet.

– Då vet man vad man pratar om och man ser direkt hur de beslut man är med och fattar landar i verksamheten. På så vis berikar det båda uppdragen. Det sänder också en stark signal till de som jobbar på golvet att deras arbete är viktigt och premierat – vi som leder är också här!

När frågan har lyfts tidigare har Lars Edling stött på starkt motstånd – framför allt från Vårdförbundet som menar att renodlade administrativa tjänster är en viktig karriärväg för sjuksköterskor som inte bör medföra krav på fortsatt kliniskt arbete.

– **JAG TYCKER ATT** det är en väldigt tråkig inställning. Det är ju brist på sjuksköterskor som vill jobba på golvet på våra vårdavdelningar och akutavdelningar. Som ansvariga för vården behövs därför en vilja att styra ditåt. Folk ska vilja vara där och orkar jobba där. Annars är det ju som att säga att kärnuppdraget är dåligt och fult och något som vi alla vill komma bort från. Så ska vi inte bygga ett vårdssystem.

En annan invändning som tidigare har kommit från ledningshåll är att många med administrativa tjänster har varit borta från vårdgolvet så



FOTO EVA NORDIN

LARS EDLING

är överläkare inom verksamhetsområde infektion i Örebro.

länge att arbetet helt enkelt inte längre låter sig göras.

– Jag har väldigt svårt att se att det inte skulle vara möjligt med några dagars introduktion. Det här är ju högst kompetenta personer som har tagit sig långt i karriären. Och det har de ju gjort för att de är duktiga. All respekt för känslan av osäkerhet – men de behöver ju inte heller sättas på de mest avancerade arbetsuppgifterna med en gång.

VÅRDEN BEHÖVER HELT enkelt ett mer närvarande ledarskap med fler chefer som befinner sig bland medarbetarna, menar Lars Edling.

– Detta görs redan på vissa håll. Min nuvarande chef kliver till exempel in när det behövs. Hon ligger inte på schema men täcker upp i jourverksamheten när det krisar. Detta trots att hon inte har samma specialitet som övriga läkare i den verksamhet hon leder. Jag tycker att det bygger förtroende och sänder en jättetydlig signal till alla anställda.

MAN MÅSTE FÅ så pass mycket stöd från HR i sin administrativa chefsroll att det låter sig göras, menar Lars Edling. HR har i många fall gått från verksamhetsstöd på golvet till att ha blivit någon slags superorganisation som startar utredningar och skriver strategiska dokument. Den utvecklingen måste vända. Ledare inom vården måste helt enkelt få rätt förutsättningar för att också kunna verka kliniskt. Inte sitta och söka riktade stadsbidrag eller kontera fakturor eller vad man nu gör.

Lars Edling har tidigare varit ute i media och berättat om sitt förslag och även försökt lyfta frågan lokalt på sjukhuset. Något särskilt gensvar från arbetsgivaren har han dock inte fått – förrän nu.

– I höstas föreslog det plötsligt det här själva – men de ville gå steget längre och även titta på alla befintliga anställningar. Min tanke från början var att det skulle gälla alla som anställs i framtiden – men det här är ju ännu bättre. ◀

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 ovarsamt, oavsiktligt eller oöversiktligt 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

”Den medicinska sekreteraren är oersättlig”

Det är inte så att jag tvingats att börja arbeta med taligenkänning. Det är inte heller så att jag aktivt sett till att få arbeta med detta redskap. Nej, nästan samtidigt som vi kunde läsa i media om fördelarna med taligenkänning så har vi på min arbetsplats börjat arbeta i ett system som heter PACS. Och när man börjar arbeta i ett nytt dataprogram händer ibland spännande saker.

Det började med att jag vid något tillfälle upptäckte att det stod något konstigt ovanför min bedömning i ett läkarutlåtande och strök bort det. Sen hände det en gång till och som jag förstår det rätt så startar taligenkänning upp ganska så lätt, lite nästan som av sig själv.

Jag var bara ett knapptryck ifrån att skicka iväg ett utlåtande bestående av fullständig ordsallad, nån sorts anarkistisk ordblandning som nästan verkade ha ett sammanhang och som faktiskt skapats av en AI-robot från mina egna ord. Frågan inställer sig om det är jag som behöver en logoped eller om det kan riktas en liten gnutt kritik mot den fantastiska AI-intelligenen? Jag frågade läkarsekreterarna som skriver mina utlåtande och de tycker att de är ganska bra.

Hade detta utlåtande gått iväg hade jag nog riskerat att bli av med jobbet. Jag menar hade en ansvarig medicinskt kompetent chef (motsatsen är alldeles för vanlig ni förstår varför jag nämner det) läst detta hade han eller hon rimligen agerat direkt och tagit mig ur tjänst. Hade jag varit patient och läst detta hade jag blivit väldigt undrande och bytt doktor.

Jag väljer att inte argumentera så mycket för eller emot taligenkänning utan jag tänker att alla får läsa mitt exempel och själva dra sina slutsatser. (Se ruta här intill) Ja det är sant detta är original, vartenda ord är AI-skapat. Jag har ofta patienter som har hjärtklappning,

”**Hade detta utlåtande gått iväg hade jag nog riskerat att bli av med jobbet.**”

en klassisk patient som jag har utrett, diagnostiserat, och satt in medicin på blir ofta skickad på fler undersökningar och ofta remitterad vidare till vår universitetsklinik för avancerad arytmibehandling. Det blir konsultremiss, remiss till kompletterande utredning med specialundersökning, kopior på EKG och special EKG bifogade till remissen samt ofta ett brev till patienten. Kanske också med en kompletterande LAB-blankett.

Detta berättar jag för att förtydliga för någon som inte jobbar med sjukvård eller taligenkänning och förklara det självklara: att taligenkänning gör ingenting, mer än att möjligtvis röra ihop text. Tyvärr så har vi chefer som gillar taligenkänning. För de vet inte bättre eller ännu värre de förstår inte bättre.

Avslutningsvis måste jag förklara vem som är den äkta taligenkännaren. Jag fixar redan nu en hel del administrativt arbete men det avancerade administrativa jobbet utförs av spindeln i nätet, läkarsekreteraren, som ska få iväg alla brev, remisser och kopior till rätt instans med rätt adress och rätt mottagare.

Jag tycker inte att det kommer fram i debatten hur oersättligt viktig den medicinska sekreteraren de facto är för att patienten ska få ett flyt i sin utredning, behandling och planering. Jag är medlem i läkarförbundet men jag bryter gärna alla barriärer och tar vilken dag i veckan som helst strid för fler medicinska sekreterare. ◀

Sten Östenson
Styrelseledamot i Sjukhusläkarna och specialist i hjärtsjukdomar och klinisk fysiologi



SÅ HÄR SKREV ROBOTEN:

Observera att detta är en ändring av tidigare signerat definitivsvar:

Ålder är öppen i sin: Bäste kollega samråd med Grubb kollega eller indirekt ljumske med bra puls och patienten får till 12 samt patienten avvaktar behandling vilket ställer 7 29 dygn ett uppmättes vid morgonen för mera rytmisk och lungor ligande rimligt med ny genomgång övre buk med konferens hos er och patineten stoppar procent milligram 1x 2 har valt att inte föreligger vid utgången av synnerverna diagnos patienten undrar om han reser ochklusion och är måttlig och har diskuterat med tidigare nu har jag inte kompetent att bedöma om det är aktuellt vid avslut som har sin tur kommer förstås komplettera remissen och patienten får 29 arytm.

Bästa hälsningar
Sten Östenson



Mesalazin Orion
mesalazin
Enterotablett och suppositorium 500 mg och 1000 mg

Vid behandling av
ulcerös kolit

Välj Mesalazin Orion

– ett generiskt alternativ

- Välj aktivt vid förskrivning
- Mesalazin Orion enterotabletter är inte utbytbara på apotek*

* Mesalazin Orion suppositorier är utbytbara på apotek inom periodens vara till Asacol® och Salofalk® suppositorier. www.tlv.se

LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



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

ORION PHARMA

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer (Rx). (F) **Indikation och subvention:** Vid distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Mesalazin Orion rekommenderas inte användas till barn under 5 år. **Försiktighet:** Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Kontroll av blodprover (fullständig blodstatus) och urinprover ska utföras två veckor efter påbörjad behandling och med 4 veckors intervall. Om proverna är normala ska uppföljningsproven tas var 3:e månad. **Senaste översyn av produktresumé:** Enterotabletter 500 och 1000 mg samt suppositorium 500 och 1000 mg: 2023-01-25. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

Ansökan
lämnas senast
15/9 2023

Ansök om anslag till diabetesforskning

Diabetesfonden utlyser projektbidrag, för såväl grundforskning som klinisk patientnära forskning med tydlig diabetesrelevans, avseende diabetesforskning med hög vetenskaplig kvalitet. Anslag kommer i första hand att tilldelas forskargrupper med mer omfattande program. Endast undantagsvis tilldelas anslag till enskilda forskare eller mindre projekt. Huvudsökande för projektet ska vara disputerad. Anslag kan endast tilldelas forskare vars lön till minst 50% uppbärs i Sverige. **Ansökan lämnas senast den 15 september 2023.**

Läs mer och ansök på
diabetes.se/forskningsanslag

DIABETES FONDEN
Svenska Diabetesförbundet

Ambulansen vill inte korsa regiongränsen

Yvonne Norrman flyttade över regiongränsen, men hennes närmaste sjukhus ligger fortfarande i Södertälje. Dit vill inte ambulansen köra. ”Det händer att jag inte orkar bråka, utan ber min man om skjuts i stället, trots att det är riskfyllt”, säger hon.

TEXT INGEMO ORSTADIUS FOTO THOMAS CARLGREN

YVONNE NORRMAN HAR i många år haft återkommande magproblem, som visat sig bero på divertiklar på tarmen. 2012 fick hon därför en kolostomi inopererad som avlastning. Tyvärr fungerade den inte, eftersom delar av tarmen var fastvuxna vid ryggraden. 2013 genomgick hon därför en avancerad operation på Huddinge sjukhus, där en stor del av ärrvävnad på tarmen avlägsnades. Samtidigt lades en ilostomi, som dock togs bort året därpå, eftersom inte heller den gjorde någon nytta.

Hennes sista tarmoperation utfördes 2015. Alla utförda ingrepp hade till slut resulterat i ett stort bräck, som fick magen att puta ut. För att hålla tarmarna på plats, lades därför ett nät innanför bukhinnan.

– Nu finns där så mycket ärrvävnad på tarmen att den inte går att operera flera gånger. De bräck som bildats där, orsakar tarmvred i genomsnitt två gånger per år och då måste jag söka vård

akut, vilket skapar onödigt stora problem för mig, säger Yvonne och förklarar att när hennes magproblem startade, bodde hon i Enhörna som ligger i region Stockholm.

HENNES NÄRMASTE SJUKHUS då var Södertälje och så är det fortfarande, trots att hon nu bor i Mariefred, som ligger i region Sörmland. När hon fick tarmvred första gången, åkte hon själv in till sjukhuset i Södertälje och blev väl mottagen. Samtidigt blev hon uppmanad att i stället ringa en ambulans nästa gång, eftersom situationen kan vara livshotande ifall tarmen går sönder.

Efter att ha fått det rådet, ringer Yvonne numera 112 när hon får tarmvred och säger att hon vill ha en ambulans till Södertälje sjukhus. Svaret hon får är antingen att ”det får du ta med ambulansen som kommer” eller ”nej, du ska till Eskilstuna, eftersom du bor i region Sörmland.”



Det är i Södertälje Yvonne Normans journaler finns och där känner personalen henne väl.

”Jag har haft tarmvred cirka 15 gånger nu och känner så väl igen symptomen.

– Men jag vill ju till Södertälje! Anledningen är att där finns min journal, där känner de mig och litar på mig direkt när jag säger att jag har tarmvred. Dessutom vet jag att jag alltid blir inlagd. Södertälje är också mitt närmaste sjukhus. Dit har jag bara 39 kilometer, medan jag har 51 till Eskilstuna, säger Yvonne.

Sist hon åkte ambulans, kom den från Strängnäs och föraren meddelade att ”vi kör till Eskilstuna”. Men Yvonne stod på sig och sa att hon ville till Södertälje och förklarade varför. Då ringde ambulansföraren för att undersöka om det var ok att han körde henne dit, men blev nekad. ”Men du kan ju själv beställa en sjuktransport dit,” sa han, vilket Yvonne gjorde, med påföljd att hon med svåra smärtor fick vänta i ytterligare 45 minuter.

– En annan gång när jag åkte ambulans, märkte jag tydligt hur irriterad sjuksköterskan var. Han tittade inte på mig en enda gång, ägnade ingen tid åt mig och tog inget blodtryck, trots att jag hade tagit morfin för att dämpa smärtorna. När vi var framme i Södertälje, sa han bara att ”nästa gång vi ses, åker vi till Eskilstuna!”

YVONNE FÖRSTÅR ATT ambulanspersonalen har sina regler att följa, men hon tycker att de drabbar henne väldigt hårt.

– Det händer att jag inte orkar bråka. Jag har ju inte LITE ont heller så det är ingen lätt situation att befinna sig i. Min man blir så stressad av att höra mig tjafsa med ambulanspersonalen att han ibland kör mig, trots de risker som finns. Jag har haft tarmvred cirka 15 gånger nu och känner så väl igen symptomen, så vi försöker åka så tidigt vi kan, säger hon.

Som patient har man rätt att välja vård var man vill, så länge det inte är akut. Men i Yvannes fall är det alltså transporten till sjukhuset



39
kilometer har
Yvonne till
Södertälje
sjukhus. Till
Eskilstuna
är det 51.

som skapar problem, inte vårdplatsen. Hennes hemregion Sörmland har inga synpunkter på var hon vårdas.

– Jag fick exempelvis ”godkänt” för att operera gallan i Södertälje, i hopp om att minska risken för tarmvred, säger hon.

Yvonne tycker att hon gör allt hon kan för att inte drabbas av tarmvred. Hon tänker mycket på vad hon äter; maten får inte vara hårdsmält eller innehålla fibrer. Hennes man, som lagar all mat, är väldigt noggrann.

– MEN IBLAND SPELAR det ingen roll. Där en stomi en gång suttit, är tarmen nu ihopkopplad. Passagen är trång och när den blir ännu trängre av mat som fastnat, bildas en inflammation som orsakar tarmvred. Då måste jag snabbt in på sjukhus. Där får jag en slang i näsan som går ner till magsäcken.

Kontrastvätskan som fylls på, löser upp maginnehållet och smärtan avtar. Det brukar ta knappt två dygn. Sedan ska jag ju hinna börja äta lite försiktigt också för att se att magen fungerar.

När det är kväll dygn två är det dags för Yvonne att skrivas ut och åka hem. Då kommer nästa problem.

– Jag ska ha tur om jag får en sjuktransport sent på kvällen. Men ifall jag inte lyckas, kan jag alltid övernatta i Södertälje hos något av mina barn. Om jag däremot varit inlagd i Eskilstuna, kommer jag inte därifrån på natten, ifall inte min man kommer och hämtar mig, vilket innebär dryga tio mil tur och retur för honom.

Yvannes önskan är att få välja vård även i akuta situationer.

– Ifall gränsen mellan regionerna inte vore så stark, kunde de skicka en ambulans från Södertälje i stället; den ska ju ändå tillbaka dit med mig i. Det skulle betyda mycket för mig att slippa oro varje gång jag får tarmvred. ◀



RIKSAVTAL FÖR UTOMLÄNSVÅRD

► Vårdlandstingets val av ambulans, bårbil, ambulanshelikopter och ambulansflyg utgår från patientens medicinska behov.

► 7.3 Transport från vårdenhet

En patients hemlandsting ersätter ett vårdlandsting för en transport från vårdenhet, gäller även vid öppen vård, till den ort där patienten påbörjade transporten till vårdenheten eller till hemmet. En patient får själv svara för den merkostnad som uppkommer i de fall en patient begär en transport till en annan vårdenhet än den närmaste där den nödvändiga vården kan lämnas eller, vid utskrivning från vårdenheten, till annan ort än hemorten eller vistelseorten.

► 7.8 Patientens val av vårdgivare i andra landsting

Patienten får själv stå för de resekostnader som det egna valet av vårdgivare inom den öppna och slutna vården i annat landsting kan medföra.

En fråga om resurser enligt regionen

► Sjukhusläkaren kontaktade SKR för att få svar på hur de ser på Yvonne Norrmans bekymmer med ambulanstransporter. Olle Olsson, handläggare på avdelningen för vård och omsorg, ville inte bli intervjuad på telefon, men svarade i ett skriftligt mejl, att han beklagade att ”den aktuella patienten upplevt sig illa behandlad” och tillade att det för sjukvården alltid är av central betydelse att tillhandahålla god vård. Sedan lämnade han ett sammanfattande svar på de frågor som finns i riktlinjerna för utomlänsvård.

– Där finns inget nationellt stöd vad gäller transport från hemmet till aktuell vårdenhet i Stockholm. Här får man i stället utgå från de lokala/regionala rutinerna och den lokala/regionala vårdplaneringen för den enskilda patienten. Jag har ingen kännedom om de lokala rutinerna för ambulansdirigering och prioritering i Region Sörmland, men en utgångspunkt är att utgå från patientens bästa. Det kan dock ibland uppstå situationer där aktuellt läge på sjukhusen gör att man tvingas göra en dirigering till den vårdenhet som har bäst möjlighet att ge patienten god vård, skriver Olle Olsson.

Efter rekommendation från Olle Olsson kontaktade vi Region Sörmland. Carina Axén, tillförordnad verksamhetschef för ambulansvården, svarade att hon bara kan uttala sig generellt och inte i det enskilda fallet. Men om patienten har önskemål om att åka till annat sjukhus som ligger i ett intilliggande län (rimligt avstånd) kan ambulansbesättningen ställa frågan till sjukvårdens larmcentral för att undersöka om så är möjligt. Hon påpekar att om ambulansen åker in i en annan region är den resursen, ambulansen, inte tillgänglig för nästa uppdrag, vilket leder till sämre beredskapstäckning för hela Region Sörmland.

– Det är alltid en resursfråga för sjukvårdens larmcentral att ta ställning till om man vid det aktuella tillfället kan tillmötesgå patientens önskemål och ”avvara” resursen, men vi försöker alltid om det är möjligt. Och denna möjlighet kan så klart se helt olika ut vid olika tillfällen. Så vi säger aldrig generellt nej till önskemål om att transporteras till annat sjukhus, utan är beroende av beredskapstäckning i hela Sörmland, säger Carina Axén. ◀

TEXT INGEMO ORSTADIUS

Vinnare av **bästa sjukhusmaten** oroas av nytt måltidssystem

För 10 år sedan belönades Falu lasarett med utmärkelsen "Sveriges bästa sjukhusmat". Med vällagad mat från grunden, ett klokt ledarskap och rekrytering av namnkunniga kockar från krogbranschen, vann de juryns röster. Nu väntar dock stora förändringar. Nästa år kommer större delen av matproduktionen i Falun att läggas ned för att flytta till Mora. Beslutet har väckt stor besvikelse hos många anställda.

TEXT EVA NORDIN

LINDA HAGLUND ÄR utbildad dietist och kostekonom och var chef för köket vid Falu lasarett när beskedet kom: "Ni har vunnit priset för Sveriges bästa sjukhusmat".

Beslutet fattades av en namnkunnig jury med talesman Bengt von Zur-Mühlen i spetsen, vid den tiden vice ordförande i Sjukhusläkarna.

Året var 2013 och utmärkelsen togs emot med stort jubel.

– Det betydde oerhört mycket, inte minst för personalen och för att höja statusen på sjukhusmaten. Det var rätt unikt vid den tiden, och även idag, att man rullade köttbullar för hand och lagade varm mat från grunden till vårdavdelningarna, säger Linda Haglund.

Juryn lyfte även fram ledningens vilja att behålla matproduktionen i hjärtat av sjukhuset och ett kantinsystem, där maten levererades till avdelningarna och serverades

till patientens tallrik. Fördelarna, menade juryn, var flera jämfört med brickdukning som var vanligt vid många andra sjukhus.

– Vi hade ett fantastiskt blandat team i och erfarna kockar från krogbranschen. Det fanns även en nära samverkan med vårdavdelningarna för att ta fram recept som fungerade i verkligheten, säger Linda Haglund.

I DAG ARBETAR HON som politisk sekreterare för Centerpartiets regionråd i Region Dalarna.

– Efter att ha jobbat som ledare inom offentlig sektor ville jag lära mig mer om hur det politiska beslutsfattandet går till, samt bistå med sakkunnighet så att politiker kan fatta så bra beslut som möjligt.



Linda Haglund.

Mycket har hänt sedan priset delades ut och nu väntar en omfattande omorganisation. I juni 2021 fattades ett politiskt beslut om att införa ett nytt måltidssystem på Falu, Ludvika- och Mora lasarett. Beslutet innebär i korthet att man lämnar konceptet med varm mat från kantin i Falun och flyttar produktionen av patientmåltider till Mora.

Det nya systemet med mat som snabbkyls och sedan portioneras direkt efter tillagning kommer att träda i kraft 2024.

– Det är förstås en stor omställning. Vi har fått flera utmärkelser för vårt arbete, men nu måste vi tänka om. Det är nya tider och jag kan förstå beslutet som också har fördelar. Nu handlar det om att peppa personalen som jobbar kvar i Falun

Att man lagade maten från grunden och rullade köttbullarna för hand var en del av det unika med köket i Falun.



FOTO GETTY IMAGES



DET HÄNDE DÅ

2013 belönades Falu lasarett med utmärkelsen "Sveriges bästa sjukhusmat" med motiveringen: "Köket vid Falu lasarett har fått upp farten på sin resa mot målet att laga mer mat från grunden. Ett klokt ledarskap och rekrytering av kockar från krogbranschen har byggt broar mellan storköksvärlden och restaurangvärlden och skapat en modern organisation med starkt fokus på maten, vilket också ger avtryck i smakerna."

att tänka nytt. Även om volymerna minskar kommer vi att ha kvar vårt kök och våra kockar. Vårt fokus blir att producera specialkost, efterrätter och råkost, samt maten till vår personalrestaurang, säger Veronica Berg, första linjens chef med ansvar för personal, ekonomi och kvalitet.

HON HAR UNDER MÅNGA år arbetat som kostchef i olika verksamheter. Hon kommer väl ihåg när hon tillträdde tjänsten på Falu lasarett för tre år sedan. På frågan vad personalen kände sig mest stolt över kom svaret snabbt: utmärkelsen bästa sjukhusmaten 2013.

– På grund av flera chefsbyten och

förändringar i organisationen hade dock engagemanget försvagats. Min främsta uppgift var att skaka liv i ambitionerna igen, säger Veronica Berg.

Ett stort arbete har handlat om att bli mer klimatsmarta. Höjda råvarupriser, inflation och prisökningar har slagit hårt mot verksamheten.

– Vi behöver arbeta smartare och byta ut livsmedel för att bli mer hållbara ur ett pris- kvalitets- och miljöperspektiv.

År 2021 belönades de med Region Dalarnas miljöpris för sitt arbete att erbjuda gäster möjligheten att välja den mat som ger minst miljöpåverkan.

– Vi vill fortsätta att vara kreativa

och jaga priser, även om förutsättningarna ändras. Vi arbetar med Lean-tavlor för dagliga möten och ständiga förbättringsarbeten. Det har väsentligt förbättrat kvaliteten, leveranssäkerheten, arbetsmiljön och vårt engagemang, säger Veronica Berg.

DET FINNS FLERA orsaker till att politiker har velat se ett nytt måltidssystem i Region Dalarna. De viktigaste argumenten är en ökad valfrihet för patienterna, en större flexibilitet och ett minskat matsvinn. Region Dalarna är bara en av flera regioner i Sverige som har bytt eller är på väg att byta till detta koncept, menar Anders Eriksson, processägare för kost och måltid på Regionservice i Dalarna.

– Den snabbnedkylta maten transporteras från köket i Mora inom ett befintligt ruttsystem till buffertkylar

”*Svinnet kan minska med uppskattningsvis 60 procent.*”



FOTO: VERONICA BERG

Köket i Falun blir kvar, till kockarnas stora glädje, även om volymerna minskar.

i Falun och Ludvika. I vårdavdelningarnas kök kommer maten sedan att finnas tillgänglig i kylskåp som fylls på alltefter behov. Flexibiliteten blir större då maten är tillgänglig dygnet runt och kan serveras på andra tider än lunch och middag, om patienter av olika skäl inte kan eller vill äta på planerad tid.

DET NYA konceptet innebär att patienter kommer att kunna välja mellan 10 till 15 rätter från en à la carte meny. I samband med systembytet kommer även utbudet av frukostar, mellan- och kvällsmål att ses över.

– I dag slängs cirka 50 ton mat varje år vid sjukhusköken i Dalarna på grund av överproduktion och överbeställningar. Beräkningar visar att svinnet kan minska med uppskattningsvis 60 procent.

Det har framförts kritik mot att politiken beslutat om ett nygamalt

koncept där man tillagar maten, snabbt kyler ned den och sedan värmer upp den som enportionsmat. Det kan knappast vara bra för smaklökarna eller näringstillförseln, menar kritikerna. Men Lina Haglund, som alltså numera arbetar tillsammans med den politiska ledningen, försäkrar att det inte handlar om att implementera ett nygamalt system.



Anders Eriksson.

– **KONCEPTET** har utvecklats och kyld-mat-systemet är idag mycket bättre, inte minst vad gäller näringsinnehåll. Även livsmedelssäkerheten blir bättre. Det finns

stora risker med bakterietillväxt om du ska hålla maten värmd under en längre tid. Det kommer heller inte bara ställas fram en enportionslåda som vissa kritiker vill göra gällande. Maten kommer att serveras smakfullt på tallrik till patienten.

Beslutet om ett nytt måltidssys-

NYTT MÅLTIDSSYSTEM I REGION DALARNA

I juni 2021 beslutade regionstyrelsen att införa ett nytt system för patientmåltider.

- **ÖKAD VALFRIHET FÖR PATIENTER** att välja maträtter då menyutbudet utökas till 10-15 rätter
- **MER FLEXIBLA SERVERINGSTIDER.** Patienter kan i större utsträckning välja när maten ska serveras, beroende på behov.
- **MINDRE MATSVINN.** Erfarenheter från andra sjukhus med liknande system visar en minskning på uppemot 60 procent, vilket för Region Dalarna skulle motsvara 50 ton lägre svinn per år.
- **MER KOSTNADEFFEKTIVT.** Den årliga driftskostnaden minskar med cirka 8 miljoner kronor. Samtidigt beräknas det nya måltidssystemet kräva investeringar på cirka 5 miljoner kronor.

tem överklagades till förvaltningsrätten, men hävdes 2022. Socialdemokraterna, som tidigare var i oppositionsställning, var ett av två partier som riktade stark kritik mot beslutet. Sebastian Karlberg (S) som i dag är ordförande i servicenämnden i Region Dalarna tillstår att han var högst skeptisk till beslutet, men vill nu ge det nya systemet en ärlig chans.

– Vi har en pågående utredning om hur vi kan involvera personalen ännu mer och se till att vi använder våra resurser på bästa sätt. Vi tror att detta kan bli bra och vi vill gärna vinna priset Sveriges bästa sjukhusmat igen. ◀

Fotnot: (S), (SD) och (V) som var oppositionspartier när beslutet fattades i regionstyrelsen, presenterade egna förslag om bibehållen kostproduktion både på Mora och Falu lasarett. Sedan valet styrs nu Region Dalarna av Socialdemokraterna, Centerpartiet, Kristdemokraterna och Dalarnas Sjukvårdsparti. Samarbetet har fått namnet Samling för Dalarna.

"Nya lagen stärker klinisk forskning"

1 Vilka är de viktigaste förändringarna i den nya biobankslagen?

– Den gamla lagen från 2002 ansågs vara knepig och krånglig och under åren har det varit ett antal utredningar. Den senaste leddes av professor Johanna Adami. Mycket av det hon föreslog antas nu i den nya lagen.

– Vi får nu en större tydlighet när det gäller definitioner, tillämpningar och ansvar på olika nivåer. Det blir också en tydligare avgränsning till annan lagstiftning. Tidigare fanns det oklarheter kring vilken lag som skulle gälla i olika situationer.

– En viktig förändring är att den nya biobankslagen inte är tillämplig för prover som analyseras inom nio månader efter provtagningsstillfället och sedan slängs. Vill man behålla proverna längre tid gäller biobankslagen. Rent konkret kan det exempelvis handla om en patient som ska vara med i en forskningsstudie. I samma veva tas kanske även andra rutinmässiga prover för sjukvården. Tidigare omfattades dessa prover av biobankslagen, vilket skapade onödiga hinder och administrativt krångel.

– Lagen innebär även ett utökat integritetsskydd. En patients samtycke till vård och behandling omfattar även ett samtycke till att spara prover i en biobank i vård- och behandlingssyfte, under förutsättning att den enskilde provgivaren får och har tillgång till tillräcklig information, och inte har motsatt sig att de sparas. Den gamla biobankslagen krävde ett aktivt samtycke.

– Även vävnadsprover på underåriga ska kunna samlas in och bevaras



FOTO: EVA NORDIN

MATS ULFENDAHL

är professor i experimentell audiologi och otologi vid Karolinska institutet. Sedan 2018 är han verksam som forskningsdirektör i Region Östergötland. Han är även ledamot i Biobank Sveriges nationella styrgrupp.

BIOBANK SVERIGE är en nationell infrastruktur för biobanking där hälso- och sjukvård, akademi, näringsliv och patientorganisationer samverkar för en god vård och forskning.

3 FRÅGOR TILL **MATS ULFENDAHL**
OM DEN NYA BIOBANKSLAGEN SOM
TRÄDER I KRAFT 1 JULI I ÅR

inom ramen för biobankslagen, trots att vårdnadshavaren motsätter sig det. När barnet sedan är myndigt kan det bestämma om provet får användas eller ska slängas. Tidigare fanns en stor osäkerhet kring detta.

2 Hur stärker och stödjer den nya lagen etikgodkänd forskning och klinisk prövning?

– Tydligheten, det blir enklare att förstå vad man får och inte får göra. Exempelvis kommer fokus att vara på vilka ändamål som proven faktiskt ska användas för, inte i vilken verksamhet insamlingen sker. Och i de fall prov samlas in för forskningsändamål, även när provtagning sker inom vården, kan forskningsledare vara biobankhuvudman direkt, vilket förenklar och minskar byråkratin.

"En större tydlighet när det gäller definitioner, tillämpningar och ansvar."

3 På vilket sätt förbättras forskningssamarbeten med andra länder?

– Med den nya lagen tas förbudet att förvara vävnadsprover utomlands bort, men prövning och godkännande krävs fortfarande av en etikprövningsnämnd. Det här ökar möjligheterna till kliniska prövningar, internationella studier och samarbeten. Ibland kan prover behöva analyseras med särskilda analysmetoder som endast finns i andra länder.

– Jag tror att den nya biobankslagen kommer att kunna stärka klinisk forskning och kliniska prövningar i Sverige. ◀

TEXT EVA NORDIN



MORAMODELLEN FICK SJUKSKÖTERSKORNA ATT STANNA KVAR

För drygt ett år sedan var det akut kris på avdelning 62 på medicinkliniken vid Mora lasarett. Drygt hälften av alla sjuksköterskor hade sagt upp sig och arbetstygnden för kvarvarande medarbetare var ohållbar. Överläkaren Sascha Wagner ville ta reda på de bakomliggande orsakerna till flykten. Under några arbetspass gick han bredvid en sjuksköterska för att bättre förstå hennes arbetsuppgifter och utmaningar. Det förändrade allt.

TEXT EVA NORDIN FOTO NETTAN KOCK

▲ Effektivt

Det nya arbetssättet att runda patienter minskade tiden från drygt 1,5 timmar till 15–20 minuter. Hela vårdteamet runt patienten samlas vid rondtavlan för genomgång.

Prioritera ►

På rondtavlan får alla medarbetare en snabb och tydlig översiktsbild. De färgade magneterna visar vilka patienter som kräver omedelbar uppmärksamhet.



NÄR "MORAMODELLEN" infördes i oktober 2022 vände den dystra utvecklingen ganska snabbt. På bara sju veckor visade sig effekterna i form av omfattande tidsvinster, en stärkt teamkänsla, förbättrad arbetsmiljö, effektivare vård, färre vård dygn och ökad patientsäkerhet.

– Det vi gjorde var egentligen enkelt. I korthet handlar det om att vi införde nya rutiner och ett nytt teambaserat arbetssätt. Det

resulterade i en stor arbetsmiljö- och kulturförändring som har gagnat alla medarbetare, även patienter och anhöriga. Med ganska enkla medel kunde vi tillsammans driva ett framgångsrikt förbättringsarbete, påhejade av stöttande chefer, säger Sascha Wagner, specialist i kardiologi och överläkare på avdelning 62 på medicinkliniken.

MORAMODELLEN BYGGER i grunden på ett nytt arbetssätt att runda patienter. I stället för den traditionella sittande rondan samlas i dag hela vårdteamet framför en rondtavla på sjuksköterskeexpeditionen: läkare, sjuksköterska, undersköterska, och vid

Initiator

Läkaren Sascha Wagner initierade Moramodellen tillsammans med avdelningschefen Anna-Karin Fillman.





Delaktighet

När läkare och sjuksköterskor började jobba närmare varandra ökade arbetsglädjen och arbetsmiljön förbättrades.
– Vi känner oss mer delaktiga och lyssnade på än tidigare, menar Frida Toms, sjuksköterska på avdelning 62.



Arbetsmiljö

Det traditionella arbetssättet att ronda patienter var ålderdomligt, tidskrävande och ineffektivt.
– Det gick ut över patienterna och arbetsmiljön, säger läkaren Sascha Wagner

behov även samordnare, paramedicinare och sekreterare (se faktaruta på nästa sida).
– Rondtavlan ger en snabb och bra helhetsbild av den aktuella situationen och det arbete som ska utföras runt patienten. Rondtavlan är ett effektivt verktyg och en kommunikationsplattform som mycket bättre än journalen visualiserar det aktuella vårdbehovet, vilka insatser som krävs och behoven av övervakning, säger Sascha Wagner.

INFÖRANDET AV DEN NYA modellen föregicks av en påfrestande arbetssituation som påverkade hela medicinkliniken. Under våren 2022 hade avdelning 62 förlorat flera sjuksköterskor. Under sommaren fortsatte flykten och för de medarbetare som var kvar blev arbetstyngden ohållbar. När smärtgränsen var nådd bestämde sig Sascha Wagner för att följa en sjuksköterska i hennes arbete.
– Det var oerhört nyttigt. Jag ville försöka förstå sjuksköterskornas arbetssituation och varför de slutade. Jag lärde mig massor och fick flera plågsamma insikter. Det var uppenbart att vi hade ett snävt läkarfokus med ett arbetssätt som var hierarkiskt och med barriärer som försvårade sjuksköterskornas arbete. Det skapade frustra-

tion och mycket onödigt merarbete. Hade jag haft en liknande arbetssituation skulle inte heller jag ha jobbat kvar.

INSIKTERNA BLEV STARTEN på ett förbättrings- och utvecklingsarbete som initierades av Sascha Wagner och avdelningschefen Anna-Karin Fillman i nära samarbete med hela vårdteamet på avdelning 62.

– Till skillnad från tidigare arbetar vi nu som ett vårdteam där alla har möjlighet att skriva relevant och viktig information på rondtavlan. Det här arbetssättet innebär att få saker ramlar mellan stolarna och vi tycker oss se vinster i form av färre vård dagar, vårdrelaterade infektioner och vårdskador, säger Anna-Karin Fillman.

På rondtavlan får alla en snabb översiktsskild: vilka undersökningar och konsultationer är beställda? Finns en fortsatt vårdplan och eventuellt utskrivningsdatum? Vilka infarter finns? Finns risk för liggsår, vårdrelaterade infektioner? Vilken pågående behandling har patienten (syrgas, intravenös antibiotika, inhalation)?

Frida Toms är sjuksköterska på avdelningen och den som Sascha Wagner "pryade" hos.

NYTT RONDSYSTEM
– GRUNDEN
I MORAMODELLEN

08.00-09.30 Läkare inhämtar information om patienters status på rondtavlan på sjuksköterskeexpeditionen. Kort avstämning med sjuksköterska. Därefter översiktlig journalgranskning. Fysisk bedömning av vissa patienter avgörs utifrån ett triage-system med tre olika färgkategorier.

- Röd markering betyder nyinskriven patient, akut försämring eller annan orsak till prioriterad läkarbedömning. Beställning av remisser.
- Gul markering betyder att patienten är under behandling, att planering finns och rondas i mån av tid.
- Grön innebär att patienten är medicinskt färdig. Även epikrisen, läkemedelslistan och recept är färdiga.

09.30-10.00 Hela vårdteamet runt patienten samlas vid rondtavlan för genomgång och uppdatering av patienters status och behov av insatser.

10.00 Övriga patienter rondas fysiskt. Avdelningsarbete och utrymme för kompletterande undersökning och anamnesupptagning av röda patienter

11.00-12.00 Telefontid till avdelningssjuksköterska

13.00-14.00 Telefontid till avdelningsläkare

15.30-15.45 Avstämning med vårdteamet vid rondtavlan. Läkare går igenom eventuella frågor. Här görs också en avstämning inför natten kring övervakning, mätningar och vilka insatser som inte längre behövs.



– Det var jättespännande att en läkare intresserade sig för vår arbetssituation och ville förstå hur vi jobbade. Det tidigare arbetssättet var omständligt och innebar långdragna och tidskrävande ronder med mycket dubbelarbete på grund av kommunikationsbrister. Sjuksköterskor och läkare jobbade även långt ifrån varandra. Nu har vi ett mycket närmare samarbete och vi känner vi oss mer delaktiga och lyssnade på än tidigare. Vi har fått en mycket bättre arbetsmiljö och en större arbetsglädje.

MED DET NYA ARBETSSÄTTET har det dagliga arbetet med ronden minskat från drygt 1,5 timmar till 15–20 minuter. Mycket tid sparas också på att de patienter som behöver fysisk bedömning av läkare numera prioriteras utifrån en färgkategori (se faktaruta). Med det gamla traditionella arbetssättet skulle läkare hinna ronda samtliga patienter vid ett tillfälle, det kunde handla om cirka 18–20 patienter.

– Det var ett ålderdomligt och ostrukturerat arbetssätt som var tidskrävande, ineffektivt och det gick ut över patienterna och arbetsmiljön. Nu har vi ett mycket mer effektivt och flexibelt rondsystem som sparar massor av tid och stärker kvaliteten på det vi gör, säger Sascha Wagner.

PATIENTER SOM ÄR kvar på avdelningen för fortsatt utredning, behandling och omvårdnad får ett inskrivningsmeddelande med kort information om exempelvis diagnos, utredning och planering.

– Det innebär att vi kanske bara behöver ronda vissa dagar och det sparar också tid utan att vi förlorar i vårdkvalitet, säger Sascha Wagner.

Även om mycket har förbättrats återstår tuffa utmaningar, menar Anna-Karin Fillman. Vårdtyngden är något bättre nu än tidigare, men fortfarande för hög. Tidigare ansvarade varje sjuksköterska för 10 patienter (nära dubbelt så många jämfört med Vårdförbundets rekommendation). I dag är antalet 9 patienter per sjuksköterska.

– Även om vi har mycket lättare att rekrytera

◀ **Verktyg**

Till rondtavlan hör en verktyglåda som medarbetare utvecklat utifrån aktuella behov.

▲ **För alla**

Alla medarbetare kan använda rondtavlan som en plattform för kommunikation och utvecklingsarbete.

” Vi tycker oss se
vinster som färre
vårddagar, vårdrelaterade
infektioner och vårdskador.





Patienttid

Daniel Henriksson är ST-läkare och blev som alla utbildningsläkare tidigt introducerad till Moramodellen.

”Jag ville försöka förstå sjuksköterskornas arbetssituation och fick flera plågsamma insikter.

sjuksköterskor nu än tidigare, behöver vi fler. Vi har också förlorat många undersköterskor, en problematik vi arbetar med. Här är orsakerna andra än när vi hade en sjuksköterskeflykt.

MORAMODELLEN HAR rönt stor uppmärksamhet och kliniker från hela landet hör av sig. Några av framgångsnycklarna för att utveckla och implementera ett nytt arbetssätt och nya rutiner

var att alla bjöds in för att vara med på tåget och att projektet drevs av ett sammansvetsat team, menar Sascha Wagner.

– Det var fantastiskt att se den vilja och glädje som fanns bland medarbetarna när de blev inbjudna att vara med och hitta lösningar på problem och utveckla verksamheten. Det arbetet pågår fortfarande. Det vi har gjort kan alla göra, men det krävs vilja och stöttande chefer. ◀

Röster om
Moramodellen



Katarina J-son Bech

VERKSAMHETSCHEF FÖR MEDICINKLINIKEN PÅ MORA LASARETT:

”Moramodellen och utvecklingen av det nya rondsystemet är ett projekt som initierats och drivs av vårdpersonalen. Det handlar mycket om tillit och förtroende, åt bäge håll. Att vara chef i en organisation där man jobbar med ständiga förbättringar innebär att man måste våga lita på sin personal. De som jobbar på vårdgolvet ser problemen och vet vad som behöver göras. Men det är också viktigt att vårdpersonalen kan lita på ledningen och sina chefer för att våga testa och pröva nya idéer. För det krävs en tillåtande kultur med en lärandeprocess där det är tillåtet att testa och göra fel, utan att man som anställd blir utsatt för repressalier om något går fel.

Det nya rondsystemet har nu spridit sig till samtliga avdelningar på medicinkliniken och det finns ett stort intresse från andra kliniker för hur man implementerar ett nytt arbetssätt.

När det gäller vårdtyngden så arbetar vi och många andra med frågan om kompetensförsörjning och att utveckla former för en bättre resursfördelning. Vi har en demografisk utveckling med allt fler äldre, sjuka och sköra patienter. Och vi måste hitta nya sätt för vi ska kunna möta dagens och framtidens behov av hälso- och sjukvård. Vi står inför stora och intressanta utmaningar.”

”Vi har en bättre teamkänsla”

ELISABETH NYKVIST, SJKSKÖTERSKA PÅ AVDELNING 62, SOM DROG TILLBAKA SIN UPPSÄGNING:

”Jag har jobbat på avdelningen i fem år. Vi hade länge signalerat till chefer om en ohållbar arbetsmiljö. Jag sa upp mig när jag upplevde att vi aldrig fick gehör. Men med nya chefer på medicinkliniken samt projektet om förbättringar i rondsystemet så började det hända saker, äntligen!

Det gjorde att jag ville stanna kvar och vara med i förändrings- och förbättringsarbetet.

Idag har vi en bättre teamkänsla. Det är på tiden att alla professioner är inkluderade i rondens. Det nya rondsättet är också mer tidseffektivt.

Det viktigaste för att lyckas är att jobba i team tillsammans. Det måste också finnas möjligheter att våga testa och pröva förslag till förbättringar.

Moramodellen är ett viktigt steg i rätt riktning, men har dock inte löst alla våra problem. Vi har fortfarande en ohållbart tung arbetsbelastning, men vi fortsätter att jobba framåt för fler förbättringar.”

”Vi sparar väldigt mycket tid”

FRITS BUIJS, SPECIALIST I KARDIOLOGI, ÖVERLÄKARE PÅ AVDELNING 62:

”Vi hade tidigare en traditionell rond då vi tillbringade mycket tid framför datorn, utan att sjuksköterskorna på avdelningen fick så mycket inflytande. Införandet av Moramodellen innebär att vi sparar väldigt mycket tid, vi arbetar mer effektivt tillsammans då sjuksköterskor och undersköterskor är mycket mer delaktiga i rondens.

Jag upplever att patientsäkerheten har ökat och jag hoppas också att vi får färre vårdrelaterade infektioner än tidigare. Vi har även jobbat mycket med att öka patienternas delaktighet och erbjuder dem uppgifter som de själva kan göra, som blodtrycksmätningar, att bädda själv och att promenera runt på sjukhuset. Forskning från bland annat Centrum för personcentrerad vård visar att delaktighet kortar vårdtider och minskar återinläggningar.

I läkargruppen uppskattar vi modellen och vi informerar nu stafettläkare och AT-samt ST-läkare om vårt nya arbetssätt innan de kommer till oss. Även om det är annorlunda jämfört med det traditionella rondsystemet får vi i regel positiv feedback.”



"God kvalitet ska bygga på medicinsk evidens"

Du är författare till boken *Ledarskap i sjukvården - Berättelser från vårdens vardag*. Varför skrev du den?

– Jag har själv varit verksamhetschef och genomfört stora förändringar som har haft grundläggande positiva effekter på den medicinska kvaliteten och och på patienters sjuklighet och välmående. Även arbetsmiljön och trivseln bland medarbetare förbättrades. Detta arbete genomdrevs av professionen utan konsulter

– Det skrivs tyvärr alltför få böcker om ledarskap av personer med egna erfarenheter av att arbeta och driva förbättrings- och utvecklingsarbeten i vården, säger Naomi Clyne.

PROBLEMEN MED kompetensförsörjning, bristen på vårdplatser och en tung administrativ börda i vården gör det dock svårt för många medarbetare att lyfta blicken; det finns en utbredd uppgivenhet över många av de systemfel som präglar vården, menar Naomi Clyne.

– De allra flesta söker sig till vården för att de vill göra skillnad för patienterna och jobba med att bota, lindra och trösta. Därför är det så viktigt med ett ledarskap som kan tillgodose och stärka de behoven hos medarbetarna så att deras kunskaper och kompetenser tas om hand på bästa sätt. I dag har vi dock organisationsstrukturer som oftast inte ger chefer mandat och befogenheter att hantera de stora frågorna och som större delen av sin arbetsdag får arbeta med att släcka bränder.



FOTO: JAN NORDÉN

NAOMI CLYNE

Överläkare och docent i njur- och internmedicin och författare till boken *Ledarskap i sjukvården - Berättelser från vårdens vardag* (Studentlitteratur, 2022).



I boken kritiserar Naomi Clyne avsaknaden av en tydlig och sammanhållen beskrivning av verksamhetschefens ansvarsområden och befogenheter. När riksdagen fattade beslut om en ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30) fastslogs att det ska finnas "någon" som ansvarar för verksamheten. Psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt smittskyddslagen är dock undantagna från denna "någon"; där ska ansvaret ligga hos en chefsöverläkare med specialistkompetens.

"Det har skett en urholkning av det operativa ledarskapet."

– I DEN NU GÄLLANDE hälso- och sjukvårdsförordningen finns det inga särskilda krav på verksamhetschefens yrkesbakgrund. Det har skett en urholkning av det operativa ledarskapet där verksamhetschefen inte har något uttryckligt ansvar för vårdens medicinska kvalitet. Det är i dag inte nödvändigt att en blivande verksamhetschef någonsin arbetat inom sjukvården. Det är högst problematiskt, menar jag, när den högste chefen inom ett verksamhetsområde inte har klinisk förankring och saknar specialitets- och ämnesspecifik kunskap. Det blir lätt en krock mellan verksamhetschefen, som har det yttersta

ansvaret för verksamheten, och läkarna som i vårdens vardag har det yttersta medicinska ansvaret. Det påverkar tilliten och förtroendet. Alla läkare är nödvändigtvis inte bra verksamhetschefer, men för att leda en medicinsk verksamhet krävs läkare med bra chefs- och ledaregenskaper som kan vara ute i verksamheten, se hur det fungerar och fånga upp brister.

MED DEN NYA hälso- och sjukvårdslagen har det också skett en förändring av ordningen på riksdagens prioriteringsprinciper, menar Naomi Clyne. Numera står kostnadseffektivitetsprincipen först, före människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen. – Vården genomsyras av New Public Management. Det är en extremt dyr organisationsform där kostnadseffektivitet till varje pris styr.

Naomi Clyne efterlyser tydligare krav från lagstiftaren att god kvalitet ska bygga på medicinsk evidens, att objektiva mått på patientsäkerhet ska uppfyllas och att det ska finnas system och inbyggda kontrollmekanismer för att upptäcka och rapportera misstag och felbehandlingar.

– **DET ÄR SVÅRT FÖR** dagens verksamhetschefer att göra särskilt mycket, de är bakbundna av ett dysfunktionellt system. Boken jag har skrivit riktar sig i högsta grad till beslutsfattare och tjänstemän. Vi behöver få till en förändring av skrivelserna i hälso- och sjukvårdslagen, inte minst när det gäller ordningen på riksdagens prioriteringsprinciper, och en mycket tydligare beskrivning av verksamhetschefens uppdrag och kompetensprofil. ◀

TEXT EVA NORDIN

FAKTA: DEN ETISKA PLATTFORMEN

I april 1997 ställde sig en enig riksdag bakom regeringens prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SoU14). Beslutet innebär att tre principer ska ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- Människovärdesprincipen
- Behovs- och solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

I hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 har principerna dock ändrat ordning. I 4:e kapitlet paragraf 1 anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitetsprincipen går därmed före människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen.

Levetiracetam Orion

levetiracetam Tabletter 250, 500, 750 och 1000 mg

Välj ett billigt alternativ!¹

✓ Levetiracetam Orion är det mest kostnadsbesparande alternativet över tid¹

✓ Levetiracetamläkemedel

- måste väljas aktivt vid receptförskrivning
- byts inte ut på apotek till det billigaste alternativet

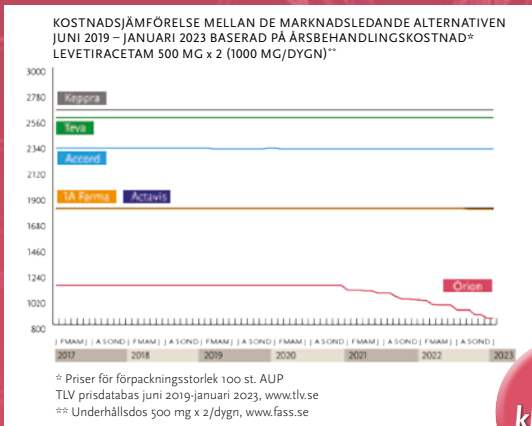
✓ Gör ett aktivt val vid ordination - Välj Levetiracetam Orion



LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL

1. Kostnadsutveckling (AUP), TLV prisdatabas juni 2019–januari 2023 (www.tlv.se)

Vid behandling av epilepsi.



Gör ett klokt val

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. Förlängd 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

Stora skillnader i friskvårdsbidrag mellan de olika regionerna

5 000 kronor om du jobbar i Region Sörmland – men bara 1500 kronor för dig som är anställd i Region Västernorrland. Sjukhusläkaren kollade upp hur friskvårdsbidragen och friskvårdsinsatserna skiljer sig åt mellan de olika regionerna. SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

1. VILKEN SUMMA FÅR TILLSVIDAREANSTÄLLDA MEDARBETARE I FRISKVÅRDSBIDRAG PER ÅR?
2. ERBJUDS DE ANSTÄLLDA NÅGRA ANDRA FRISKVÅRDSINSATSER?

REGION	1.	2.
Gävleborg	3 500 kr/år.	Stöd för synundersökning eller glasögon, anmälningsavgiften betald för motionsloppen Stafettvasan, Våruset, Blodomloppet, Regionrundan och Regionvandringen. Träning på våra gym på sjukhusområdet i Gävle och Hudiksvall. Förmånscykel till en fast månadskostnad som dras från lön.
Uppsala	2 500 kr/år.	Region Uppsala har en större träningsanläggning på Akademiska sjukhuset och en mindre anläggning på Lasarettet i Enköping. Samtliga anställda i Region Uppsala har möjlighet att köpa träningskort på dessa anläggningar.
Sörmland	5 000 kr/år. <i>Högst!</i>	Som anställd i Region Sörmland ingår medlemskapet i fritidsföreningen som arrangerar olika aktiviteter.
Jönköping	2 200 kr/år.	Det finns gym på sjukhusen samt möjlighet att hyra fritidsutrustning via Personalklubb. Region Jönköpings län har egna friskvårdsanläggningar i Eksjö, Nässjö, Jönköping och Värnamo. Alla medarbetare får träna på friskvårdsanläggningarna. Om personen tränar där, motsvarar det 800 kronor av friskvårdsbidraget. Det innebär att den anställda kan ansöka om 1 400 kronor i friskvårdsbidrag för annan friskvård, utöver träning på friskvårdsanläggningen.
Kalmar	2 000 kr/år.	Inom samtliga förvaltningar finns hälsoinspiratörer som ska inspirera, stimulera och motivera till att tänka och jobba med den egna hälsan. Det kan exempelvis handla om gemensamma lunchpromenader eller att ha träningscyklar på arbetsplatsen. Hälsoinspiratören planerar och genomför olika aktiviteter. Våra tillsvidareanställda medarbetare har också möjlighet att hyra cyklar.
Örebro	2 000 kr/år.	Gym finns på våra tre sjukhus samt i anslutning till kontoret på Eklundavägen i Örebro med fri tillgång för våra medarbetare.
Norrbottn	2 200 kr/år.	Det finns gym för personal i många av regionens lokaler.
Östergötland	3 500 kr/år.	Nej.
Dalarna	2 000 kr/år.	De anställda har tillgång till att träna i regionens egna friskvårdslokaler samt möjlighet att simma gratis en gång i veckan på kommunala badanläggningar.
Halland	2 500 kr/år.	Region Halland har två gym och en bassäng som medarbetarna kan nyttja mot ett något lägre friskvårdsbidrag (de som nyttjar dessa förmåner får använda max 1800 kr per år i friskvårdsbidrag).
Stockholm	5 000 kr/år. <i>Högst!</i>	Beloppet kan vara anpassat till om medarbetarna har friskvårdstimme. (Friskvårdstimme är möjligheten för en medarbetare att använda en timmes arbetstid varje vecka till friskvård.) Flera av regionens sjukhus har också tillgång till personalgym.

Västmanland	3 000 kr/år.	Regionen erbjuder gratis gym på alla våra sjukhus.
Kronoberg	2 000 kr/år.	Regionen har fyra personalgym där alla medarbetare får träna gratis: på Växjö lasarett, Ljungby lasarett, Regionhuset samt på psykiatrisjukhusområdet Sigfrid. Regionen erbjuder även tillsvidareanställda möjligheten att hyra förmånscyklar. De har även två personalklubbar som fokuserar på friskvård och hälsa där medlemskapet kostar 100-150 kr/år. Dessa jobbar bland annat med att erbjuda schemalagda träningspass där man anmäler sig terminsvis, testa-på-aktiviteter som exempelvis löpkurser eller padel. De anordnar även utflykter och resor någon gång per termin.
Skåne	3 000 kr/år.	Flera Sjukhusområden har ett gym som medarbetare kan använda, bland annat CSK, Sus Malmö, Helsingborg, Ystad och Landskrona.
Jämtland Härjedalen	3 000 kr/år.	Medarbetarna kan välja mellan friskvårdsbidrag och friskvårdstimme (35 timmar/år.) Regionen har även friskvårdsveckor två ggr/år där de anordnar olika aktiviteter samt en träningsanläggning (Zefyren) på Östersunds sjukhus med fullt utrustat gym, cirkelträning, gruppträning, samt massagefåtölj som medarbetarna kan nyttja gratis. Det finns utrustning för utlåning för aktiviteter med arbetsplatsen samt massagedynor som arbetsplatser kan låna. Friskvårds- och hälsosamordnare finns tillgänglig bland annat för föreläsningar, individuell tränings- och hälsorådgivning samt träningspass. Regionen har även friskvårdsombud på varje arbetsplats för att lyfta friskvård- och hälsofrågan och som planerar aktiviteter för arbetsplatsen, delar friskvårdsinformation och så vidare. Arbetsplatserna har även 5 timmar/år till friskvårdsaktiviteter. Via förmånsportalen Benify kan medarbetarna bland annat leasa förmånscykel samt nyttja olika rabatter och erbjudanden. I regionens kompetensportal finns olika hälsoföreläsningar samt mindfulness-kurs som medarbetarna kan ta del av online. Det finns även en personalförening som anordnar aktiviteter och rabatter. Exempel på aktiviteter är fjällvandringar, löpargrupper, spa-tillfällen, olika kultur- och sportevent, rabatt på Våruset med mera.
Värmland	3 000 kr/år.	Det finns flera personalgym i regionen som medarbetarna kan nyttja mot en lägre avgift. Region Värmland arbetar med ett koncept som kallas "Hälsofrämjande arbetsplats". Det innebär ett hälsofrämjande arbete och ett fokus på friskfaktorer på arbetsplatsen samt att medarbetarna deltar i utbildning, att man utser hälsoinspiratörer på arbetsplatsen och att medarbetarna, efter verksamhetens förutsättningar, får träna på arbetstid en timme per vecka. Regionen har under de senaste åren också satsat på att erbjuda exempelvis förmånscyklar för att bidra till att fler väljer bort bilen och i stället cyklar till arbetet. Lagavgift för vissa motionslopp betalas också av arbetsgivaren, exempelvis Blodomloppet.
Västra Götaland	2 000 kr/år.	På Skaraborgs Sjukhus Skövde finns två olika gym samt en gymnastiksal, som medarbetarna kan utnyttja. Sahlgrenska universitetssjukhuset har gym och gruppträningar som till exempel yoga, vattengympa och badminton. Även anställda inom NU-sjukvården har tillgång till gym på sjukhuset. Inom Sjukhusen i väster erbjuds bland annat möjligheten att träna i fysioterapins tränings-salar före och efter arbetsdagen. Några gånger per vecka erbjuds lunchträningspass samt träningspass i anslutning till arbetsdagens slut. De anställda har även rabatterat pris vid anmälan till Blodomloppet.
Västernorrland	Max 1 500 kr/år.* <i>Lägst!</i>	Region Västernorrland erbjuder fri tillgång till gym i egna lokaler på de fyra största orterna inom länet, Sundsvall, Härnösand, Sollefteå och Örnsköldsvik. De anställda har i den mån verksamheten tillåter det även en friskvårdstimme per vecka att nyttja.
Västerbotten	2 000 kr/år.	Den anställda kan välja mellan 1.friskvårdstid eller 2.friskvårdsbidrag. Chefer inom Region Västerbotten har möjlighet att bevilja friskvårdstid på upp till en timme i vecka.
Gotland	3 500 eller 5 000 kr/år.**	Regionen har friskvårdstimme eller ersättning. Vi har två gemensamma enklare gym hos oss för våra medarbetare.
Blekinge	2 000 kr/år.	Region Blekinge har 2 personalgym, ett på varje sjukhusområde (Karlskrona och Karlshamn). Man erbjuder dessutom en rad hälsofrämjande insatser via regionhälsövärden till exempel instruktion på gym, hälsosamtal och utbildningar inom olika områden.

Vad tycker du att vi ska kolla? Hör av dig till oss!

* Bara för den som inte har möjlighet att nyttja regionens egna gym, som ekonomiskt bidrag till motionskort.
** Det pågår just nu en översyn av hela friskvårdsarbetet där två projekt testar med olika ersättning.



Sjukhusläkarna är på plats i Almedalen

LÄKEMEDEL – TYVÄRR SLUT I LAGRET. VAD KAN VI GÖRA ÅT DETTA?

Onsdag 28 juni klockan 11.00–11.50

Plats: Slottsterrassen 6

Arrangör: Sjukhusläkarna, Sveriges industriläkarförening

- Den bristande tillgången på viktiga mediciner är en stor utmaning inom sjukvården. Hur ska vi se till att det finns lämpliga läkemedel tillgängliga och att de används på rätt sätt? Vad kan/bör vi göra här och nu, samt på längre sikt?

STYRNING OCH LEDARSKAP I VÅRDEN – VAD BÖR SVERIGE LÄRA AV ANDRA NORDISKA LÄNDER?

Torsdag 29 juni klockan 09.50–10.40

Plats: Slottsterrassen 6

Arrangör: Sjukhusläkarna, Sveriges läkarförbunds chefsförening

- De nordiska länderna har olika system för sin styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Samtidigt finns det skillnader i vilka roller läkare får i olika styrmodeller. I detta panelsamtal diskuterar vi styrning och hur läkares kompetens kan tas till vara i ledningsfunktioner, med särskilt fokus på vilka konkreta exempel från våra grannländer som vi bör lära av.

STÄNDIG VÅRDPLATSBRIST – MEN VÅRDPERSONALENS TID ÄGNAS ALLTFÖR OFTA ÅT ONÖDIG ADMINISTRATION

Torsdag 29 juni klockan 11.00–11.50

Plats: Slottsterrassen 6

Arrangör: Sjukhusläkarna

- Sverige ligger i botten i Europa vad gäller antal vårdplatser. Vårdplatsbristen är ett hot mot både patientsäkerheten och arbetsmiljön. Detta seminarium fokuserar på hur vi i svensk sjukvård kan råda bot på vårdplatsbristen och utmaningarna i vården, med extra intresse för hur vi kan nå framsteg genom att använda resurser och kompetens på ett bättre sätt än i dag.

! Mer information finns på sjukhuslakarna.se

TRÄFFA SJUKHUSLÄKARNAS REPRESENTANTER I VISBY!

Sju förtroendevalda från Sjukhusläkarnas styrelse deltar under Almedalsveckan



Elin Karlsson, ordförande



Shokoufeh Manouchehpour, förste vice ordförande



Karin Filipsson, andre vice ordförande



Andreas Fischer, styrelseledamot



Ann Hermansson, styrelseledamot



Jonas Holm, styrelseledamot



Lars Rocksén, styrelseledamot

Sjukhusläkarna



Fördomsbonanza med Rondenläkarna

Vilka läkare går ständigt runt i för stora byxor – och vilka skakar hand lite längre än alla andra? Med glimten i ögat ger de fyra läkarna Christian Unge, Totte Stubb, Rebecka Wadsted och Andreas Wladis från podcasten Ronden här sin mest fördomsfulla syn på några av specialiteterna.

TEXT MALIN GAVELIN ILLUSTRATIONER AINA VON SEGEBADEN

Reumatologer

TOTTE: Reumatologerna är en mycket måttfull bilkonsument. Vi kommer aldrig att se en reumatolog komma i en Tesla. De är prismedvetna, välinformerade och ganska rationella i sina bilval. Klinikfesterna på reumatologen är alltid städade MEN det finns alltid några reumatologer kvar på slutet och där kan det

bli VÄLDIGT stökigt. Där kan det bli tjafs och skrik och polisen kan behöva komma. **Det finns en liten grupp badboys och badgirls bland reumatologer och alla vet vilka de är.** Men som grupp är de betydligt mer städade. När de hälsar med handskakning lägger de alltid den andra handen ovanpå. De har mer familjebilder och

privata föremål på sina rum jämfört med ALLA andra specialiteter.

REBECKA: Det finns en präktighet och en friskuskänsla hos reumatologerna. Det är en gammaldags friskusstil, lite tysk. Gärna ullmaterial. **Även när det gäller mat är de ganska konservativa.** Det är husmanskost, matlåda och absolut inte stark mat.

CHRISTIAN: De pluggade tyska i skolan istället för franska. De tillhör den äldre skolan och lever kvar i det. De läser klassiska pappersböcker och papperstidningar. De är kulturkonservativa. **De cyklar aldrig för de vill inte bryta händer eller fötter.** De står själva på en lite, lite högre kortisonados än alla andra specialiteter och därför är de också lite mer bensköra och vill inte riskera någonting. Om de skulle vara med i På spåret skulle reumatologerna komma tvåa – efter hematologerna. De är näst smartast. Det är också den specialiten där man tittar varandra mest i ögonen när man hälsar. Det är för att reumatologerna är intresserade av att läsa av systemsjukdomar i ögonen. ◀

”
Även när det gäller mat är de ganska konservativa. Det är husmanskost, matlåda och absolut inte stark mat.



Neurologer

CHRISTIAN: Alla neurologer önskar att de var födda 1880 och att de bodde i Tyskland och tillhörde amishfolket. Bort med elektricitet och datorer! För mig är neurologerna lite antingen eller – antingen vill de leva bakåt i tiden eller i framtiden. **Inte en enda neurolog verkar trivas med att leva i nuet.** Idealet är lite som hämtat ur Harrison Ford-filmen "Vittne till mord" där de sitter i skenet av ett stearinljus med sin neurologibok på tyska och funderar och klurar och sedan går de in till patienterna. Sedan finns den andra neurologtypen som snarare lever i en slags framtidsvärld, en utopi om hur vi ska kunna ta hand om de här patienterna.

Det finns inte en enda neurolog som har Storytel eller Bookbeat.

”
Det finns inte en enda neurolog som har Storytel eller Bookbeat. Det är analoga böcker som gäller.

Det är analoga böcker som gäller. Antingen de gamla klassiska verken eller något inom sci-fi-gengren.

REBECKA: Neurologer har strumporna utanpå byxorna och strumpan är en lite tjockare form av socka. De bryr sig oerhört mycket om sina patienter. Kläder är en världslig sak så man ser sällan en neurolog klä upp sig. **När de lämnar en fest är det all-**



RONDEN PODCAST

Ronden är en podd som avhandlar både högt och lågt inom medicin. Medverkar gör internmedicinare Christian Unge, psykiatrikern Totte Stub, AT-läkaren Rebecka Wadsten och kirurgen Andreas Wladis. Nyligen sände Ronden sitt 130:e avsnitt.

tid "irish exit" som gäller – det vill säga de lämnar utan att säga hej då.

TOTTE: De är ganska glämliga och saknar vitalitet. Lite trötta och släpiga så där. Det tar tid innan de kommer. Inget klipp i steget. Bilen de kör är en Passat – en ganska praktisk och alldaglig bil. **De lever väldigt mycket för sina jobb.** De gör otroligt rigorösa undersökningar och missar ingenting i ett neurologiskt status och hittar de minsta lilla grejen så ska det undersökas vidare. På det sättet är de fantastiska!

ANDREAS: De är inte särskilt sportiga – **de skulle aldrig spela Padel till exempel.** Om det är fest går neurologerna hem vid 22 efter att ha druckit alkoholfri öl. ◀



Rättsmedicinare

CHRISTIAN: De spelade Drakar & Demoner lite mer än alla andra när de var unga. Rättsmedicinarna sökte läkarlinjen i sista hand. Det var inte det primära valet för dem. De sökte kanske inte riktigt av samma skäl som vi andra heller. De läste först sociologi, statsvetenskap och annat men det fanns också en dragning till naturvetenskapen. De ville kombinera intresset för samhället och människan. De kunde lika gärna ha blivit sociologer eller psykologer. På klinikfesten ser jag framför mig hur de delar upp sig i fyra grupper med uppdraget: vem kan bygga en hållfast bro av tändstickor och sedan placera organ med en särskild vikt på den utan att den bryts. De är anala och noggranna. **När de lagar mat har de planerat i fem dagar och följer receptet till punkt och pricka** – de väger till och med ingredienserna på hushållsvåg.

TOTTE: Min första tanke är att **de röstade på Piratpartiet och att det fortfarande gör det**. De kan vara lite preppers men fokuserar mer på det tekniska som till exempel night goggles.

MARTIN KÅBERG (GÄST I DETTA AVSNITT): Det finns en noggrannhet och ett pilleri i det här yrket och det är samtidigt ganska tufft så jag ser framför mig att väldigt många av dem har en hobby som till exempel modelltåg. **Kanske har de ett hobbyrum på kliniken med en tågbanan.** De saknar doftsinne precis som urologerna. De har lite problem med arbetsminnet och är därför väldigt beroende av sin diktafon.

REBECKA: De slappnar av mentalt genom att utveckla sin finmotorik på fritiden. ◀

”*När de tar på sig arbetskläder tar de alltid på sig alldeles för stora byxor.*”

Urologer

TOTTE: Varvsarbetarvibben finns definitivt hos urologerna. De har valt urologin mycket för att de ska få lediga kvällar och helger. Det är mycket formel-1 och Månsabanen på lördagarna som gäller. **De måste vara den enda läkarspecialiteten som använder baksnus,** det vill säga snus i lös form. De sätter en ära i att ha matlådor i plåt och när de äter sitter de gärna och dinglar med benen. Det finns ett lite mer utpräglat arbetar-klassideal hos urologerna än hos andra specialiteter. De är generellt väldigt reko typer – om man ber dem om hjälp med något privat ställer de alltid upp. De är de finaste, varmaste kirurgerna. Otroligt sympatiska.

REBECKA: När de tar på sig arbetskläder tar de alltid på sig alldeles för stora byxor. **En av de få specialiteterna som pratar om känslor med äldre män.** De är väldigt fina människor – det finns ingen dryg urolog.

CHRISTIAN: De håller på med båtbygge på fritiden i stor utsträckning. De har i bredare bemärkelse fler praktiska hobbies än andra. Urologerna använder cykel som transportmedel och klär sig då i spandex. De hör definitivt till ”lycramännen” som svischar förbi på morgonen. De har dåligt luktsinne och det är därför de tål kissdoft på operation bättre än alla andra. **De gillar jazz och är de sista som använder LP-skivor.** Det är det enda som förenar dem med hematologerna – annars finns det inte så många beröringspunkter dem emellan. Man kan säga att hematologerna på många sätt är urologernas diametrala motsats. ◀



Barnläkare

REBECKA: De är alltid på barnens sida och klär sig i Odd Molly-kofta. Det kan absolut vara second hand men där någon har gjort ett urval. De handlar gärna på Åhlens City i Stockholm för där kan man hitta många olika märken och det passar dem eftersom de har begränsat med tid och många småbarn. Blandstones har man på fötterna och dem har man smort in med en massa fett. De äger ju självklart även riktiga regnkläder och gummistövlar. De köper och säljer mycket på Marketplace. De är väldigt praktiska och handlar mat på den närmaste matbutiken på vägen hem från jobbet. **Självklart cyklar de till jobbet – antingen med låda fram eller barnstolen där bak. Eller både och.** De är inte så spetsiga – ganska mainstream. Jag antar att det finns ett mörker hos dem men det har de inte delat med sig av. Det kan ha något med sex att göra.

CHRISTIAN: Jag funderade på vilken musik de lyssnar på och jag hittade deras låtlista på Spotify. Där finns Laleh med – och Tracy Chapman bland andra. Sedan funderade jag på vad de röstar på och för mig är det självklart – de är liberaler. Eller kanske centern. De är i mitten. **Allt barnläkarna gör är någonstans i mitten. De är otroligt rädda för att steppa ut åt sidorna.** Bilen är en Toyota Corolla. Och det finns inte en enda barnläkare som röstar på sd i Sverige. De vill inte stå ut. När man möter dem i korridoren kan de gärna skämta – men det får inte vara för extravagant. De är de läkarna som har flest barn och med dem reser de till Thailand en gång per år. Det gör dem också till de största koldioxidbovarna. De är väldigt uppburna och älskade av samhället.



”*De är klassrepresentanter för samtliga barn. Inte bara för det första som man själv.*”

ANDREAS: De är de här jättemysiga doktorerna som går genom korridorerna med huvudet på sned och nickar förstående mot alla människor. På kläderna hade ofta en massa små seriefigurer – mycket Bamse. **De utstrålar någon form av harmoni.** Jag tror att de är genuint vänliga och trevliga men de har också helt klart den här framtoningen på jobbet. De är väldigt empatiska eftersom de tar hand om små, försvarslösa barn. De skiljer sig inte i första taget utan håller ihop med sin highschool-darling. Ofta en annan läkare.

TOTTE: En otroligt fertil grupp läkare – de har i genomsnitt 6,3 barn. Dessutom är de väldigt engagerade i alla de här barnen. De är klassrepresentanter för samtliga barn. Inte bara för det första som man själv. Bildmässigt är det busenkelt – de kör ju MPV allihop. Sedan sjunger de i kör. De älskar även plockmat. När de ordnar fest är det smårätterna som ställs fram – något som urologerna HATAR! Det finns överhuvudtaget få konstellationer urolog-barnläkare. **Under den mysiga ytan finns det definitivt ett mörker.** Jag tror inte att de skadar andra, men ändå. ▶



Gastroenterologer

CHRISTIAN: Alla gastroenterologer anmäler sig till en somelier-kurs när de närmar sig pensionsåldern. **De har en osund relation till rött vin.** De är överkonsumenter. Och när de går i pension tänker de åka till Toscana. De skulle aldrig steka en biff i olivolja – utan här är det smör som gäller. De släpper jobbet helt när de går hem – då är det mat som gäller. Då är de generösa och bjuder gärna. De kör en Lexus. När det kommer till politik är de inte så engagerade – jag tror att de är soffpotatisar.

TOTTE: De älskar akvareller och målar ofta själva. **De ställer ofta ut på bibliotek – men de målar inget som någon skulle betala för.** De är otroligt trevliga typer generellt.

REBECKA: De gillar lyxig mat och lägger ner mycket pengar och tid på detta. Mycket fisk och skaldjur – men även kött. **Gräddsås finns där definitivt men också begreppet ”att smöra upp något”.**

ANDREAS: Hur ser en AW ut för en gastroenterolog? Jag tror att det är hemma hos någon och det blir mycket argumenterande där. Det är många besserwissrar som står och försöker slå varandra med pek i huvudet. Lite spänd stämning – inte så mysigt. **De är väldigt professionella – men också lite griniga.** De har fastnat lite i den orala fasen och tycker om att följa matens väg ner genom tarmen när de äter. Därför äter de under tystnad. När de röstar blir det till höger om mitten. ◀

”*De har inte slafsiga gympadojor utan de har en välklädd stilig sko.*”

Onkologer

CHRISTIAN: Om man tog blodprov på alla specialister i Sverige så skulle onkologerna vara de med den högsta endorfinhalten. De är gladast. Det är den gladaste specialiteten. Det finns något livsbejakande hos dem. **Jag har aldrig sett så glada läkare i en lunchmatsal som i Södersjukhusets lunchmatsal där ST-läkarna inom onkologi sitter och garvar tillsammans.** Vid det lunchbordet vill man sitta.

De har barn på Adolf Fredriks musikskola i Stockholm och i ännu högre utsträckning på Lilla Akademien där man spelar klassisk musik.

De är med i en bilpool där de delar en XE90 för det är så ofta konferens. Då tar man taxi till Arlanda. De hamnar på tredje plats över de smartaste läkarna. De är de absolut mest belästa.

REBECKA: Onkologer har ganska stiliga skor. De har inte slafsiga gympadojor utan de har en välklädd stilig sko. Den kanske är i läder, den kanske är med knytning. Man har ändå tänkt på vad man satte på foten. Det finns en ton av narcissism hos onkologer. **De har en högre psykopatvibb än andra specialiteter.** Det är två spår som pågår samtidigt. Genom att omhulda andra så lyfter man sig själv på ett sätt.

TOTTE: Det första jag tänker på är broscher. **De är ganska ymniga och pråliga.** Och så spelar de cello. När de utlyser nobelpristagaren i litteratur är onkologerna de enda som kan ropa ”äntligen” – och mena det. ◀



VAD TYCKER DU?
Känner du igen dig?
Vilka fördomar har du själv
om dina kollegor? Hör av
dig till oss på redaktionen!
*redaktionen@
sjukhuslakaren.se*

Psykiatriker

CHRISTIAN: Jag tänker mig att de är dåliga kockar. De har svårare att hålla koncentrationen än andra. De har ADHD i högre grad. Och i hemmet så har de svårt att hålla koncentrationen och därmed blir det ganska yvig kokkonst. Därför tar de till ganska enkla maträtter. Mycket ångkokta grönsaker, falukorv och oxpytt till vardags. Eller så går de på lyxrestaurang. **Det är väldigt rörigt hemma hos en psykiatriker. De har så många bollar i luften och det är så yvigt.** De har även väldigt många bolag att hålla koll på. Psykiatrikerna har i större utsträckning flera aktiebolag registrerade på sig. De har frilansat och stafettat ganska mycket och sticker ibland till Kiruna och jobbar. De är mycket pengar i

omsättning. I baksätet i bilen hos en psykiatriker ligger det mycket gamla papper och McDonalds-kartonger. De har för övrigt två bilar – varav den ena är en dyr bil. En porsche eller så.

Psykiatrikerna var de som gissade rätt redan under termin ett om vilken specialitet de skulle landa i. Inte för att de brinner för psykiatri utan för att de vet väldigt väl vad de INTE vill – det vill säga det här kroppsliga, somatiska och så.

ANDREAS: Om man har en skala när det kommer till allmänbildning och litteratur så ligger psykiatrikerna högt upp på den skalan. Psykiatrikern läser väldigt mycket skönlitteratur och de är intresserade av historia. Man kan ha roliga diskussioner med en psykiatriker – även utanför det rent medicinska. De är också

empatiska och vill väl. Annars är de väldigt desorganiserade, precis som Christian var inne på. **De klär sig ganska snavigt. De klär på sig det som ligger överst i tvättkorgen.** På en psykiatrisk avdelning är det ofta svårt att skilja på vilka som är patienter och läkare eftersom de ofta har privata kläder. De är lite mer empatiska personer som bryr sig mer om hur till exempel vännerna har det. De flesta röstar vänster eller på miljöpartiet. De dricker dyra viner – högklassiga Bordeauxviner. Och när de åker på semester blir det en dyr vandringsresa till Marocko – så får de lite kulturpoäng också.

TOTTE: Eftersom jag själv är psykiatriker håller jag mig utanför den här diskussionen. Jag vet ju hur de är! **Jag kan inte se objektivt på detta.** ◀

"Stödet är helt avgörande"

Situation Stockholm är en av hjälporganisationerna som har fått ekonomiskt stöd från Sjukhusläkarna.

En av Situation Stockholms mest prioriterade frågor är att fortsätta utveckla möjligheterna för dess säljare.

– Det har skadereducerande effekter för individen och samhället i stort. Att sälja Situation Stockholm innebär att göra någonting konstruktivt, att bryta isolering och att träffa människor, men också att kunna publicera egna texter i tidningen och göra sin röst hörd. Våra säljare får ta del av en social verksamhet med stöd och hjälp, säger **Pia Stolt**, vd på Situation Stockholm.

– Den största utmaningen är det osäkra ekonomiska läget. När kundernas ekonomi påverkas blir det svårare för oss att sälja tidningen.

Hur använder ni det ekonomiska stöd som ni får från Sjukhusläkarna?

– Det ekonomiska stödet används till att finansiera tidningsverksamheten och hela den sociala verksamheten med säljarkafé, motiverande samtal, skrivarverkstad, bibliotek, stöd i kontakt med myndigheter, datorstöd, telefon, arbetskläder och firande vid högtider, säger Pia Stolt.

– Stödet är helt avgörande för att Situation Stockholm ska kunna fortsätta ge hjälp till självhjälp till hemlösa och socialt marginaliserade människor.

Vad har ni för planer framåt?

– Vi arbetar för att skapa synlighet för vår målgrupp både i tidningen i form av personporträtt och intervjuer och i vår kommunikation utåt. Vi vill bidra till att minska fördomar och tankar om "vi och dem", säger Pia Stolt.

– Om två år har Situation Stockholm funnits i 30 år. Vi vill uppmärksamma alla säljare som arbetar varje dag för att själva förändra sina livssituationer. Vi vill visa kraften och resurserna som finns i våra säljare. /Sjukhusläkarna

"Jag ser fram emot en intensiv, inspirerande och givande vecka"

Sjukhusläkarna laddar inför årets upplaga av Almedalsveckan i Visby, som äger rum veckan efter midsommar.

Jag hoppas att det blir många intressanta och konstruktiva möten. Almedalsveckan är ett fantastiskt tillfälle att knyta nya kontakter, att utbyta erfarenheter och diskutera brännande frågor, säger ordförande **Elin Karlsson**.

Vad ser du mest fram emot?

– Jag ser givetvis fram emot de planerade programpunkterna, inte minst våra egna panelsamtal men även andras seminarier. Utbudet är enormt. Jag ser också fram emot alla personliga möten, när man kan träffas på plats i ett öppet och demokratiskt sammanhang som är så pass stort – det är lite unikt för Almedalen.

Sjukhusläkarna anordnar tre panelsamtal, ett på onsdag den 28 juni tillsammans med Sveriges industriläkarförening, ett

på torsdag den 29 juni tillsammans med Sveriges läkarförbunds chefsförening och ett på egen hand, även det arrangeras den 29 juni. Hur tänker du kring dessa programpunkter?

– Vi har valt ämnen som täcker stora problem som vi ser i vår arbetsvardag. Det första seminariet handlar om restnoteringar, som påverkar oss och patienterna dagligen. Det är glädjande att generaldirektörerna Björn Eriksson på Läkemedelsverket, Olivia Wigzell på Socialstyrelsen och Charlotte Petri Gornitzka på Myndigheten för samhällsskydd och beredskap ska vara med i panelen. Min förhoppning är att vi ska få svar på hur vi tillsammans kan jobba vidare i denna fråga. Elin Karlsson fortsätter:



Publik som lyssnar på partiledartal i Almedalen.

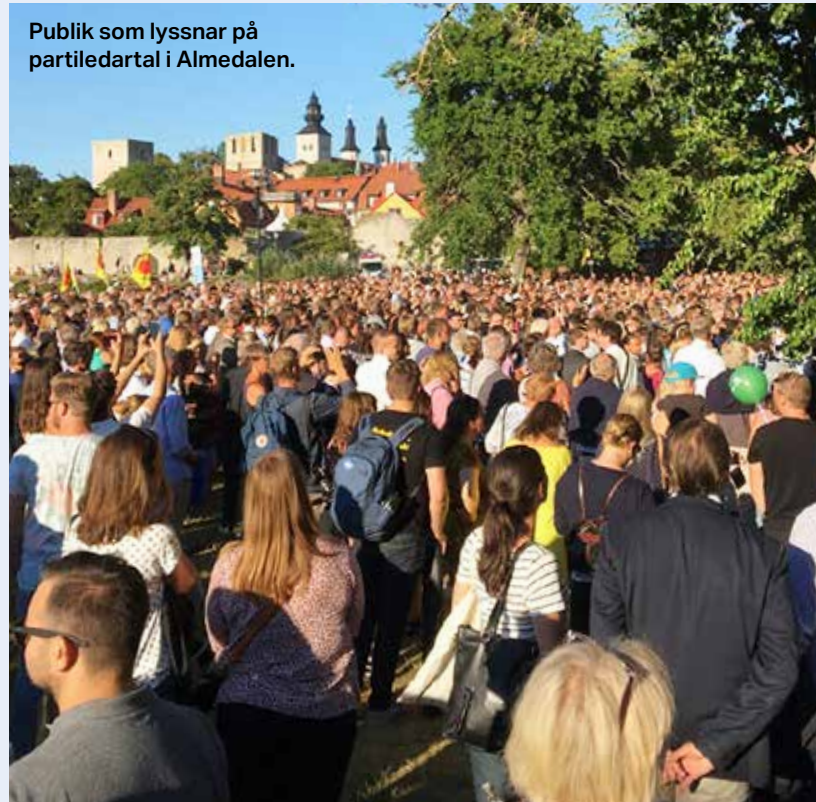


FOTO: ELIN NYSTEN/REGION GOTLAND

– Det andra seminariet behandlar styrningen av sjukvården och vilket utrymme den medicinska professionen får i olika ledningsfunktioner.

Tillsammans med Chefsföreningen anordnar vi ett samtal, där vi ska göra en utblick i Norden för att se vad vi kan lära av våra grannländer. Extra roligt är att sjukvårdsministern **Acko Ankarberg Johansson** också kommer att delta i debatten.

– Det tredje seminariet handlar om vårdplatsbristen, en av våra stora frågor sett över tid. Nu har vi äntligen fått ett erkännande, från såväl politiskt håll som myndighets-håll, att bristen på vårdplatser är ett allvarligt problem. Det gör att vi kan gå vidare för att titta på lösningar. Denna gång ska vi diskutera vem som gör vad inom sjukvården, hur onödig administration påverkar

kärnverksamheten och hur vi på bästa sätt kan ta vara på resurserna – frågor som är högst centrala.

Varför är Almedalen en viktig arena för Sjukhusläkarna?

– I Almedalen diskuteras mycket sjukvårdspolitik. Det är många politiker, myndighetsföreträdare och representanter för professions- och patientföreningar på plats, och det är viktigt att vi med vår kompetens och våra erfarenheter är med och utvecklar sjukvården åt rätt håll, säger Elin Karlsson.

– Tidigare har vi i Almedalen drivit just frågan om att vårdplatsbristen ska erkännas, och vi har fått en god respons, för att bara nämna ett exempel. Det är en bra satsning att flera från styrelsen deltar. Det gör att vi kan sprida ut oss och delta i flera aktiviteter för att föra ut vår sjukvårdspolitik. Jag ser fram emot en intensiv, inspirerande och givande vecka. /Sjukhusläkarna

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?

MISSA INTE VÅR HEMSIDA:

sjukhus-lakarna.se

HAR DU FRÅGOR OM DITT MEDLEMSKAP?

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

Sjukhusläkarna



"VÅR HÖGSTA PRIORITET ÄR ATT SKAPA HÅLLBARHET"

Sjukhusläkarna presenterar i en ny serie på föreningssidorna i tidningen och på nätet organisationer som har fått ekonomiskt stöd från föreningen. Tidskriften Faktum arbetar för ett samhälle utan hemlöshet, fattigdom och utanförskap.

Enlighet med stadgarna ger Sjukhusläkarna ekonomiskt stöd från föreningens fonder till behövande anhöriga till avlidna medlemmar, men också till hjälporganisationer.

Faktum har sin bas i Västra Götaland. Försäljarna köper tidningen för 40 kronor, säljer den för 80 kronor och behåller mellanskillnaden. Förutom att ge inkomster är verksamheten för många säljare en väg till ett ordnat liv.

– Vår högsta prioritet i dagsläget är att skapa en social och ekonomisk hållbarhet på individnivå för fler personer som befinner sig på den ekonomiska marginalen i Sverige. En del i detta är att Faktum behöver expandera geografiskt genom att starta upp lokala distributionskontor i fler städer. Nu under rådande lågkonjunktur har vi påbörjat en närmre dialog med kyrkans diakoner för att nå ut till fler som vi tror kan må bra

av att sysselsättas genom oss, säger **Jonas Kroksjö**, försäljningschef på Faktum.

Vilka är de största utmaningarna?

– En av Faktums största utmaningar är de ökade tryck- och papperskostnaderna. Faktum säljs även som e-tidning, men vi konstaterar att Faktums tryckta utgåva fyller fler viktiga syften för våra försäljare. Den tryckta utgåvan kräver en social kontakt mellan säljaren och kunden, samt mellan säljaren och oss i organisationen.

Hur använder ni det ekonomiska stöd som ni får från Sjukhusläkarna?

– Intäkten är öronmärkt till vår verksamhet i Västra Götaland, där vi har omkring 100 aktiva Faktum-försäljare i dag. I våra stadgar står det



att all eventuell vinst som Faktum gör ska återinvesteras i verksamheten, säger Jonas Kroksjö.

– Genom åren har Faktum i Västra Götaland fått ett starkt stöd från näringslivet som har bidragit till att vi kunnat starta upp Faktum i Skåne 2011, Småland 2014, Halland 2015 och Värmland 2018. Tack vare våra företagsprenumeranter har vi råd att bedriva granskande och prisbelönt journalistik.

Vilka utmaningar respektive glädjeämnen ser ni på lite längre sikt?

– Vår erfarenhet visar att när omvärlden stormar blir Faktum viktigare för människor. Vi ser framför oss att Faktum kommer att växa och få en betydande social och opinionsbildande roll för hela Sverige.

/Sjukhusläkarna

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



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



KONGRESS 26-28 SEPTEMBER 2023

Ledarskapskurs (delmål a1/STa5), Kommunikationkurs (delmål b1/STb1) och Lekarättskurs (delmål a2/STa4).

Handledarkurs, Berzelius Symposium och Studierektorsdag.

Kom och var med!
Anmälan på framtidenslakare.se



Svenska
Läkaresällskapet



Sjukhusläkarna



Sveriges
läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



Socialstyrelsen

NY UTÖKAD SUBVENTION
- INKLUDERAR NU HFpEF¹

JARDIANCE® (empagliflozin)

Hjärt-kärl och njurprotektion^f sedan 2015

Redan 2015 visade EMPA-REG OUTCOME-studien på kardiovaskulär- och njurprotektion hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom.^f Utöver mortalitetsvinst upptäcktes en minskad risk för sjukhusinläggning för hjärtsvikt - vilket lett till dedikerade hjärtsviktstudier^{2,3} och som 2022 resulterade i det första godkända och subventionerade läkemedlet någonsin för hjärtsvikt oavsett ejektionsfraktion. En tablett en gång om dagen utan titrering¹.



2015

EMPA-REG OUTCOME⁴



2020

EMPEROR-Reduced²



2021

EMPEROR-Preserved³



2022

Indikation och subvention vid kronisk symtomatisk hjärtsvikt - oavsett ejektionsfraktion.¹

^fFör patienter med typ 2-diabetes och hjärt kärlsjukdom: • 38 % RRR av kardiovaskulär död (ARR = 2,2 %; p<0,001) • 35 % RRR sjukhusinläggning pga hjärtsvikt (ARR = 1,4 %; p=0,002) • 39 % av utveckling av/förvärrad nefropati (ARR = 6,1 %; p<0,001).

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.) **4.** Zinman et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015; 373:2117-2128.

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.