

Sjukhus läkaren

#4
2023

Ditt granskande öga mot vården

"Det är inte ens lönt att söka"

Läkare nekas graviditetspenning
betydligt oftare än andra



Ledaren: *Vart går vårdens pengaströmmar – och varför?*



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: 1,27 % (apixaban) vs. 1,6 % (warfarin) (HR 0,79; 95 % KI 0,66 - 0,95; p=0,01) 0,33 % ARR per år.
Allvarlig blödning: 2,13 % (apixaban) vs. 3,09 % (warfarin) (HR 0,69; 95 % KI 0,60 - 0,80; p<0,0001) 0,96 % ARR per år.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation; Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbnig och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 25 maj 2023. 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-2300063 PP-ELI-SWE-2799 AUG 2023

När verkligheten överträffar korridorsnacket

"Det är inte lönt att ansöka om graviditetspenning som läkare. Det blir ändå alltid avslag" Kanske är du en av dem som har hört kollegor prata i de här banorna och fundrat över om det verkligen kan stämma.

Det låter ju märkligt att den yrkeskategori som i så många andra avseenden är betrodde att göra medicinska bedömningar skulle anses mindre kapabla än genomsnittet att avgöra om den egna arbetsförmågan är nedsatt i slutet av graviditeten.

Vi bestämde oss för att undersöka om det låg någon sanning bakom detta envisa rykte och bad att få ta del av statistik från Försäkringskassan. Några färdiga siffror på det här området fanns dessvärre inte att tillgå men om vi avlönade en handläggare skulle det hela vara möjligt att få fram på några veckor.

Sagt och gjort. Vi gav en handläggare i uppdrag att sortera ut hur många avslag läkare respektive andra yrkeskategorier hade fått när de ansökte om graviditetspenning de senaste sex åren.

Några veckor senare plingade det till i

inboxen och efter en noggrann genomgång av statistiken visade det sig att läkare inte bara har fått avslag oftare än andra genom åren – det var en snudd på extrem skillnad. Läkarna fick avslag mer än dubbelt så ofta! Ett år var skillnaden till och med fyrdubbel. Verkligheten överträffade med andra ord korridorsnacket med hästlängder.

det här numret tittar vår reporter Eva Nordin även närmare på vårdens it-system och i synnerhet på hur upphandlingen och processen kring Millenium i Region Skåne har gått till. Det visade sig vara en oerhört känslig fråga där läkare som har larmat om patientsäkerhetsrisker och brister i funktionalitet inte vågar framträda med namn och bild i tidningen av rädsla för repressalier.

Vad tycker du att vi ska gå till botten med framöver? Hör av dig till oss på redaktionen!

Malin Gavelin
tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

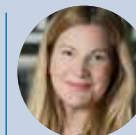
REDAKTION

E-POST: redaktionen@sjukhuslakaren.se

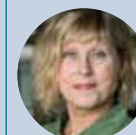
HEMSIDA: www.sjukhuslakaren.se
Utkommer med 6 nummer/år



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 #5 kommer
den 3 november.

#4 2023:

- 6–7: Ledaren med **Elin Karlsson**
- 8–10: I omlopp med siffran
- 12–13: Bilden: Faxen är inte patientsäker
- 14–23: Granskning: Läkare nekats oftare graviditetspenning
- 24–25: Krönika: **Johanna Albert**

JOURNALSYSTEM:

- 26–29: När sjukvårdsministern blev sjuk
- 30–34: Millennium: Anonyma läkare larmar om allvarliga patientsäkerhetsrisker
- 35: Röster om Millennium
- 36–38: Forskaren **Malin Nordström**
- 39–40: Programchef **Harald Roos** om Millenniumkritiken
- 42–43: Framtidens it-system med **Max Herulf** och **Jakob Forssmed**

- 44–45: **Björn Ekman** om digitalisering
- 46–53: Sjukhusdirektören **Marianne von Rooijen** prisad för sitt ledarskap
- 54: **Ingrid Landberg** om förslaget till ett förändrat läkemedelsdirektiv
- 56–57: Kollen: Faxar
- 58–61: Så handskas man med vårdplatsbristen i Stavanger
- 62–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna



FOTO: CHRISTIAN ÖRNBERG



FOTO: MELI PETERSSON ELLAFI



FOTO: MELI PETERSSON ELLAFI

12

26

46



PÅ OMSLAGET

Omslagsbilden har tagits av **Rebecka Uhlin** som är en frilansande fotograf bosatt i Stockholm. Med sin Hasselbladskamera jobbar hon med projekt rörande ämnen så som sociala konstruktioner.

Rebeckas Hasselblad 500c.

JOURNALSYSTEMET MILLENNIUM:

► Överläkarna Anna och Cecilia har larmat om allvarliga patientsäkerhetsrisker och brister i funktionalitet utan att få gehör. ◀

Läs mer på sidorna 30–41.

4000

Så många faxar är fortfarande aktiva i landets regioner, visar Sjukhusläkarens sammanställning. ◀

Läs mer på sidan 56.



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}

**ANVÄNDARVÄNLIG
SPRAYINHALATOR**¹**
med eller utan spacer



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

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

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

Indikationer: Trixeo Aerosphere är indicerat för underhållsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte är adekvat behandlade med en kombination av en inhalerad kortikosteroid och en långverkande β2-agonist eller en kombination av en långverkande β2-agonist och en långverkande muskarinantagonist (för effekter på 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 bronkkonstriktion under akuta situationer. Administrering av formoterol/glykopyrronium/budesonid kan orsaka paradoxal bronkospasm med en omedelbar väsande 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: 10/2021. 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-14319-08-23-TRX

Vart går vårdens pengaströmmar – och varför?



Det är alltså lönsammare att arbeta med papper än med patienter i svensk sjukvård.

Jag får ofta höra att vården är för dyr, följt av frågan – vad ska vi prioritera bort i framtiden?

För att kunna svara måste man analysera dagens situation. Vi har enorma köer till vård och behandling, och ligger lägst inom OECD när det gäller vårdplatser och IVA-platser. Detta inte på grund av sängbrist utan på grund av personalbrist.

Trots att vi har en anorektisk slutenvård med ständig resursbrist och svåra prioriteringar är vi dessutom för "sjukhustunga" ekonomiskt.

Vissa gör det enkelt för sig och mumlar några obegripliga slagord om att allt löser sig om man satsar på omställning till nära vård och digitalisering.

Det är dags att vi vågar ifrågasätta dagens situation och dess sanningar. Det kan ju inte stämma att vi har för mycket resurser inom sjukhusvården om vi samtidigt har alldeles för lite.

Jag efterfrågar därför ett arbete motsvarande Deep Throat:s uppmaning i Watergate – "follow the money".

Var går pengaströmmarna och varför? Hur mycket går till vården och hur mycket går till den gigantiska administrativa överbyggnaden?

Därefter är det dags att fundera på vad ska vi prioritera inom sjukvården. Mitt svar är – prioritera just sjukvården. Använd resurserna rätt.

För sanningen är att vi har gott om sjukvårdspersonal, Sverige ligger i topp inom OECD när det gäller antal läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Men problemet är att personal

väljer bort att arbeta i det direkta patientarbetet.

För många yrkeskategorier inom sjukvården är det mest lönsamma i stället att bli en pärmbärare. Det saknas incitament att återgå till den patientnära verksamheten efter avslutad roll i ett administrativt projekt eller någon form av chefsroll. Alltför många lämnar helt den kliniska verksamheten när en annan möjlighet öppnar sig.

Det är alltså lönsammare att arbeta med papper än med patienter i svensk sjukvård. Sjukhusläkarna vill se att chefer upp till de högsta nivåerna åtminstone har kvar en fot i kliniken.

Det är vanligare bland läkare som är chefer – men det måste bli standard även för exempelvis sjuksköterskor. Det skapar en legitimitet i chefsrollen och ökar förtroendet. Dessutom är du med och tar konsekvenserna av de beslut du fattar.

Läkartid ska inte användas till att leta vårdplatser eller försöka få verksamheten att rulla i ständiga omorganisationer ovanför. Vi ska inte heller serva skrivare, flytta data mellan system eller fylla i blanketter. Ge oss administrativt stöd, men låt inte administrationen växa mer.

Se över vad någon annan kan göra, men glöm inte att skala bort det ingen borde göra. Permanenta inte nödlösningar att flytta arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier. Låt läkare vara läkare och låt medicinska behov styra verksamheten med läkare i spetsen.

Skapa incitament för att sjuksköterskorna ska vara just sjuksköterskor. Inte administratörer. Inte light-läkare. Se över vem som gör

vad. Task-shifting behövs ibland – men av rätt orsak.

Innan något ska skalas bort och diagnoser inte längre ska omfattas av den solidariska finansieringen måste vi granska hur resurserna används idag.

Vi måste titta på vem som gör vad inom sjukvården. Vi måste följa de etiska prioriteringsprinciperna inom vården: människo-värdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Vi måste börja prioritera efter patienternas behov – nu och imorgon. Vi måste bli av med onödan, och prioritera kärnverksamheten.

Många har sagt att vi ska ta tillvara pandemins förändringskraft. Om vi blickar tillbaka så upplevde många trots den svåra situationen arbetsglädje. Man såg att det man gjorde hade direkt nytta för patienterna.

Verksamheterna slimmades med fokus på kärnverksamheten och mycket av onödan struntade vi i. Det är endast möjligt att få svensk sjukvård på rätt väg om det är kul att gå till jobbet.

Elin Karlsson

Ordförande i Sjukhusläkarna

Vi anger inte!



Vård ska ges efter behov oavsett juridiskt status – detta är en grundläggande etisk utgångspunkt för läkare. **Vi läkare ska endast basera våra bedömningar och prioriteringar på patientens medicinska behov.** Allt annat strider mot vår yrkesetik. Att regeringen lägger resurser på att utreda en

angiverilag med målet att se om vi inom samhällsbärande yrken ska tvingas ange papperslösa patienter är för mig helt obegripligt och ett resursslöseri. Vi anger inte!

BEKLÄMMANDE SIFFROR!

► I detta nummer kan du läsa om hur gravida läkare verkar särbehandlas negativt av Försäkringskassan vid ansökan om graviditetspenning. Under en 7-årsperiod fick 6 procent av de gravida inom andra yrken avslag medan siffran för läkare var mer än det dubbla – 14 procent. Söker läkare graviditetspenning i samma utsträckning som övriga? Min spontana känsla är att läkare kanske till och med söker i mindre utsträckning, och då är ju siffrorna ännu mer beklämmande. Här krävs ytterligare kartläggning – och Försäkringskassan är oss svar skyldiga. ◀





INGEN RISK ATT AI SLÅR UT SJUKVÅRSPERSONAL

När tankesmedjan Futurio listade vilka jobb som har lägst risk att slås ut av AI, Artificiell Intelligens, i framtiden, hamnade Hälso- och sjukvårdspersonal överst.

För även om AI och algoritmer för maskinlärning utvecklas för användning inom vissa områden av hälso- och sjukvården, krävs det fortfarande vårdpersonal för att ge vård, fatta beslut och kommunicera med patienter och deras familjer, menar man från tankesmedjans håll.

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

OFFENTLIG SEKTOR MISSLYCKAS MED DIGITAL OMSTÄLLNING

Offentliga aktörer saknar fortfarande grundläggande förutsättningar för att tillgodogöra sig nyttan med digitalisering. Det konstaterar Swedish Center for Digital Innovation i sin årliga rapport. Offentlig sektor uppvisar

endast 51 procent av optimala förutsättningar för att tillgodogöra sig nyttorna med digitalisering – något som försätter sektorn i ett besvärligt läge när efterfrågan växer snabbare än leveransförmågan. ◀

Rädsla för misstag stressade mest

► Rädslan att göra misstag var den enskilt största orsaken till stress hos både den ordinarie och icke-ordinarie IVA-personalen under pandemin. Det visar de första resultaten från en studie som omfattar Karolinska Universitetssjukhuset, Mälarsjukhuset i Eskilstuna, Nyköpings lasarett samt Norrtälje sjukhus.

I studien har man även konstaterat att den ordinarie personalen blev utmattad i högre grad än de som var frivilliga eller beordrade att arbeta på samma avdelning. Utmattning drabbade kvinnorna i högre grad än männen. ◀



FOTO: GETTY

1 av 5

som fortsätter att arbeta efter pensionsåldern gör det av ekonomiska skäl. Det visar en studie vid Göteborgs universitet där drygt 3 000 personer ingick. **Men upplevelsen av att arbetet är meningsfullt är det som främst gör att man väljer att vara kvar på sin arbetsplats.** Varken sociala kontakter eller att vara behövd av sin arbetsgivare är däremot i sig tillräckliga drivkrafter för att fortsätta jobba långt upp i åren.



FOTO: GETTY

– med så mycket ökade antalet oavsiktliga interna dataläckor inom sjukvården under det gångna året

PERSONUPPGIFTER, LÖSENORD och känslig information från journaler. Att antalet oavsiktliga interna dataläckor inom sjukvården ökar i snabb takt är mycket allvarligt, menar Stefan Spendrup som är säljchef för norra och västra Europa på mjukvaruföretaget SOTI som nyligen presenterade sin årliga sjukvårdsrapport.

– Beroende på vem som får tag i dessa uppgifter så kan de användas på olika sätt. Det kan vara allt från politiska intressen till personer som vill använda det i utpressningssyfte eller på annat sätt missbruka de känsliga uppgifterna, säger han.

Vad beror den stora ökningen på?

– Dels sker det en generell utveckling där digitala verktyg som telefoner, läsplattor, datorer och olika applikationer används i allt större utsträckning inom sjukvården. Dels blir vi alltmer rörliga och arbetar mer och mer hemifrån, under resor eller gör hembesök hos patienter vilket medför en ökad risk att till exempel tappa bort olika enheter. Parallellt med det sker en generell ökning av cyberattacker och brottslighet på nätet. Tillsammans leder det till en snabb ökning av antalet oavsiktliga interna

dataläckor av det här slaget inom sjukvården. **Vad kan jag som enskild läkare göra för att förhindra detta i min vardag?**

– Det finns många saker du kan göra själv. Det viktigaste är att aldrig hantera, diskutera eller kommunicera kring patientdata eller annan känslig information på dina privata enheter. Om du behöver koppla upp dig mot arbetsplatsen hemifrån ska det alltid ske via en jobbdator och en säker anslutning som till exempel VPN. Ställ krav på din it-avdelning att alla enheter du får är säkra och kräv också utbildning i hur de ska hanteras på ett säkert sätt så du vet vad du får och inte får göra.

– När du är ute och reser i jobbet och behöver ladda din enhet – använd aldrig publika laddare eller nätverk utan lösenord. De är inte säkerhetsklassade och en laddare kan vara mixtrad med så den överför saker till din enhet. Då kan någon ta sig in och lyssna av och få ut känslig information. För även om informationen på din dator kanske inte är särskilt värdefull ur din egen synvinkel kan den mycket väl vara det för någon annan. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

Reaktioner på Sjukhusläkaren #3



HETA DEBATTER I ALMEDALEN

➤ Sjukhusläkaren var på plats i Almedalen och rapporterade bland annat om läkemedelsbristen och behovet av ett tydligare medicinskt fokus i styrningen av vården.



➤ I vårt förra nummer kartlade vi bland annat friskvårdsbidraget i de olika regionerna, en nyhet som plockades upp av bland andra Dagens medicin och Dagens Samhälle.

Sten Östenssons krönika om vikten av medicinska sekreterare och hur fel det kan bli med taligenkänning blev en riktigt klickkraket och kommentarerna vällde in.



"Tack Sten Östensson för ditt erkännande av vår yrkesroll, känns som allt vi medicinska sekreterare gör förringas när en robot ska ersätta oss."
/Sara Edström

"Bravo Sten"
/Gabriella Strid

"Tack för att du uppmärksammar oss. Tyvärr tror jag inte att vi kommer undan TIK men all digital teknik är inte bra. Det finns

VAD TYCKER DU?
Kommentera gärna på vår hemsida eller på våra sociala medier.

många fler administrativa uppgifter vi kan avlasta vården med som idag sjuksköterskor sitter med i stället för att träffa patienter och då anställs fler stafettsjuksköterskor istället..."
/Maria Jonsson

"Äntligen någon som förstår vårt värde. Tack!"
/Ingall Persson

"Kan vi börja med att bli av med papper och fax?"
/Lena Johansson



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, Hjerdahl 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

"Det är inte patientsäkert"

ÅLDERDOMLIGT När Region Skåne skulle upphandla ett nytt huvudjournalssystem, Millenium, var det många medicinska sekreterare som hoppades att faxen äntligen skulle förvisas till teknikkyrkogården.

– Det är en ålderdomlig teknik och det tar onödigt mycket tid att avidentifiera dokument, säger Therese Nilsson, medicinsk sekreterare på onkologkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Lund.



Region Skåne toppar faxligan i Sverige med sina 660 aktiva faxar. Och ingenting tyder på att denna skotska uppfinning som patenterades 1843 kommer att försvinna den närmsta tiden. Therese Nilsson, som arbetar både på mottagning och avdelning, uppskattar att det totalt faxas cirka 20 gånger i veckan eller 80 gånger i månaden. Det blir nära 1 000 gånger på ett år.

– Det vi framför allt faxar är journalkopior och remisser, i huvudsak till andra mottagningar och avdelningar, men också till kommunerna. Det är våra sjuksköterskor som plockar fram faxnumren. Innan vi faxar ska vi avidentifiera dokumenten och efter att vi faxat måste mottagaren ringa tillbaka till oss för att få tillgång till personuppgifterna. Men ibland ringer inte mottagaren upp och då måste vi komma ihåg att ringa tillbaka för att få en bekräftelse på att dokumenten har kommit fram.

Ofta hamnar faxdokumenten rätt, men om det av misstag har blivit en siffra fel kan de hamna på annan avdelning eller mottagning, menar Therese.

– Det känns naturligtvis inte bra om dokumenten hamnar fel. Förutom att det inte är patientsäkert måste vi då försöka jaga reda på rätt nummer så att dokumenten kommer dit de ska.

Eftersom Region Skånes 33 kommuner har ställt sig utanför Millenium och upphandlar egna IT-system, lär det dröja innan förvaltningarna kan kommunicera med varandra. Faxen på onkologmottagningen lär användas flitigt även när miljardinvesteringen Millennium har implementerats.

– I stället för faxar skulle jag önska att vi kunde skicka dokument med säker e-post. Den tekniken finns tillgänglig, men används inte hos oss, tyvärr.

Regionen har nyligen köpt tjänsten SDK för säker digital kommunikation.

– Vi utvärderar tekniken och funktionaliteten. Vi hoppas förstås kunna avveckla faxen så fort som möjligt, men när det kan ske går ännu inte att svara på, säger Carl Piper, ansvarig för projektet.



Oftast blir det rätt! Men nu vill Region Skåne fasa ut sina 660 faxar. Läs mer på sidan 56.

Läkare får nej mer än dubbelt så ofta

Läkare som ansöker om graviditetspenning får avslag betydligt oftare än andra yrkeskategorier. Det visar unika siffror som Sjukhusläkaren har låtit Försäkringskassans statistiker ta fram.

TEXT: MALIN GAVELIN

DIN ANSÖKAN OM graviditetspenning beviljas ej – det beskedet möts läkare av betydligt oftare än befolkningen i stort. När Sjukhusläkaren begärde ut statistik på hur många ansökningar om graviditetspenning som hade beviljats respektive fått avslag under de senaste sex åren var trenden tydlig: en läkare som upplever sin arbetsförmåga nedsatt på grund av graviditeten får betydligt oftare avslag på graviditetspenning än gemene man. Andelen avslag för läkarna låg nämligen i genomsnitt på 14 procent under sexårsperioden medan motsvarande siffra för befolkningen i stort låg på 6 procent.

DET ENDA ÅRET NÄR andelen avslag för läkare och andra yrkeskategorier närmade sig varandra var under pandemiåret 2021 då

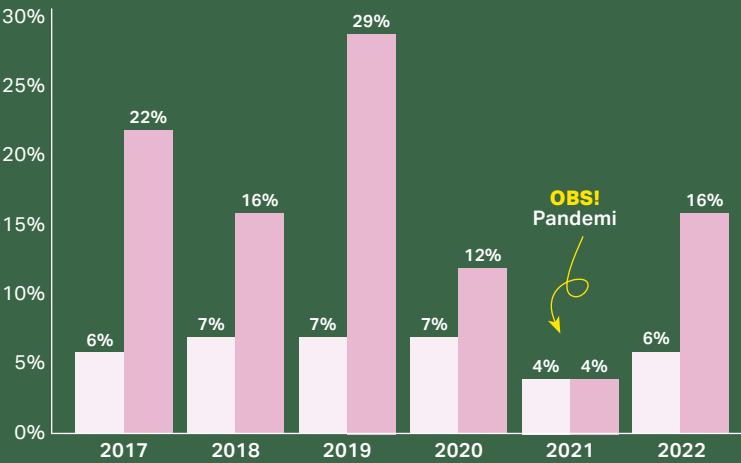
Försäkringskassan generellt beviljade betydligt fler ansökningar om graviditetspenning både för läkare och andra yrkeskategorier. Men redan året efter var skillnaderna tillbaka på samma höga nivå som tidigare.

SOFIA KÜHNER, ORDFÖRANDE i Kvinnliga läkares förening, känner mycket väl igen bilden av att det generellt är svårt för läkare att få graviditetspenning beviljad. Hon har hört många medlemmar och kollegor beskriva att de inte ens bryr sig om att ansöka på grund av den stora sannolikheten att bli nekad ersättning. Men att skillnaden var så pass stor jämfört med andra yrkeskategorier förvånade henne, trots allt.

– Ja, att det var mer än dubbelt så svårt för en läkare att få sin ansökan om graviditetspenning beviljad tycker jag förvånar. Framför allt när det är ett yrke med så pass många risker. Vi jobbar ju väldigt nära människor med allt vad det innebär av infektionsrisker, fysiskt ansträngande moment etcetera.

SÅ MYCKET OFTARE FÅR LÄKARE AVSLAG

● Läkare ● Samtliga yrkeskategorier



VEM KAN FÅ GRAVIDITETSPENNING?

Enligt Försäkringskassans hemsida har du rätt till graviditetspenning från och med den 60:e dagen före beräknad förlossning om du

- ▶ har ett arbete i Sverige som du inte kan utföra, antingen för att det är fysiskt ansträngande eller för att det finns risker i arbetsmiljön
- ▶ inte kan bli omplacerad av din arbetsgivare till ett lättare eller mindre riskfyllt arbete
- ▶ har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

För att du ska kunna få graviditetspenning ska arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av graviditeten.

Sofia Kühner berättar att föreningen gick ut till sina 7 000 medlemmar på sociala medier i början av året med bland annat frågor kring socialförsäkringen för gravida.

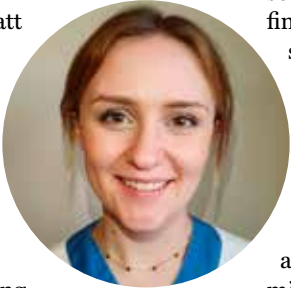
– Den visade att det framför allt finns två skilda problem med just graviditetspenningen. Det första är precis det som ni sätter fingret på – att det finns de som behöver graviditetspenning och som inte får det. Här verkar det finnas tydliga skillnader i hur lätt eller svårt det är beroende på var du jobbar. Inom psykiatri verkar det till exempel vara betydligt lättare medan tunga nattjourer inom andra specialiteter inte värderas lika högt.

DET ANDRA STORA problemet i sammanhang är när kvinnliga läkare motsägelsefullt nog blir avstängda från sitt arbete mot sin vilja under graviditeten, berättar Sofia Kühner.

– För dem kan detta få många negativa effekter som till exempel att de hamnar efter rent karrärmässigt eller lider ekonomiska förluster. Det verkar helt enkelt finnas en problematik kring att göra en individuell bedömning, både från arbetsgivarens sida och från handläggarna på Försäkringskassan.

Varför tror du att det är så svårt för just läkare att få graviditetspenning beviljad?

– Dels tror jag att det handlar om en okun-



SOFIA KÜHNER

är ordförande i Kvinnliga läkares förening.

skap på chefsnivå om hur försäkringen ser ut. Att de har inställningen ”men om du inte kan arbeta så sjukskriv dig då”. Sedan tror jag också att det finns en okunskap hos handläggarna på Försäkringskassan kring att värdera riskerna som finns i vårt arbete. Det kan till exempel finnas ett missförstånd kring hur fysiskt ansträngande vårt arbete faktiskt kan vara – att vi kanske behöver stå upp sex timmar i sträck och inte kan lämna rummet med hänsyn till patienten.

Vilka förändringar behövs på det här området?

– Dels behövs det utbildningsinsatser för arbetsgivarna, men vi efterlyser också en allmän rätt för läkare att slippa jourer under graviditeten om den gravida önskar det. Vi vill också att det ska bli mindre krångligt att sjukskriva sig för exempelvis graviditetsillamående och få ersättning i efterhand. Sedan måste vi ju se till att socialförsäkringsskydden inte ger så stor skillnad i ekonomisk ersättning. Arbetsgivaren behöver tvingas att gå in och stötta upp så att det inte blir ekonomiskt lönsamt för dem att uppmana till sjukskrivning. Det finns överhuvudtaget en stor frustration på det här området och vi välkomnar verkligen den utredning som pågår om en möjlig omstrukturering av socialförsäkringsskyddet för gravida. ◀

”De tyckte att jag kunde vila mellan hjärtstoppen”

Trots att hon hade ett fysiskt tungt jobb på en medicinsk akutmottagning blev ST-läkaren Madeleine Liljegren nekad full graviditetspenning de sista två veckorna. ”Du kan sätta dig ner och vila” var motiveringen hon fick.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO THOMAS CARLGREN

DET ÄR EN HEKTISK TID för föräldralediga ST-läkaren Madeleine Liljegren. Tredje barnet har nyss anlänt och tiden mellan lämning och hämtning på förskolan av de båda större barnen på två och fyra år går i flygande fläng. Men mer hektisk än arbetssituationen under hennes tid som höggravid med första barnet blir det knappt.

– Då jobbade jag på en medicinsk akutmottagning och det var larm precis hela tiden. Det var även mycket undersökningar där man stod lutad över patienterna – ett väldigt fysiskt tungt jobb helt enkelt. Det uppstod många, nästan lite dråpliga situationer där till och med patienterna frågade mig vad jag gjorde där.

Men beskedet från Försäkringskassan var tydligt – trots att höggravida Madeleine Liljegren jobbade där hon gjorde fanns ingen möjlighet för henne att få gå hem tidigare med full ersättning.

– **JAG VET ATT JAG RINGDE** dem flera gånger och försökte förstå varför de inte kunde bevilja mig detta. Det stod klart och tydligt i intyget från min chef att jag hade ett fysiskt tungt jobb på en akutmottagning, men ”du kan sätta dig ner och vila mellan varven” var det svar jag fick. De tyckte alltså att jag kunde vila mellan hjärtstoppen och beviljade mig därför bara graviditetspenning på 75 procent när jag jobbade kliniskt, trots att

Det hade betytt jättemycket att få vila ut ordentligt den sista tiden innan förlossningen, menar Madeleine Liljegren. Men efter de dåliga erfarenheterna av Försäkringskassan orkade hon inte ta striden igen i samband med graviditet nummer två och tre.





Madeleine Liljegren bad sin handläggare att dubbelkolla med sin chef att beslutet att tvinga henne kvar i arbete verkligen var korrekt – och det fick hon besked om att det var.

” För mig blir det därför väldigt tydligt att det saknas kompetens hos Försäkringskassan i de här frågorna.

jag överklagade och argumenterade med dem en hel del kring det här beslutet. Det kändes förfärligt!

Varför det ska vara så svårt för just läkare att få graviditetspenning beviljad är svårt att förstå, anser Madeleine Liljegren.

– Jag jämför med mina vänner och bekanta som jobbar inom vården inom andra professioner och de har aldrig varit med om något sådant här – och inte min dåvarande chef heller. Hon hade jobbat som chef i över tio år och hade aldrig varit med om något liknande. Försäkringskassan kanske tror att vi läkare går runt i våra vita rockar och delegerar jobb till andra som står för allt det praktiska – men samtidigt har jag ju lämnat tydliga intyg som visar på motsatsen. Det är helt obegripligt. Det handlade om sju ynka arbetsdagar!

KANSKE FINNS DET EN föreställning hos handläggarna på Försäkringskassan om att läkare är någon form av övermänniskor som generellt inte ska ha rätt till den här typen av ersättning, funderar Madeleine Liljegren vidare.

– Jag tänker också på könsaspekten – att just kvinnor minsann inte ska tro att de ska få vara lediga bara för att de är gravida. ”Det är ju ingen sjukdom” är något man kan höra folk säga ibland och – nej, det är det inte – men det är ett medicinskt tillstånd som är väldigt påfrestande för kroppen! Jag hade både en rätt rejäl foglossning och fick ofta blodtrycksfall där på slutet av första graviditeten. Det är inte särskilt patientsäkert med en läkare som behöver sätta sig ner och vila mitt i en akut situation. Det måste ju vem som helst förstå och för mig blir det därför väldigt tydligt att det saknas kompetens hos Försäkringskassan i de här frågorna.

Flera av Madeleine Liljegrens läkarkollegor har valt att helt undvika att strida med Försäkringskassan och har i stället tagit ut jourkomp, semester eller föräldraledigt i förtid, berättar hon.

– Men det ska man verkligen inte behöva

göra! Det är ju graviditetspenning du har rätt till om din graviditet hindrar dig från att utföra ditt arbete och det finns ett tydligt regelverk för de här situationerna. Det är principiellt viktigt att inte täcka upp för ett skyddsnät som faktiskt finns, anser jag! Jag ska väl inte hålla på och ta av mina semesterdagar för att jag mår dåligt i slutet av min graviditet? Och föräldraledigheten ska ju användas till barnet!

De negativa erfarenheterna från striderna med Försäkringskassan gjorde att Madeleine Liljegren valde att aldrig ansöka om graviditetspenning under sina båda kommande graviditeter.

– Jag hade turen att ha okomplicerade graviditeter där jag har mått förhållandevis bra och jag är en person som verkligen älskar mitt jobb. Så därför ville jag jobba så långt det bara var möjligt. Under andra graviditeten var jag på en neurologiavdelning – så det var hanterbart hela vägen fram.

UNDER TREDJE GRAVIDITET hade hon sin tjänst på en beroendemottagning och inte heller där upplevde hon några större problem med att jobba på som högggravid.

– Visst, man är ju väldigt trött på slutet eftersom det kan vara lite svårt att sova men jag tyckte ändå att det funkade. Jag hade mitt eget rum där jag kunde sitta ner en stor del av tiden. Flera av mina kollegor och patienter reagerade visserligen och frågade vad jag fortfarande gjorde där. Jag kan hålla med om att det hade kunnat vara skönt att vara ledig de sista tre eller fyra veckorna men min erfarenhet från Försäkringskassan gjorde att jag helt enkelt inte orkade tjafsas och gå igenom den där processen igen. När jag inte ens kunde få det beviljat när jag sprang på larm – hur skulle jag kunna få det nu? ◀

! Madeleine Liljegren gör sin ST-tjänstgöring vid Psykiatri nordväst i Stockholm. Under sin första graviditet var hon placerad på Capio St Görans akutmottagning.

NÄSTA SIDA!
Sandra tog semester men Anja fick sin graviditetspenning beviljad.

Sandra tyckte inte att det var lönt att söka

Trots besvärliga sammandragningar och svårigheter att följa med i det dagliga tempot sökte inte höggravida Sandra Sjöland graviditetspenning. I stället valde hon att ta ut semester och börja använda föräldraledigheten redan från vecka 34.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO PRIVAT

– **DET KÄNNS JU SÅKLART** tråkigt att ”slösa” med föräldraledighetsdagarna redan nu för dem vill man ju kunna använda till barnet sedan. Men de flesta läkare jag känner har gjort precis som jag – valt andra lösningar i stället för att ansöka om graviditetspenning. Intrycket jag och många med mig har fått är att man helt enkelt inte får detta beviljat som läkare.

Vinden viner i telefonen när Sjukhusläkaren når Sandra Sjöland som är ute på en försiktig promenad under graviditetens sista skälvande veckor. Sedan ett par veckor tillbaka har hon valt att gå på föräldraledigt från ST-tjänsten på kvinnokliniken i Västerås på grund av besvärliga sammandragningar och ett större behov av vila.

– Min chef har varit jätteförstående och gjort många anpassningar för min skull. Bland annat blev min förlossningsplacering framflyttad så jag kunde ägna mig åt mottagningsarbete och lite avdelningsarbete i stället. Det gick bra fram till vecka 34 när sammandragningarna ökade i antal. De var inte farliga – men jobbiga!

SEDAN HON LÄMNADE arbetsplatsen har hon märkt att det allmänna välmåendet har förbättrats betydligt. Framför allt är det möjligheten att ta en paus när kroppen säger ifrån som har gjort stor skillnad.

– Även om man har anpassade arbetsuppgif-

”**Tempot är högt inom vården och du kan inte bara lägga dig och vila hur som helst.**”

ter så är tempot högt inom vården och du kan inte bara lägga dig och vila hur som helst. Akuta situationer som stora blödningar med mera kan ju även uppstå vid arbete på en gynekologisk avdelning så man måste ha orken att tempoväxla. Jag hade dessutom totalt tre timmars pendling varje dag – något som var rejält slitigt för mig som höggravid.

ATT DET ÄR SVÅRARE för läkare att få graviditetspenning beviljad än för exempelvis sjuksköterskor är välkänt inom vården, menar Sandra Sjöland.

– Jag tycker verkligen inte att sjuksköterskorna skulle nekas graviditetspenning – men jag tycker att samma principer ska gälla för alla yrkeskategorier. Problemet är ju definitivt att det är så restriktiva för oss läkare – inte att de beviljar andra detta.

Varför tror du att det är så svårt för just läkare att få rätt till graviditetspenning?

– Jag har ingen aning, men inställningen från Försäkringskassans sida verkar vara att man som läkare alltid kan göra ett annat jobb eller något administrativt och därför inte behöver graviditetspenning. Därför är det bara de som jobbar på en akutmottagning eller liknande som får det beviljat. Var den inställningen kommer ifrån vet jag inte – men det är min känsla. Det allra bästa



Att läkare har svårt att få graviditetspenning är välkänt inom vården menar Sandra Sjöland.

hade varit om alla som ville hade haft rätt till några veckor på slutet. Att bli omplacerad kanske funkar ett tag men det går sällan hela vägen fram till förlossning. Jag har väldigt svårt att se vilket läkarjobb det skulle handla om i sådana fall. ◀

”Det ska inte göra någon skillnad vilken yrkestitel man har”

Tack vare en chef med bergkoll på formuleringarna till Försäkringskassan var Anja Blix en av de läkare som faktiskt fick graviditetspenning beviljad.

– Det är ett väldigt sårbart system där mycket hänger på just god vilja och kunskap hos chefen.

► Det var när **Anja Blix** var i vecka 32 med sitt andra barn som hon fick veta av sin chef att det fanns möjlighet för henne att få ledigt med ersättning under den återstående delen av graviditeten.

– Jag var AT-läkare på akutmottagningen och min chef meddelade mig att läkarna där alltid brukade gå hem just i vecka 32 och att det fanns ett färdigt utkast till intyget som han kunde utfärda om jag ville.



Chefens erfarenhet var att intygen från honom alltid blev godkända, berättar Anja Blix.

– Det här var ju en ren akutmottagning och de hade inga möjligheter att omplacera mig. Så därför skulle samma regler gälla för mig som för de ordinarie akutläkarna där och jag kunde därför gå hem redan innan beskedet från Försäkringskassan hade kommit.

Intyget blev mycket riktigt godkänt retroaktivt och Anja Blix fick ut sin ersättning utan problem. Tack vare den tidiga hemgången märkte hon stor skillnad på sitt mående.

– Det hade verkligen jättestor betydelse. Att jobba på akuten höggravid är verkligen jättejobbigt – och det sinkade både mig och faktiskt hela teamet. Men när jag kunde vara hemma fick jag betydligt mindre ont och hade även möjlighet att vila upp mig lite inför det som komma skulle.

Att just läkare annars har det betydligt svårare att få graviditetspenning beviljad är Anja Blix väldigt medveten om.

– Jag tycker inte att det ska göra någon skillnad vilken yrkestitel man har och det är väldigt tråkigt att det verkar ha blivit en generell uppfattning att läkare inte ska få detta beviljat. Det är helt fruktansvärt att allt baseras på chefens goda vilja och kunskap i frågan. ◀

"Jag beklagar att känslan av att yrkeskåren bedöms orättvist finns"

På Försäkringskassan har man inte själv kunnat identifiera några brister i handläggningen av graviditetspenningärenden som berör läkare. Men **Stefan Forsberg**, verksamhetsområdeschef för föräldraförsäkringen, betonar att han trots det har respekt för kårens uppfattning om att det inte fungerar optimalt idag.

TEXT MALIN GAVELIN

NORMALT SETT BRUKAR Försäkringskassan inte följa hur antalet avslag skiljer sig åt mellan olika yrkeskategorier, berättar Stefan Forsberg. När han får ta del av Sjukhusläkarens granskning menar han att det är svårt för honom att ha synpunkter på resultatet eftersom läkarkåren inte är homogen utan kan ha många olika arbetsuppgifter och därför även exponeras för risker i olika omfattning.

– Vi gör inte våra bedömningar utifrån yrkesgrupp utan när det gäller fysiskt ansträngande arbete så görs bedömningen utifrån vilka faktiska arbetsuppgifter man utför. När det gäller risker i arbetsmiljön så görs den bedömningen helt och hållet av arbetsgivaren själv. Det går därför inte att bedöma om de här skillnaderna i andelen avslag mellan yrkeskategorierna som ni har sett faktiskt står för något eller om det bara handlar om stora variationer inom gruppen. **Många läkare vi har pratat med upplever att det inte ens är lönt att ansöka om graviditetspenning eftersom det så sällan beviljas – vad anser du om det?**

– Jag beklagar att den här känslan av att yrkeskåren bedöms orättvist finns och det vill vi givetvis vara lyhörda inför. Men det är samtidigt



STEFAN FORSBERG är verksamhetsområdeschef på Försäkringskassan.

viktigt att lägga förväntningarna rätt. Det är arbetsgivaren som gör hela utvärderingen och bedömningen om någon ska stängas av på grund av risker under graviditeten. Om arbetsgivaren väl har fattat beslutet om att en anställd bör stängas av så ifrågasätter inte vi det. Under pandemin märkte vi väldigt tydligt att kunskapsbilden varierade hos arbetsgivare när det kom till att bedöma till exempel smittoriskerna för gravida. För många arbetsgivare var detta något nytt och det kan ha tagit ett tag innan man hittade helt rätt.

Hur jobbar ni med att nå ut med information till arbetsgivarna om hur de här riskerna ska bedömas?

– Det är inte Försäkringskassan som är expertmyndighet här utan Arbetsmiljöverket. Vår roll är att informera om hur regelverket fungerar och vad som krävs för att någon ska få till exempel graviditetspenning beviljad. Där har vi tillgängliggjort information på forsakringskassan.se som även arbetsgivarna kan ta del av.

Flera av läkarna vi har pratat med upplever att förmågan att göra individuella bedömningar av läkares arbetssituation många gånger är bristfällig hos handläggarna på

Försäkringskassan. Hur ser du på det?

– Som jag sa innan så är det viktigt att ha med sig att riskbedömningarna alltid görs av arbetsgivarna själva. När det gäller de bedömningar som våra handläggare gör så har vi inte sett några särskilda brister utifrån de ändringsbeslut som har skett i domstol. Så jag kan inte säga att vi själva har fått någon indikation på att vi har några problem av det här slaget. Sedan ska vi vara ödmjuka och säga att det inte går att garantera att varje enskilt beslut blir rätt.

Kommer ni att se över eller undersöka detta närmare efter vår granskning?

– I dagsläget ser vi inte att vi behöver gå in och göra något särskilt med anledning av detta men vi jobbar självklart med kvalitetsuppföljningar löpande. Det är också värt att nämna att det pågår en särskild utredning som ser över försäkringsskyddet för gravida det vill säga indirekt graviditetspenningen. Den beräknas komma ut på remiss nu under hösten. Syftet med den är att skapa en större tydlighet i skyddet för gravida generellt. I dag har vi graviditetspenning i vissa situationer, sjukpenning i andra och ibland är det

föräldrapenningen som är aktuell. Diskussioner pågår om att även införa en form av generell rätt till graviditetspenning i slutet av graviditeten.

Det går inte att garantera att varje enskilt beslut blir rätt.

Så systemet fungerar inte optimalt idag?

– Det är viktigt att skilja på Försäkringskassans uppgift och det politiska uppdraget. Men att man har initierat utredningen tyder på att man ser vissa behov av justeringar här i takt med att samhället har förändrats. Vi får ha respekt för läkarkårens uppfattning om att det inte fungerar optimalt idag, även om vi som myndighet inte har ansvar för hur lagstiftningen ser ut. ◀

Lamotrigin Orion

lamotrigin Tabletter 25, 50, 100 och 200 mg

Välj ett billigt alternativ!¹

✓ Lamotrigin Orion är det mest kostnadsbesparande alternativet över tid¹

✓ Lamotriginläkemedel

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

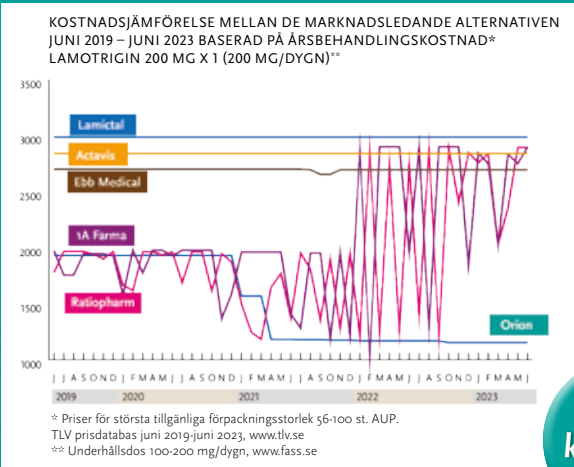
✓ Gör ett klokt val vid ordination - Välj Lamotrigin Orion



LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL

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

Vid behandling av bipolär sjukdom och epilepsi.



Gör ett klokt val

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



Lamotrigin Orion (lamotrigin) antiepileptika [Rx] F. **Indikation och subvention:** Epilepsi: Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre, tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom, som tilläggsbehandling men kan ges som initialt antiepileptikum vid start av behandling av Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2 till 12 år, tilläggsbehandling av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. Bipolär sjukdom: Vuxna från 18 år och äldre, Prevention av depressiva episoder hos patienter med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin är inte indicerat för akut behandling av maniska eller depressiva episoder. **Försiktighet och varningar:** Det finns rapporterat hudreaktioner som i allmänhet inträffat inom de första åtta veckorna efter behandlingsstart. Hudutslagen är ofta lindriga och övergående, men allvarliga hudreaktioner har rapporterats. Patienter ska informeras om tecken och symtom på hudreaktioner och övervakas med avseende på dessa. Risken för allvarliga hudutslag är högre hos barn än hos vuxna. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med lamotrigin. Användning av hormonella antikonnptionsmedel minskar lamotriginnivåerna. **Lamotrigin Orion:** Tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Senaste översyn av produktresumé:** 2023-07-03. **För priser och ytterligare information se** www.fass.se

Nöden är uppfinningarnas moder

Vården har ett stort arbete framför sig för att minska koldioxidutsläppen, oöverstigligt stort kan det tyckas. Men det gäller att inte låta sig nedslås utan inse att krävs många olika åtgärder, att många små steg till sist kan göra stor skillnad. Bättre hantering av skyddsförkläden är ett.

När pandemin blev ett allvarligt hot i Sverige i början av 2020 uppstod snabbt brister på skyddsmaterial. Skyddsrockar, skyddsförkläden, ansiktsmasker och operationsmössor förbrukades i en rasande fart. Därmed blev det förstås också en väldig massa avfall.

I denna veva startade Karolinska Sjukhuset Command Center. Centret utvecklades snabbt till att köpa in kritiska artiklar för skydd och förbrukning inom vården för hela regionen och snart även för andra regioner i landet. Målet var att samordna inköpen.

Det kom jag, Johanna Albert, från Danderyds sjukhus, där jag hade varit chef för kirurg- och urologkliniken. Jag har också ett förflutet som anestesiläkare vilket gör att jag hade bred erfarenhet av intensivvård och operationsverksamhet, verksamheter som förbrukar mycket sjukvårdsartiklar, och där det behövdes mängder av skyddsutrustning för personalen under pandemin.

Det var en dramatisk tid. Kurvorna gällande antal smittade med Covid-19 som skulle behöva vård, pekade rakt uppåt. Transporter som skulle komma med varor från Kina dök inte upp, av ena märkliga skälet efter det andra.

Riktigt illa såg det ut veckan före påsk 2020. Lagret av skyddsrockar och skyddsförkläden skulle ta slut inom några dagar. Personalen på en av intensiv-

vårdsavdelningarna meddelade att om de inte fick skyddsrockar vägrade de att arbeta med Covid-smittade patienter under kommande helg.

Då var då mannen från Småland kom körande, Lennart Hagelqvist, vd för Trioworld Landskrona, ett svenskt plastföretag. Ett av många svenska företag som hörde av sig till vården för att hjälpa till under pandemin. Han berättade att företaget gjorde svarta sopsäckar och plasten kring alla ensilage på våra ängar. Och att de omedelbart kunde ställa om sin produktion och göra skyddsrockar, 3 500 stycken per dygn. Dessutom kunde de leverera dagligen med lastbil från Småland.

Vi sa "ja tack", och de dagliga leveranserna kom igång och alla jobbade kvar på intensivvårdsavdelningarna. Påsken var räddad!

Det var då hållbarheten kom med i bilden. För när jag meddelade företagets vd att vi inte var intresserade av fler rockar gav han sig inte. Varför ville vi inte utveckla rockar och kanske även skyddsförkläden?

Jag förklarade att jag vill bara utveckla skyddsförkläden under förutsättning att företaget tog tillbaka använda skyddsförkläden för att göra nya, ett cirkulärt flöde. De var inte sena att svara och ville gärna skapa ett cirkulärt flöde, om jag hjälpte dem att få fram ett bra skyddsförkläde.

Företaget köpte in nya maskiner från USA som var bredare, starkare och bättre på att göra skyddsförkläden än sopsäckar. Jag provade och provade, och gav feedback.

I början av 2021 kunde vi börja planera en pilot med cirkulärt flöde av skyddsförkläden på Dande-



Lennart Hagelqvist köpte in nya maskiner från USA och ställde om produktionen så att gamla skyddsförkläden från Danderyds sjukhus kunde omvandlas till nya.

”Några som det däremot inte varit problem att få med sig är medarbetarna.

ryds sjukhus. Företaget producerade stora kvantiteter skyddsförkläden, EU-godkända och med god kvalitet. Jag pratade med Danderyds sjukhus vd och frågade om jag fick starta en pilotverksamhet med cirkulärt flöde. Hon tyckte idén var bra och låg i tiden.

Aven Sjukhusgemensam service, som är de som tar hand om alla våra sopor, var positiva, trots att det gav dem extra jobb med ytterligare en sopsäck att hantera i deras flöde. Jag kontaktade verksamhetschefer och vårdchefer på de avdelningar som jag tyckte skulle vara med. I april 2021 körde vi igång.

Nyckeln var sorteringen. För att få den att fungera färgkodade vi de förkläden som skulle ingå i cirkulärt flöde, så att det var enkelt att förstå hur sorteringen skulle gå till. Det gäller att inte blanda olika plastmaterial. Plastfilmen blir då knottig.

Resultatet blev strålande. Enligt en analys (Transaction cost analysis) reducerade de cirkulära flödet av skyddsförkläden CO2-utsläppet med drygt 70% jämfört med att producera av ny olja hela tiden. Skulle man göra förkläden av återvunnen plast, som sedan bränns, reducerar man CO2 med 20%.

Pandemin klingade av men vår användning av cirkulärt flöde på skyddsförkläden rullar fortfarande som projekt.

I början av 2023 tog Danderyds sjukhus ledningsgrupp beslut att implementera

cirkulärt flöde av skyddsförkläden på hela sjukhuset, vilket nu är målet.

Stötestenen är hur transporten från sjukhuset till företaget ska utformas, och till vilken kostnad. Upphandlingen av transporttjänsten har pågått i många månader utan resultat. För att få till en upphandling behövs volymer, och då behöver vi vara flera sjukhus eller vårdinrättningar i Stockholm som går samman. Flera av sjukhusen både i regionen och utanför säger att man är intresserade av hur det går för Danderyds sjukhus men ingen har vågat göra slag i saken. De väntar helst.

Några som det däremot inte varit problem att få med sig är medarbetarna. Motivationen för ett hållbart arbetssätt är hög.

Kostnaden är svår att beräkna då den är beror på volymer, oljepriset och hur man gör upphandlingen. Men ju större volymer och ju högre oljepris desto lägre blir merkostnaden.

Därför önskar jag verkligen att fler sjukhus tar beslut eller ställer krav på att införa cirkulärt flöde av sina skyddsförkläden så att vi får till stora volymer och därmed rejäl minskning av CO2 produktionen från denna del av sjukvården. Därefter kan flera plastprodukter av samma sorts plast kunna cirkulera i samma flöde. Vi tar ett steg i taget för att komma framåt.

Johanna Albert

Överläkare i Anestesi och Intensivvård Danderyds sjukhus



Tiden som patient gav nya insikter

Två dagar efter förra valet insjuknade sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD) i stroke. Hon vårdades både på Södersjukhuset och Länssjukhuset Ryhov och blev smärtsamt påmind om de patientsäkerhetsrisker som uppstår när journalsystem inte kommunicerar.

TEXT EVA NORDIN FOTO MELI PETERSSON ELLAFI

TROTS MÅNGÅRIGA FÖRSÖK och flera statliga satsningar har som bekant vårdinformationssystemen i Sverige stora svårigheter att följa patientens väg genom vården och över vårdgivargränser, inom som utom regionen.

Acko Ankarberg Johansson fick själv uppleva dessa svårigheter när hon insjuknade i stroke två dagar efter valet 2018.

– Några dagar innan hade jag känt mig dålig och var väldigt trött. Eftersom det var i slutet

av valrörelsen tänkte jag att det var normalt att känna sig utmattad. Men tidigt en morgon vaknade jag av att hela världen snurrade, det kändes som en jordbävning i mitt huvud. Jag kravlade mig till badrummet och insåg ganska snabbt att jag behövde akut hjälp.

På Södersjukhuset konstaterade läkare att Acko Ankarberg drabbats av en liten infarkt i lillhjärnan. Hon fick stanna kvar på sjukhuset några dagar innan hon kunde åka hem till Hus-



Regeringen kommer inte att föreslå ett gemensamt journalsystem för hela Sverige, det är inte rätt väg att gå, menar Acko Ankarberg. "Journalsystemen får gärna vara olika, men de måste fungera ihop, vara interoperabla."

kvarna, där hon är skriven. Bara två dagar senare insjuknade hon dock igen. Denna gång kände hon igen symtomen och blev skjutsad av sin man till akuten på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping.

- Jag var rätt medtagen när jag stod där i luckan och försökte förklara att jag haft en stroke tidigare i veckan och att jag nog drabbats av en ny, uppgifter som de nog kunde se i min journal, trodde jag. Men jag fick överraskande nog svaret att det inte stod något om det i min journal, trots att jag varit inskriven flera dagar på Södersjukhuset.

I SIN HANDVÄSKA HADE Acko med sig ett vältummat utskrivningsmeddelande från Södersjukhuset som sammanfattade vad hon varit med om och som hon räckte över till personalen på Ryhov.

- Jag blev snabbt omhändertagen, men insåg samtidigt vilken patientrisk det är att viktig information inte följer med patienten under vårdresan. Dessutom är det också frustrerande för vårdpersonalen att inte kunna ta del av patientjournalen fullt ut, vilket innebär att det är svårt att göra rätt bedömning och fatta korrekta beslut.

Ackos sjukdomshistoria fanns till viss del tillgänglig i NPÖ, Nationell patientöversikt, ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring. Men vilken information som visas upp i tjänsten skiljer sig åt mellan vårdgivare och journalsystem. NPÖ bygger också på att regionerna ansluter sig till tjänsten.

- Viss information fanns, men jag var tvungen att berätta en hel del muntligt, även om jag inte mindes allt i detalj. Det tog sedan över ett dygn innan Ryhov fick tillgång till en kopia på min journal. Det här är ett allvarligt systemfel som inte bara påverkar patientsäkerheten, utan också medarbetares arbetsmiljö och trygghet.

Även om det inte var en direkt nyhet att vårdens journalsystem har och har haft stora kommunikationssvårigheter, blev Acko Ankarberg ändå överraskad och än mer beslutsam att något måste göras. Som ordförande i socialutskottet förde hon breda samtal med samtliga partier över blockgränserna.

- Det fanns kloka förslag från partier på bägge sidor, förslag som blev vägledande och ledde fram till att riksdagen kunde enas om färdrikt-



Vi måste kunna klara helheten, vilket vi inte gör i dag. Det är ett politiskt ansvar att se till att vi har system som kan följa patienter genom hela vårdresan.

”

*Jag
kravlade
mig till
badrum-
met och
insåg
ganska
snabbt att
jag behövde
akut hjälp.*

ningen. Vi var överens om att staten behöver ta ett mycket större ansvar för en enhetlig och gemensam digital infrastruktur för hälsodata i svensk sjukvård. Vårdinformationssystemen måste kunna kommunicera med varandra och följa patientens väg genom hela vården.

EN AV DE STATLIGA uppgifterna är att ta fram nationella standards. Mycket är på gång som förhoppningsvis kommer att överbrygga många av dagens hinder, menar Acko Ankarberg Johansson.

- Regeringen kommer inte att föreslå ett gemensamt journalsystem för hela Sverige, det är inte rätt väg att gå. Journalsystemen får gärna vara olika, men vi behöver ha samma standards så att vårdinformationssystemen kan fungera ihop, så kallad interoperabilitet. Det är en av de uppgifter som staten bör och ska ta ansvar för, tycker vi. Arbetet pågår för fullt och socialminister Jakob Forssmed som är ytterst ansvarig har en hög hastighet i det arbetet. (Se separat intervju med socialminister Jakob Forssmed på sidan 43.)

E-hälsomyndigheten har fått flera nya regeringsuppdrag som ska driva på digitaliseringen och minska värdköer. Ett av uppdragen handlar om att skapa en handlingsplan för en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården.

Hälsodata ska bli tillgänglig i hela vårdkedjan för all vård, både regional sjukvård och tandvård samt kommunal vård, oavsett huvudman.

I bakgrunden finns ett tvingande EU-direktiv som Sverige måste anpassa sig till. (Se intervju med chefläkare Max Herulf på E-hälsomyndigheten på sidan 42.)

DET HAR GÅTT NÅGRA ÅR sedan Acko Ankarberg Johansson insjuknade i stroke. Hon är djupt tacksam för den vård och det omhändertagande hon har fått. Vägen tillbaka har inneburit en period av sjukskrivning samt rehabilitering. Mycket är som vanligt igen, men hon har varit tvungen att utveckla strategier för att kunna hantera den hjärntrötthet som numera är hennes ständiga följeslagare.

- Efter det som hänt har min hjärna svårt att filtrera intryck som ljus, ljud, människor i rörel-

”

*Jag insåg
samtidigt
vilken
patient-
risk det är
att viktig
informa-
tion inte
följer med
patienten
under
vårdresan.*

se, skval i bakgrunden. Jag behöver därför skapa tid och utrymme där jag drar mig undan och vilar hjärnan. Jag promenerar gärna och försöker komma ut i naturen så ofta jag kan. Jag har tack och lov fantastiska medarbetare som förstår vad hjärntrötthet är och som hjälper mig att skapa utrymme för stunder av återhämtning i arbetsschemat.

Hennes förhoppning är nu att nationella standards snabbt ska komma på plats och att en nationell digital infrastruktur för hälsodata i sjukvården ska implementeras.

- Vi måste kunna klara helheten, vilket vi inte gör i dag. Det är ett politiskt ansvar att se till att vi har system som kan följa patienter genom hela vårdresan och över organisations- och myndighetsgränser. Dit måste vi nå, säger Acko Ankarberg Johansson. ◀

Fotnot: I början av juni presenterades direktiven till den parlamentariska utredning som ska analysera och belysa för och nackdelar, samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett delvis eller helt statligt huvudmannaskap av vården. Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2025.

"REGION SKÅNE HAR KÖPT GRISEN I SÄCKEN"

Överläkarna Anna och Cecilia har arbetat med projektet Skånes digitala vårdssystem och anpassningen av det amerikanska journal-systemet Millennium till svensk sjukvård. De har larmat om allvarliga patientsäkerhetsrisker och brister i funktionalitet utan att få gehör. Av rädsla för repressalier vill de inte framträda med sina riktiga namn.

TEXT EVA NORDIN FOTO LI FERNSTEDT

ANNA OCH CECILIA MÖTER upp på en mottagning vid Lunds universitetssjukhus för att berätta om sina erfarenheter. De har tidigare inte träffats, men har bäge erfarenheter och djupa kunskaper om upphandlingen och införandet av ett nytt vårdinformationssystem i Region Skåne.

Anna och Cecilia har ställt som villkor för intervjun att inte behöva framträda med sina riktiga namn.

– Vi vill ha kvar våra tjänster. Det råder en tystnadskultur inom SDV-projektet och vi har bäge blivit ansatta av chefer och projektledning, säger Anna, överläkare vid Skånes universitetssjukhus.

EN KORT BAKGRUND; för cirka sju år sedan startade regionen upphandlingen av ett nytt vårdinformationssystem. Det blev till slut det USA-ägda bolaget Cerner (som nu är uppköpt av Oracle) som 2017 vann upphandlingen.

”*Det är en skandal att regionen investerar så många miljarder utan en ordentlig kravställan.*”

– Jag anser att Region Skåne köpt grisen i säcken, ansvariga förstod inte vad de upphandlade och det är oprofessionellt utfört. Jag har lagt åtskilliga veckor på att granska upphandlingen. Det är uppseendeväckande att den saknar viktiga ska-krav, bland annat när det gäller att skapa användarvänliga och säkra läkemedelsordinationer. I stället präglas många av kriterierna av luddiga kan- och bör-krav, vilka ska ses som önskemål snarare än obligatoriska krav. Det är en skandal att regionen investerar så många miljarder utan en ordentlig kravställan på leverantören.

ANNA BLEV TIDIGT UTSEDD av sin chef att ingå i en specifik arbetsgrupp inom projektet Skånes digitala vårdssystem (SDV). Flera hundra medarbetare, varav cirka 50 läkare, har arbetat hel- eller deltid i flera år med projektet, där även det nya huvudjournalssystemet Millennium ingår.



– Det handlar om ofattbart mycket tid där läkare, sjuksköterskor, undersköterskor har lämnat sina kliniker för att delta i ett utvecklingsarbete, tid som tagits från patienterna. Vi var alla förväntansfulla till en början för vi såg verkligen det nödvändiga i att få ett bättre journalsystem än Melior som vi har idag.

ANNA TACKADE JA till uppdraget. Hon ville vara med i utvecklingen av ett mer modernt, användarvänligt och funktionellt journalsystem.

– Med Millennium utlovades guld och gröna skogar. Men trots att det gått flera år av utvecklingsarbete är det ett högst omoget system med amerikanska standards som är svåra att översätta till svenska förhållanden. Det finns stora skillnader mellan svensk och amerikansk sjukvård. Både hos den skånska regionledningen

Region Skåne förstod inte vad de upphandlade och det är oprofessionellt utfört, menar Anna och Cecilia.

och den amerikanska leverantören fanns en stor naivitet om komplexiteten och svårigheterna.

Anna menar att Millennium i första hand är ett debiteringssystem för amerikansk sjukvård.

– För oss innebär det nya arbetssättet ett stort merarbete när vi tvingas dokumentera saker som i dagens sjukvård flyter smidigt genom kliniks-specifika rutiner och PM.

Dessutom tycks både Cerner och Region Skåne ha underskattat juridiken, menar Anna. Sverige skiljer sig åt från många andra länder med en mycket skarpare patientdatalag och integritetsskyddslagstiftning. Det har ställt till det och orsakat kraftiga förseningar.

ANNA MENAR ATT hon var långt ifrån ensam att uppmärksamma och påtala allvarliga brister och risker.

– Många läkare och även sjuksköterskor



lämnade projektet för att de helt enkelt gick in i väggen eller för att de inte längre kunde stå upp för projektet. Millennium tvingar läkaren till mycket onödig dokumentation, dubbeldokumentation samt innehåller patientsäkerhetsrisker vid bland annat läkemedelsordinationer. I detta läge då sjukvården präglas av svår personalbrist kan vi inte införa ett svårarbetat, icke-översiktligt, patientfarligt samt omoget system i skånsk sjukvård.

Anna har nu lämnat projektet och återgått i klinisk tjänst. Hon menar att hon omöjligt kunde vara kvar i projektet.

– Det sätt jag blev motarbetad i mitt säkerhetsarbete under SDV-projektets gång innebär att jag inte kan vara öppen med kritik utan att riskera personliga konsekvenser. När jag under projektet försökte upplysa om allvarliga säkerhetsrisker med Millennium förekom personliga påhopp och jag blev ofta förminskad av överordnade. Ibland svarade ledningen även med desinformation om att risker och brister inte alls förelåg, förmodligen för att skapa lugn uppåt i SDV- och regionledningen. Ibland bortsåg den från kritiken helt utan förklaring.

ANNAS KOLLEGA CECILIA är även hon överläkare och har varit med från början och arbetar fortfarande kvar i projektet.

– Vi är många läkare som slagit knut på oss själva för att försöka förklara för amerikanska konsulter om våra behov och hur svensk sjukvård fungerar.

Cerner Oracle är ett globalt företag och Millennium finns i 28 länder.

Det har varit svårt och ibland nästan omöjligt, menar Cecilia, att få gehör för nödvändiga ändringar eller justeringar i funktionalitet som arbetsgruppen påtalat.

– Svaret blev ofta att det inte går på grund av att systemet är hårdkodat i USA. För att överhuvudtaget kunna göra ändringar krävdes i regel

! Millennium är i första hand ett debiterings-system för amerikansk sjukvård, menar Anna.

att vi gjorde en anmälan på engelska och påtalade patientsäkerhetsrisker. Då kunde anmälan tas upp i projektledningen och sedan skickas vidare till ledningen för Cerner i USA. Om det inte fanns ett globalt intresse var det svårt att få igenom våra krav och önskemål. Det kostade Cerner alldeles för mycket att skapa speciallösningar för Sverige, säger Cecilia.

DET SOM INTE BEDÖMTS vara i strid med svensk lag eller överhängande patientsäkerhetsrisker, kommer man att tvingas leva med framgent, trots att det vare sig är användarvänligt eller funktionellt, menar Cecilia

– När de amerikanska konsulterna kom över till oss blev de alldeles paffa. De reagerade bland annat över att det inte fanns kliniska farmaceuter på vår klinik. Vår tradition är att läkare ordinerar läkemedel och sedan tar sjuksköterskor vid. Men i Millenium har sjuksköterskan ingen självständig roll och passar inte riktigt in

i systemet, det är kliniska farmaceuter som ska vara länken mellan läkare och patient. Våra sjuksköterskors kompetens nedvärderas och läkare får en ökad arbetsbörda eftersom läkemedelsordinationerna ska regleras på detaljnivå.

CECILIA ÄR EN AV MÅNGA som reagerat på att Millennium inte kan läsa in aktuell läkemedelsdatabas, vilket innebär att alla justeringar som rör mediciner som tillkommer, bortfaller eller uppdateras måste skötas manuellt. Att ordinera läkemedel ”från början” är både tidskrävande och det är svårt att få det rätt, menar Cecilia.

– Region Skåne har därför behövt skapa tusentals läkemedelsmallar, vilket i sig gör det svårt att hitta rätt bland alla alternativ. Risken att välja fel blir därför stor. Systemet räknar också fel varje gång en läkare ska ordinera läkemedel som ska spädas och ges som infusioner. Vi läkare tvingas ändå signera den felaktiga ordinationen då felen inte går att rätta till i läkarvyn.

Anna berättar att det förekom personliga påhopp och att hon ofta blev förminskad av sina överordnade när hon försökte upplysa om allvarliga säkerhetsrisker med Millenium.

Därefter tar ett annat system över och korrigerar i den vy sköterskan ser. Det är pinsamt för Region Skåne och inte förenligt med vår läkarlegitimation att vi ska tvingas signera en felaktig ordination. Vem bär ansvaret om det blir fel?

DET ÄR OCKSÅ SVÅRT att få rätt information för att kunna ta ett välgrundat beslut om korrekt behandling. Läkemedlen presenteras som en lista över beställda läkemedel ”här och nu”.

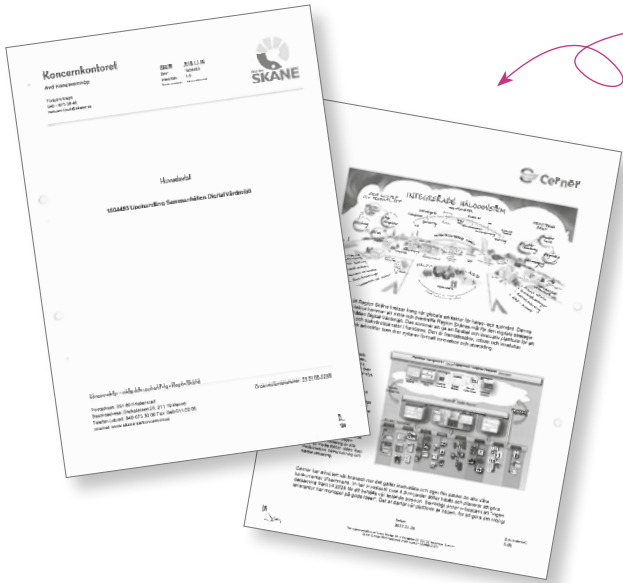
– Du måste klicka dig fram i systemet och gå in på olika ställen för att se vad som är ordinerat och vad som faktiskt är givet. I dag har vi det samlat på ett och samma ställe där vi också kan se läkemedelslistan över tid. I Millennium måste du öppna ett nytt fönster för att kunna se bakåt i tiden och då bara två dygn åt gången. Behöver du sortera i kategorier som ATC-koder måste du också öppna ett nytt fönster. Då kan man se läkemedlen sorterade efter amerikansk praxis, men bara en kategori i taget. Dessa problem har varit kända i åtminstone fem år, men väsentliga delar har ännu inte lyckats lösas.

De amerikanska konsulterna reagerade även över den viktiga roll som medicinska sekreterare har i svensk sjukvård, menar Cecilia.

– De finns inte på samma sätt i det amerikanska systemet. För oss är de oumbärliga och en guldresurs som vi har slagits för. Deras arbete ska nu till stor del ersättas med andra professioners självservice. Det är ineffektivt och ett undernyttjande av både läkares och sekreterares kompetens.

NÄR MILLENNIUM INFÖRS kommer även journalföring och annan dokumentation att göras på annat sätt än idag. Dokumentationen ska göras i realtid av läkare i nära anslutning till ett vårdmöte. Det gäller även kommande insatser som beställningar, remisser och beslut om fortsatta behandlingar.

– Det kommer att påverka både mottagnings-



”Sjuksköterskors
kompetens
nedvärderas och läkare
får en ökad arbetsbörda.

och slutenvårdsarbetet. Det finns en myriad av exempel där vi idag har inarbetade rutiner och PM som fungerar utmärkt, men som vi nu måste dokumentera ned i minsta detalj. Vi ser Millennium som en enda stor orderkatalog för beställningar via standardiserade mallar. Dokumentation i löpande text kommer till stor del att ersättas av ifyllande av formulär. För oss läkare innebär det helt klart en ökad administrativ börda och mindre tid för patienter.

ÄVEN CECILIA, som lagt ned år av arbete med att försöka anpassa Millennium till läkares behov, har känt sig både ensam och ifrågasatt när hon framfört kritik i syfte att skapa förbättringar.

- Många av de förslag till förbättringar av de brister som vi har påpekat har dessutom varit ett spel för gallerierna. Vi är fast i ett omoget system och vi är många som är djupt oroliga över hur det kommer att gå. Eftersom jag vill stanna kvar i projektet och försöka fortsätta påverka så gott det går, kan jag inte gå ut med mitt namn. Det är för riskabelt. ◀

UR UPPHANDLINGEN

Exempel på behovskrav som Region Skåne ställde på leverantören.

- “Region Skåne har behov av ett enhetligt it-stöd som täcker följande områden, kopplat till läkemedel: beställning, orderhantering, utdelning/administration, dokumentation”.

Annas kommentar: Varför ställer inte Region Skåne ska-krav? Det står ingenting om vilka funktioner och med vilken kvalitet det ska gå att ordinaera läkemedel i systemet. Det har också visat sig att det upphandlade systemet har stora brister när det gäller just läkemedelsordinationer.

- “Region Skåne har behov av att flera integrationer kopplat till läkemedel och SDV kan integrera med Nationellt registerbibliotek, Svevac, Infektionsverktyget, Ineras SIL-tjänster och e-Hälsomyndighetens läkemedelstjänster samt export till kvalitetsregister”.

Annas kommentar: Varför använder man inte ska-krav för så viktiga funktioner? Millennium har stora svårigheter när det gäller interoperabilitet.

- “Region Skåne har ett behov av att kommande leverantör är lyhörd för att tillmötesgå Region Skånes framtida förändringar och behov”.

Annas kommentar: Det är Region Skånes verksamheter som har tvingats vara lyhörda för vad systemet klarar och därefter tillmötesgå Cerner genom att anpassa verksamheternas arbetssätt efter systemets begränsningar. Detta behovskrav borde ha varit ett ska-krav. Ingenting kan vara viktigare när man anpassar framtidens journalsystem.

- “Hög grad av användarmedverkan vid utveckling, utvärdering och vidareutveckling”.

Annas kommentar: Användarmedverkan borde tolkas som att de verksamhetsexperter som skulle ingå i designfasen också skulle få ett adekvat inflytande över innehållet och funktionerna. Så blev det inte.

- “En transparent utvecklingsmodell med möjlighet till kundinflytande som ger löpande tillgång till nya och förbättrade standardverktyg baserade på rön och framsteg inom vård och hälsa”.

Annas kommentar: Det har inte varit en transparent process av utvecklingsarbetet i Region Skåne, långt ifrån. Även kundinflytandet har varit bristfälligt.

Källa: Region Skåne KPD sammanhållen digital vårdmiljö krav och behov.



JOHAN LINDERÖTH
Onkolog vid Skånes
universitetssjukhus i Lund.

” Jag var med under upphandlingsperioden för att titta på olika journalsystem. Efter ett par månader var det en stor hearing där tre utvalda företag presenterade sina lösningsförslag. Epic fick klart flest poäng, men något hände i slutprocessen och Millennium vann med ”det allra bästa och mest moderna” journalsystemet, något som de flesta medarbetarna i upphandlingen nog inte kunde skriva under på.

Johan menar att det uppstod en omfattande kulturkrock mellan de amerikanska Cernerkonsulterna och de projektanställda läkarna i SDV

- Vi hade en lång period där vi presenterade hur vår sjukvård fungerar. Konsulterna från Cerner verkade dock inte ta till sig vilka behov vi egentligen hade. Projektledningen ville gärna lyfta fram att projektet var medarbetardrivet, men det har jag svårt att hålla med om.

En stor fördel menar Johan, som lämnade projektet 2019, är att vårdcentralerna ingår i journalsystemet.

- Däremot har jag hört att kommunerna står utanför Millennium och då missar man en hel del i samordningsvinster gentemot hemsjukvården. Vi måste nog vara beredda på att det kommer att ta massor av tid innan vi får detta att fungera. Och produktiviteten kommer knappast att öka.



KARIN FILIPSSON
Överläkare i endokrinologi,
facklig företrädare
för Sjukhusläkarna.

” Ett minimumkrav i upphandlingen borde vara funktionalitet utifrån vårdens och patienternas behov. Det har funnits många röda flaggor längs vägen. I stället för att se den fackliga samverkansgruppen som en resurs har våra frågor och inspel i regel mötts med tystnad.

- Vi har velat ha en mycket större insyn. Sent i våras, efter fler års påstötningar, fick vi till slut ta del av en enkel fragmentarisk demoversion som inte alls speglar den komplexitet som finns i vården. Karin menar att glappet mellan chefer och medarbetare inom SDV-projektet är stort.

- Vi har försökt lyfta allvarliga brister till ledningen, utan större gehör. Vår uppfattning är att SDV-projektet präglats av ja-sägare och en tystnadskultur.

När det gäller att utkräva ansvar är det svårt, menar Karin. Många som var med från början har slutat, gått i pension eller lämnat regionen.

- Politikerna litar blint på tjänstemännen, trots att så mycket gått fel och projektet drabbats av flera års förseningar. Nu ska ett fyrkantigt system som bygger på standardiseringar implementeras trots att mycket inte är löst.



SOFUS RABOW
Specialist i anestesi och
intensivvård vid Skånes
universitetssjukhus i Lund.

” Min chef undrade om jag ville vara med och utveckla ett nytt digitalt journalsystem för förlossningsvården. Men sedan förstod jag att det handlade om upphandling av ett nytt digitalt vårdsystem. Jag var tidigt med i processen.

När de första stegen mot implementeringen av Millennium skulle påbörjas ingick Sofus i en arbetsgrupp på cirka 20 personer.

- Jag upplevde tidigt att Millennium var ett omodernt amerikanskt system som skiljde sig åt från hur vi arbetar inom den svenska vården. Vi hade många tekniska behov som Cerner inte klarade av att möta. Det uppstod tidigt många besvikelser, inte minst när det gäller medicintekniska lösningar som har med läkemedel och sprutpumpar att göra. Det fanns inget system i Millennium som var kompatibelt med vårt sätt att arbeta. I synnerhet som vi redan hade ett digitalt vårdsystem på IVA i Lund som hade en betydligt bättre funktionalitet.

- Det har varit en lång och resurskrävande resa. Man kan fråga sig varför regionens skattebetalare ska finansiera ett amerikanskt företags utvecklingsarbete.

LÄS MER!
Du hittar fler och
längre svar på
sjukhuslakaren.se

"VARFÖR LYSSNAR MAN INTE PÅ FORSKARES REKOMMENDATIONER?"

I drygt 30 år har **Malin Nordström** forskat om ledning och styrning av digital transformation. Det finns en naivitet kring stora digitaliseringsbeslut, menar hon.

– Det handlar om mastodonbeslut och miljardinvesteringar som länge tagits på en för låg beslutsnivå och utifrån bristfälliga beslutsunderlag.

TEXT **EVA NORDIN**

ALLTFÖR MYCKET INOM it införs i vården utan att ha prövats ordentligt av användarna och utan att först vara säker på att de fungerar ihop med befintliga it-system, är funktionella och användarvänliga. Det handlar sällan om brister i tekniken, sällan om brister hos användarna, utan nästan alltid om brister i kunskap vid upphandling och implementering i organisationer, menar Malin Nordström, disputerad digitaliseringsexpert och informationssystemforskare vid Handelshögskolan på Örebro universitet.

– Kunskapsnivån om den verksamhet som bedrivs är i regel för låg hos it-professionerna, samtidigt som kunskapsnivån om it ofta är för låg hos utvalda medarbetare i vården som ska delta i digitalt utvecklingsarbete.

MALIN NORDSTRÖM KOMBINERAR rollen som forskare med rollen som rådgivare i digitaliseringsfrågor och anlitas av olika aktörer: akademien, offentlig sektor och privat näringsliv. Hon leder även tankesmedjan Praktikforskarna, en tvärvetenskaplig och multiprofessionell tankesmedja som utgår från Handelshögskolan i Örebro.

– Vi har en djup och lång erfarenhet av digitalisering, men också av ledning och styrning av



MALIN NORDSTRÖM
forskare vid
Handels-
högskolan
i Örebro

offentliga organisationer. Vårt syfte är att skapa och sprida kunskap om digitalisering, men också att minska gapet mellan forskare och praktiker, ett gap som vi tycker har blivit på tok för stort.

Forskarens roll är att generera ny kunskap. Praktikerna är att använda den nya kunskapen för att utveckla organisationer. Om forskningen sker i samskapande processer så ökar sannolikheten för att kunskapen blir användbar och kommer i praktiskt bruk, menar Malin Nordström.

– **SÅ SER DET SÄLLAN** ut idag. Forskare arbetar för sig och strävar efter publiceringar och citeringar, medan praktiker löser problem som är baserad på befintlig kunskap, erfarenhet och omdöme. Praktikforskning har stora likheter med det man kallar klinisk forskning inom vården.

Det finns en naiv optimism och en övertro på att ny teknik ska lösa vårdens problem, menar Malin.

– Teknik måste ses som möjliggörare. Det är vårdens medarbetare ihop med experter och forskare som kan fånga, nysta upp och lösa komplexa problem när det gäller digitaliseringen av hälso- och sjukvården.

Systemen behöver stödja professionen så att

HINDER FÖR EFFEKTIV DIGITALISERING

I en granskningsrapport från Riksrevisionen till riksdagen har myndigheten granskat förekomsten av föråldrade it-system vid ett 60-tal svenska myndigheter, däribland Socialstyrelsen, Karolinska institutet, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket samt ett flertal lärosäten.

Fokus för granskningen har varit om myndigheterna och regeringen gör tillräckligt för att hantera de problem som föråldrade it-system innebär.

Den övergripande slutsatsen är att flertalet myndigheter inte gör det. Riksrevisionen menar att problemet är så allvarligt och utbrett att det innebär ett hinder för en

fortsatt effektiv digitalisering.

Föråldrade verksamhetskritiska it-system innebär en stor risk för effektivitetsproblem och man tvingas använda proportionerligt sett mer resurser bara för att vidmakthålla systemet.

Riksrevisionens slutsats är att en stor del av de undersökta myndigheterna inte arbetar på rätt sätt med utveckling och förvaltning av it-stödet. En stor andel av de granska-

de myndigheterna saknar en övergripande beskrivning av hur strategier, verksamhetsprocesser och system hänger ihop. Det innebär i sin tur man får svårigheter att analysera och förstå hur förändringar påverkar verksamhetens mål; det blir därmed också svårare att definiera ett framtida önskvärt läge.

Källa: Föråldrade IT-system-hinder för en effektiv digitalisering, Riksrevisionen, 2019.



den får möjlighet att fokusera på sina kärnuppgifter. På många håll i vården har man inte arbetat för en sund it-utveckling. Vi måste människoanpassa systemen. Inte systemanpassa människorna, anser Malin Nordström.

– Vi har system som snarare är störande än stödjande. Det digitala landskapet är brokigt och en stor del av digitaliseringsuppdragen har handlat om förvaltning. Man har adderat funktioner och innehåll, systemen har vuxit utan att man rensat i de gamla. Det vimlar av it-system i vården. När vi för några år sedan gjorde en genomgång av hur många it-system som totalt finns i alla Sveriges regioner kom vi fram till 12 500. De har inte blivit färre och det finns ett stort behov av att städa upp bland it-systemen, innan man implementerar nya. Regionerna bör starta ett arbete med förbättrad styrning och konsolidering av dagens brokiga digitala landskap.

DIGITALISERINGSBESLUT fattas dessutom ofta i parallella beslutsstrukturer, där den ordinarie beslutsstrukturen är satt ur spel. Men digitaliseringsbeslut bör alltid vara integrerat i den ordinarie beslutsstrukturen där kärnverksamheten ska vara i fokus.

– Det krävs en styrstruktur utifrån ett

tvärfunktionellt perspektiv där digitaliseringsuppdrag samlas i en digitaliseringsportfölj och beslutsfattandet är nivåindelad. Ju mer omfattande beslut, desto högre upp i organisationen bör beslutet fattas.

FÖR DRYGT 10 ÅR sedan var Malin Nordström ledare för Innovationslabbet för e-Hälsa på Karolinska universitetssjukhuset i samarbete med Karolinska Institutet. Satsningen var en Vinnova finansierad testbädd för vårdinformatik som startade hösten 2013 och avslutades hösten 2016.

– Vi testade olika digitala lösningar för att öka kvaliteten och effektiviteten i vården. Vi använde bland annat regelverket för innovationsupphandling, vilket skiljer sig åt från traditionella upphandlingar. Vi förde in kravställan som låg utanför det traditionella. Och eftersom komplexiteten var hög rekryterades olika typer av expertkompetens. Vi ville även säkra att man inte endast får ut data för att bedriva vård, utan även för forskning och innovation. Innovation och digitalisering är i dag ett lika sammansvetsat begrepp som kunskap och innovation.

Vid den här tiden förberedde Region Stockholm tillsammans med Region Skåne och Västra Götalandsregionen (VGR) en gemensam

”*Det finns en seglivad myt i vården om att digitaliseringsbehoven kan hanteras av ett journalsystem.*



Malin Nordström leder även tankesmedkan Praktikforskarna.

FOTO KENT NORDLÖF

upphandling av ett vårdinformationssystem. Samarbetet sprack dock 2015. Stockholm valde att hoppa av medan Skåne och VGR fortsatte samarbetet och upphandlingen av Millenium. – Vi såg flera allvarliga brister som krockade med många av de logiker som är fundamentala för ett fungerande och ändamålsenligt it-system, och för att kunna jobba med innovation. Jag vet att vårt arbete i Innovationslabbet i kombination med en Swelife-rapport, där jag i forskarrollen ledde en delstudie om it-styrning i landets samtliga regioner, bidrog till att Region Stockholm senare beslutade att inte gå samma väg som Region Skåne och Västragötalandsregionen.

MILLENNIUM (och exempelvis Epic) är en så kallad monolit, ett journalsystem med rötter i 1990-talet som har sin motsvarighet i industrins affärssystem. Nackdelen med monoliter är att de bygger på en lösning som ska tillgodose vårdens alla behov. – Det finns en seglivad myt i vården om att digitaliseringsbehoven kan hanteras av ett journalsystem. Det är lika orimligt som att vården bara skulle ha en enda specialitet. Det är snarare tvärtom, ett journalsystem skapar en enorm tröghet. Så på ett sätt är konsulter och stora journalsystem gårdagens lösning på morgondagens problem. Det finns modernare lösningar som matchar behoven. Men då måste chefer våga kliva in i matchen och ta taktpinnen. I en tidig utvecklingsfas tenderar monoliter att vara enklare att skapa då det finns en enda delad kodbas; i takt med att programmet växer och blir mer komplext med nya funktioner kan

flera problem uppstå som bland annat handlar om inläsningseffekter. Dessutom, väljer man en leverantör får den en monopolställning, vilket innebär hinder för innovation, menar Malin Nordström. – Det här var vår största utmaning i innovationslabbet, att få tillgång till data ur det befintliga journalsystemet för att skapa kliniska beslutsstöd.

REGION STOCKHOLM har valt att gå en annan väg än Region Skåne och VGR och upphandlingen av ett nytt huvudjournalsystem pågår. Planerna på att upphandla ett enda stort vårdinformationssystem har dock skrotats. I stället satsar nu regionen på att modernisera och byta några av regionens befintliga it-system. Enligt Gertrud Ocklin, programledare för Generationsskifte Vårdens IT i Region Stockholm, är fokus nu att de nya systemen har vedertagna standardiserade gränssnitt och hög andel strukturerade data så att information kan delas mellan systemen i större utsträckning. Det ger förutsättningar, menar hon, för att ansluta nya applikationer och moduler framöver. Eftersom upphandlingen pågår är det ännu oklart vilken leverantör som Region Stockholm kommer att välja.

– Det Stockholm nu gör låter som ljuv musik i mina öron, och stämmer väl med de principer vi från Innovationslabbet för e-Hälsa försökte driva inom ramen för 3R-projektet. Digitaliseringsbeslut kräver balansering mellan olika perspektiv, och det låter som Region Stockholm strävar efter att skapa förutsättningar för det. Det gör mig uppriktigt glad. ◀



Kunskapen finns, men används inte vid upphandlingar

Fotnot. Swelife, 3H3R- projektet, om hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning. Slutrapport: Från öar av data till kunskap för samhällsnytta – ett vägskäl för hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning (Ingvar & Georgii Hemming, 2016; Nordström et al., 2016)

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 immunosuppressiva 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 immunosuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunosuppressiva 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 transplantationspecialist (se avsnitt 4.2 och 4.8). **Fertilitet, graviditet och amning:** Data på människa visar att takrolimus passerar över placenta. 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 immunosuppressiva läkemedel. Fall med spontana aborter har dock rapporterats. Data på människa visar att takrolimus utsöndras i bröstmjolk. 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

Hur ser du på den massiva kritiken?

Om drygt 1,5 år ska Region Skånes digitala vårdssystem med Millennium börja implementeras i sydöstra regionen. Kritiker menar att det är ett högst omoget och föråldrat system som hittills kostat regionen flera miljarder. Men programchefen **Harald Roos** känner sig trots allt trygg och lugn inför lanseringen.

TEXT EVA NORDIN

HARALD ROOS ÄR SEDAN snart tre år styrgruppsordförande och medicinskt ansvarig för Skånes digitala vårdssystem, SDV.

I grunden är han specialist i ortopedi och har varit förvaltningschef för Skånes sjukhus Nordväst samt sjukhuschef på Helsingborgs lasarett. Han håller inte med om kritiken och delar inte den bild som kritiker och den fackliga referensgruppen framför.

– Jag tycker att det har varit bra med en facklig referensgrupp och beklagar att den inte är nöjd med hur processen har varit. Gruppen tillkom 2019, men då hade vi inte kommit särskilt långt i vårt arbete. Under processens gång har vi fortlöpande haft informationsmöten. Vi har även haft en arbets- och beslutsprocess som involverat flera hundra av vårdens medarbetare.

– Dessutom, den slutliga designen

fastslogs så sent som i november 2022, då kunde vi inte komma längre i utvecklingsarbetet och vi behövde sätta en stoppgräns. Slutprodukten har den fackliga referensgruppen fått ta del av och vi har nu en utvecklingsplan för det fortsatta arbetet. Det system vi implementerar i sydöstra regionen, bland annat i Ystad kommun, kommer att skilja sig åt från det vi i ett senare skede implementerar i exempelvis Malmö och Lund, beroende på verksamhet och det vi lär oss under processens gång.

MED FLERA ÅRS förseningar ska Skånes digitala vårdssystem (SDV), med journalsystemet Millennium, implementeras i den sydöstra regionen under våren 2025.

Ett år senare, våren 2026, beräknas systemet tas i bruk på Skånes universitetssjukhus.

– De anpassningar som varit nödvändiga att göra har tagit längre tid än förväntat beroende på både tekniska och juridiska skäl. Men nu har vi en fastlagd plan och vi kommer att hålla tidsplanen framåt.

I Region Skåne är kommunernas 33 vårdhuvudmän inte med på resan. De har ställt sig utanför upphandlingen av Millennium och gör egna självständiga upphandlingar. Hur rimmar det med målet att digitalt kunna följa och ta del av patientens hela vårdresa?

– Det hade förstås varit väldigt bra om vi hade kunnat göra en gemensam upphandling med kommunerna. Men de har självbestämmanderätt och vi lyckades inte med konststycket att få med dem i vår upphandling. Men det viktigaste är inte att vi har samma system utan att systemen kan kommunicera med varandra. Det måste vi arbeta med.



Harald Roos är medicinsk programchef för Skånes Digitala Vårdssystem.

någon roll vilket vårdinformations- eller journalsystem som regionerna använder, alla ska kunna ansluta sig till den nationella digitala infrastrukturen. Millennium är väl anpassat för denna infrastruktur.

Hur ser SDV-ledningen på att läkare som varit involverade i projektet inte vågar framträda i tidningen med namn och bild?

– Det var mycket tråkigt att höra, det är ju verkligen helt tvärt emot vår intention. Detta projekt där huvudprincipen är ett stort engagemang från de kommande användarna, vårdens medarbetare, bygger på att vi önskar att fånga upp signaler på sådant som behöver anpassas och utvecklas i det nya vårdinformations-systemet. Vi har ju de facto också på detta sätt identifierat mycket som idag är åtgärdat eller som ligger i pipeline för att bli så.

Många har hoppat av projektet under arbetets gång på grund att de inte kunnat påverka och vara en del i utvecklingsarbetet. Finns det inget fog för den kritik som förts fram?

– Alla projektmedarbetare har möjlighet att vända sig till både chefer i SDV-programmet och till sin linjechef om man upplever att det finns problem. Men allt kan naturligtvis bli bättre, därför tar vi detta till oss och på största allvar. Det är självklart inte bra att medarbetare är missnöjda. Men det pågår ett kontinuerligt systematiskt arbete med riskhantering i projektet, även relaterat till patientsäkerhet. Jag känner mig därför trygg även i den frågan inför lanseringen. ◀

”*Det är självklart inte bra att medarbetare är missnöjda.*”

Region Skåne har valt att vara kvar i det befintliga it-systemet Orbit, ett verktyg för att stödja och underlätta informationsflöden, planering och uppföljning av operationsverksamheten hos olika aktörer. Kritiker menar att det kommer att öka arbetsbelastningen och den administrativa bördan. Ser du en sådan risk?

– I en tidig version av Millennium tyckte vi inte att leverantören uppfyllde de krav vi ställde och valde då att stanna kvar i Orbit. Men vi har nu fått till bra integrationslösningar och på sikt, när vi får tillgång till den

nya generationen, kommer det att fungera bättre och mer sammanhållet än idag.

Hur väl kommer Millennium, som är ett amerikanskt system utvecklat på 90-talet och som kritiker menar är föråldrat redan idag, att kunna docka in i den nationella digitala infrastruktur som regeringen vill att E-hälsomyndigheten utvecklar?

– Det finns en bred enighet om att Sverige behöver en nationell digital infrastruktur, en ambition som också landets regioners it-direktörer ställer sig bakom. Det kommer inte att spela

Staten tar ett starkare grepp om it-systemen

E-hälsomyndigheten har nyligen fått regeringens uppdrag att ta fram en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården, med ett större inslag av statligt ansvar. Parallellt driver EU på den digitala utvecklingen för att hälsodata ska kunna delas över nationsgränser.

TEXT EVA NORDIN

REGERINGEN HAR TYDLIGT höjt ambitionsnivån, menar Max Herulf, chefläkare och tillförordnad stabschef för E-hälsomyndigheten.

– Det händer mycket just nu. Vi har flera nya regeringsuppdrag och ett nytt förordningsförslag från EU att hantera som driver på utvecklingen mot ökad standardisering och interoperabilitet, det vill säga förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kommunicera med varandra.

I slutet av juni gav regeringen gav E-hälsomyndigheten nya uppdrag för att reformera och skapa en mer enhetlig digital infrastruktur för hälso- och sjukvården, samt tandvården.

– VI SKA TA FRAM en färdplan där staten har ett ökat ansvar. Det handlar bland annat om att ange vad som krävs för att bygga upp en gemensam digital infrastruktur, det vill säga vilka stödjande och styrande strukturer som behövs och i vilken ordning detta ska genomföras. Egentligen handlar det om flera gemensamma digitala infrastrukturer, dels en nationell infrastruktur som kan uppfylla kraven mot EU, dels mot våra nationella behov. Vi kommer också att behöva regionala och lokala infrastrukturer som hänger ihop med varandra och som skapar förutsättningar för samverkan.

Max Herulf är själv läkare och har arbetat som



MAX HERULF
chefläkare
och tf
stabschef
för E-hälsomyndigheten.

specialist i allmänmedicin. Han har en även en bakgrund som forskare och har disputerat i farmakologi. Under en period var han också vd för en startup inom digital hälsa. Sedan snart fyra år är han anställd på E-hälsomyndigheten.

– Drivkraften är förstås möjligheten att förhoppningsvis bidra till att sjukvården fungerar bättre och att vi får system som är användarvänliga och underlättar patientarbete. De brister vi ser orsakar stora arbetsmiljöproblem i vården.

Vad är det nya i det arbete som nu görs och vilket utökat ansvar ska staten ta?

– Det finns en stark enighet om att vi behöver en ökad nationell styrning mot enhetlighet när det exempelvis gäller informatikfrågorna, det vill säga att staten tydligt talar om hur vi ska dokumentera och lagra data så att det blir enhetligt i alla system, att vi använder samma struktur, begrepp och termer. E-hälsomyndigheten har en viktig roll att spela när det gäller frågor om interoperabilitet, inte minst de semantiska.

INTEROPERABILITET ÄR ETT brett begrepp som omfattar flera lager: den tekniska, juridiska, semantiska och den organisatoriska.

– Det är många delar som måste samverka för att helheten ska fungera. Jag brukar jämföra med vägnätet. Staten har ansvar för motorvägarna och

att bygga ihop vägnätet med andra länder. Sedan har vi kommunerna som ansvarar för de mindre vägarna och vet vilka behoven är på lokal nivå. Vi har också enskilda samfälligheter med ansvar för grusvägar och uppfarter. Oavsett vem som äger vägen behövs statlig styrning så att alla kör på höger sida och har samma bild av vad vägskytarna betyder.

E-HÄLSOMYNDIGHETEN kommer inte att föreslå ett journalsystem för hela Sverige, det är inte ett modernt sätt att möta framtiden, menar Max Herulf.

– Det är väldigt svårt för ett enda system att svara upp mot de vitt skilda behov som finns på exempelvis en ungdomsmottagning i Västerbotten jämfört med en intensivvårdsmottagning i Skåne. Den nationella digitala strukturen vi ska bygga tillåter att sjukvården även fortsättningsvis har många olika informationskällor med olika applikationer, verktyg eller användargränssnitt, beroende på behov och verksamhet. Det spelar egentligen ingen roll vilka applikationer eller användargränssnitt man har så länge de uppfyller de krav och specifikationer som finns.

I dag saknas det, dels på nationell nivå, dels på EU-nivå, reglering eller krav på standarder och interoperabilitet. Men flera viktiga initiativ tas nu i EU som även påskyndar utvecklingen i Sverige, menar Max Herulf.

”Det är väldigt svårt för ett enda system att svara upp mot de vitt skilda behov som finns.”

HUR LÄNGE DET DRÖJER innan hälsodata kan delas på ett enkelt, smidigt och säkert sätt är svårt att säga, menar Max Herulf.

– Det kommer nog aldrig att bli en alldeles tydlig tidpunkt när ”allt är klart”. Tekniken utvecklas hela tiden och den digitala infrastrukturen kommer att behöva utvecklas kontinuerligt. Men jag tror att vi med rätt satsningar kan nå en situation där åtminstone de viktigaste och vanligaste informationsmängderna kan delas på ett enkelt sätt inom fem till tio år. ◀

Vill se hårdare tag från staten

När Jakob Forssmed (KD) klev in i rollen som socialminister blev han förbluffad över hur illa svenska journalsystem kommunicerar, både inom och mellan regioner.

– Det är ingen tvekan om att staten måste ta ett starkare grepp om de här frågorna.

► **Regeringen vill ha en ökad statlig styrning på området, men vad är det konkret staten vill ta ett ökat grepp om?**

– Staten ser ett behov av enhetliga standarder och att vi får en gemensam intygshantering i hela landet, exempelvis av intyg för sjukpenning. E-hälsomyndigheten ska också utreda förutsättningarna för en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister. Och vi ser fram emot den utredning om hälsodataregister som ska presenteras i juni 2024 och som ska ge förslag på hur uppgifter från områden där nationell insamling saknas, exempelvis från primärvården samt uppgifter om användningen av läkemedel, ska regleras och hanteras.

Vi har redan idag NPÖ, Nationell patientöversikt. Regionernas anslutningsgrad är dock förhållandevis låg. Hur ska staten säkra att anslutningen till en nationell digital infrastruktur inte blir ett fritt valt arbete?

– E-hälsomyndigheten får ett mycket starkare mandat än tidigare för att ta fram förslag på vad som kommer att krävas. Tidigare har man förlitat sig på att mjuk styrning och frivillig samverkan skulle vara en framkomlig väg. Men det är uppenbart att det krävs ett tydligare nationellt åtagande, vilket också efterfrågas. Jag visste att det var mycket som behövde göras men blev ändå förbluffad över saker, som att regioner och kommuner har journalföring som inte alltid liras ihop. ◀



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



Björn Ekman har skrivit rapporten tillsammans med forskarkollegan Lina-Maria Ellegård.

“Digitaliseringen leder sällan till några besparingar”

Vad är det ni har tittat på i den här rapporten?

– Syftet med den var att få en hälsoekonomisk genomgång av effekterna och möjligheterna av digitaliseringen av vården och omsorgen – och svar på frågan om den är kostnadseffektiv. Det här kan man givetvis undersöka på många olika sätt men ett sätt att göra det mer relevant är att, som vi, titta på vilka utmaningar svensk sjukvård och omsorg står inför och sedan undersöka om digital teknologi eller digitalisering kan minska eller lösa de här utmaningarna. De utmaningar som vi identifierade var främst den långsiktiga finansieringen av vården, kompetensförsörjningen samt möjligheten till jämlik vård.

Vilka risker inom det här området kunde ni identifiera?

– Det finns en hel del risker när det kommer till digitalisering av vård och omsorg. I och med att man hanterar oerhört stora mängder känslig data finns det till exempel alltid en risk att den hamnar på villovägar. Det har vi sett flera exempel på genom åren. Det finns också en risk att det blir väldigt komplext och svårt att hantera, både för de som jobbar i vården och för patienterna. En annan risk är att många av systemen innebär jättestora, dyra investeringar. Problem kan uppstå längs vägen som gör att de blir dyrare än man har tänkt sig och att man inte får det man har tänkt sig. Där har vi ett väldigt aktuellt exempel i Skåne och Västra Götaland med it-systemet Millenium.

Men digitaliseringen beskrivs ju ofta som lösningen på många av vårdens problem?

– Ja, diskussionen går ofta ut på att digitaliseringen är lösningen eller åtminstone en stor del av lösningen. Det stämmer att digitaliseringen kan ge nya möjligheter att bedriva vård och omsorg där det tydligaste exemplet är aktörer som har börjat bedriva olika former av primärvård digitalt. Det finns även framgångsrika exempel där stordataanalys eller AI kan vara goda hjälpmedel för att stödja olika medicinska beslut som ska fattas. Men det är viktigt att ha med sig att den ökande digitaliseringen också innebär en otrolig utmaning.

– Informationen om digitaliseringen som lösningen på vårdens problem kan till exempel komma från olika håll. Dels från leverantörer och företag som vill sälja sina produkter – dels från regionpolitiker och andra som egentligen inte har kompetensen att bedöma

lämpligheten i systemen eller har möjlighet att förstå hur de kommer att användas. Problemet är ju att ingen har både helhetsbilden och kunnandet. Pratar vi om AI, Artificiell intelligens, så förstår ju knappt någon vad det egentligen handlar om. Sedan har vi hela den kliniska aspekten där kunskapen ligger hos professionerna ute i verksamheten och sedan finns det de ekonomiska implementeringsaspekterna som också är svåra att greppa.

Det låter ju väldigt komplext – hur ska en sådan fråga kunna lösas?

– Det vi rekommenderar i rapporten är att införas en mer strukturerad, enhetlig aktör med möjlighet att skaffa sig en bättre överblick i digitaliseringsfrågor. Någon som kan godkänna alla de här digitala systemen och modellerna och göra en mer kvalificerad bedömning av dem. Vi har ju faktiskt system idag för att bedöma medicinsk teknologi och det är inte orimligt att ett liknande system även skulle införas för de digitala systemen. Det vi trycker väldigt mycket på i rapporten är att för att vården och omsorgen ska kunna ta tillvara möjligheterna som uppstår krävs helt nya sätt att arbeta och även tydligare regleringar på det här området.

Vilken var den mest förvånande slutsatsen ni kunde dra i rapporten?

– För oss var det nog ingen överraskning men det kan det nog vara för många: digitaliseringen av vården leder sällan till några besparingar. Tidigare har man oftast funnit att införandet av digitala verktyg kan vara potentiellt kostnadseffektiva och det kan hända att denna nya slutsats gör någon besviken. Det man ska ha med sig är att de här modellerna ändå i många fall kan leda till så stora hälsovinster att det då givetvis ändå kan vara motiverade, trots att det är dyrare. Om vi återigen tar it-systemet Millenium som exempel så pratar vi ju miljardbelopp – det är nog inte många som fortfarande lever i tron att detta införande ska leda till någon form av besparing. I stället får vi tänka att det här gör vi för att det förhoppningsvis leder till en bättre vård i slutändan. Regionerna måste investera i moderna journalsystem. Det kommer att bli dyrare men förhoppningsvis blir de bättre än de förlegade system som finns idag. Att något är kostnadseffektivt måste inte automatiskt innebära att vi sparar pengar. ◀

TEXT MALIN GAVELIN
FOTO LI FERNSTEDT

Det dröjde en dag från att läkaren Marianne van Rooijen disputerat till att hon axlade sitt första chefsuppdrag. Under hela sin karriär har hon varit intresserad av ledarskap och vill gärna se fler läkare som chefer i vården. Nyligen belönades hon med utmärkelsen Årets kommunikativa ledare.

TEXT EVA NORDIN

FOTO MELI PETERSSON ELLAFI

DIREKTÖREN SOM LEDER FRÅN GOLVET



MOTIVERING ÅRETS KOMMUNIKATIVA LEDARE:

"Marianne van Rooijen leder med en tydlig framtidsvision och stort engagemang. Inom en bransch med flera utmaningar är starkt ledarskap viktigt, något som Marianne levererar med mottot "Vi gör det tillsammans. Varje dag". Hon lägger mycket vikt på vad medarbetarna behöver och ser betydelsen i att arbeta strategiskt med kommunikation. Hennes ledarstil upplevs som tillgänglig, inkluderande och prestigelös då hon gärna utmanas av sina medarbetare".

Fotnot: Priset delades ut på galan för Stora kommunikationspriset den 26 april.

Walk and talk

Marianne och Andres Rodríguez, verksamhetschef för plastik- och käkkirurgi har just kommit tillbaka från promenadmötet i Slottsparken.



Prestigelös

Mariannes ledarskapsstil beskrivs som framtidsinriktad, tillgänglig, inkluderande och prestigelös.

SJUKHUSDIREKTÖR MARIANNE van Rooijen har just kommit tillbaka från en promenadrunda med två av sjukhusets verksamhetschefer.

Det sägs att den här typen av mötesform, ”walk and talk”, ökar blodflödet i hjärnan, stärker kreativiteten och i bästa fall leder till effektivare och sakligare samtal.

– Det händer saker när man går och jag upplever att samtal ibland kan bli öppnare och ledigare när man är i rörelse. Men allt handlar förstås om vad som står på agendan.

Knappt två månader tidigare satt Marianne van Rooijen i publiken på en gala på Eric Ericsson-hallen i Stockholm. Hon var en de nominerade till priset som Årets kommunikativa ledare. Plötsligt ropades hennes namn upp och ett ögonblick senare stod hon på scenen med blomsterkvast och statyett.

– Det var många starka konkurrenter, jag hade inte räknat med att vinna. Jag blev otroligt glad bara över motiveringen. Kommunikation är komplext och det finns många olika sätt att kommunicera på. Utan skickliga medarbetare, engagemang och en gemensam bild av riktning-en, skulle jag stå mig slätt i min roll.

I juni 2021 antog Akademiska en ny strate-

- !

Strategin omfattar förflyttningar inom fyra långsiktiga områden:

 - ▶ Att arbeta datadrivet med kvalitet.
 - ▶ Att skapa en hållbar arbetsplats.
 - ▶ Att utföra mer högspecialiserad vård.
 - ▶ Att öka antalet tillgängliga vårdplatser.

gi som omfattar fyra förflyttningar i syfte att nå sjukhusets vision: ”Vi ska vara det ledande universitetssjukhuset som skapar störst värde för patienterna”.

– Den strategi vi utvecklat ska på ett tydligt sätt kommunicera för våra medarbetare och chefer vart vi ska och hur vi måste förflytta oss för att nå vår vision. De är grunden för vårt gemensamma målarbete som ska bedrivas på sjukhus-, verksamhets- och enhetsledningsnivå.

VÅGEN MOT VISIONEN kantas dock av höga bergsmassiv; det kommer att krävas enorma kraftanstängningar för att besegra hindren.

Samtidigt som strategin antogs på Akademiska i juni beslutade IVO att förelägga sjukhuset ett mångmiljonvite. Patientsäkerheten stod på spel. Kravet var att sjukhuset inom loppet av några månader skulle ha minst 612 vårdplatser tillgängliga. Men eftersom det inte finns några uttryckliga bestämmelser i lagen om specifikt antal vårdplatser, upphävde kammarrätten föreläggandet. IVO överklagade domen till Högsta förvaltningsdomstolen som den 30 maj i år beslutade att inte pröva ärendet.

Men vi ser tydligt att det behövs fler vårdplat-



MARIANNE VAN ROOIJEN

Arbetar: Sjukhusdirektör på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Aktuell: Utsedd till Årets kommunikativa ledare 2023 av branschorganisationen Sveriges kommunikatörer.

Ålder: 62 år.

Familj: Sambo, två vuxna barn och många fina vänner.

Drivs av: Viljan att göra det bästa för våra patienter med de resurser vi har att tillgå.

Förebild som chef: Annika Bremer. Hon var divisionschef när jag var verksamhetschef på Karolinska. Hon var alltid tydlig och sympatisk och lärde mig att man chef måste våga fatta obekväma beslut. Det går inte att linda in saker eller duka för det svåra.

Roas av: Subtila skämt, och att mötas av ett leende i sjukhusets korridorer.

Oroas av: Gapet mellan förväntningar och resurser inom offentlig sektor, och att de nationella satsningar som görs inte riktas rätt.

Längtar efter: Att vård och omsorg av våra äldsta medborgare fungerar; från kommun, via primärvård till specialistsjukvård. Det skulle lätta trycket på sjukhusvården och öka tillgängligheten för de som verkligen behöver den.

Om jag vore sjukvårdsminister skulle jag gennast: Verka för att för att få en nationellt fungerande, och stabilt resurssatt infrastruktur för hälsodata. Det skulle gagna vård, utveckling och forskning.



Tåg

Marianne bor i Stockholm och pendlar varje dag till och från jobbet i Uppsala. En dag varannan vecka försöker hon arbeta hemifrån.

ser och vi arbetar med frågan. Dilemmat är att vi har svårt att rekrytera vårdpersonal. Samtidigt ska vi successivt fasa ut hyrpersonal till den rekommenderade nivån på två procent. Det är inga enkla utmaningar.

ATT LEDA EN KOMPLEX verksamhet i en politiskt styrd organisation med korta tidshorisonter, in i en framtid med omfattande ekonomiskt underskott, nivåstruktureringar, kunskapsstyrning och resursbrist av olika slag, kan tyckas vara ett Sisufosarbete.

– Läget är jättetufft och våra medarbetare är hårt provade. Men jag skulle inte ha tagit mig an uppdraget om jag inte trodde att jag tillsammans med sjukhusets medarbetare, sjukhusledningen, regionens övriga förvaltningar och politiken kan klara de svåra utmaningar vi har och står inför.

Det är svårt att arbeta långsiktigt när budgeten sätts kortsiktigt per kalenderår, menar Marianne.

– Det kan ta lång tid

Tårta

Barnmorskorna Karin Hagberg och Stina Liljeberg firas med tårta för sitt systematiska kvalitetsarbete.

innan effekterna av medvetna satsningar visar sig. Här behövs ett mer långsiktigt tänkande, även från politiken.

De flesta ekonomiska kurvor på Akademiska pekar åt fel håll, underskottet är enligt prognosen över 650 miljoner för 2023. Sjukhusets beviljade budgetresultat är minus 100 miljoner.

– Vi har ett tungt ekonomiskt tryck på oss. Det är många olika faktorer som ställt vår kompetens och kapacitet på sin spets, exempelvis materialkris, pandemi och en växande konkurrens om personal och vårduppdrag. Men jag känner mig stolt över det vi hittills har lyckats med utifrån vår strategi.

VISIONSDOKUMENT OCH vackra värdeord kan dock av medarbetare uppfattas som floskler, särskilt om det finns ett glapp mellan ord och handling, en verklighet med höga produktionskrav och resursbrister som påverkar arbetsmiljön och tär på vårdens medarbetare.

– Därför är det så viktigt att vi har en strategi som genomsyrar organisationen. Vi

”Det är svårt att arbeta långsiktigt när budgeten kortsiktigt sätts per kalenderår.”

förser våra verksamhetschefer med bra underlag för att strategin även ska nå golvet. Det är jätteviktigt att det finnas ramar och tydlighet. Vi behöver även pedagogiskt förklara varför vi fattar vissa beslut. När jag är ute i verksamheterna kommer många fram och vill prata, ställa frågor, inte minst om varför vi måste spara så mycket pengar.

Månatliga uppföljningar avslöjar avvikelser och röda siffror, men också följsamhet till fastställda mål. När det sker förflyttningar i rätt riktning är det viktigt att fira, menar Marianne.

– Medarbetare är med och nominerar och vi firar förflyttningar med att uppmärksamma goda insatser. Vi delar även ut tårtor i samband med kvartalsavstämningar.

MARIANNE VAN ROOIJEN har arbetat på Akademiska sjukhuset sedan 2013. I botten är hon specialistläkare i gynekologi och obstetrik och har disputerat på en avhandling om p-piller vid Karolinska institutet. Dagen efter disputationen axlade hon sitt första chefsuppdrag som sektionschef. Genom åren har hon varit såväl verksamhetschef som divisionschef.

Hon blev biträdande sjukhusdirektör för Akademiska 2015. Innan hon klev in i rollen som sjukhusdirektör den 1 juli 2021 hade hon under en kort period varit tillförordnad. Hela livet, menar hon, har hon varit intresserad av ledarskap.

– Jag kan ibland sakna patienterna, det är nog naturligt om man är utbildad läkare. Men jag har ingen längtan att gå tillbaka, jag tror att jag kan göra minst lika stor nytta i min nuvarande roll, både för patienter och medarbetare.

Marianne har rötter i Holland. Hennes mamma kom till Sverige som krigsbarn, utbildade sig så småningom till sjuksköterska, men under tiden som Marianne och hennes bror var små var mamman hemmafru och tog olika ströjobb; hon arbetade extra i en fiskaffär, sydde klänningar till fina tanter och hade hemmet fyllt av dagbarn. Mariannes pappa var konduktör på SJ.

”Jordnära och med god vilja”

BENGT VON ZUR-MÜHLEN, ÖVERLÄKARE I NJURMEDICIN VID INSTITUTIONEN FÖR KIRURGISKA VETENSKAPER, TRANSPLANTATIONSKIRURGI:

”Jag uppfattar ledarstilen som engagerad, jordnära och med god vilja att inte sjukhuset tappar styrfart.

Marianne van Rooijens styrka är att hon känner till Akademiska sedan ett tiotal år, haft verksamhetsnära chefspositioner på alla nivåer och har god kännedom om hur sjukvård bedrivs på ett stort sjukhus.”

”Respekt för hennes uppdrag”

ANNA RASK-ANDERSEN, PROFESSOR EMERITA, LEDAMOT AV FÖRBUNDSSTYRELSEN, SVERIGES LÄKARFÖRBUND:

”Jag har ett positivt intryck av henne och respekt för hennes svåra uppdrag. Hon är alltid vänlig och behandlar människor väl.

Dessutom är hon läkare och till och med väl insatt i min egen verksamhet, Arbets- och miljömedicin, efter ett utredningsuppdrag för några år sedan.

Mitt råd till henne är att fortsätta att stå upp för Akademiska sjukhuset och kämpa för att bryta sjukhusets underfinansiering samt att noggrant tydliggöra vilka konsekvenserna blir av oövertänkta politikerförslag för patienterna.”

”Bra på att sprida ett lugn”

HENRIK LINDMAN, VERKSAMHETSCHEF FÖR OMRÅDE BLOD- OCH TUMÖRSJUKDOMAR:

”Hon är öppen, vänlig och bra på att sprida ett lugn runt sig. Hon klarar av att inge respekt utan att vara allt för dominant. Styrkan är att skapa en lagkänsla i sjukhusledningen och en framtids-tro.

När det gäller framtidens utmaningar är det viktigt med långsiktighet och ständig tro på forskning, utveckling och utbildning som de avgörande delarna för ett fungerande universitetssjukhuset.

Mitt råd är att våga lita på att de bästa idéerna för utveckling och effektivisering kommer från verksamheterna själva och att bra medarbetare är sjukhusets viktigaste tillgång.”

”Jag kan ibland sakna patienterna, det är nog naturligt om man är utbildad läkare.

– Mina föräldrar fick inte samma möjligheter som jag. Pappa, som gick sex år i folkskola, peppade mig och brukade säga att om någon erbjuder något för att de tror på dig, måste du våga tacka ja. När jag gick i grundskolan var jag jätteblåg och blev generad när jag fick beröm. I dag kan jag säga tack och lita på att jag kan det jag har tagit på mig att genomföra.

Marianne vill gärna se fler läkare som chefer i vården.

– Det är jätteviktigt. Vi har möjlighet att fatta beslut som påverkar våra patienter. På Akademiska sitter samtliga verksamhetschefer i sjukhusledningen och är delaktiga i de beslut vi måste fatta med hänsyn till vårt uppdrag. Läkare har ofta en naturlig ledarroll inom ramen för sin profession. De har den högsta medicinska kompetensen för att fatta beslut om hur tillgängliga resurser ska prioriteras, från enskilda patienter till patientgrupper med olika sjukdomstillstånd. Jag tror dock att vi behöver göra mer, förutom de ledarskapsprogram vi erbjuder, för att locka fler läkare till chefspositioner.



MARIANNE ÄR BOSATT i Stockholm och pendlar varje dag till och från Uppsala. En dag varannan vecka försöker hon arbeta hemifrån. Ibland är det svårt att räkna till, tycker hon, särskilt när det är kvällsaktiviteter som egentligen inte hör till uppdraget, men som är värdefulla att delta i.

– Jag har jobbat mycket i hela mitt liv, men försöker vara noga med att sätta gränser och skilja arbete från ledighet. Det är en förutsättning för att orka, man får hitta sitt sätt och alltid komma ihåg att ett jobb är ett jobb och det finns fler viktiga värden.

En styrka, menar hon, är att hon är stresstålig, har lätt att koppla av och sover gott om nätterna.

– Jag gräver inte ned mig i saker, ser mycket framåt, på gott och ont. Jag kan få kritik för att jag är för framåtdriven. Ibland måste man sakta

ned, titta i backspegeln och analysera och utreda händelser för att lära sig saker. Tack och lov har jag medarbetare som är bättre på det än jag och som påminner mig när det behövs.

HON FÅR OCKSÅ NYA perspektiv genom samtal med de två barnen som ofta skickar tips på både böcker och poddar. Dottern är veterinär, sonen AT-läkare. Diskussionerna vid middagsbordet brukar bli livliga.

– Förhållningssätten och synen på liv och död är olika, exempelvis i frågor om döds- hjälp. För en veterinär är det oetiskt att inte avsluta liv när sjukdomar är

elakartade och prognosen dålig. För en läkare styr förstås en helt annan etik. Det brukar bli både spännande och givande diskussioner i familjen.

– Min pappa blev 97 år och dog strax före jul. Han vårdades på hospice i slutet av sitt liv. Det blev ett fint slut. Debatten om aktiv dödshjälp är väldigt svår och komplicerad och jag vill inte ge mig in i den offentliga diskussionen.

Marianne ser också mycket fram emot resultatet av den utredning om statlig styrning som tillsattes av regeringen i juni.

– Jag har själv funderat på om det är en bra idé att förstatliga universitetssjukvården.

Det är många frågor som behöver redas ut, exempelvis finansieringen och var den bör ligga, inte minst när det gäller sårlekemedel. Sedan några år är Marianne med i en bokklubb och under våren läste den *Stöld* av Ann-Helén Laestadius, svensk-samisk journalist och författare.

– Bokklubben är ett av mina favoritgång utanför jobbet. De älskar tjocka italienska släkt-historier, men jag har inte den tiden och brukar lägga in veto mot böcker över 200 gram, säger Marianne och skrattar. ◀

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

Prat

Efter en föreläsning för ST-läkare hinner Marianne ta ett kort samtal med Ulf Ekstrand, senior controller.



Gräns

Marianne har jobbat mycket i hela sitt liv, men försöker vara noga med att sätta gränser och skilja arbete från ledighet. En styrka, menar hon, är att hon är stresstålig, har lätt att koppla av och sover gott om nätterna.

”Mycket bra på att lyssna och förstå”

BENGT ISAKSSON, PROFESSOR SAMT VERKSAMHETSCHEF FÖR OMRÅDE KIRURGI:

”Jag skulle beskriva hennes stil som 'transformerande', det vill säga, hon leder genom att skickliggöra medarbetare. Hon är öppen, rak (utan att vara burdus) och är mycket bra på att lyssna och förstå problemen i grunden. Hennes främsta styrkor: sympatisk, förmåga att se medarbetare, möjligheter i stället för problem, duckar inte för de problem som måste hanteras. Men ibland behöver beslut bli tydligare.

Jag uppfattar henne som väl förberedd för framtiden. Jag tror att en nyckel kommer att vara sam-verkan mellan regioner och en större flexibilitet i verksamheterna. Tror också att det kommer att vara ännu viktigare att samspela bra med regionens tjänstepersoner och politiker.”



”Har en saklig inställning som chef”

PELLE NILSSON, NEUROKIRURG SAMT VICE ORDFÖRANDE FÖR UPPSALAS ALLMÄNNA LÄKARFÖRENING:

”Mariannes styrkor är att hon har en saklig inställning som chef och bjuder in till öppna förutsättningslösa diskussioner. Hon lyssnar på argument, men undviker inte att ha en tydlig ståndpunkt

om man har olika uppfattningar i en fråga. Detta leder till konstruktiva diskussioner om olika sakfrågor. Det enda råd jag kan tänka mig att ge, är att försöka komma ifrån möteskulturen i större utsträckning och försöka få mer tid ut i organisationen. Detta är nog bästa sättet att möta framtidens utmaningar. Tyvärr är nog detta svårt för alla chefer i Sverige idag under rådande ledningsstrukturer.”



"Det är omöjligt att säga om det kommer att fungera"

1 Kommissionen föreslår en kortare tid för EMA:s godkännande av nya läkemedel. Skulle det innebära skillnader i ert arbete med godkännande?

– I dagsläget har EMA 210 dagar på sig för utredningsarbetet, även om själva godkännandet tar betydligt längre tid, medan EU-kommissionen föreslår att minska den tiden till 180 dagar. Det har inte preciserats hur det ska ske, men detta innebär i vilket fall som helst att vi får en månad kortare tid på oss. Exakt vad det kan innebära återstår att se. Det är klart att det land som får ansvar för att arbeta fram ett underlag för godkännandet kommer att vara tvungen att arbeta annorlunda och snabbare.

2 I förslaget ingår att kampen mot AMR (resistenta bakterier) ska fungera bättre mellan de olika faktorerna, såsom användandet hos människor, hos djur och utsläpp i naturen. Vad skulle det innebära för arbetet i Sverige mot AMR?

– Kommissionen har lagt flera förslag om just AMR. De vill receptbelägga all antibiotika, även för lokalbehandlingar. Det skulle för Sverige del innebära att till exempel de receptfria läkemedlen mot viss typ av svampinfektioner skulle receptbeläggas. I Sverige har vi inga receptfria antibiotika för systemiskt bruk, men vissa andra EU-länder har det. Kommissionen vill också att antibiotika ska säljas i mindre förpackningar, anpassade för den behandling som ska ges. De föreslår att miljökraven på företagen ökar och att det ska gå att avslå begäran



INGRID LANDBERG

är EU-koordinator på Läkemedelsverket och klargör vad förslaget till ett förändrat läkemedelsdirektiv innebär.

DET FÖRÄNDRADE LÄKEMEDELSDIREKTIVET

EU-kommissionen har lagt fram ett förslag till en rad förändringar när det gäller läkemedelsdirektivet. Det handlar om att ta fram en större gemensam marknad, där alla inom EU ska ha möjlighet att få samma mediciner. Dessutom vill kommissionen att läkemedelsproduktionen blir mer miljövänlig och att EU:s läkemedelsindustri ska stå sig bättre i den internationella konkurrensen. Det ska också ske en kraftansträngning när det gäller begränsning av AMR, resistenta bakterier.

om godkännande om de inte uppfylls. Förslaget innebär också en möjlighet att kontrollera produktionen och begära uppföljande studier vad gäller resistensutveckling. Det blir kanske inte några stora förändringar för just Sverige, men detta är ett globalt problem, och om AMR minskar på andra ställen i världen är det positivt även för Sverige.

3 Det föreslås att läkemedelsföretagen som satsar på innovativa läkemedel ska uppmuntras på olika sätt. Hur då?

– När det gäller AMR ska de företag som tar fram nya antimikrobiella läkemedel kunna få en voucher som ger ett års längre dataskydd. Den kan de antingen använda på andra läkemedel de har dataskydd på, eller sälja till ett annat företag. Detta eftersom ett nytt antibiotikum måste användas väldigt restriktivt för att inte skapa nya resister och därför inte är ekonomiskt lika lönsamt. Det är omöjligt att säga om det kommer fungera eller inte, men möjligheten finns. EU-kommissionens intention är också att stärka den europeiska läkemedelsindustrins innovation och konkurrenskraft, genom att det ska kunna belönas om man satsar på innovativa läkemedel eller läkemedel mot sällsynta sjukdomar. Hur detta kommer att fungera i praktiken är svårt att veta i dag. Förslaget om dataskydd ska diskuteras av många olika parter och kan säkert komma att ändras på flera sätt. Vad jag vet är att det råder delade meningar inom branschen om just denna del. ◀

TEXT KRISTINA WALLIN

KUNSKAPS GRUPPEN



VI HJÄLPER DIG SOM ÄR ST-LÄKARE MED DINA OBLIGATORISKA UTBILDNINGAR

Vi vet att det som ST-läkare kan vara lite bökigt att hitta kurser där du kan nå dina delmål. Därför har vi nu gjort en satsning på ännu fler kurser som hjälper dig med detta.

Flera av Kunskapsgruppens ST-kurser är granskade och godkända av LIPUS. Självklart får du omedelbart efter genomförd kurs det intyg som Socialstyrelsen vill se.

HÖGA BETYG PÅ UTBILDNINGARNA

Vi på Kunskapsgruppen envisas med att enbart jobba med de föreläsare som får allra bäst utvärderingar. Genomsnittsbetygen på våra kurser är hela 4,6 av 5.

Och eftersom vi vet att din tid är dyrbar så pågår kurserna bara under två eller tre dagar.



NÅGRA AV VÅRA KURSER FÖR ST-LÄKARE:

- LAGAR OCH FÖRESKRIFTER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN
- LEDARSKAP FÖR LÄKARE
- HANDLEDNING FÖR ST-LÄKARE
- SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE FÖR ST-LÄKARE

Skanna QR-koden med din mobilkamera för att gå direkt till vår hemsida, där du hittar mer information om våra kurser.



Om du väljer att gå en kurs hos oss på Kunskapsgruppen kan du alltså vara säker på att du får högsta möjliga kvalitet, på kortast möjliga tid.

DU KAN OCKSÅ GÅ KURSERNA PÅ DISTANS

Efterfrågan på distanskurser är just nu större än tidigare. Oavsett var du bor så har du numera möjlighet att gå kursen i ditt eget vardagsrum, via Zoom.



UNDER ONLINEKURSERNA ARBETAR DU HEMIFRÅN PÅ DIN EGEN DATOR!

KOLLA IN VÅR KURSKATALOG OCH LÄS MER OM KURSERNA!

I den hittar du också intervjuer med tidigare deltagare och med några av våra kursledare. Skanna QR-koden med din mobilkamera och kom direkt till katalogen på vår hemsida!

Här faxas det mest och minst i landet

Faxen har allt mer spelat ut sin roll under 2000-talet till förmån för andra, mer moderna kommunikationsvägar. Men inte på sjukhusen! I Region Skåne finns i dagsläget hela 660 aktiva faxar och i Region Stockholm 614 stycken. Helt klart är att detta 172 år gamla kommunikationsverktyg används flitigt runt om i mer eller mindre samtliga landets regioner, visar Sjukhusläkarens sammanställning.

SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

År 2017 ansåg dåvarande civilminister Ardalan Shekarabi (S) att faxarna skulle avvecklas inom offentlig sektor. Han startade hashtaggen #fasautfaxen på Twitter med budskapet att faxar skulle vara utfasade i slutet av 2018.

REGION	ANTAL FAXAR
Blekinge	101
Dalarna	345
Gotland	Cirka 10
Gävleborg	180
Halland	93
Jämtland/Härjedalen	120
Jönköping	103
Kalmar	123
Kronoberg	Kan inte svara
Norrbottnen	198
Skåne	660
Stockholm	614
Sörmland	201 (kunde inte särskilja för sjukhusen)
Uppsala	Kan inte ta fram uppgiften
Värmland	160
Västerbotten	Cirka 200
Västernorrland	186
Västmanland	194
Västra Götaland	529
Örebro län	260
Östergötland	197

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



Faxarna ska fasas ut

Nu ska faxarna i vården fasas ut och ersättas av säker digital kommunikation, SDK. Syftet är att säkert kunna skicka känslig och sekretessklassad information mellan olika aktörer i offentlig sektor. Region Gotland är först ut av regionerna och har redan integrerat tjänsten.

Minst 4 000 faxar är fortfarande aktiva i landets regioner.

Sedan 1 mars 2022 har det gått att ansluta sig till tjänsten SDK. Den har tagits fram i samarbete mellan regioner, kommuner, statliga myndigheter, SKR samt Inera. I dagsläget är det Inera AB och Digg, Myndigheten för digital förvaltning, som driver och ansvarar för olika delar av tjänsten. Men hela ansvaret för SDK att komma att flyttas över till Digg under våren 2024.

Region Gotland har redan infört SDK. Flera regioner har beställt och testar nu tjänsten: Gävleborg, Jämtland, Kalmar, Skåne, Stockholm, Södermanland, Uppsala, Västmanland, Västra Götaland och Östergötland.

Ytterligare en handfull regioner bedriver förberedande arbete: Halland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Västerbotten och Örebro.

Tre regioner har ännu inte beställt tjänsten: Blekinge, Värmland och Västernorrland.

– Det kommer sannolikt att ta tid innan alla regioner har infört och integrerat tjänsten i sina system. När den är väl på plats kommer regionerna att kunna fasa ut sina faxar och skicka e-post inom regionen och mellan regionerna, samt till myndigheter, det vill säga samtliga aktörer inom offentlig sektor, säger Viktoria Hagelstedt, avdelningschef för samordning och datadelning på Digg.

TEXT EVA NORDIN

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

Så tacklar norrmännen vårdplatsbristen

Genom ett nytt gemensamt språk byttes daglig panik mot omedelbar uppbackning och stöttning av kollegorna på akuten i norska Stavanger. Samtidigt frigjordes vårdplatser och patienterna möttes av högre kompetens. Nu hoppas den tidigare chefsöverläkaren **Øystein Evjen Olsen** kunna sprida it-lösningen till resten av världen.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO HELSE STAVANGER

VÅRDPLATSBRIST, LÅNGA väntetider och tusentals korridorpatienter varje månad. Sverige är långt ifrån det enda nordiska land som tampas med stora utmaningar i vården. Den norska motsvarigheten till IVO, Helsetilsynet, har vid flera tillfällen haft synpunkter på kvaliteten på vården på akutmottagningarna runt om i Norge, bland annat på sjukhuset i Stavanger.

– Patienterna blev liggande för länge innan de fick träffa en läkare och när läkaren sedan kom var det ofta nya läkare under utbildning med för långt avstånd till överläkaren, något som gick ut över säkerheten. Samarbetet mellan avdelningarna kirurgi, medicin och ortopedi fungerade också för dåligt här på akutmottagningen, säger överläkaren Øystein Evjen Olsen, som beslöt sig för att gräva djupare i problematiken.

Det han fann var att situationen ser väldigt lik ut på många håll i världen.

– England, USA och de övriga nordiska länderna rapporterar alla om samma sak. Det här med långa väntetider på akuten och brist på vårdplatser är ett internationellt problem med liknande problemställningar. När man studerar det närmare inser man att fenomenet med extra



ØYSTEIN EVJEN OLSEN

är tidigare chefsöverläkare på sjukhuset i Stavanger.

hög belastning uppstår med jämna mellanrum på akutmottagningar runt om i hela världen – vi borde inte blir förvånade och vi borde definitivt ha en beredskap för att lösa situationerna redan innan de uppstår.

ØYSTEIN EVJEN OLSEN SÅG helt enkelt behovet av ett verktyg som skulle kunna hjälpa vårdpersonalen att hantera de extra ansträngande situationerna när de uppkom i stället för att låta personalen få mer eller mindre panik varje dag.

– Patientflödet in till akuten kan vi inte förändra men vi kan förändra oss själva och se till att helt enkelt ha en tydlig ”Plan för hög aktivitet”, PHA, som vi har kallat det här medarbetar-drivna innovationsprojektet.

Sagt och gjort. Øystein Evjen Olsen och hans arbetskamrater tog kontakt med innovationsavdelningen på sjukhuset och bad om uppbackning för att kunna initiera sitt projekt. Steg ett blev att skapa ett gemensamt tydligt språk för vad som faktiskt är en hög aktivitet. Här valde man att dela upp aktiviteten i fyra olika nivåer.

– På nivå ett kan vi hantera patientflödet inom ramen för den egna avdelningen. När vi



Till skillnad från tidigare år fick sjukhuset i Stavanger inte en enda anmärkning av norska Helsetilsynet år 2019 efter att man hade infört den nya it-lösningen.

”*De här diskussionerna hade vi i lugn och ro till skillnad från tidigare när vi hade ringt varandra i panik för att släcka bränder.*”

är uppe på nivå två och tre behöver vi viss hjälp från andra avdelningar och på nivå fyra behöver vi ordentlig förstärkning.

När definitionerna för de olika nivåerna var färdiga satte han sig ner med representanter från de olika avdelningarna och kom fram till vilken hjälp de kunde bidra med på respektive nivå.

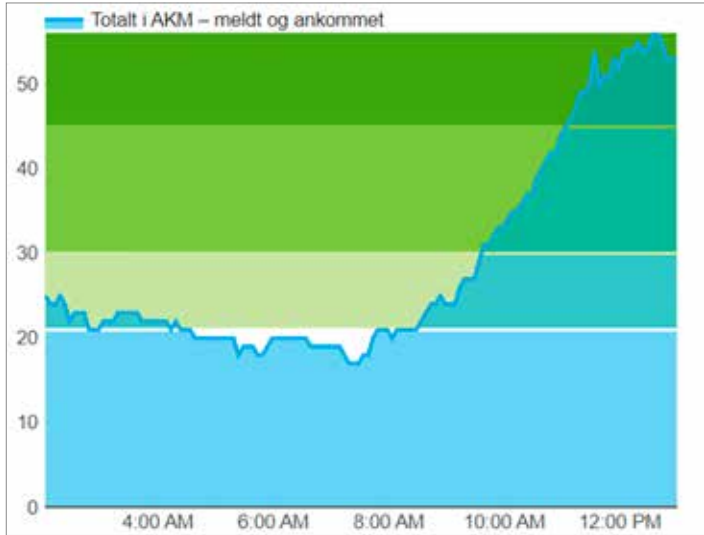
– De här diskussionerna hade vi i lugn och ro till skillnad från tidigare när vi hade ringt varandra i panik för att släcka bränder. Tillsammans

slog vi sedan fast en tydlig plan för hur vi kunde stötta varandra på respektive nivå.

PÅ AKUTMOTTAGNINGEN i Stavanger är det organiserat så att läkarna på akutmottagningen är anställda på sina respektive moderavdelningar, berättar Øystein Evjen Olsen. Det man bland annat kom fram till i samtalen med avdelningarna var att när antalet patienter som inte har fått tillsyn av en läkare den senaste timmen stiger



I appen går det att följa i realtid hur länge patienter har väntat och vilka rum och sängar som finns tillgängliga.



Så här ser det ut när aktiviteten på akutmottagningen har nått nivå 3.

över en viss nivå – ja då kan överläkarna från moderavdelningen komma ner en kort stund och beta av några patienter.

– När systemet sedan indikerade att vi var på väg tillbaka till nivå ett kunde de gå tillbaka till avdelningen igen och fortsätta med sina ordinarie arbetsuppgifter.

”SYSTEMET” SOM ØYSTEIN Evjen Olsen refererar till är det it-system som chefen för innovationsgruppen såg ett tydligt behov av. I stället för att jobba med krångliga exceldokument och själva försöka hålla ordning på hur många patienter som hade fått vänta länge, som man hade gjort tidigare, matades alla uppgifter snart in i en gemensam app, Smartcrowding, som utvecklades i samarbete med en kommersiell it-aktör. Alla bedömningar i appen baserades på objektiva data som avdelningarna hade kommit fram till i samförstånd.

– Alla har det ju tufft på olika sätt inom vården idag och kämpar med att hantera situationen på sin egen avdelning på bästa sätt. Men nu kunde alla på de 33 inkopplade avdelningarna följa aktivitetsnivån både på akutmottagningen och vårdavdelningarna i realtid. Plötsligt blev det väldigt tydligt och betydligt enklare att

”Vi såg även en betydande effekt på kostnaderna för inhyrd personal.”

kommunicera att vi var i behov av omedelbar hjälp och fler vårdplatser. Det skapade en tillit och en tydlighet och en möjlighet att snabbt kunna kommunicera behoven till andra. Vi hade helt enkelt fått ett nytt gemensamt språk för att beskriva belastningsgraden både på akutmottagningen och på vårdavdelningarna.

Och de positiva effekterna lät inte vänta på sig. Efter att systemet hade införts sågs en nedgång i genomsnittlig liggtid ute på avdelningarna från 5,5 till 4,5 dygn för patienterna, berättar Øystein Evjen Olsen.

– Vi såg även en betydande effekt på kostnaderna för inhyrd personal som gick från 1,2 miljoner i månaden till 200 000 kronor per månad. Antalet korridorpatientdygn, patienter som inte fick plats på vanliga rum, sjönk från cirka 1 000 stycken per månad till mellan 200-300 per månad.

ØYSTEIN EVJEN OLSEN vill vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser kring effekterna av just it-lösningen eftersom många andra förändringar skedde på sjukhuset i Stavanger under tiden från projektets start 2013 fram till idag.

– Men vi kan konstatera att det har skett en väldigt glädjande utveckling i samband med att

det här systemet infördes. Vi har också fått signaler om att verktyget har hjälpt till att minska den etiska stressen hos medarbetarna eftersom det hjälper dem att prioritera i belastande situationer. Det har varit alldeles för lite fokus tidigare på att hjälpa läkare och sjuksköterskor att hantera den utmanande vardagen och få dem att känna att de gjorde det som var viktigast och prioriterade rätt när arbetsdagen är slut.

FÖRHOPPNINGEN FRAMÅT är att kunna ta steget från learning by doing till att bedriva mer systematisk forskning kring vinsterna som går att uppnå med hjälp av Smartcrowding. Øystein Evjen Olsen hoppas också kunna sprida den till fler akutmottagningar och vårdavdelningar runt om i världen.

– I våras bjöd vi in representanter från ett flertal olika sjukhus i både Sverige och Norge för att kunna berätta om det vi har sett hittills. Representanter från 25 stycken sjukhus dök upp och vi har redan fått en inbjudan till ett av sjukhusen i Sverige för att berätta mer. Det känns väldigt spännande att se vad vi kan åstadkomma där. Ju fler vi kan få ombord desto mer kan vi spetsa verktyget och göra det globalt. Där behöver vi fler partners. ◀

STÖRSTA FÖRDELARNA MED SMARTCROWDING ENLIGT ØYSTEIN

- Förbättrad patientsäkerhet
- Bättre kontroll på hur resurserna används
- Fler lediga vårdplatser
- Bättre situationsförståelse för kollegorna
- Förbättrad arbetsmiljö och trivsel
- Minskad etisk stress hos läkare och sjuksköterskor
- Förbättrad kommunikation
- Sänkta kostnader

STAVANGERMETODEN I KORTHET

- Efter en tillsyn vid akutmottagningen i Stavanger, startades ett projekt som adresserade den belastningstyngd och stress för sjukvårdspersonalen, överbeläggningarna, korridorpatienterna och de långsamma patientflödena som sjukhuset hade fått anmärkningar på.
- Baserat på forskning och statistik utformades en manuell metodik, som fick namnet Plan för hög aktivitet, PHA.
- PHA innehåller indikatorer som beskriver belastningsgraden, visualiserar flödet, identifierar flaskhalsar och ger standardiserat beslutsstöd till sjukvårdspersonalen vid olika aktivitetsnivåer och belastningsgrader.
- PHA blev sedan digitaliserat i projektet, och fick då namnet SmartCrowding.
- På sjukhuset använder man inte längre ordet busy när man skall beskriva att man har mycket att göra, utan alla avdelningarna använder ett gemensamt språk för att beskriva vilken aktivitets- eller belastningsnivå den enskilda avdelningar är i.
- Fokus ligger nu på mer samarbete mellan avdelningarna. Dagliga kapacitetsmöten och en särskild flödeskoordinator är också en del av arbetsmetodiken.

Sjukhusläkare: Här är våra

Vårdplatsbrist, kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Sjukhusläkarna har frågat representanter för lokalavdelningar i föreningen om vilka frågor som är mest prioriterade i höst, och mönstret är tydligt.

Vårdplatsbristen och dess orsaker och följder fortsätter att ligga i topp på många av lokalavdelningarnas agendor.

Johan Gustafsson, styrelseledamot i Sjukhusläkarna Helsingborg, är en av dem som nämner vårdplatsbristen som den mest prioriterade frågan. En mer permanent lösning på bristen är av yttersta vikt för att minska den etiska stressen hos medlemmarna, enligt honom.

– Vi försöker nå politikerna i sjukhusstyrelsen på nya sätt, blandat annat genom dialogmöten.

Edvard Lekås, ordförande i Sjukhusläkarna Kronobergs län, är inne på en liknande linje. För att råda bot på vårdplatsbristen krävs mer resurser, men också att arbetssätten i sjukvården utvecklas.

– Vi jobbar till exempel med att ta in avdelningsvårdare för att avlasta personal. Om vårdarna kan avlasta undersköterskorna och undersköterskorna kan avlasta sjuksköterskorna kan vi frigöra resurser den vägen. Samtidigt är det viktigt att minska mängden onödig administration, säger han.

Rofida Ghazvinian, ordförande i Sjukhusläkarna Malmö, är en annan lokal representant som framhåller att bristen på vårdplatser står högst upp på prioriteringslistan.

Jeff Wennerlund, ordförande i Sjukhusläkarna Skellefteå och Lycksele, likaså.

– Det finns så klart flera orsaker till bristen på platser, men en stor anledning är fortsatt sjuksköterske-

bemanningen. Lycksele är en ganska liten ort och det är många av sjuksköterskorna som arbetar hos oss som jobbpendlar, vilket gör bemanningen sårbar vid sjukdom och liknande, säger han.

Norrlands universitetssjukhus har länge haft problem med brist på personal, vilket har medfört stora neddragningar på antalet vårdplatser. I somras var situationen värre än på länge. Under stora delar av juli månad var sjukhuset i förstärkningsläge för att hantera bristen på platser.

David Hellsten, ordförande i Sjukhusläkarna Umeå, säger i likhet med Jeff Wennerlund att bristen på sjuksköterskor som vill jobba åt regionen fortsatt är det stora problemet.

– Vi ligger på och försöker få till en förändring, men mycket handlar om ekonomiska frågor. Fler skulle troligtvis vilja jobba som sjuksköterskor om lönerna blev högre, men då skulle även bemanningsföretagen höja lönerna för sina anställda, och någon måste ju betala. Det blir en ond cirkel ekonomiskt sett, säger han.

– Jag är dock övertygad om att det finns mycket att vinna på att titta närmare på vad pengarna faktiskt går till. Hur använder vi våra resurser på bästa sätt?

Shokoufeh Manouchehrpour, ordförande i Sjukhusläkarna Göteborg och förste vice ordförande i Sjukhusläkarna, understryker att vårdplatsbristen får negativa följdverkningar inom en lång rad områden.

– Den påverkar negativt på inte minst arbetsmiljön och kompetensförsörjningen. Regionerna måste bli mer attraktiva som arbetsgivare, så att våra kompetenta kollegor väljer att stanna kvar och att nya medarbetare söker sig till vården, säger hon.

– Nu har vi dock fått en ny sjukhusdirektör som redan har börjat dra i handbromsen med ytterligare sparbeting för att få budget i balans, trots att vi i flera år har sagt att sjukhuset har en trång kostym.

Shokoufeh Manouchehrpour fortsätter:

– Andra prioriterade frågor är rätten till och betydelsen av fortbildning och att verksamhetsbärande läkare ska premieras lönemässigt, säger hon, och konstaterar att avtalsrörelsen kommer att bli en utmaning med tuffa förhandlingar givet den höga inflationen.

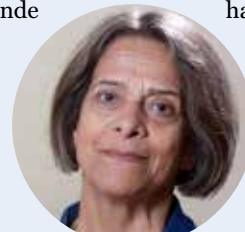
Frågan om fortbildning prioriteras också av Sjukhusläkarna Stockholm. **Andreas Fischer**, ordförande i



Rofida Ghazvinian.



David Hellsten.



Shokoufeh Manouchehrpour.



Marie Engman.

mest prioriterade frågor



lokalavdelningen och styrelseledamot i Sjukhusläkarna, säger att risken är uppenbar att fortbildningen drabbas ännu mer nu i tider av miljardunderskott och besparingar.

Region Sörmland är en annan region som har dålig ekonomi. De lokala besparingskraven är den mest brännande frågan i höst för Sjukhusläkarna Sörmland, enligt **Marie Engman**, som är ordförande i lokalavdelningen och sitter i Sjukhusläkarnas styrelse.

– Det finns risk för hyrstopp, även för läkare, och det pratas redan om att bevilja mindre jourkompsuttag för att slippa ta in hyrpersonal.

I Region Jönköpings län finns en målsättning om att hyrläkare på sikt ska stå

för maximalt 1-2 procent av personalkostnaderna. **Jonas Welam**, styrelseledamot och kassör i Sjukhusläkarna Jönköping, har svårt att se hur det ska ske utan att påverka belastningen för den befintliga personalen negativt.

Lars Rocksén, ordförande i Sjukhusläkarna Ångermanland och styrelseledamot i Sjukhusläkarna, betonar också att kompetensförsörjningen är en nyckelfråga. Han poängterar vikten av att dimensionera antalet läkare och sjuksköterskor utifrån sjukvårdens behov om tio år, snarare än i dag.

– Goda villkor och en bra arbetsmiljö är avgörande för att behålla befintliga och locka nya medarbetare, säger han. /Sjukhusläkarna

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

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.



FOTO JAN KWARNMARK

"De största utmaningarna är de enorma vårdbehoven"

Sjukhusläkarna berättar i en artikelserie om organisationer som föreningen på olika sätt ger stöd till. Bombali Health Development arbetar med att stärka barnsjukvården i Moyamba-distriktet i centrala Sierra Leone.

Organisationens huvudsakliga uppgift är att ge stöd till barnsjukvård och bidra med de resurser som saknas, senast till Moyamba-sjukhuset. Bombali Health Development utbildar även människor i upptagningsområdet för att få personer i behov att söka vård i tid.

– Vår prioriterade fråga i nuläget är att erbjuda gratis sjukvård för barn under femton år i denna mycket fattiga del av Sierra Leone. Sjukvården ska egentligen vara gratis i landet för barn under fem år, fast i praktiken fungerar det bara till en mycket liten del, säger läkaren **Lars Seligman**, som är verksamhetsansvarig.

– De största utmaningarna är de enorma vårdbehoven och den mycket utbredda korruptionen, där nepotis-

men är en stor del. Vår lösning är att arbeta tillsammans med ett litet antal människor som har hög kompetens och som är helt pålitliga.

Stödet från Sjukhusläkarna använder Bombali Health Development till att köpa läkemedel och utrustning, som exempelvis pulsoxymetrar, vågar och termometrar.

Lars Seligman säger att den medicinska kvaliteten på Moyamba-sjukhuset på senare tid dessvärre har försämrats på ett oroväckande sätt som en följd av nepotismen.

– Vi har därför just påbörjat ett samarbete med ett universitet i den närliggande staden Njala, där man hittills på grund av bristande resurser endast kunnat ta emot någon enstaka patient. Där finns goda möjligheter att

utveckla vården, och med vårt stöd har man just kunnat utöka patientmottagandet, säger han.

– Vi har fått bindande försäkringar om att vara ekonomiskt fristående, och kan därmed få kontroll på att givarnas pengar kommer till avsett ändamål. Denna flytt kommer att medföra kostnader för utrustning och om- och nybyggnation. Eventuella framtida bidrag skulle användas för att täcka en del av dessa kostnader.

Lars Seligman fortsätter: – Att Sierra Leone är ett fattigt land innebär svårigheter, men å andra sidan innebär det att hjälpen är synnerligen kostnadseffektiv. Det kostar till exempel bara cirka 200 kronor att rädda livet på ett barn med akut livshotande malaria, och en bråkdel av det om det är en okomplicerad malaria.

/Sjukhusläkarna

WONSA KÄMPAR FÖR EN VÄRLD UTAN SEXUELLA ÖVERGREPP

Sjukhusläkarna samarbetar med Wonsa, en insamlingsstiftelse som jobbar med att förebygga sexuella övergrepp.

Stiftelsen arbetar med behandling, forskning och utbildning för att nå visionen om en värld utan övergrepp. Organisationen prioriterar i dagsläget att ordna finansiering för att kunna hjälpa de patienter som är i behandling, samt att sprida verksamhetens kunskap till i första hand primärvård och psykiatri.

Sjukhusläkarna bidrar med ekonomiskt stöd till stiftelsen. – De större bidrag som vi får från till exempel Socialstyrelsen och Regeringskansliet är bara på ett år i taget. Det är en utmaning. Nästan alla bidrag vi får går uteslutande direkt till löner till vår personal, säger **Gita Rajan**, specialistläkare i allmänmedicin, medicinskt ansvarig och verksamhetschef för avdelningen Klinik och forskning på Wonsa.

– Stöden vi får är livsviktiga för vår verksamhet. Utan den typ av gåvor

skulle vi faktiskt inte finnas. Att de inte är villkorade ger oss också en frihet att kunna använda dem precis där de behövs som bäst, när de behövs som mest.



Wonsas patienter behöver integrerad somatisk och psykiatrisk vård, samt både stöd och sjukvård. – Det här är en strukturell utmaning eftersom samhället i dag ofta är väldigt uppdelat. En stor glädje är den frihet som vi har att alltid kunna agera utifrån patientens bästa, och låta kunskap, teori, erfarenhet och nyfikenhet utveckla vården vi ger, säger Gita Rajan.

– Det är på något sätt trots allt positivt att det är ekonomiska resurser – inte arbetsmiljö, fantasi eller stela strukturer – som sätter gränserna för vår utveckling och vad vi kan erbjuda våra patienter. Det är också det som gör att varje krona blir så mycket värd för oss. /Sjukhusläkarna

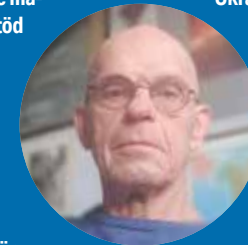
OPERATION AID ORDNAR MEDICINSK UTRUSTNING TILL UKRAINA

Sjukhusläkarna stöttar Operation Aid, som samlar ihop medel och levererar humanitärt bistånd och medicinsk utrustning till Ukraina.

Operation Aid har de senaste månaderna främst prioriterat stöd till den frontnära akutsjukvården och renoveringar av skadade bostäder i befriade områden. Samtidigt delar organisationen kontinuerligt ut mat och hygienartiklar.

De största utmaningarna är att få donationer och finansiering, enligt **Göran Skoglund**, som arbetar med medicinsk utrustning och logistik på Operation Aid.

– Vi, liksom andra organisationer, ser att inflödet av pengar från allmänheten gradvis minskar, samtidigt som behoven i



Ukraina skiftar från de mer basala, till exempel kläder och mat, till mer avancerade och kostsamma, exempelvis sjukvårdsutrustning och byggmaterial. Vi blir mer beroende av materiella donationer från sjukhus, regioner och företag inom sjukvårdssektorn.

Operation Aid använder stödet från Sjukhusläkarna till att köpa akutsjukvårdsmaterial i ett ambulansprojekt.

– Stödet är mycket viktigt. Den här typen av vårdmateriel doneras alltså inte av allmänheten och inte heller från regioner, vilket innebär att direkta inköp måste till.

/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



Träffa Sjukhusläkarna på FSL

Sjukhusläkarna deltar som utställare på Framtidens specialistläkare (FSL), som äger rum 26 till 28 september i Malmö Arena.

Alla läkare och alla som jobbar med läkarutbildning är välkomna till kongressen. Oavsett om man är AT-, BT- eller ST-läkare, specialistläkare, handledare, studierektor eller verksamhetschef har evenemanget som regel något av intresse att erbjuda. Konferensen handlar i år om kommunikation, ledarskap, likarätt och handledning.

Passa på att träffa Sjukhusläkarnas företrädare som är på plats. Framtidens specialistläkare är ett utmärkt tillfälle att ställa frågor och ge synpunkter på föreningens arbete.

Och missa inte minglet som Sjukhusläkarna anordnar tillsammans med Läkarförbundet och Sveriges yngre läkares förening. Bubble, tilltugg och skönsång står på schemat på onsdagen den 27 september klockan 17 till 19 i vår gemensamma fackliga hörna på utställningsområdet.

NORDÖL: VI MÅSTE OPTIMERA VEM SOM GÖR VAD I VÅRDEN

Task-shifting måste ersättas av ”optimizing tasks”. Att växla arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper i vården ska styras av medicinsk kvalitet och patientnytta – inte av personalbrist och besparingskrav. Det betonar Sjukhusläkarna och överläkarföreningarna i Danmark, Norge och Finland i ett gemensamt ställningstagande.

Det är helt avgörande att förändringar i arbetsuppgifter inom sjukvården sker utifrån patientbehov och medicinsk utveckling. En permanent resursbrist får inte leda till permanenta nödlösningar. Vi måste gå från task-shifting med varierande kvalitet till att optimera vem som gör vad inom vården – och till störst nytta för dagens och morgondagens patienter. Det kräver medicinsk kompetens. Utvecklingen ska ske med läkare i spetsen, säger **Elin Karlsson**, ordförande i Sjukhusläkarna.

I tider av personalbrist och ökad belastning har task-shifting, eller uppgiftsväxling, blivit ett vanligt sätt att försöka hantera problemen. Patientrelaterade läkaruppgifter flyttas över till andra yrkeskategorier, till exempel till sjuksköterskor, medan läkares tid i allt större utsträckning fylls av administrativt arbete.

I ett gemensamt uttalande från NordÖl, det nordiska rådet för sjukhusläkare, framhåller föreningarna att task-shifting måste leda till likvärdig eller förbättrad behandling och inte riskera patientsäkerheten. Uppgiftsväxling som inkluderar medicinsk bedömning måste också innefatta ansvar, och ska leda av läkare. Föreningarna lyfter därtill fram att personal som arbetar med nya uppgifter måste få tillräckligt



med tid för utbildning. Task-shifting ska kännetecknas av väl definierade uppgifter och resultatområden, och kräver relevant övervakning, uppföljning, utvärdering och kvalitetskontroll.

– Det är viktigt att vi använder resurserna på bästa sätt. Det finns stor potential i att exempelvis låta medicinska sekreterare avlasta läkare mer i vissa administrativa delar, men läkare måste alltid vara delaktiga inför beslut om task-shifting i vården. Task-shifting kan rätt använt leda till ett effektivare resursutnyttjande och skapa en acceptabel arbetsbelastning. Det får inte äventyra möjligheterna till utbildning eller fortbildning, säger Elin Karlsson.

Läs ställningstagandet på nordol.org.
/Sjukhusläkarna



Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

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

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

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

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Förkortad produktinformation

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

Indikation Xydalba är avsett för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI) hos vuxna och pediatrika patienter i åldern 3 månader och äldre. Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel. **Kontraindikationer** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av de hjälpämnen som anges i avsnitt Förfärdning 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). **Administreringsväg** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädnings av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Särskilda anvisningar för destruktion och övrig hantering. **Varningar och försiktighet** Dalbavancin ska administreras med försiktighet till patienter med känd överkänslighet för andra glykopeptider eftersom korsöverkänslighet kan förekomma. Om en allergisk reaktion mot Xydalba uppstår bör behandlingen avbrytas och lämplig behandling för allergisk reaktion påbörjas. Xydalba rekommenderas inte under graviditet, såvida inte den potentiella förväntade nyttan tydligt överväger den potentiella risken för fostret. **Förpackningsinformation** Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg. Vitt till blekgult pulver. 500 milligram injektionsflaska. **Innehavare av godkännande för försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produktnummer 12/2022.

För fullständig information hänvisas till FASS.se

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

Endast för vårdpersonal.



ADVANZ

PHARMA



STEGET FÖRE ^{*1-5}

Trippelt skydd i en tablett*

JARDIANCE® skyddar patienter med:

Typ 2-diabetes
minskad risk för CV-död (kardiovaskulär död) hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom^{†5}

Hjärtsvikt
minskad risk för CV-död eller sjukhusinläggning för HF^{†3,4}

Kronisk njursjukdom - NYHET!
minskad risk för CV-död eller njursjukdomsprogression^{†1,2}

Etablerad säkerhets- och toleransprofil^{§1}

Enkel dosering: en tablett, en gång dagligen, ingen titrering¹

REFERENSER

1. JARDIANCE® produktresumé, se FASS.se. **2.** Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.) **3.** Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) **4.** 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. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.) **5.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix.)

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. Behandling av vuxna med kronisk njursjukdom. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; Initiering rekommenderas inte vid eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Vid DM typ 2 bör ytterligare glukossänkande behandling övervägas om eGFR sjunker under 45 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: 07/2023. ***Subventioneras endast vid 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg) och 2) för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt (gäller 10 mg).**