

Sjukhus läkaren

#6
2023

Ditt granskande öga mot vården

Elin Karlsson:

*Repressalier
mot visselblåsare
är oacceptabelt
och livsfarligt*



Vårdens visslande hjältar



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

Så farligt lever vårdens visslare

Får och med nu i slutet av december ska samtliga offentliga och privata organisationer med fler än 50 anställda ha inrättat anonyma visselblåsarfunktioner. Detta enligt ett nytt EU-direktiv som är tänkt att skydda de anställda mot de eventuella konsekvenser larm om brister i organisationen kan få.

Det innebär att de flesta läkare och vårdanställda härnäst kommer att ha möjligheten att slå larm anonymt om missförhållanden – oftast via webbformulär som hanteras av en extern aktör utan koppling till arbetsplatsen i fråga.

Behövs det verkligen? Är det inte självklart att en läkare ska kunna höja sin röst och påtala missförhållanden utan att riskera sitt jobb?

Vi bestämde oss för att fråga de som är satta att arbeta övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet i varje region – chefläkarna.

Har de märkt av att vårdpersonal som slår larm om brister i verksamheten utsätts för repressalier i någon form?

Och har de utsatts för någonting själva? När vi hade sammanställt svaren på vår anonyma webbenkät tonade en dyster bild fram. En tredjedel av chefläkarna svarade "ja" eller "kanske" på frågan om anställda som påtalar brister i verksamheten utsätts för repressalier.

Tio procent av chefläkarna vittnade även om att de själva har utsatts för repressalier i sin yrkesroll i samband med att de påtalat brister.

Mobbing, uppsägningar och ifrågasättande av lojalitet efter att ha skrivit avvikelser. Listan på repressalier som chefläkarna har sett att personalen råkar ut för är lång. Läs mer om detta på sidan 14.

Förutom denna viktiga granskning lyfter vi bland annat hur ny AI-teknik kan underlätta vid schemaläggning inom vården. Missa inte vår reporter Eva Nordins spännande besök på sjukhuset i Östersund som är först ut i landet med detta.

Malin Gavelin
tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

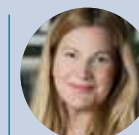
REDAKTION

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 #1 kommer
den 26 februari.

#6 2023:

- 6–7: Ledaren med **Elin Karlsson**
- 8–10: I omlopp med siffran
- 12–13: Bilden: Färre klappar under granen

TEMA:

- 14–17: Stor risk för repressalier
- 18–20: **Peter Johansson** om visseblåsare
- 21: **Peter Valverius** om lojalitet
- 22–25: Anonymt brev om brister på SUS
- 26: Sjukhuschefen **Björn Ekmebag** oroad
- 28–31: Vad hände med pristagarna?
- 32–37: **Katarina Le Blanc** drabbades hårt

- 38: Patientkrönika **Rolf Å Gustafsson**
- 40–42: Vad hände sen med Uddevallas ledtider
- 43: **Niclas Skyttberg** om svällande dokumentation
- 44–50: AI-driven schema-optimering i norr
- 52–53: **Thomas Zilling** har läst Bildandet av Skånes universitets-sjukhus
- 54–55: Kollen: Specialist-läkarnas löner
- 56: 3 frågor till **Charlotta Ljungman** om precisionsmedicin
- 58–62: 16 fackliga företrädare om 2024:s viktigaste frågor
- 64–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna



FOTO SATU KNAPE



FOTO SANDRA LEE PETERSSON



FOTO GETTY IMAGES



PÅ OMSLAGET

Erik Nylund har illustrerat omslaget och skapat grafiken till vår granskning av repressalier mot visseblåsare. Han är en Skånebaserad illustratör som gör infografik och illustrationer till såväl dagspress som läromedel och företag. Han brinner för att visualisera statistik och få siffror att dansa.

248 kr

► Så mycket lägger den genomsnittliga regionen på julklassen till sina anställda i år.

Läs mer på sidan 12.



VISSTE DU ATT...

... begreppet visseblåsare kommer från de engelska polisernas vana att förr i tiden påkalla kollegors och allmänhetens uppmärksamhet om pågående brott med hjälp av visselpipor. Ordet har funnits med i Svenska Akademiens ordlista sedan år 2015.



NYHET!

Första orala förebyggande CGRP-antagonisten för både episodisk och kronisk migrän¹

AQUIPTA är avsett för migränprofylax hos vuxna som har minst 4 migrändagar per månad.²



Scanna QR-koden för mer information om AQUIPTA eller besök www.aquipta.se



Rekommenderad dos: 60 mg, en gång om dagen²

A 60

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Referens: 1. www.fass.se 2. Aquipta (atogepant) SPC

AQUIPTA® (atogepant). Analgetika, kalcitoninrelaterade peptid (CGRP)-antagonister (**ATC: N02CD07**), tablet 10 mg, 60 mg (Rx, EF). Sväljes hela. **Indikation:** migränprofylax hos vuxna som har minst 4 migrändagar per månad. **Kontraindikationer:** överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** vid samtidig användning av starka CYP3A4-hämmare eller OATP-hämmare, vid kraftigt nedsatt njurfunktion samt vid terminal njursjukdom är den rekommenderade dosen 10 mg en gång dagligen. Ska undvikas hos patienter med svår nedsatt leverfunktion. **Fertilitet, graviditet och amning:** rekommenderas inte under graviditet eller hos fertila kvinnor som inte använder preventivmedel. Okänt om atogepant passerar över i bröstmjolk. För ytterligare information om produkten och senaste prisuppgifter se www.fass.se. **Datum för översyn av produktresumén:** 2023-08-11. AbbVie AB, Box 1523, 171 29 Solna, +46 (0)8 684 44 600, info@abbvie.se. SE-AQP-230003, sep 2023



AbbVie AB. Box 1523, SE-171 29 Solna
Tel: 08 684 44 600, www.abbvie.se



SE-AQP-230006, nov 2023

"Om vi läkare drabbas av repressalier när vi slår larm – vem ska då skydda våra patienter?"

Svensk sjukvård är i ekonomisk kris, så illa att vissa regioner lånar till lönerna. Situationen kräver att vi använder resurserna på bästa sätt.

Vi har en etisk plattform för prioriteringar att luta oss emot, människovärdesprincipen om alla människors lika värde är överordnad, därefter behovs- och solidaritetsprincipen, där den med störst behov ska få vård först och slutligen kostnadseffektivitetsprincipen.

Vi ska självklart undvika onödiga behandlingar som inte gagnar patienterna – vi måste prioritera klokt. Men prioriteringarna av vad våra gemensamma ekonomiska resurser ska användas till måste vidgas.

Det handlar inte bara om huruvida en behandling ska ges eller inte, utan måste också omfatta hur vården styrs och hur pengarna används. Pengar som pumpats ut till konsultbolag för diverse helikopterperspektiv som vi som kan vården i många fall kunde ha bidragit med – det är pengar som stjäls från våra patienter.

Den som slår larm om brister inom sjukvården borde ha hjältestatus, tyvärr är verkligheten en helt annan. I detta nummer presenteras en enkät där landets chefläkare fått en möjlighet att anonymt svara på frågor om det förekommer att personal som slår larm om brister utsätts för repressalier.

Tre av tio chefläkare svarade "ja" eller "kanske" på frågan om det förekommer att personal som slår larm om brister utsätts för repressalier. En av tio svarar "ja" eller "kanske" på frågan om de själva utsätts för repressalier.

Det är helt oacceptabelt – och livsfarligt. Om

vi läkare drabbas av repressalier när vi slår larm om att patientsäkerheten hotas – vem ska då skydda våra patienter?

Chefläkarna vid våra sjukhus ses ofta som en garant för patientsäkerheten – och måste få vara det. Arbetsbeskrivningarna varierar, men gemensamt för alla är någon form av ansvar för arbete med kvalitet och patientsäkerhet.

Rollen är inte definierad i lag, men kopplas ofta till skrivningarna om anmälningsansvar i hälso- och sjukvårdslagen som lyder "den som är anmälningsansvarig för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada bör ha en sådan ställning i organisationen att han eller hon kan överblicka och påverka patientsäkerhetsarbetet".

Verksamhetschefen har alltid det yttersta ansvaret för verksamhetens kvalitet och säkerhet, men det finns inga lagkrav på medicinsk kompetens. Där det "bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet" ska det finnas "någon" som svarar för verksamheten.

I praktiken vilar ett stort ansvar på chefläkarna. Men chefläkarnas anställning i linjen kräver lojalitet, vilket riskerar att äventyra såväl deras ställning som patientsäkerheten.

Hade vi haft ett fungerande system med oberoende chefläkare och där professionens larm togs på allvar tror jag inte exempelvis att det hade behövts en granskning från Inspektionen för vård och omsorg för att påtala det för oss självklara – att vårdplatsbristen är en fara för patienterna.

I själva verket finns exempel på när chefläkare i egenskap av arbetsgivarrepresentanter upprepat mantrat "patientsäkerheten är inte hotad" – i

skarp kontrast till den verkliga situationen. Det är fullkomligt oacceptabelt att de som påtalar patientsäkerhetsrisker drabbas av repressalier.

Här finns två allvarliga problem som måste åtgärdas. Dels måste lagen tydligt slå fast att den som är verksamhetschef har medicinsk kompetens – utan sådan kompetens är det omöjligt att ha ansvar för hälso- och sjukvård – dels måste chefläkarrollens ställning utredas.

Det är orimligt att den som ansvarar för patientsäkerhetsarbetet riskerar att straffas när patientsäkerhetsrisker påtalas. Chefläkaren ska vara fristående från den linje i organisationen som måste göra cheferna ovanför nöjda, och ska kunna agera självständigt utan risker för påtryckningar.

SJUKHUSLÄKARNA KRÄVER:

- ▶ Ett starkt skydd för visselblåsare – inte bara på pappret.
- ▶ En översyn av chefläkarrollen för att säkerställa en oberoende garant för patientsäkerheten.
- ▶ Ökad medicinsk ledning och närvaro på vårdavdelningar.
- ▶ Chefer ska som standard ha ett ben kvar i verksamheten.
- ▶ Hög medicinsk kompetens i sjukhusledning.
- ▶ En översyn av hälso- och sjukvårdslagen. Det är oacceptabelt att lagen inte ställer krav på verksamhetschefens medicinska kompetens.

Elin Karlsson

Ordförande i Sjukhusläkarna



Gedigen journalistik

▶ 2019 släppte Anna Gustafsson och Lisa Röstlund boken *Konsulterna - Kampen om Karolinska* – om införandet av värdebaserad vård på Karolinska sjukhuset.

Boken är resultatet av gedigen grävande journalistik, som visade på hur skattepengar tilläts läcka som genom ett säll – med enorma fakturabelopp och misstänkt jäv.

Nyligen har konsulter som var inblandade i just den härvan upp-taxerats, då det framkommer att enorma bonustillägg betalats ut på upp emot 30 miljoner kronor om året.

Hur konsulter som är verksamma inom skattefinansierad sjukvård kan räkna hem bonustillägg som leder till månadsinkomster över miljonen är för mig helt obegripligt. ◀

CHEFLÄKAREN ska vara fristående från den linje i organisationen som måste göra cheferna ovanför nöjda.



RADIODOKUMENTÄR OM SKANDALKIRURG

Den 16:e november släppte P3 Dokumentär historien om hur den karismatiske stjärnkirurgen Paolo Macchiarini lyckades dupera en hel värld, både professionellt och privat. För första gången i svensk radio berättar Benita Alexander, tv-producenten som föll för Macchiarinis uppvaktning, om hur hans lögner och dubbelliv succesivt uppdagades. I avsnittet medverkar även läkarkollegan Karl-Henrik Grinnemo, en av fyra visselblåsare som började förstå att allt inte stod rätt till.

30%

av de kliniska forskarna i ALF-regionerna har inte någon kontrakterad tid till forskning alls. Det visar en studie genomförd av Vetenskapsrådet. **Främst är det juniora forskare som saknar kontrakterad tid** för forskning och ALF-medlen går främst till professorer. De sju regionerna som omfattas av ALF-avtalet är Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Uppsala, Västerbotten, Östergötland och Örebro län.

AVBRUTEN UPPHANDLING KRING LYCKSELES FÖRLOSSNING

Efter att endast ett giltigt anbud inkommit beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden i region Västerbotten att avbryta upphandlingen av förlossningsverksamheten i Lycksele. Det var vid ett sammanträde i januari som man beslutade att upphandla ett konsultbolag med totalansvar för bemanning av såväl läkar- som

barnmorskekompetens efter att periodvis tvingats hålla stängt på grund av kompetensbrist.

Nu inleds i stället ett intensivt rekryteringsarbete efter såväl egen personal som hyrpersonal, med ambitionen att åter kunna starta upp förlossningsavdelningen i egen regi i slutet av januari 2024. ◀

Reaktioner på Sjukhusläkaren #5

► I vårt förra nummer granskade vi bland annat hur läkarnas fortbildningsmöjligheter på universitetssjukhusen har blivit allt mer begränsade under hösten – en nyhet som Läkartidningen var snabb att plocka upp. På ledarsidan i Svenska Dagbladet citerades Stella Cizinsky efter att ha blivit intervjuad i Sjukhusläkaren om sin bok *Dumhetsbekämpning*.



Lif släpper handlingsplan för läkemedelstillgänglighet

Lif – de forskande läkemedelsföretagen – lanserade i slutet av oktober en egen handlingsplan som beskriver hur branschen arbetar för att hantera och förebygga läkemedelsbrist. Bland de 10 åtgärdsförslagen fanns bland annat:

► Säkerställa så tidig och relevant restanmälan som möjligt för att kunna identifiera de kritiska

bristsituationerna så att det går att ge råd om alternativ

► System som identifierar, analyserar och påvisar eventuell obalans mellan tillgång och efterfrågan

► Arbete nationellt och internationellt för att öka kunskapen om grundorsakerna till läkemedelsbrister



FOTO: GETTY

3 disponibla vårdplatser på ett sjukhus leder till ett extra dödsfall varje år

DETTA TYDLIGA SAMBAND mellan brist på vårdplatser och mortalitet kunde forskaren Jonathan Siverskog vid Centrum för hälsoekonomisk forskning Uppsala universitet, slå fast i sin studie *The health cost of reducing hospital bed capacity* i fjol.

I studien går Jonathan Siverskog även vidare och översätter dödsfallen till kvalitetsjusterade levnadsår, det vill säga antal år i full hälsa som går förlorade.

– Då ser vi att en extra vårdplats skulle kunna vinna tre år i full hälsa. Räknar vi på kostnaden för en vårdplats så landar vi i 400 000 kronor per vunnet år i full hälsa, säger Jonathan Siverskog.

Förhoppningen är att denna uträkning ska kunna användas av regionerna när det kommer till prioriteringar i vården framöver, berättar han.

– Om man utvärderar till exempel en ny behandling och ser att kostnaden för ett år i full hälsa är högre än 400 000 kronor, då kan man säga att den nya behandlingen tränger undan mer hälsa än den genererar. Om vi utgår från att vården inte har oändligt med pengar så skulle detta kunna vara ett sätt att räkna ut om det nya man inför är för dyrt eller inte.

Men tankesättet går även att applicera på prioriteringar som inte direkt har med pengar att göra, menar Jonathan Siverskog.

– Som ett exempel på en åtgärd som inte kostar några pengar men som ändå har en kostnad i personaltid brukar jag lyfta enkäter för fallriskbedömning som sjuksköterskor fyller i varje gång en äldre patient skrivs in på en avdelning.

Om det tar ungefär en kvart att göra innebär det att en medelstor region lägger ca fyra heltidstjänster för sjuksköterskor per år på fallriskbedömningar, berättar Jonathan Siverskog.

– Alla är självklart överens om att fallolyckor leder till en enorm livskvalitetsförsämring och till och med dödsrisk men hur stor nytta gör egentligen all den här pappersexercisen? Vad hade hänt om vi lät professionen, i det här fallet sjuksköterskorna, göra en erfarenhetsbaserad bedömning av patienten de har framför sig i stället för att lägga tid på att fylla i enkäter? Plötsligt hade vi kanske kunnat bemanna ytterligare vårdplatser i stället! ◀

TEXT MALIN GAVELIN

HAR DU ETT EXEMPEL PÅ ONÖDIG DOKUMENTATION I DIN VARDAG?

Hör av dig till oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se

”En ytterligare resursminskning kommer tydligt att äventyra patientsäkerheten.”



Effekterna av införandet av EU:s arbetstidsdirektiv är att flera erfarna och kompetenta medarbetare på intensivvårdsavdelningen i Västerås har sagt upp sig. Det skriver överläkare **Stefan Ström** på Västmanlands sjukhus i en debattartikel på [sjukhuslakaren.se](https://www.sjukhuslakaren.se) där han bland annat föreslår att intensivvården bör undantas från det nya regelverket.

På intensivvårdavdelningen i Västerås hade man precis börjat se ljuset i tunneln efter att ha drabbats hårt av bemaningsproblem i samband med pandemin. Genom stora insatser hade intensivvårds-sjuksköterskor och undersköterskor nyrekryterats och man var åter på väg mot att bli den stabila, erfarna och kompetenta personalgrupp

som präglade avdelningen före pandemin, skriver Stefan Ström. Men effekterna av införandet av EU:s arbetstidsdirektiv är att flera mycket erfarna och kompetenta medarbetare på intensivvårdsavdelningen i Västerås sett sig tvungna att säga upp sig då de nya arbetstidsreglerna inte gått att para ihop med ett fungerande privatliv.

Stefan Ström

Överläkare, Intensivvårdsavdelningen, Operationskliniken, Västmanlands sjukhus Västerås, Region Västmanland

LÄS MER!
Du hittar hela debattartikeln på [sjukhuslakaren.se](https://www.sjukhuslakaren.se)

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

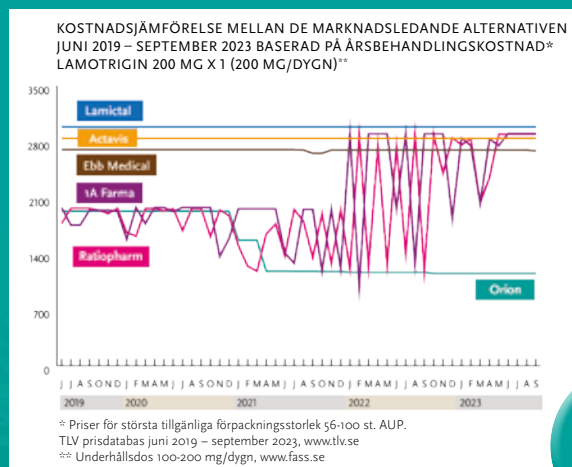
✓ Gör ett klokt val vid ordination - Välj Lamotrigin Orion



LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL

1. Kostnadsutveckling (AUP), TLV prisdatabas juni 2019 – september 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](https://www.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 antikonceptionsmedel 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**



GARDASIL.9
[Humant Papillomvirus
9-valent Vaccin, Rekombinant]

Vaccination för individer med ökad risk för HPV-associerad sjukdom: *1-3

- Män som har sex med män (MSM)
- Kvinnor som genomgår konisering
- Personer som lever med hiv

Från den 1 september i år går det att beställa Gardasil® 9 till upphandlat pris till individer som kan behöva vaccineras mot HPV, t.ex. de ovan nämnda grupperna. Möjlighet finns genom att göra avrop på avtalet för HPV-vaccin inom barnvaccinationsprogrammet. Vänligen kontakta vaccinsamordnare eller läkemedelsansvarig i din region. Skanna QR-koden för att läsa mer.

*Vaccinationen är profylaktisk mot nya HPV-infektioner och inte terapeutisk.



Gardasil 9 är ett adjuvansinnehållande icke-infektiöst, rekombinant, 9-valent vaccin mot humant papillomvirus (HPV) typ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 och 58 som är indicerat för aktiv immunisering av individer från 9 års ålder mot premaligna lesioner och cancer som påverkar cervix, vulva, vagina och anus orsakad av HPV-typerna i vaccinet, samt mot genitala vårtor (condyloma acuminata) orsakade av specifika HPV-typer. Gardasil 9 bör användas i enlighet med officiella rekommendationer. Gardasil 9, injektionsvätska, suspension i förfylld spruta, Rx, ej förmån. **Kontraindikationer:** överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. Individer som visat överkänslighet vid tidigare administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard bör inte få Gardasil 9. Det finns otillräckliga data för att rekommendera Gardasil 9 under graviditet och vaccination ska därför uppskjutas tills graviditeten är avslutad. Administrering av Gardasil 9 bör senareläggas hos individer med akut svår febersjukdom. Lindrig infektion såsom mild övre luftvägsinfektion eller lindrig feber, utgör däremot inte en kontraindikation för immunisering. För att underlätta spårbarhet av biologiska läkemedel ska läkemedlets namn och tillverkningsbetsnummer (batchnr) dokumenteras. Datum för översyn av produktresumé 06/2023.

För fullständig information och förpackningar, se www.fass.se

MSD Sverige AB, Box 45192, 104 30 Stockholm, Tel 08-578 135 00, [msd.se](https://www.msd.se), SE-GSL-00322 11/2023

Referenser:

1. Goldstone SE, et al. Lancet Infect Dis. 2022 Mar;22(3):413-425;
2. Jentschke M, et al. Vaccine. 2020 Sep 22;38(41):6402-6409; 3. Wei F, et al. J Infect Dis. 2023 Feb 14;227(4):488-497.



Färre får julklapp i år

TOMT UNDER GRANEN Förra året valde 18 av landets regioner att ge en julklapp till sina anställda, men i år beslutade endast 13 att göra det samma. Det visar Sjukhusläkarens kartläggning.

Region Värmland är en av de regioner som har gått från att i fjol ge varje anställd en julklapp till ett värde av 500 kronor till att i år slopa klappen helt. De erbjuder inte heller någon annan form av julfirande som jullunch eller julbord.

Och de är långt ifrån ensamma om att ha valt bort julklappen detta ekonomiskt pressade år. Totalt har hela åtta regioner fattat beslut om att prioritera bort detta, medan endast tre regioner slopade klappen året innan.

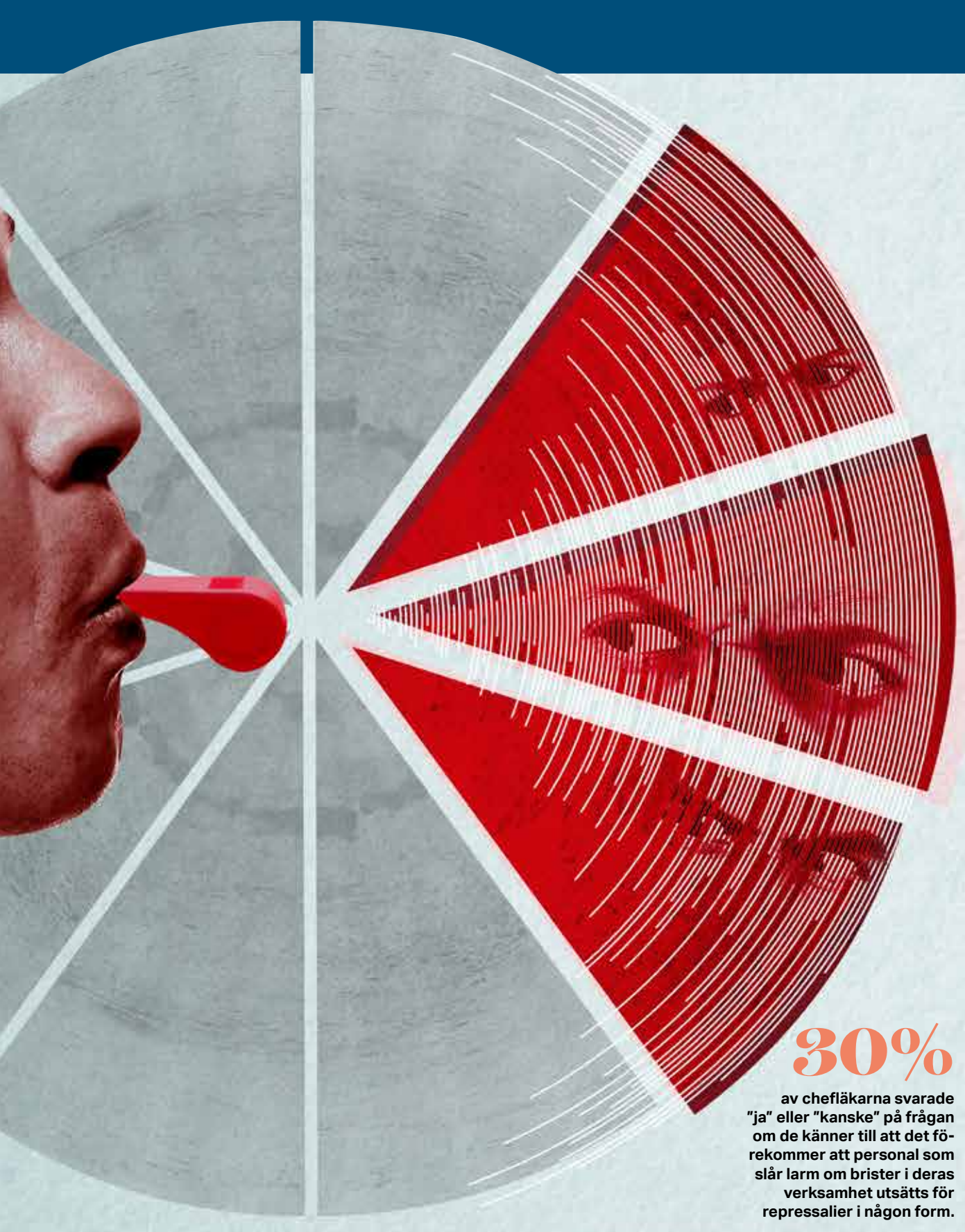
Den region som lägger absolut mest på sina anställda i juletid i år är Region Stockholm som både ger en julklapp till ett värde av 500 kronor, och låter respektive förvaltning styra över ett firande till motsvarande summa.

Den vanligaste julklappen i de regioner som fortfarande har valt att ge sina anställda en klapp i juletid är en digital gåvocheck eller ett erbjudande om att få välja mellan ett antal förbestämda gåvor.

När det kommer till julfirande i form av jullunch, julsmörgås eller julbord är det endast personalen i tre regioner som blir helt utan även detta.

LÄS MER!

Hur ser det ut i din region? Läs hela vår kartläggning på sjukhuslakaren.se



TEMA VISSSELBLÅSARE

CHEFLÄKARNA: STOR RISK FÖR REPRESSALIER

Hot om avsked, utskällningar och ifrågasättande av lojalitet. För personal som slår larm om brister i verksamheten på landets sjukhus väntar ofta repressalier. Det visar Sjukhusläkarens enkät till Sveriges chefläkare.

TEXT: MALIN GAVELIN RESEARCH: MALIN GAVELIN
& ANNA SOFIA DAHL ILLUSTRATION: ERIK NYLUND



30%

av chefläkarna svarade "ja" eller "kanske" på frågan om de känner till att det förekommer att personal som slår larm om brister i deras verksamhet utsätts för repressalier i någon form.

30 PROCENT AV chefläkarna på landets sjukhus svarar "ja" eller "kanske" på frågan om de känner till att det förekommer att personal som slår larm om brister i deras verksamhet utsätts för repressalier i någon form. Exempelen på repressalier som förekommer är många; mobbing, uppsägning, ignorering och starkt ogillande uppförande i hierarkin är bara ett axplock av de konsekvenser chefläkarna lyfter att de anställda eller de själva kan råka ut för efter att ha slagit larm.

– Det är förstås beklagligt och ledsamt, men inte på något sätt unikt för svensk sjukvård, säger chefläkaren Pelle Gustafson, som var med och startade nätverket Sveriges chefläkare år 2013 och fungerar som spindeln i nätet för detta. Han berättar att resultatet av Sjukhusläkarens enkät stämmer väl överens med både hans egen

bild av hur det ser ut runt om i landet och även hur resultatet av liknande undersökningar i andra länder och inom andra branscher har sett ut.

– Därför blir jag inte förvånad över det här resultatet – tvärtom tror jag att siffran 30 procent kanske är lite lägre än den verkliga siffran. Min uppskattning är snarare att närmare 40 procent av de som slår larm om brister riskerar att utsättas för någon form av repressalier i sjukhusvärlden. Vilket självklart är väldigt tråkigt.

DEN STORA FARAN med den överhängande risken för repressalier när man slår larm är att missförhållanden som finns på sjukhusen riskerar att inte komma upp till ytan. Därmed går det inte heller att ta itu med dem på ett tidigt stadium innan katastrofen är ett faktum, menar Pelle Gustafson.





Det finns i stort sett alltid folk som har vetat och sett, men av något skäl inte har vågat slå larm och berätta om detta.

– Mig veterligen finns det egentligen inget exempel på fall där det har gått riktigt galet där skandalen i fråga kommer som en total överraskning för personerna som jobbar i organisationen. Det finns i stort sett alltid folk som har vetat och sett, men av något skäl inte har vågat slå larm och berätta om detta. Macchiariniaffären är ett aktuellt exempel, men detta gäller även för till exempel flertalet av de vårdskandaler som har skett i England.

”Tysta organisationer” brukar man benämna dessa organisationer som, berättar Pelle Gustafson – något han anser vara synonymt med en potentiellt osäker organisation.

– **DET FINNS TYDLIGA** faror med tysta organisationer och en av chefläkarnas viktigaste uppgifter är att motverka detta. Vi är visserligen mer medvetna om det här än vi var för 20 år sedan, men vi är definitivt inte där vi ska vara.

Vilka är då orsakerna bakom att organisationer tystnar? Är det alltid ledningens fel?

– Det kan absolut handla om den rådande organisationskulturen och en ledning som signalerar till sina medarbetare att de bör hålla tyst om vad de vet om de inte vill riskera påföljder. Då blir den självklara konsekvensen att organisationen tystnar. Men jag tror också att det här är ett djupt mänskligt beteende – att man inte alltid vill eller vågar berätta. Ibland har man kanske något att förlora på saken själv och väljer därför att vara tyst. Kanske tror man att det kommer att bli värre än det är eller har sett tydliga exempel på hur andra som har larmat har farit illa.

Pelle Gustafson nämner åter igen Macchiariniaffären som exempel.

– Där såg många vad det kan kosta att ställa sig upp och säga att det här är inte bra. Den typen av skandal göder tyvärr tystnadskulturen – och inte bara i den organisationen där det faktiskt inträffade.



Pelle Gustafson startade nätverket Sveriges chefläkare 2013.

Vad kan en ledning göra för att motverka det här?

– Vilken organisationskultur som råder på ett sjukhus följer i de allra flesta fall tydligt linjeorganisationen och ansvaret för den följer därmed också helt och hållet linjen. I den ingår både politiker och tjänstemän och det finns delvis också professionsinslag och viss påverkan från IVO och patientsäkerhetsorganisationen. Som chefläkare är en av dina absolut viktigaste roller att motverka tysta organisationer, så mycket det bara går. I stället ska man tillsammans med ledningen verka för det som på engelska kallas ”just culture”, en schysst kultur där man som anställd vet att jag inte kommer att råka ut för repressalier om jag påpekar att något inte är bra. Men med det följer givetvis också att jag behöver ta ansvar för om jag själv gör något som är mindre bra. Därmed inte sagt att jag ska bli utpekad som enskild yrkesutövare – ofta handlar det om systemfel och att jag inte har haft de rätta förutsättningarna för att göra mitt jobb på ett bra sätt.

Hur har utvecklingen sett ut på det här området under den tid du har jobbat som chefläkare?

– Min uppfattning är att det har blivit bättre de senaste 20 åren, men inte våldsamt mycket bättre och vi är absolut inte där vi bör vara. Men utvecklingen har gått åt rätt håll och skälet är att vi från att överhuvudtaget inte har berört frågan, nu börjar få fram nationella och internationella studier som har visat på hur viktigt det är att jobba kontinuerligt med de här frågorna. Generellt kan man säga att vi här i Norden ligger lite bättre till när det gäller organisationskultur än de gör i de anglosaxiska länderna. Värst ser det ut i de gamla öststaterna där det finns en lång tradition av att hålla tyst för att inte riskera att själv råka illa ut.

Finns det någon skillnad mellan stora och små sjukhus i det här avseendet?

– Det finns skillnader, men därmed inte sagt att en stor organisation är bättre än en mindre eller vice versa. Mindre enheter har flera positiva faktorer som kortare beslutsvägar, att alla känner varandra och att allt är mer överblickbart. Men detta kan också vara negativt ibland. Kanske känner man varandra lite för bra – man jagar ihop på helgen och har barn i samma fotbollslag. Då kan det uppstå personliga hänsynstagan som driver tystnad. Tittar du på en större organisation så är det mindre sannolikt att den formen av orsaker till tystnad finns. Där är det lite mer opersonligt och du har en större genomströmning av personer i form av till exempel studenter och personer som jobbar en kortare tid. Det fungerar som skyddande faktorer mot att en organisation tystnar. Men sedan är de betydligt svårare att överblicka och i en stor organisation kan det pågå en massa saker som bara ett fåtal känner till.

10 % av chefläkarna svarade ja eller kanske på frågan om de själva har utsatts för repressalier – vad är farorna med det?

– De är nästan också en lite låg siffra, tror jag. Men det är helt och hållet en följd av den position som chefläkaren eller chefsjuksköterskan har. I den rollen måste man vara beredd på att rikta kritik och fatta obekväma beslut, både uppåt och nedåt, och ta itu med dynghögar vilket givetvis kan få negativa konsekvenser. Det finns flera exempel på chefläkare som inte har fått förlängt förtroende på olika håll i landet som en direkt följd av att de har slagit larm. Den vanligaste konsekvensen av det är att man kanske håller tyst eller inte för fram allt som borde föras fram innan man är helt bombsäker. Ibland får chefläkare kritik nedifrån om att vi är ledningens knähundar, men självklart kommer kritik även uppifrån. Det viktigaste då är att inte vara ensam utan ha en grupp av chefläkarkollegor att bolla med och vända och vrida på saken tillsammans med – och så har de flesta organisationer det utformat idag. Man kan också ringa till en chefläkarkollega i någon helt annan del av landet för

RÖSTER UR ENKÄTEN

- ▶ ”Personer som försöker påtala brister, till exempel gällande ledarskap har fått sluta/köpts ut.”
- ▶ ”Man blir ignorerad – avvikelser lämnas utan åtgärd eller att man skyller på någon annan.”
- ▶ ”Det finns fortsatt medarbetare som uppfattar avvikelsehanteringen som angiveri och blir upprörda och kan skälla på folk.”
- ▶ ”Vi har fortfarande inte nått en säkerhetskultur där man kan känna sig trygg om man påtalar brister.”
- ▶ ”Tillsagda att 'inte rapportera så mycket'.”
- ▶ ”Inte på mitt sjukhus. Men hos privata vårdgivare.”
- ▶ ”Mobbning, uppsägningar.”
- ▶ ”Kanske inte direkta repressalier – men starkt ogillande uppifrån i hierarkin om personal går utanför 'linjen' och beklagar sig för regionpolitiker eller media.”
- ▶ ”Blivit ifrågasatt om lojalitet efter att ha skrivit avvikelse.”
- ▶ ”Flera personal har slutat på grund av hot då de önskar förändringar med mer patientsäkerhet. Även chefer har fått gå eller varit med om att fortsätta tystnadskulturen som råder.”



! **Så gjordes enkäten**
Sjukhusläkaren skickade ut en anonym webbenkät till landets 124 chefläkare inom slutenvården. Totalt besvarade 84 av chefläkarna enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 68 procent.

att dryfta den här typen av nyanser och bedömningar och fråga efter stöd och erfarenheter.

Borde chefläkarna ha en mer fristående roll?

– Svaret på den frågan är inte helt enkelt. Det finns fördelar och nackdelar med att vara mer fristående eller befinna sig närmare den organisation som man är satt att granska och påverka. För 10-15 år sedan var chefläkaren mer fristående, men också en ouppnåelig person som man inte hade att göra med om det inte hade gått alldeles galet. Om man däremot vill att chefläkaren ska vara med och påverka redan innan det händer omfattande saker i verksamheten – informera de men också informera – ja då är det svårt att också vara helt oberoende. Här gäller det att hitta en bra avvägning där du är tillräckligt nära för att kunna påverka, men också tillräckligt långt ifrån för att kunna dra i snöret. Ställer du dig alldeles för långt ifrån får du inte veta vad som pågår. Det är det som är kärnan och det är det som mycket av arbetet i vårt nätverk för chefläkarna går ut på – att hjälpa medlemmarna i nätverket att hitta den rätta positionen. ◀

"Att visselblåsa kräver mycket av en person"

Att påstå att visselblåsare inom vården är illojala är högst felaktigt – tvärtom kännetecknas de av ett starkt rättspatos och en lojalitet mot patienterna utöver det vanliga. Det menar lektor Peter Johansson som bland annat har skrivit en forskningsrapport om de nya anonyma visselblåsarfunktionerna som ska vara införda senast i december i år.

TEXT MALIN GAVELIN

RESULTATET AV Sjukhusläkarens enkät till chefläkarna, där nästan en tredjedel vittnar om att den som slår larm om brister inom vården utsätts för repressalier, är inget som förvånar Peter Johansson.

– Det är väldigt vanligt oavsett verksamhet att visselblåsare utsätts för repressalier och det är de flesta anställda väl medvetna om. Det hänger ihop med att det upplevs som att man inte är lojal mot verksamheten, säger han.

Men ingenting kunde egentligen vara mer fel, betonar Peter Johansson. För en av visselblåsarnas starkaste drivkrafter är just lojalitet.

– Men inte lojalitet mot organisationen i sig utan mot patientsäkerheten, rättssäkerheten eller något av de andra värden som präglar den verksamhet personen i fråga jobbar inom. Det patoset är så starkt att man slutligen väljer att gå utanför den egna organisationen.

FÖR MÅNGA GÅNGER har visselblåsaren försökt påtala brister under en lång tid innan dess, något som har gjort att personen i fråga slutligen



Peter Johansson.

har tappat tilliten till organisationen, berättar Peter Johansson.

– Till slut ser de ingen annan utväg. Att välja att visselblåsa kräver mycket av en person och är ingenting man bara gör över en natt. Ofta finns det många andra som känner till det hela men som av olika skäl väljer att vara tysta. Inte sällan av rädsla för just repressalier, berättar Peter Johansson.

ACCEPTANSEN FÖR ATT man till exempel går till medierna och riktar sin kritik är dock generellt låg i svenska organisationer, berättar Peter Johansson.

– Det visar tidigare studier på området. Däremot finns det ett starkt stöd för att man ska ha rätt att göra det. Men när det kommer till den egna organisationen och att den skulle riskera att uppfattas på ett negativt sätt eller få dåligt rykte, då blir det plötsligt en negativ sak i många ögon. Det som är tråkigt i just det här fallet med er enkät är att det handlar om vård och patientsäkerhet och då blir risken för repressalier för den som larmar naturligtvis extra allvarligt. Vården är annars en sektor där man har

jobbat extra mycket med att komma tillrätta med problem av det här slaget, berättar Peter Johansson.

– Det har utvecklats arbetssätt som i mindre utsträckning handlar om vem som är skyldig utan om att jobba på att åtgärda det hela med systemfelen i fokus. Helt enkelt kvalitetsförbättringar som bygger på patientsäkerhet. Då är det extra olyckligt att en så hög andel upplever att den som slår larm riskerar repressalier i olika form och då blir det anonyma funktionerna, som från och med nu ska finnas överallt, extra användbara.

VANLIGA FORMER AV repressalier i offentliga organisationer är att bli utfrusen, att på olika sätt bli hindrad i sin karriär och tilldelas sämre arbetsuppgifter, berättar Peter Johansson.

NYA VISSSEL-BLÅSARDIREKTIVET

- Den nya EU-lagstiftningen kring visselblåsning innebär att anonyma visselblåsarfunktioner numera är obligatoriska i samtliga organisationer, både privata och offentliga, med fler än 50 anställda.
- Förra sommaren började direktivet gälla alla organisationer med fler än 250 anställda och från och med den 17 december i år omfattas även mindre organisationer.
- Lagen har ett minimikrav på hur funktionen ska vara utformad och det är att det både ska gå att ringa, göra ett personligt besök och skicka brev till visselblåsarfunktionen.
- De flesta organisationer har löst det genom olika former av webbformulär, antingen internt eller via en extern funktion utanför den egna organisationen.
- I lite mer än hälften av regionerna har den vanligaste lösningen varit att köpa in en extern visselblåsarfunktion.
- Innan det nya direktivet kom hade 9 av landets 21 regioner redan någon form av anonym visselblåsarfunktion.

– Gemensamt för repressalierna är att de syftar till att straffa någon och ofta få personen att säga upp sig självmant. Att ge någon sparken behövs oftast inte – det finns andra sätt att få folk att känna att de inte vill vara kvar.

Vilka konsekvenser får det för en organisation om de anställda riskerar repressalier när de slår larm?

– Om det anställda inte känner sig trygga att påpeka felaktigheter så fungerar organisationen generellt sämre. Den yttersta konsekvensen är när något väldigt allvarligt händer – plötsligt har till exempel en patient dött. Då är det ett enormt misslyckande att inte ha lyckats fanga upp systemfelet i tid. Målsättningen måste alltid vara ökad patientsäkerhet, öppenhet, transparens och trygghet att påtala det som inte stämmer. En annan konsekvens av en otrygg organisation är



”Sedan blir det naturligtvis ett problem om det är chefen själv som är problemet.

att personalen helt enkelt lämnar och går någon annanstans. Om man inte vill visselblåsa – ja då vill man troligtvis inte heller jobba kvar i något som är dysfunktionellt. Därför blir konsekvenserna också ofta kompetensbrist och ett behov av att rekrytera nya personer vilket kostar en hel del pengar.

Vilka är orsakerna bakom att den här kulturen ändå råder på vissa håll i regionerna?

– Det är svårt att svara på varför organisationskulturer utvecklas på ett negativt sätt. Det handlar om ledning men på vilken nivå är den stora frågan. Ibland handlar det om en enskild avdelning där det skapas en kultur där ingen vågar säga något och ibland handlar det om en hel verksamhet. Chefen är kanske inte intresserad eller också skapas det en tystnadskultur bland de anställda av någon anledning. Väldigt många verksamheter är pressade och därför finns det lite tid att stanna upp och reflektera över vad man gör, men då måste man ändå försöka prioritera detta. Det finns alltid saker som är väldigt akuta och det som inte är lika akut. Reflektion och diskussion tenderar att hamna en bit ner på listan men efter ett tag blir de bitarna också akuta.

– **SOM CHEF BEHÖVER** du signalera att du är intresserad och öppen för feedback från medarbetarna som är de som ser problemen. Man behöver bjuda in och visa att det som påtalar något inte hamnar i klistret. Sedan blir det naturligtvis ett problem om det är chefen själv som är problemet. Men då får man gå till nästa chef och vill eller vågar man inte det är det läge att använda sig av de anonyma visselblåsarfunktionerna. Men egentligen är användningen av visselblåsarfunktionerna ett dubbelt misslyckande – både att de finns något att blåsa om och att man måste använda den för att det inte har gått på annat sätt. I den bästa av världar skulle de inte behöva finnas, men verkligheten ser annorlunda ut. ◀

Risken för repressalier beror mycket på det lokala ledarskapet och ledningskulturen menar Peter Valverius.

Lojaliteten mot patienterna är viktigast

Under sina tio år som chefläkare har Peter Valverius hört hur medarbetare som har slagit larm om brister både har behandlats mindre väl och tvingats bort. Men han betonar att antalet chefer som tar emot kritik på ett bra sätt är betydligt fler.

► 67 år fyllda är psykiatrikern **Peter Valverius** inte bara en erfaren chefläkare – han känner sig också trygg med att tala öppet om de problem med tystnadskultur och risker för repressalier som råder på vissa håll inom vården.

– Det jag har noterat är att det här har oerhört mycket med det lokala ledarskapet och ledningskulturen att göra. För visst förekommer det att chefer tar emot budskap om att något inte stämmer på ett mindre bra sätt och att detta i slutändan leder till att personen som slog larm känner sig så pass obekvämt att hon eller han frivilligt väljer att lämna arbetsplatsen. Det är naturligtvis jättetråkigt varje gång det händer.

Dåliga chefer som inte kan ta emot kritik är dock betydligt ovanligare än de chefer som tar emot budskapet på ett bra sätt och börjar jobba för att det ska bli bättre, menar han.

– Frågor, nyfikenhet och intresse av att förbättra skulle jag säga är en betydligt vanligare reaktion när brister påtalas än tvärtom. Det tyck-

er jag är väldigt viktigt att det kommer fram i ett sånt här sammanhang.

Men även Peter Valverius själv har i sin roll som chefläkare i region Blekinge varit med om repressalier i form av det som brukar benämnas som ”korrigeringssamtal” efter att ha påpekat saker i verksamheten som inte har stått rätt till.

– Ja, eller utskällning kanske man snarare skulle kunna kalla det. Det har jag råkat ut för två eller tre gånger under mina år som chefläkare. I min roll ser jag det som fullt naturligt att någon emellanåt reagerar emotionellt och jag tar inte åt mig. Som en föregångare sa till mig: ”Vårt arbete är inte någon popularitetstävling”. Men i 99 fall av 100 blir även dåliga budskap väl mottagna.

Peter Valverius råd till läkarkollegor som har upptäckt felaktigheter i sin verksamhet och känner osäkerhet inför chefens reaktion är därför att ändå våga stå på sig.

– Det kan låta kaxigt men lojaliteten gentemot patienterna är betydligt viktigare än lojaliteten mot någon chef. Patientsäkerhetslagen är väldigt tydlig i detta. Är man rädd för att bli utsatt för något då ska man framföra det hela tydligt och dokumenterat i skrift. Skicka det gärna till flera – kanske både till facket, chefen och cheferns chef. Då blir det också svårare att tysta ner det. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

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.tv.se



LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



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

ORION
PHARMA

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx]. (F). **Enterotabletter, Indikation och subvention:** Behandling av akut fas av mild till måttlig ulcerös kolit, underhållsbehandling vid remission av ulcerös kolit. Säkerhet och effekt för barn och ungdomar <18 år har inte fastställts, ska inte ges till barn <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. Ska inte användas under graviditet och amning såvida inte den potentiella nyttan av behandlingen överväger de möjliga riskerna enligt läkarens bedömning. **Suppositorier, Indikation och subvention:** Behandling av distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) vid lindriga eller måttliga akuta exacerbationer, underhållsbehandling vid remission. Det finns begränsat med information för användning hos barn mellan 6–18 år, rekommenderas inte för användning hos barn <6 år. **Försiktighet:** Utöver vad som gäller för enterotabletter, ska kontroll av blodprover (fullständig blodstatus) och urinprover 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 och Suppositorium 500 och 1000 mg: 2023-01-25. För priser och ytterligare information se www.fass.se. mesa-4(8)/2023-09-30

Larmet från kirurgerna i Skåne:

Patienter dör i operationsköerna!

På grund av rädsla för repressalier valde ett antal kirurger på SUS att slå larm anonymt om brist på operationskapacitet och en ignorant ledning. ”Detta är ett rop på hjälp” skriver de i brevet som är adresserat till sjukhuschefen **Björn Ekmehag** och regiondirektör **Lars-Åke Rudin**.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO EMIL LANGVAD/REGION SKÅNE

”DEN HÖGSPECIALISERADE KIRURGIN i Lund är i fritt fall!” så inleds det brev som ett okänt antal kirurger författade anonymt till sjukhusledningen i början av året. I brevet beskriver de bland annat det enorma underskottet på operationskapacitet som enligt kirurgerna leder till att patienter dör i operationsköerna. ”Patienter med svåra benigna sjukdomstillstånd som kräver avancerad kirurgi som bara kan utföras i Lund (av kompetensskäl) väntar i flera år med katastrofal livskvalitet eller kommer till sjukvården akut med livshotande tillstånd” beskriver de och kräver bland annat ledningens avgång.

Michael Hermanson, överläkare och fackligt klinikombud på den aktuella kliniken, berättar att många inom den högspecialiserade kirurgin i Lund kan känna igen sig i delar av det som skrivs i brevet.

– **DET ÄR ABSOLUT INTE** taget ur luften. Andan i brevet och mycket av det som står där kan många känna sympati med i olika grad. Men det är också relativt tillspetsat i vissa avseenden.

Michael Hermanson anser inte heller att tyst-

nadskulturen på enheten generellt skulle vara så påtaglig att man inte vågar slå larm öppet.

– Nu är jag visserligen senior överläkare och har en position som ger en annan trygghet. Det finns säkert personer här som inte vågar säga vad de tycker fullt ut, men jag skulle inte gå så långt som att säga att vi har en tystnadskultur.

”Det finns säkert personer här som inte vågar säga vad de tycker fullt ut.”

GRUNDPROBLEMATIKEN INOM den högspecialiserade kirurgin i Lund är att man inte har kunnat leverera det man behöver på flera år.

Det hela bottnar i en resursbrist på centraloperation som har varit särskilt påtaglig under

Innehållet i brevet är absolut inte taget ur luften, säger det fackliga klinikombudet Michael Hermanson.



"Jag hoppas att brevet ska leda någonstans"

Chefer med hotfullt tonläge som kopplar in HR för minsta lilla och som anser att du som läkare ska se mellan fingrarna när allvarliga medicinska misstag begås. Sjukhusläkaren har pratat med en anonym läkare vid den berörda kliniken som har valt att ta tjänstledigt för att hen inte stod ut.

► – Det var ren skrämseltaktik. De gjorde en stor sak av jättesmå grejer och kallade in HR för att man skulle få en formell prick i protokollet. Jag fick höra från sjuksköterskorna och de medicinska sekreterarna att de hade ombetts skriva ner allt som är dåligt med mig för att det skulle användas mot mig vid ett senare tillfälle. Det skrevs saker som att jag hade varit kort i tonen i sammanhang där jag till

exempel bara ville förvissa mig om att ett viktigt budskap hade gått fram. En av sekreterarna valde att säga upp sig för att hon tyckte att detta – och kulturen på kliniken – var så obehaglig.

Läkaren, som Sjukhusläkaren träffar mitt i sorlet på ett café i Skåne, tar en klunk av sitt kaffe och suckar tungt vid minnet.

Hen beskriver hur hen bara ville göra rätt i en pressad arbetssituation men bemöttes av total oförståelse och upprepade försök att skrämma hen till tystnad.

Avvikelseerna hen skrev togs inte på allvar.

– De tyckte att jag skulle ha förståelse för att ordinationer till exempel inte hade följts och för att viktiga

prover inte hade tagits eftersom verksamheten var så pressad. När jag försökte stå på mig upplevde jag att jag blev mer eller mindre trakasserad.

Det kunde handla om att chefen oanmäld dök upp i tid och otid inne på arbetsrummet och hade en hotfull samtalston, berättar läkaren.

Hen fick också mejl från chefen med länkar till jobbannonser på andra arbetsplatser.

– De ville få bort mig, helt enkelt. Totalt är vi mellan sex-sju personer i och runt omkring den här verksamheten som har begärt tjänstledigt för att vi inte stod ut. Jag hoppas verkligen att brevet ska leda någonstans och jag skulle gärna komma tillbaka under förutsättningen att det blir ett annat chefsstyre. ◀

BRISTERNA ENLIGT BREVSKRIVARNA

- Brist på operationskapacitet
- Ledningen

de senaste fem-sex åren, menar Michael Hermanson.

– Det skapar naturligtvis en stor frustration. Detta är en universitetsklinik med stolta traditioner men nu är vi i ett läge där man kämpar för att överhuvudtaget kunna utföra sitt jobb på ett bra sätt. Man har jobbat hårt med denna fråga på olika nivåer i linjeorganisationen men man måste konstatera att utfallet hittills har varit magert. Att avsätta hela chefsledet tror jag dock inte är lösningen.

DET SOM HAR HÄNT sedan brevet skrevs är att ledningen har tillsatt en extern utredning där en psykolog har intervjuat samtliga medarbetare för att skapa sig en bild av problematiken, berättar Michael Hermanson.

– Utredningen med intervjuer visade att en tredjedel av medarbetarna har mycket lågt förtroende för våra chefer, en tredjedel är nöjda med cheferna och en tredjedel utgör en grupp med olika grad av missnöje där den starkaste kritiken

rör att man inte lyckats lösa kapacitetsbrist på operation.

Att anlita en extern utredare var en rimlig åtgärd av arbetsgivaren, menar Michael Hermanson.

– MEN NU BEHÖVER vi ta oss från ord till handling. Det finns en viss utredningströthet i gruppen eftersom vi gick igenom något liknande för några år sedan. Vi har helt enkelt pratat väldigt mycket – och nu är det dags för åtgärder så att vi kan komma framåt. Intervjuerna visar att många av kirurgerna känner att man saknar inflytande och möjlighet att påverka både den egna kliniken och hur arbetet organiseras på operationsenheten. Många medarbetare har också haft synpunkter på hur arbetet med akuta patienter är organiserat. Idag har vi haft nytt möte och våra chefer har presenterat flera beslut som jag tycker pekar i rätt riktning. Framtiden får utvisa hur effekten blir av dessa. ◀



Michael Hermanson.

Kyprolis®
(karfilzomib)

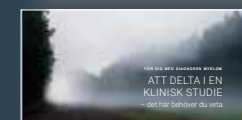


Indikationer: KYPROLIS® i kombination med daratumumab och dexametason, med lenalidomid och dexametason eller med enbart dexametason är indicerat för behandling av multipelt myelom hos vuxna patienter som tidigare har fått minst en behandling.

KYPROLIS® (karfilzomib) Rx, Ej förmån, ATC-kod: L01XG02. 10 mg, 30 mg, 60 mg pulver till infusionsvätska, lösning. Indikation: KYPROLIS i kombination med daratumumab och dexametason, med lenalidomid och dexametason eller med enbart dexametason är indicerat för behandling av multipelt myelom hos vuxna patienter som tidigare har fått minst en behandling. Kontraindikationer: Eftersom KYPROLIS administreras i kombination med andra läkemedel ska produktresuméerna för dessa läkemedel läsas för information om ytterligare kontraindikationer. Datum för översyn av produktresumén: 01 april 2022. För mer information, läs fullständig produktresumé på www.fass.se.

levamedmyelom.se

LEVAMEDMYELOM är en informationssida om myelom. Här kan du ta del av "Liten myelomskola" och annat material som kan vara ett stöd i livet med myelom.



skanna för att komma till websidan där du kan läsa mer och beställa material!

AMGEN

Gustav III:s Boulevard 54, 169 27 Solna.
08-695 11 00. www.amgen.se

Vilka åtgärder kommer du att vidta?

Alla signaler om tystnadskultur på SUS är oroande och tas på största allvar. Det menar sjukhuschefen **Björn Ekmebag**.

– Jag hoppas och tror att det inte är något utbrett fenomen.

TEXT MALIN GAVELIN

Hur ser du på innehållet i det här anonyma brevet från kirurgerna på SUS?

– Vi tar givetvis alla signaler om brister i vår arbetsmiljö eller bristande patientsäkerhet på största allvar. Kirurgerna skriver att patienter dör i operationsköerna och att den högspecialiserade kirurgin befinner sig i fritt fall – känner du igen den här bilden av situationen?

– Vi följer kontinuerligt våra vänstetider, och arbetar ständigt med att förbättra vår vårdkapacitet och med medicinska prioriteringar. Det är sant att vi tidvis haft för långa väntetider även till högprioriterad kirurgi. Det har vi varit öppna med och i flera fall har vi även anmält konsekvenserna av detta till IVO enligt lex Maria. Vi är glada över att situationen utvecklar sig åt rätt håll. Jag känner inte igen bilden av att den högspecialiserade kirurgin skulle vara i fritt fall.

Vilka åtgärder kommer du att ta till efter att du har tagit del av detta larm från kirurgerna på SUS?

– Jag vill uttrycka mitt fulla förtroende för det arbete som verksamhetens ledning gör. Jag har också haft dialog kring detta med läkargruppen. En extern genomlysning har



BJÖRN EKMEBAG
är sjukhuschef på Skånes universitetssjukhus.

genomförts, med förslag på hur vi ska arbeta vidare.

Hur ser du på det faktum att kirurgerna bakom brevet väljer att vara anonyma när de slår larm om dessa allvarliga patientsäkerhetsbrister?

– Jag oroar mig självklart över alla signaler om tystnadskultur. Därför är

det trots allt lite uppmuntrande att berörd läkargrupp i andra sammanhang varit tydliga kring de brister man upplever.

Vad säger det om er organisation att man inte vågar gå ut öppet med den här formen av allvarligt larm om patientsäkerhetsbrister?

– Jag är alltid mycket tydlig med att vi ser det som oerhört viktigt att medarbetare ska rapportera brister och att vi tar dessa signaler på största allvar. Det får inte råda någon tystnadskultur inom vårt sjukhus, det vore förödande. Jag hoppas och tror att det inte är något utbrett fenomen.

Vilka åtgärder kommer du att vidta för att komma tillrätta med den här tystnadskulturen/rädslan för repressalier som verkar råda i er organisation?

– Vi kommer fortsätta vara mycket tydliga med att tystnadskultur är skadligt för vår organisation och för patienterna, och att rädsla för repressalier på alla sätt ska motverkas. Det får inte förekomma. I den nu aktuella verksamheten har man bland annat skapat ett gemensamt forum där chefer och medarbetare möts för dialog om hur samtalsklimat och öppenhet kan förbättras. ◀

Vazkepa ▼
(ikosapentetyl)

IGÅR HADE LENA VEDERTAGEN STANDARDBEHANDLING.* IDAG KAN HENNES RISK FÖR EN NY KARDIOVASKULÄR HÄNDELSE MINSKA MED 25 % (RRR).¹

4,8 % ARR, NNT 21, p<0,001

INGÅR I HÖGKOSTNADSSKYDDET
MED BEGRÄNSAD SUBVENTION^{2**}

VAZKEPA – sänker den kardiovaskulära risken hos vuxna statinbehandlade patienter med hög kardiovaskulär risk och förhöjda triglycerider (≥ 1,7 mmol/l) och etablerad kardiovaskulär sjukdom eller diabetes och åtminstone ytterligare en kardiovaskulär riskfaktor.³



RRR-Relativ riskreduktion = 1-(HR) x 100%; **ARR**-Absolut riskreduktion = absolut risk kontrollgrupp – absolut risk behandlingsgrupp; **NNT**-Numbers needed to treat = 1/ARR.

* I REDUCE-IT stod 93 % av patienterna på medel- till högtintensiv statin-behandling. Samtliga patienter hade måttligt förhöjda triglyceridnivåer och etablerad hjärt-kärlsjukdom eller diabetes och åtminstone ytterligare en kardiovaskulär riskfaktor.¹ **Subventioneras endast för behandling av statinbehandlade patienter med förhöjda triglycerider (≥ 150 mg/dl [≥ 1,7 mmol/l]) och etablerad kardiovaskulär sjukdom.²

Referenser: 1. Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. N Engl J Med. 2019;380(1):11-22. 2. TLV beslut 2838/2021, 2022-03-24. 3. Vazkepa produktresumé 04/2022, fass.se.

▼ DETTA LÄKEMEDEL ÄR FÖREMÅL FÖR UTÖKAD ÖVERVAKNING.

VAZKEPA® (ikosapentetyl), 998 mg, mjuka kapslar. Medel som påverkar serumlipidnivåerna. Rx, (F) Subventioneras endast för behandling av statinbehandlade patienter med förhöjda triglycerider (större än eller lika med 150 mg/dl [större än eller lika med 1,7 mmol/l]) och etablerad kardiovaskulär sjukdom. **Indikation:** Vazkepa är avsett för att minska risken för kardiovaskulära händelser hos vuxna statinbehandlade patienter med hög kardiovaskulär risk och förhöjda triglycerider (≥ 150 mg/dl [≥ 1,7 mmol/l]) och: • etablerad kardiovaskulär sjukdom eller • diabetes och åtminstone ytterligare en kardiovaskulär riskfaktor. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen, soja eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Ska användas med försiktighet vid känd överkänslighet mot fisk och/eller skaldjur. Vid nedsatt leverfunktion ska koncentrationerna av ALAT och ASAT övervakas innan behandlingen påbörjas och vid lämpliga intervall under behandlingen. Icosapentetyl har förknippats med en ökad risk för förmaksflimmer eller förmaksfladder. Patienter, särskilt de med en relevant anamnes, ska övervakas för kliniska tecken på förmaksflimmer eller förmaksfladder. Behandling har förknippats med en högre incidens av blödning. Patienter som tar ikosapentetyl med antitrombotiska läkemedel kan ha högre risk för blödning och ska övervakas regelbundet. Innehåller maltitol, sorbitol och sojalecitin. Ska inte användas vid allergi mot soja eller jordnötter. **Graviditet:** Begränsad mängd data hos gravida kvinnor. Användning under graviditet bör undvikas, såvida inte nyttan anses överväga den potentiella risken för det ofödda barnet. **Amning:** Utsöndring i bröstmjölk är okänt. En risk för det ammande barnet kan inte uteslutas. Ett beslut måste fattas om man ska avbryta amningen eller avbryta/avstå från behandling efter att man tagit hänsyn till fördelen med amning för barnet och fördelen med behandling för kvinnan. **Datum för översyn av produktresumén:** 2022-04-25. **För ytterligare information samt priser** se www.fass.se. **Ombud:** Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited, tel.: +46-84-4685033, e-post: AmarinConnect@amarincorp.eu. Rev. 2023-05.

Vad hände med pristagarna?

Sjukhusläkaren har pratat med åtta prisbelönta visselblåsare som alla har valt att lämna sina arbetsplatser. Raserade verksamheter, undermåligt ledarskap, toxiska arbetsmiljöer och fortsatta repressalier. Priset blev högt, men ingen ångrar att de stod upp för patienterna och viktiga värden.

TEXT EVA NORDIN

2023 – DEBATT OM MENINGSLÖS ADMINISTRATION

Sten Jacobsson är vårdenhetsöverläkare på Skaraborgs sjukhus och en av sex visselblåsare som belönades med 2023 års visslarpris.

Nu har han tröttnat på systemfelen i offentlig sjukvård och tar vid årsskiftet tjänstledigt för att arbeta som konsult i privat verksamhet.

Priset fick Sten Jacobsson tillsammans med Jonas Klang samt kollegorna Tamas Greger, Hrefna Grímsdóttir, Gerhard Johansson samt Jessica Wettergren.

I en välformulerad debattartikel slog de larm om LMV, luftslott av meningslös verksamhet. Det vill säga hur mängden icke patientnära administration vuxit på bekostnad av kärnverksamheterna och vilka allvarliga konsekvenser det får.

– Jag tror att visslarpriset och vår debattartikel har gjort nytta och haft viss påverkan på beslutsfattare. Vi får signaler om att det händer saker på Sahlgrenska universitetssjukhuset. På Skaraborgs sjukhus har det



varit betydligt trögare, säger Sten som inte upplever att han utsatts för konkreta repressalier i samband med debattartikeln, men han har upplevt irriterad stämning, nytillkomna glasdörrar och att vissa distanserat sig i samband med möten.

– MEN JAG HAR inte fått någon uppsträckning eller hamnat i kylan. Däremot har vi fått mycket uppskattning

av kollegor och andra och det ger oss och förhoppningsvis andra stöd i ryggen att fortsätta kämpa.

Läget i sjukvården är allvarligt; regionerna gör underskott, verksamheterna blöder och vårdpersonal slutar. Trots det, tycks inte politiker och tjänstemän ta kritiken på allvar, menar Sten. Man stänger ned verksamheter men vägrar reformera LMV.

– VI KOM MED mycket allvarliga anklagelser i våra debattartiklar. Det handlar om skattepengar som missbrukas av våra beslutsfattare. Ledningskulturen inom det offentliga är sjuk. Det är en bidragande orsak, menar han, till att han vid årsskiftet tar tjänstledigt.

– Det kan ibland kännas rätt hopplöst. Med relativt enkla reformer skulle vi kunna få ut mer vård för samma pengar, men ledningskulturen inom det offentliga har visat på en hårdnackad ovilja till förändring. Jag har inte givit upp att arbeta i offentlig sjukvård, jag ska och jobba i privat sektor en tid. Sedan får vi se. ◀

”Priset blev en viktig hjälp.”



”Ledningskulturen inom det offentliga är sjuk.”



2021 – MISSFÖRHÅLLANDEN PÅ KVINNOKLINIKEN

Helena Streven, docent och överläkare i gynekologi och obstetrik, utsattes för repressalier och hot om avsked när hon försökte uppmärksamma tidigare verksamhetsledning om de missförhållanden som rådde vid kvinnokliniken på Skånes universitetssjukhus i Lund.

– Det som jag utsattes för skedde egentligen innan jag fick visselblåsarpriset 2021. Med priset lyftes alla missförhållanden fram i ljuset ännu mer och det var då ingen idé längre att försöka tysta mig och min enhet. Priset blev en viktig hjälp. Det blev ett enormt gensvar och många positiva reaktioner.

Hon berättar om en arbetsmiljö med dysfunktionell ledningsstruktur som präglades av hierarkier och en härskar- och tystnadskultur.

– JAG FRAMHÄRDADE och fick ett starkt stöd av kollegor, inte minst barnmorskorna.

Men det kostade på. Hon utsattes bland annat för upprepade ”uppsträckningar”, möten med hot om uppsägning eller skriftlig varning.

– Jag stängde pannan blodig, försökte även kliniskt kompensera för bristerna i verksamheten, men gick till slut i väggen.

HON VAR INTE ensam. Övriga medarbetare på enheten slutade och den tidigare verksamhetsledningen är också borta.

– Verksamheten återhämtar sig så sakteliga.

Efter perioder av sjukskrivning och delvis förändrade arbetsuppgifter fick Helena Streven erbjudande om ett regionalt uppdrag som mödravårdshälsoöverläkare i Region Skåne. Hon stortrivs.

– Jag ångrar inte en sekund att jag slog larm. Det är mer destruktivt och dränerande att vara kvar i ett dysfunktionellt system. ▶



2019 – ÅLDERSBEDÖMNING

Det har gått drygt fyra år sedan sex rättsläkare larmade om Rättsmedicinalverkets medicinska metoder för åldersbedömningar i asylären.

Fem av de sex rättsläkarna lämnade myndigheten på grund av repressalier, toxisk miljö och undermåligt ledarskap.

Tommie Olofsson var tidigare avdelningschef vid Rättsmedicinalverket (RMV), men sade upp sig 2018.

– Jag satt i ledningen när jag slog larm och ångrar inget, även om jag fick betala ett högt pris. Jag drabbades av repressalier, hamnade i kylan och all kommunikation avstannade. Det var inte möjligt att vara kvar på myndigheten.

Han liknar myndighetens användning av metoden för åldersbedömningar som en medicinsk skandal. Trots allvarliga invändningar och bristen på evidens och vetenskap-

ligt underlag, har dock inte mycket förändrats sedan visselblåsarna slog larm.

– Metoden har visserligen modifierats, men den används fortfarande och den utredning som skulle granska det medicinska underlaget har lagts ned, trots den skarpa kritiken från Smer, Statens medicinsk-etiska råd, säger Tommie Olofsson.

Det är inte bara visselblåsarna som fått betala ett högt pris, menar han. Även RMVs trovärdighet som expertmyndighet undergrävdes radikalt.

I DAG ARBETAR Tommie Olofsson på Akademiska sjukhuset i Uppsala och är verksamhetschef för Akademiska laboratoriet med cirka 700 anställda.

– Jag trivs och har fått förnyat förordnande som chef. Jag är dock inte längre kliniskt verksam, vilket jag ibland kan sakna.

För Anna Ybo, som idag arbetar som klinisk patolog på Akademiska

sjukhuset, var det en sorg att lämna myndigheten.

– Vi låg i framkant och det var ett dynamiskt teamarbete med högt i tak. Det var verkligen omvälvande att en statlig myndighet, som ska vara en garant för rättssäkerhet, valde att tillämpa en metod som saknade vetenskaplig förankring. Jag tappade fullkomligt tilltron och fotfästet.

När det stod klart att myndigheten framhärdade och vägrade att ta till sig kritiken blev arbetsklimatet outhärdligt.

– Allt det vi hade byggt upp raserades. Det var omöjligt att vara kvar. I början fick jag en slags personlig kris, men nu känner jag stolthet över att jag stod upp för viktiga värden. Det var fantastiskt att få visslarpriset, det kändes som en upprättelse.

Jacob Andersson hade bara arbetat i drygt ett halvår som ST-läkare då han anslöt sig till gruppen av visselblåsande rättsläkare.

”

Allt det vi hade byggt upp raserades. Det var omöjligt att vara kvar.

– Jag hade inte så mycket att förlora, värre var det för de mer seniora läkarna. Det är uppseendeväckande att en rättsvårdande myndighet inte bryr sig om vetenskaplig evidens.

Jacob lämnade myndigheten och arbetar idag på Gustavsbergs vårdcentral som specialist i allmänmedicin.

RÄTTSLÄKAREN Ann-Sofie Cecilason slutade sin anställning och fortsatte sin rättsmedicinska forskning vid Uppsala universitet där hon disputerade 2021. I dag är hon ST-läkare inom klinisk patologi och cytologi och arbetar för närvarande vid Skånes universitetssjukhus.

– Situationen på rättsmedicin i Uppsala var toxisk. Varför det var så svårt för ledningen att föra en akademisk dialog med sina anställda är för mig märklig. Jag skulle sammanfatta det som ett undermåligt ledarskap. ◀

2018 – MACCHIARINIAFFÄREN

Isande kyla, utfrysning och ryktesspridningar.

Priset blev högt för Karl-Henrik Grinnemo och Oscar Simonson, två av fyra visselblåsare som larmade om kirurgen Paolo Macchiarinis experimentella ingrepp med syntetiska luftstrupar.

Från att ha varit framgångsrika forskare och kliniker mitt i karriären, stängdes plötsligt alla dörrar.

– Vi fick våra ledigheter indragna och förflyttades från bakjour- till jourtjänstgöring. Vi blev bortplockade från operationsprogrammet och fick inte längre åka på vetenskapliga konferenser, Karl-Henrik Grinnemo.

De stora forskningsfinansierarna som tidigare beviljat stabila forskningsanslag avtog nu alla ansökningar. Laboratoriet som forskarna hade byggt upp på Karolinska institutet fick stängas och medarbetare sägas upp. Situationen blev ohållbar. Tillsammans med kollegan Oscar Simonson lämnade Karl-Henrik Karolinska institutet för Akademiska sjukhuset. Där fanns chefer som trodde på dem och vågade erbjuda dem tjänster.

– De hade blivit varnade, men valde att ha tillit och fullt förtroende för oss. Vi fick chansen att bygga upp ett nytt labb. Vi lyckades rekrytera doktorander, en senior forskare från Karolinska institutet och biomedicinska analytiker. Och vi fick starkt stöd av flera professorer på Akademiska.

FÖRRA ÅRET beviljades forskargruppen ett anslag på 3, 6 miljoner från Vetenskapsrådet. Även om vissa dörrar har börjat öppnas igen, är andra fortfarande stängda.

– Jag har levt i ett töcken, det har varit fruktansvärda år. Tio år av min karriär är försvunna, vilket har påverkat min produktivitet och därmed konkurrenskraft till olika högre positioner.

I juni dömdes Paolo Macchiarini av Svea hovrätt till 2, 5 års fängelse. Han överklagade till Högsta domstolen som beslutat att inte ta upp domen.

I oktober stod det även klart att



Europadomstolen ska pröva Macchiarini-fallet och om Sverige levt upp till Europakonventionens krav om effektivt skydd mot repressalier.

– **DET KÄNNS FÖRSTÅS** som en revansch. Om en myndighet som Karolinska kan utdela straff och repressalier helt utanför rättsstatens principiella regler blir det väldigt farligt, säger Oscar Simonson.

Journalister från hela världen hör dagligen av sig och många tycker att straffet för Macchiarini blev obegripligt lågt.

– Det handlar trots allt om en av världens största medicinska skandaler.

Varken Karl-Henrik eller Oscar ångrar att de slog larm, trots det höga pris de har fått betala.

– Utan vår 500 sidor långa rapport hade Macchiarini sannolikt inte blivit dömd. Det tog tio år av våra liv, men det var vår skyldighet att agera, annars hade många fler människor fått sätta livet till, säger Oscar Simonson. ◀

”Det är klart att man måste ha ett rättspatos”

Beslutet att agera visselblåsare kom att stå överläkaren och forskaren **Katarina Le Blanc** dyrt både professionellt och privat. När hon även fälldes för inblandning i Macchiariniaffären tvärdog karriären. Men trots konsekvenserna ångrar hon inte att hon valde att slå larm.

TEXT: MAJA LUNDBÄCK FOTO: SATU KNAPE

KATARINA LE BLANC befann sig i växthuset när det plingade till i mobilen. Hon hade börjat att fly ut till lantstället i Östergötland redan 2016, i samband med att det började storma kring henne.

- Jag behövde vara där, för det är en miljö där grannarna bara känner mig som Katarina. För som professor Katarina var jag befläckt, säger hon.

En sommardag 2018 stod hon som vanligt och pysslade om sina odlingar när ett sms från dåvarande rektorn på Karolinska Institutet lyste upp mobilen. Det var bara 16 ord, men meddelandets innebörd försatte henne i chock.

KATARINA LE BLANC ramlade rakt ner i ett mörker. Det skulle ta flera år innan hon reste sig igen.

I dag, fem och ett halvt år senare, befinner hon sig återigen i Huddinge. Hon har kvar sin tjänst som överläkare på Karolinska universitetssjuk-

huset samt sin forskartjänst som professor i klinisk stamcells forskning på Karolinska Institutet. Efter allt som har hänt jobbar hon ändå kvar.

En onsdag i november möts vi upp i Huddinge, vid Alfred Nobels Allé. Vi ska åka upp till plan 8.

– Jag har glömt mitt passerkort, vi får ta bakvägen, säger hon.

VI FASTNAR ÄNDÅ vid inpasseringsspärrarna. Hon får ringa upp en av sina doktorander och be honom släppa in henne. En korridor bort ligger hennes stamcellslabb. Hon arbetar dock främst vid datorn i det som kallas skrivrummet. Där, inklämd mellan doktoranderna, formulerar hon sina forskningsansökningar. Det är trångt i rummet, men Katarina Le Blanc tycker att det är skönt att slippa sitta ensam. Hon har ju varit så väldigt ensam förr.

Snart ska kollegorna ha en gemensam lunch. Då kommer de inte att prata om vad som hände

KATARINA LE BLANC

Titel: Överläkare på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Professor i klinisk stamcells forskning med fokus på mesenkymala stromaceller (bindvävsstamceller) vid Karolinska Institutet.

Visselblåsare: Parallellt med Macchiarini-affären larmade Katarina Le Blanc om att ett sjuttioalvt svårt sjuka patienter behandlats med experimentella injektioner av moderkasceller, utan korrekta tillstånd. Forskargruppen friades först från fuskanklagelser av Expertgruppen vid Centrala etikprövningsnämnden. Senare friades forskargruppen även av KI. De fick dock motta kritik för brister gällande forskningsmetodik och dokumentation och den experimentella behandlingen fick avslutas.





Katarina Le Blanc hoppas nu mycket på Europadomstolens prövning av Macchiariniärendet eftersom hon aldrig fick möjlighet att bemöta de anklagelser som KI riktade mot henne.

Katarina Le Blanc. De kommer inte att prata om vad hon råkade ut för när hon agerade visselblåsare – inte heller om fällningen som hon fick i samband med Macchiariniskandalen. Ingen av de yngre kollegorna känner till hennes historia, tror hon. Ingen har frågat henne, men hon har å andra sidan heller inte fört det på tal. Endast några få kollegor från förr har bett henne dra sin version om de där åren då allt föll samman.

– Jag har önskat så många gånger att fler hade frågat mig vad som hände, säger hon.

Så, vad var det som hände, enligt henne? Hur kunde Katarina Le Blanc, inom loppet av några år, gå från hyllad stamcellsforskare med en blomstrande karriär inom bindvävsstamceller till paria i forskningssammanhang? Och hur tog hon sig tillbaka?

VI FÅR BACKA BANDET till 2011. Katarina Le Blanc var ännu i 40-årsåldern och fortfarande up- and coming.

– Ja, jag var framgångsrik – och väldigt inriktad på min karriär, säger hon.

Hennes vetenskapliga artiklar publicerades på löpande band, men snart skulle hon komma att ta flera beslut som satte karriären på spel.

Som kliniker blev hon förd bakom ljuset, hävdar hon. Hon blev ombedd att hjälpa till med benmärgsdragningen i samband med operationen av Paolo Macchiarini första patient, den patient som senare beskrevs i en artikel i Lancet.

– Innan operationen kände jag inte till Paolo Macchiarinis forskning eller operationsmetoder. Våra forskningsintressen låg långt ifrån varandra, säger hon.

Ur benmärgen sållade därefter andra forskare fram de blodceller som luftstrupen kläddes med. Senare hjälpte Katarina Le Blancs egen doktorand medlemmar i Macchiarinis forskargrupp med analyser på patientens blod.

– Det är ju så här det går till, man hjälper varandra, säger hon idag.

VID UNGEFÄR SAMMA tidpunkt fattade Katarina Le Blanc ett annat beslut som skulle sätta rejäla käppar i hjulet för henne själv.

2011 delade hon ännu laboratoriesal med en annan forskargrupp. De sysslade, precis som hon själv, med stamceller. Hon kände dem sedan många år. Men en dag upptäckte hon att forskar-

gruppen hade behandlat patienter utan korrekta tillstånd.

– Jag var övertygad om att behandlingen var farlig och att det fanns patienter som råkat mycket illa ut. Så jag påpekade detta internt, säger hon.

Hennes interna larmande gav ingen reaktion.

– Och jag som hade trott i min enfald att folk skulle säga å herregud. Jag kunde inte föreställa mig att det skulle finnas en sådan ovilja att ta tag i problemen, säger hon.

Katarina Le Blanc kom att fortsätta att påtala problemet – i fem år. Under tiden blev arbetsmiljön i labbet allt mer outhärdlig. Hon blev ensam och utfrusen.

– En kollega har berättat för mig att stämningen i rummet när jag klev in blev så spänd att man kunde skära med kniv i luften. Jag hade verkligen stort harmonin, säger hon.

”

Jag kunde inte föreställa mig att det skulle finnas en sådan ovilja att ta tag i problemen.

SAMTIDIGT SOM KATARINA Le Blanc fortsatte att gräva i fallet började också en annan skandal att uppmärksammas internt på Karolinska Institutet – fallet Paolo Macchiarini. Efter att ha larmat i flera år lyckades fyra visselblåsare slutligen ta fram starka bevis för att någonting inte stod rätt till med Macchiarinis plaststrupar.

Och när forskningsfonderna såg om sina hus hamnade Katarina Le Blanc på deras radar. 2016 blev hennes forskningsanslag frysta, i väntan på att Karolinskas andra utredning av Macchiariniärendet skulle bli färdig.

– Jag och visselblåsarna i Macchiariniaffären, som också själva fick sina anslag frysta, stöttade varandra. Vi skrev till forskningsfonderna och argumenterade för att vi skulle få behålla våra anslag, säger hon.

Hon lade all vaken tid på att engagera sig i att få upprättelse. Ett argument hon hade var att stiftelsernas pengar aldrig använts för Macchiarinis studier. Men trots alla ansträngningar stod forskningsfinansiärerna fast vid sina beslut. Hennes anslag var frusna.

I samma veva blev hon själv också anmäld för tre olika typer av fusk, hennes fall snurrade också runt i media. Men till sist stod det klart att hon var oskyldig.

Katarina Le Blanc gick till sist ut i media och visselblåste om labbkollegorna som hon larmat om så länge internt.

”Det fanns en väldig rädsla hos kollegor att ha med mig att göra.

Varför valde du att agera visselblåsare gentemot dina egna labbkollegor?

– Det är klart att man måste ha ett rättspatos. Patienter utsattes ju för fara. Ett visst mod krävs också, men framför allt en naivitet. Jag vet nu att jag var väldigt naiv, säger hon.

När fallet så småningom utreddes, blev stamcellskollegorna friade.

Hon plågades nu av skamkänslor.

– Visselblåsare ses som bråkstakar, och ingen gillar en bråkstake, säger hon.

Katarina Le Blanc blev också ombedd att ta time-out från flera uppdrag.

Inblandningen i Macchariniskandalen hade satt en stämpel på henne som förföljde henne.

– Det fanns en väldig rädsla hos kollegor att ha med mig att göra, säger hon.

Hon fick allt svårare att engagera sig i sina egna doktoranders forskning. Till sist orkade hon inte ta hand om doktoranderna och hela forskargruppen upplöstes.

Privat orkade hon inte längre med sina nära relationer.

– Mina barn fick betala ett högt pris för att ha en så knäckt mamma som jag var då, säger hon.

PRECIS SOM FLER av visselblåsarna i Macchiarinifallena blev Katarina Le Blanc så småningom också fälld av sin egen arbetsgivare för inblandning i skandalen. Karolinska Institutet ansåg att hon åsidosatt krav på good medical practice vid hantering av celler.

– I beslutet blev jag uttryckligen fälld för att inte ha stoppat Karolinskas satsning på Macchiarini. Jag blev också fälld för att ha importerat strupen, vilket jag inte har gjort, säger hon.

Domen från KI kom två år efter att hennes forskningsanslag hade frysts. Katarina Le Blanc stod i sitt växthus och tog emot sms:et från rektorn, en erinran. Nu försvann hennes sista ork.

Katarina Le Blanc föll ner i en djup depression.

De första året träffade Katarina Le Blanc nästan inga människor.

– När jag mådde som sämst kändes det som att det inte fanns någonting kvar av mig. Mitt yrke hade varit min identitet, säger hon.

Hon kom att vara sjukskriven på heltid i nära två år. Under en period isolerade hon sig helt.

– Det första året träffade jag nästan ingen människa, säger hon.

Bara hundpromenader kunde få henne att lämna huset.

Med hjälp av stöd från sina närmaste chefer, som skickade henne till flera olika terapeuter, började hon så småningom få de verktyg som hon behövde för att ta sig ur depressionen. Samtalsterapin – men också tiden i växthuset – kom att bli hennes räddning, säger hon.

– Jag behövde bli något annat än bara yrkesrollen, förklarar hon.

ATT BLI EN PERSON som odlar gav henne mening. Och det var i Östergötland, bland spadar, krukor och planteringar, som hon till sist skulle komma att läka mentalt, berättar hon. Hon hade gått runt och grubblat. Men en dag fick hon en forskningsidé, och sedan en till.

– När idéerna kom tillbaka kände jag stor glädje, säger hon.

2020 kunde hon långsamt och i små steg ta sig ur sjukskrivningen.

– Jag rekryterade tillbaka en person från min gamla forskargrupp. Det uppstod en väldigt positiv energi oss två emellan och man kan säga att jag gömde mig i den energin, säger hon.

När hon började söka anslag igen kunde hon rekrytera en ny forskargrupp. Störmen hade blåst över.

På frågan om hon ångrar att hon agerat visselblåsare blir svaret nej.

Men var det värt konsekvenserna?

– Inte med tanke på repressalierna, att jag blev så utfrusen, det var förfärligt, säger hon.

Katarina Le Blanc tror att det faktum att hon

Bara hundpromenader kunde få Katarina Le Blanc att lämna huset under den tuffaste tiden.



Macchiarini-affären:

Katarina Le Blanc och de tre visselblåsarna, som fälldes i Macchiariniskandalen, överklagade Karolinska institutets domar till Förvaltningsrätten i Stockholm. Deras begäran avslogs eftersom KI:s beslut inte skulle vara möjligt att överklaga. Katarina Le Blancs forskargrupp förekommer inte i Bengt Gerdins utredning av Macchiarini. De förekommer heller inte i Sten Heckschers eller Kjell Asplunds utredningar av KI respektive KS. Hennes bidrag till artikeln i Lancet bestod i att dra benmärgen under operationen av den första patienten och att hennes dåvarande doktorand hjälpte Macchiarinis grupp med en cellanalys, en analys som aldrig kritiserats.

agerat visselblåsare kan vara orsaken till att hon behandlats så omilt av sin arbetsgivare.

– I de tidigare Macchiariniutredningarna – Gerdins, KI:s första utredning, Asplunds och Heckschers – nämndes jag inte. Efter att jag blåst i visslan tog min prefekt med mig att träffa vicerektor – och samtalet var helt annorlunda, säger hon.

NÅGRA TIPS TILL framtida visselblåsare har hon inte.

– Men mycket har ju blivit bättre. Nu finns instanser där man går igenom forskningsprojekt. Det är inte längre enstaka personer som är gatekeepers, säger hon.

I dag säger hon att erfarenheterna har gjort henne klokare.

– Jag är snällare också, inte en lika strikt karriärst som jag var innan, säger hon.

Katarina Le Blanc och visselblåsarna som fälldes i Macchiariniskandalen har dock mer arbete som kvarstår. Att överklaga KI:s fällning hos Förvaltningsrätten gick dock inte. Tillsammans med Centrum för Rättvisa har de ändå fortsatt att driva frågan att få möjlighet att opponera sig mot kritiken. Och nyligen kom beskedet att Europadomstolen ska utreda om Sveriges regering har levt upp till Europakonventionens krav på mänskliga rättigheter i processen kring ärendet.

– Om vi någon gång får en prövning är förhoppningen att vi ska få möjlighet att säga att det här blev alldeles gallet, för det har vi inte fått göra, säger Katarina le Blanc. ◀



"Tjafsa inte *med det här grönklädda gänget!*"

Vaknade av att någon spikade! Flera gånger. Ganska hårda slag. Jag hörde också någon som sågade eller var det surr från en skruvdragare? Hjälp! Det är i mitt ben dom sågar och hamrar! Så, ett vänligt ansikte in i mitt synfält. Och en lugn röst:

– Går det bra? Känner du nåt kallt i din hand? Jag fyller bara på lite. Allt går jättebra. Säg till om du behöver nåt. Du är snart klar.

Och nu fattar jag ... Jag håller just på att få en ny höftled! Samtidigt förvånad att paniken inte kommer. Hur kunde jag känna mig trygg med någon som spikar i mitt ben? Så klart hade det "sedativ" jag tackat ja till en roll. Och naturligtvis ryggbedövningen. Men, ändå.

När jag kom in i den stora operationssalen någon timme tidigare möttes jag av fyra-fem grönklädda kroppar i en halvcirkel. Var och en med skyddsmössa. Ser flera ögonpar mellan munskydden och de konstiga mössorna. De ser på mig och på varandra. Varma, vänliga blickar. Lågmälda tonfall tar bort oron. Och så blir jag vittne till en genomgång. En checklista dras igenom och alla svarar för sina delar. Korta ord och obegripliga begrepp rör sig mellan de närvarande, men ändå är det något jag fattar och jag får en stadig blick:

– Som du ser är allt okay! Nu fixar vi din höft.

Och jag känner en hand på min axel. Blir gråtmild. Det är inte bara "sedativet" jag fick för någon kvart sedan. Det är också de här människorna. Så slår det mig: Längre än så här kommer inte vi människor. Det kan vara på annat sätt, men knappast bättre!

J a, det här kommer att funka. Mänsklighetens höjdpunkt nås här just nu. Av och till på annat sätt och på andra platser, men alltså även mellan oss här!

Tjafsa inte med det här grönklädda gänget!

Tvinga dom inte att ständigt dokumentera och debitera eller till möten om "kvalitetssäk-ring". En tillräckligt stor del av teamet verkar ju redan vara säkra på kvalitet. Och försök

”
Längre
än så här
kommer
inte vi
människor.
Det kan
vara på
annat sätt,
men
knappast
bättre!”



inte trycka in denna konst, stämning, vilja, solidaritet, kärlek (eller vad det nu är) i huvudet på folk via någon form av kursverksamhet eller instruktioner. Det är svårt att organisera fram. Och helt säkert går det inte att tvinga människor till sådant. Det vore som att ge ordern; "var spontan!"

Ekonomerna kommer att stå svarslös, eftersom det här varken kan köpas eller säljas. Inte ens den mildaste form av lockande "incitament" kommer att fungera. Politikerna kommer förmodligen inte ens att känna igen fenomenet, eftersom det uppstår tillsammans med människor och utan egocentrisk strategi inblandad.

F rivillighet, ömsesidighet och tillit är nyckelord. Och erfarenhet, kunskap, lyhördhet. Försiktighet, hinder och misslyckande är andra. Lika svårt som demokrati, men ibland uppenbarligen ändå möjligt.

Tyvärr därför också ofta lättare att ange vad vi inte talar om: Inte något som kan installeras, inte något som våra politiker sysslar med till vardags, inte något man kan vinna med eller vinna på. Inte heller något man fullt ut kan beskriva utan att prata sönder.

Men som vi måste lära oss känna igen. Kanske något poetiskt. Något som kan krossas och försvinna. Något som bara glimrar en kort stund. Det är den svåruttryckta poäng som jag här vill tala om: Några grönklädda människor i ett rum som har lärt sig samarbeta. Mycket jobb och gemensamma ansträngningar. Om och när du möter sådant: Tjafsa inte sönder det!

Alltså inget "köp sälj", ingen "valfrihet", ingen parlamentarism, ingen politik, inget civilsamhälle, ingen kyrka, ingen marknad. Det är något bortom allt sådant vi talar om. Men först måste vi kunna se konturerna. Varför är det så svårt att tala om detta idag? ◀

Rolf Å Gustafsson är pensionerad professor i sociologi och har forskat bland annat om sjukvårdens organisering. Hans senaste bok är *Från ämbetsmannastat till välfärdsstat: en studie av svensk offentlig arbetsgivarpolitik* (Daidalos 2016).



Vi ger 100 procent!

Hos oss ska dina pensionspengar växa. Men i osäkra tider kan det ändå kännas skönt att veta att vi har höjt garantin på din tjänstepension till 100%. Bra va?

Gäller traditionell försäkring



Uppåt, framåt!

Uddevallas ledtider är fortfarande kortast i landet

För två år sedan hade Uddevalla sjukhus Sveriges kortaste ledtider i standardiserade vårdförlopp för prostata-, njur- och blåscancer. Trots tuffa utmaningar har urologsektionen genom hårt arbete lyckats behålla sin toppställning. TEXT EVA NORDIN

ÅR 2021 HADE urologsektionen vid Uddevalla sjukhus mindre än hälften så långa ledtider som riksgenomsnittet för de tre vårdförloppen som rör urologiska cancer (prostata-, njur- och urinblåsecancer).

Då var Jesper Swärd chef för urologsektionen. I dag är han chefläkare i NU-sjukvården (Norra Älvsborgs sjukhus och Uddevalla sjukhus) och hans efterträdare är urologen Silvestru Dena.

Mycket har hänt sedan Sjukhusläkaren skrev om Uddevalla sjukhus.

Sedan 2021 har världen tvingats hantera efterdyningarna av en pandemi, Rysslands invasion av Ukraina och en stigande inflation som påverkat världens ekonomier, även Sveriges.

– **TROTS ALLA TUFFA** utmaningar ligger vi fortfarande på topplistan i Sverige för prostata-, njur- och urinblåsecancer. Men det har varit särskilt svårt att uppnå ledtidsmålet för prostatacancer, det vill säga att 80 procent av patienterna ska få behandling inom fastställd maximal



Silvestru Dena, chef för urologsektionen.

ledtid. Vad jag vet har ingen klinik i landet kunnat nå det målet, säger Silvestru Dena.

Skälen är flera, menar han. Bland annat har kraven på SVF-processen ändrats. Sedan mars 2020 krävs MR-undersökning av prostatan innan biopsitagning, vilket har lett till en förlängd intervall mellan remiss och första besök (då biopsin tas).

– Trots det ser vi nu en viss förbättring under 2023. Åtgärder har vidtagits på en övergripande sjukhusnivå så att tillgången till MR har förbättrats. Samarbetet mellan samtliga yrkeskategorier har också förbättrats, vilket möjliggjort en bättre tillgång till snabba mottagningstider för biopsier.

ÄVEN FÖR DIAGNOSEN urinblåsecancer ligger Uddevalla sjukhus i topp vad gäller ledtiden till första besök och operation.

– Men inte heller här når vi 80-målet, trots alla effektiviseringsåtgärder. Och vi är inte ensamma, ingen klinik i landet har kunnat nå det målet.



DET HÄNDE DÅ

Cheferna Jesper Swärd och Olof Ekre intervjuades i Sjukhusläkaren nr 6, 2021.

Njurcancer är det SVF-förlopp där Uddevalla sjukhus lyckats nå 80-målet. Det är dock ett förhållandevis litet förlopp om man jämför med andra urologiska cancer.

– Vi har haft en stabilitet ända sedan 2017 och är bland de bästa klinikerna i landet när det gäller ledtider för njurcancer. Men processen omfattar relativt få patienter. Den avvikelse som vi kunde se 2022 handlar till stor del om så kallad patient-relaterad delay, det vill säga patienter som av olika skäl tackar nej till en besökstid eller inte kan opereras direkt. Det avspeglas i statistiken.

Anser du att det uppstår undanträngningseffekter på grund av SVF?

– Det som är speciellt med urologi är att vi ansvarar för fem cancerprocesser, vilket sätter stort tryck på framför allt mottagnings- och operationsverksamheten. Det innebär att vi får undanträngningseffekter på benigna diagnoser och växande köer till både mottagningsbesök och operation.

Men, menar Silvestru Dena, genom hårt arbete, förbättrat planeringsarbete och anpassade schemaändringar får nu upp till 98 procent av alla patienterna som skickats på remiss till

► PROSTATACANCER

Remiss till behandling (mål 68 dagar)			
	2019	2021	2022
NU (median)	89 dagar	86 dagar	117 dagar
Riket (median)	123 dagar	119 dagar	133 dagar
Remiss till första besök (mål 21 dagar)			
NU (median)	14 dagar	22 dagar	34 dagar
Riket (median)	20 dagar	22 dagar	26 dagar

► NJURCANCER

Tid från remiss till behandlingsbeslut (första besök hos oss)			
	2019	2021	2022
NU (median)	17 dagar	14 dagar	13 dagar
Riket (median)	26 dagar	25 dagar	26 dagar
Tid från behandlingsbeslut till operation (mål inom 27 dagar)			
NU (median)	13 dagar	13 dagar	19 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	82%	84%	76%
Riket (median)	30 dagar	26 dagar	29,5 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	44%	53%	46%

”Viktigast är flexibiliteten i planeringen av mottagningsbesök och operation.

urologmottagningen en tid inom 90 dagar.
Vad är viktigast enligt din mening för att lyckas korta ledtiderna?

- Den viktigaste är flexibiliteten i planering- en av mottagningsbesök och operation. Att vara förberedd på att snabbt utföra schemaänd- ringar anpassade till det aktuella behovet inom olika patientgrupper.
- Det handlar även om ett utökat samarbete mellan olika arbetskategorier som undersköter- ska, sjuksköterska, administratörer och läkare, menar Silvestru Dena.
- Det här är ytterst viktigt för lyckas nå kor- tare utredningstider.
- På sjukhusnivå är det även viktigt med dialog och att hålla regelbundna möten med olika verksamheter som är involverade i SVF- processerna. Då kan man snabbare identifiera flaskhalsar och eventuella problem i god tid.

URINBLÅSECANCER			
Remiss till specialist besök (mål 6 dagar)			
	2019	2021	2022
NU (median)	7,5 dagar	5 dagar	5 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	40%	66%	62%
Riket (median)	10 dagar	10 dagar	11 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	35%	35%	33%
Andel TUR-B inom 14 dagar från remiss (målvärde 80%)			
NU (median)	16 dagar	14 dagar	15 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	43%	52%	47%
Riket (median)	28 dagar	25 dagar	28 dagar
Måluppfyllelse procentuellt	22%	22%	19%

Källa: Statistiken är hämtad från cancerspecifika kvalitetsregister på SVF- INCA. Där inhämtas data för att följa och utvärdera olika vårdförloppsprocesser.

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond. Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammantagna inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbas- beloppet för 2023 är 52 500 kronor.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov.

Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin.

Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fond- utdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarnas kansli wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från slf.se/sjukhuslakarna/vart-arbete/stipendier/

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i.

För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50.

Sista ansökningsdag är den 29 december 2023 och Du skickar Din ansökan till Sjukhusläkarna, Box 5610, 114 86 Stockholm.





TRIXEO
AEROSPHERE®
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)

TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

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

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



MINSKAR RISKEN FÖR EXACERBATIONER
jämfört med dubbelbehandling*^{1,2}



BÄTTRE SYMTOMKONTROLL
jämfört med dubbelbehandling*^{1,2}



ANVÄNDARVÄNLIG SPRAYINHALATOR¹**
med eller utan spacer



*Dubbelbehandling=LAMA/LABA eller ICS/LABA. Symptomkontroll syftar på minskad andfåddhet (mätt med TDI fokalgoäng 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 (skilnad 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, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

Östersunds sjukhus är först ut i landet att testa AI-driven schemaoptimering med inspiration från flygindustrin. Förhoppningen är att två veckors heltidsarbete ska kunna reduceras till ett par timmar.

TEXT EVA NORDIN

FOTO SANDRA LEE PETTERSSON

OPTIMALT NÄR AI FÅR GÖRA SCHEMAT?

Algoritm ►

Verksamhetschef Kristian Stjerna och bemanningsundersköterska Katrine Knutsson är bägge hoppfulla inför resultatet av det pilotprojekt som ska optimera schemaläggningen med hjälp av en matematisk algoritm.





Avund

”Vi har kollegor på sjukhuset som ropar högt för att de också ska få chansen att schemaoptimera med hjälp av AI inom sina områden”, säger verksamhetschef Kristian Stjerna.

DET ÄR BARA NÅGRA veckor kvar tills världscupen i skidskytte ska hållas i Östersund. Vädergudarna är på arrangörernas sida, snön fullkomligen vråker ned. I entrén till sjukhuset hörs klappret av broddar från besökare som hastar fram i korridorerna.

Utanför Pressbyrån möter Kristian Stjerna, läkare och verksamhetschef för område ortopedi, upp. Efter studier i Lund och några år som ST-läkare och chef i Skövde gick flyttlasset norrut. På en krok i Kristians arbetsrum hänger en skaljacka, intill står ett par grova kängor slarvigt parkerade. Med bara åtta mil till Åre öppnar sig en värld av fjäll och storslagen natur.

– Det var en stark drivkraft till att familjen flyttade hit. Dessutom är jag på en väldigt bra arbetsplats med bra bemanning i läkargruppen.

I slutet av maj besökte han Vitalis, Nordens ledande e-hälsomöte, och fastnade för ett seminarium om AI-driven schemaoptimering.

– Jag blev oerhört inspirerad när jag förstod hur mycket hjälp vi kan få av AI-verktyg i schemaläggning. Jag blev också brutalt medveten om hur eftersatt schemaläggning är och hur mycket

tid och resurser vi lägger ned på att försöka få ihop alla nödvändiga parametrar.

Kristian har arbetat som chef och med schemaläggning i över ett decennium. Han liknar arbetet med att hamna i ett träsk av omöjliga utmaningar.

DET ÄR MÅNGA HÄNSYN som ska tas. Det handlar om varierande individuella behov och önskemål; medarbetare som är ensamstående och inte kan arbeta vissa kvällar och helger, de som behöver passa tider för att hämta på förskolan, men också om att hantera övertid; vab, sjukfrånvaro och annan frånvaro, ledighet för forskning, tillsättning av vikarier på vakanta arbetspass, och om att följa lagar och direktiv som exempelvis centrala och lokala kollektivavtal, arbetstidslagen och EU:s nya arbetstidsdirektiv. Att säkerställa att individuell schemaplanering genomförs på ett systematiskt och hållbart sätt i relation till produktionskrav, säkerhet och hänsyn till hälsa och återhämtning är en hopplöst svår ekvation, menar Kristian.

– Det är som ett komplicerat sudoku. Så vitt



Pussel

Det tar cirka två heltidsveckor för en överläkare att lägga en termins personalschema för cirka 40 läkare. På motsvarande sätt arbetar bemanningsassistenter för att schemalägga sjuksköterskor och undersköterskor.

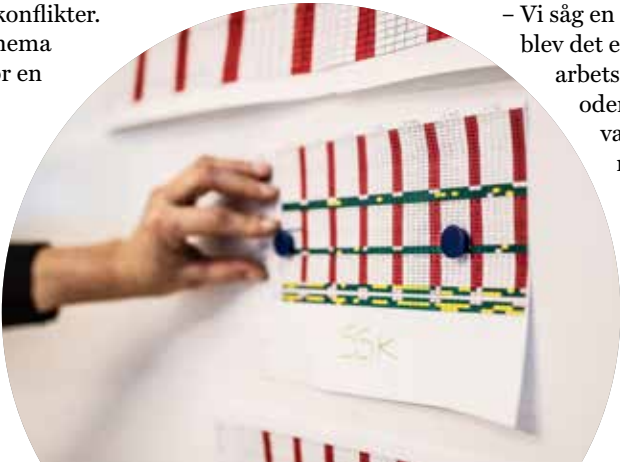
jag vet finns ingen formell utbildning i kvalificerad schemaläggning inom sjukvården, det är något som vi i vården förväntas klara. Det kan ibland kännas provocerande att vi har undersköterskor, sjuksköterskor, specialistläkare och ibland överläkare som använder kvalificerad arbetstid som motsvarar heltider för att försöka få ihop ett schema. Men i slutänden blir det ändå inte optimalt.

Det är inte konstigt, menar Kristian, att manuell schemaläggning är extremt tidskrävande, att arbetstidslagen inte alltid efterlevs, att personliga önskemål får stryka på foten, vilket ofta leder till irritation och onödiga konflikter.

– När det är dags att lägga schema tar det cirka två heltidsveckor för en överläkare att lägga en termins personalschema som rör cirka 40 läkare. På motsvarande sätt arbetar våra bemanningsassistenter för att schemalägga sjuksköterskor och undersköterskor på ortopedavdelningen, totalt cirka 80 personer.

Träsk

Kristian liknar schemaläggning vid ett träsk av omöjliga utmaningar.



Efter månader av förberedelser är Östersunds sjukhus och verksamhetsområde ortopedi först ut i landet att pilottesta AI-driven schemaoptimering med inspiration från flygindustrin. Med hjälp av en optimeringsalgoritm som översätter inkommande data till en matematisk modell, är det idag möjligt att lägga effektiva, skraddarsydade scheman på individnivå och samtidigt balansera svårfångade parametrar som hållbarhet och rättvisa, och med hänsyn till lagar och direktiv.

EXEMPELSCHEMAN MED HJÄLP av AI har redan tagits fram.

– Vi såg en stor skillnad, exempelvis blev det en jämnare bemanning av arbetspassen under schemaperioden. Det var inget pass som var under- eller överbemannat, vilket betyder att vi kan använda resurserna på ett mer effektivt sätt, exempelvis till utbildning eller förbättrings- och utvecklingsarbeten. Det

”Det tar cirka två heltidsveckor för en överläkare att lägga en termins personalschema.

här är annars en jättestor utmaning och ännu svårare blir det med EU:s nya arbetstidsdirektiv och dygnsvilan.

FÖRHOPPNINGEN ÄR ATT arbetet med schemalaggningsen för läkare ska kunna reduceras från flera veckor till cirka åtta timmar. Även om det finns många utmaningar längs vägen, ser det lovande ut, menar Kristian.

– Förutom att vi kan mata in allt det vi önskar så kan vi forma scheman utifrån de lokala förutsättningarna. Vi kan också prioritera hur viktiga olika regler och bestämmelser ska vara i systemet, exempelvis att det aldrig går att bryta mot exempelvis dygnsvilan, men att det är okej att avvika från löftet om att arbeta två helger av fem, om det skulle vara nödvändigt. Den avvägningen gör algoritmen.

Tidigare under hösten hölls ett flera dagar långt uppstartsmöte. Chefer och medarbetare fick då träffa utvecklaren som introducerade själva algoritmen och applikationen.

– **DE SOM ARBETAR** manuellt med scheman identifierar vad som behöver effektiviseras och utvecklas, det är ett kontinuerligt arbete som kräver mycket och beräknas ta hela vårterminen med regelbundna avstämningsmöten. Vi behöver också i samarbete med utvecklaren lösa hur vi automatiskt ska kunna överföra det färdiga schemat till vårt personaladministrativa system Heroma. I dag görs det manuellt.

Vinterns och vårens scheman kommer att läggas på det traditionella sättet. Parallellt kommer även ett AI-schema att läggas med hjälp av algoritmen.

– Då får vi en chans att justera och jämföra vad vi har missat och vad som behöver vidareutvecklas. Förhoppningen är att sommarschemat för sjuksköterskor och undersköterskor på



Svårare

Bemanningsundersköterskan Katrine Knutsson tycker att det har blivit allt svårare att lägga scheman i takt med införandet av nya lagar och direktiv.

”JAG BLEV CHOCKAD ÖVER HUR EFTERSATT SCHEMALÄGGNINGEN ÄR”

Konvoj är en del av Sahlgrenska Science Parks acceleratorprogram och står bakom den algoritm som testas i Östersund. Bakom står AI-ingenjören Tilda Back som tidigare arbetat med världsledande schemaoptimering inom flygindustrin.

– Jag blev nästan chockad när jag insåg hur eftersatt schemalaggningsen är i vården och hur otroligt skickliga schemaläggarna tvingas vara, trots ett nästan omöjligt uppdrag. Dels gör kombinatoriken det oerhört tekniskt komplext, dels krävs en social fingertoppskänsla. Om schemat inte tar hänsyn till människors behov och önskemål riskerar arbetsgivaren att förlora sina medarbetare, säger **Tilda Back**.

Hon är utbildad ingenjör med inriktning mot tillämpad matematik på KTH, Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm. Där utvecklade hon embryot till den algoritm som nu testas i vården, både inom kommunal och regional verksamhet.

– Vårdens komplexa schemalaggningspussel går definitivt att lösa på ett mycket bättre sätt med moderna AI-verktyg. Utöver själva pusslet tillkommer andra utmaningar, som vårdens fragmentiserade IT-landskap med system som inte är interoperabla och där medarbetare idag tvingas mata över data för hand. Det är tidskrävande och inte en klok användning av vårdens kompetens.

Tilda har tidigare studerat och arbetat med just AI-driven schemaoptimering för flygindustrin. Det finns mycket vården kan lära av flygindustrin just på detta område, menar hon.

– Det finns mycket som påminner om varandra, särskilt när det gäller komplexiteten och alla parametrar som man behöver ta hänsyn till. Om schemat inte fungerar inom flygindustrin med rätt flygplan och rätt antal

stolar på rätt rutt i rätt tid med rätt besättning, så är det inte mycket annat som fungerar.

I takt med nya lagar och direktiv och dessutom demografiska utmaningar där färre ska försörja fler ökar behovet av smart schemaoptimering i vården.

– Matematisk optimering är ett effektivt verktyg för schemalaggningsen, oavsett om det handlar om flygindustrin eller vårdsektorn, säger Tilda.

Konvojs optimeringsplattform översätter data som matats in i ett webbgränssnitt till en matematisk modell. De regler som styr modellen är modulära och kan sättas på enhets-, tjänstgöringstyps- och individnivå. Man kan dessutom välja om regeln ska vara hård (måste alltid uppfyllas) eller mjuk (kan brytas i undantagsfall om det behövs). – Man kan alltså laborera med och finjustera det här smörgåsbordet av schemaregler och blixtnabbt få feedback när algoritmen optimerat ett helt nytt schema.

En viktig del av pilotprojektet är att försöka åstadkomma en automatisk överföring av data från och till det personaladministrativa systemet som används i Östersund.

– Vi för dialog med de stora HR-systemen och försöker finna en väg framåt.

Även om det återstår många utmaningar känner sig Tilda hoppfull.

– Jag ser stora vinster med att använda schemaoptimering i vården. Framför allt är det tidsbesparande, dessutom ökar möjligheterna att få rätt kompetens på rätt ställe, samtidigt som scheman blir schysstare, säkrare och mer attraktiva ur ett medarbetarperspektiv. Jag har arbetat många år med den här algoritmen. Resultaten från när vi testat den i skarpt läge ser mycket bra ut och jag känner stor tillförsikt. ◀



Webblösning

”Förutsättningen för att vi skulle kunna ge oss in i detta var att inte belasta vår IT-miljö. Det här är en webbaserad lösning och det är företaget som ansvarar för att det finns en tillräcklig serverkapacitet”, säger Kristian.

ortopedavdelningen ska kunna köras med hjälp av AI- verktyget. Det är viktigt att vi också får in den mänskliga faktorn i systemet. I dag har våra schemaläggare bra koll på medarbetares särskilda önskemål och premisser, och vilka avsteg som behöver göras för att livstidspusslet ska fungera.

LÄKARSCHEMAT ÄR DOCK mer komplicerat och innehåller fler parametrar och variabler. Det kommer att ta längre tid att utveckla, menar Kristian.

– Det har en annan uppbyggnad och är mer komplext. Vissa dagar opererar vi ryggar, andra dagar händer och proteser. Vi har specialistläkare som arbetar med både planerad och akut kirurgi, är jour eller bakjour, arbetar på akuten, har administrations- och forskningstid eller opererar på vår kirurgiska enhet. Att koordinera alla olika arbetspass utifrån verksamhetens behov och produktionskrav är en tuff utmaning för schemaläggaren. Nu sätter vi ett stort hopp till att AI-verktyget kan lösa detta.

På sikt hoppas Kristian att varje medarbete-

re ska ha tillgång till en app i telefonen där de enkelt lägger in och uppdaterar sina särskilda behov och önskemål i schemat.

– I dag görs det på handskrivna lappar eller med ett kryss på meterlånga pappersscheman.

Sjukhusledningens står bakom satsningen och ett pilotavtal har tecknats med möjlighet till förlängning. Företaget som utvecklat algoritmen heter Konvoj och är en startup som ingår i Sahl-grenska Sciences Parks acceleratorprogram.

DET FINNS DOCK uppenbara risker. Några av de kritiska frågorna är: Vad händer när avtalet tar slut, hur hanterar man risken för inläsning av dyrbara lösningar

– Vi ser stora fördelar med att inte arbeta med ett multinationellt företag utan ett litet svenskt företag som står nära oss i utvecklingsarbetet. Men visst, det finns risker, inte minst när det måste ske en upphandling, vi kan inte själva skriva ett avtal med Konvoj. Men vi som arbetar med den här algoritmen känner hoppfullhet och ett stort engagemang, säger Kristian. ◀

! **"Såväl sjukhusledning som enhetschefer och schemaläggare är positiva och det finns en stor grad av nyfikenhet."**

"Dokumentationen sväller och blir allt mer ohanterlig"

Varför skrev du och dina kollegor det här brevet?

– Vi är ett löst sammansatt nätverk av akutmedicinare och forskare som tittar på olika sätt att förbättra den akutmedicinska vårdprocessen. I just det här fallet skrev vi för att belysa riskerna ur patientsäkerhetssynpunkt men också arbetsmiljösynpunkt när det kommer till icke ändamålsenlig dokumentation. Dokumentationen i akutjournalerna sväller och blir allt mer ohanterlig och svår för oss att överblicka. Det är på väg att bli ett stort arbetsmiljöproblem för både läkare och sjuksköterskor. Vi vill belysa vikten av att beforska det här området mer och säkerställa att akutprocesserna blir mer effektiva så att vi har rätt information om rätt patient i rätt tid för att kunna fatta korrekta beslut.

Hur har läkarnas dokumentationsbörda egentligen utvecklats under den senaste femårsperioden?

– Ökningen av den icke ändamålsenliga dokumentationen är en trend som har pågått under längre tid. Under de senaste fem åren har det blivit mer fokus på den här frågan och det syns inga tecken på att bördan minskar för professionen. 2016 gjordes en amerikansk studie som visade att 50 % av läkarnas tid gick till administration och flera studier därefter har visat att det inte har minskat trots insatser. Trenden i Europa liknar den i USA men vi ligger hela tiden några år efter. Vi har med andra ord troligtvis inte sett toppen av dokumentationsbördan ännu. I USA pågår en het debatt om sambandet mellan den ökade dokumentationsbördan och att



FOTO PRESSBILD ALERIS

NICLAS SKYTTBERG

adjungerad forskare inom medicinsk informatik på KI.

läkare blir utbrända i allt högre grad. Problemen uppstår när man som läkare tappar sin känsla av sammanhang och inte längre känner att "det här gör jag för att hjälpa just den här patienten". Risken är då stor att det bara känns som onödigt merarbete som inte leder någonstans.

Vad är det som gör att dokumentationsbördan bara fortsätter att öka då?

– Dels pågår det ett antal stora projekt där det finns risker att dokumentationen ökar som en bieffekt. Det handlar om journalsystemsinföranden som pågår ganska brett som riskerar att öka dokumentationsbördan för kliniker. Men det handlar också om att vården ständigt blir mer

och mer komplex och vi får fler och fler vårdgivare som behöver kunna kommunicera med varandra. Vi får också en allt äldre och mer multisjuk befolkning, något som också leder till en ökad dokumentation och administration. I grund och botten finns det många goda syften med att vi samlar allt mer data och att administrationen då ökar. Vi vill utveckla vården, öka kvaliteten och säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Men det är också så att de regulatoriska kraven ökar vilket gör att vi ibland dokumenterar för säkerhets skull – för att inte kunna få kritik i efterhand.

Vilka potentiella lösningar ser du framåt?

– Det här är ett komplext problem – det finns ingen "silver bullet" för att lösa de här utan det krävs att man jobbar i flera spår och dimensioner. Forskning visar att det framför allt handlar om tre principer; man kan uppgiftsväxla, hitta nya tekniska stöd för att hantera dokumentationen eller involvera patienterna i högre grad. Självklart kan man också tänka sig att vi identifierar och reducerar saker som vi gör för mycket av och tydliggör vad som egentligen ska dokumenteras. Mer standardisering – och det är det vårt brev till editorn handlar om. Att vi behöver slå fast vad som ska ingå och att någon tar ansvar för det. Hittar vi den minsta gemensamma nämnaren och slår fast basen kan vi också minska den här oron för vad som måste med. De som är bäst på att identifiera detta är professionen själv. ◀

TEXT **MALIN GAVELIN**

Ett viktigt vittnesmål för eftervärlden

skuggan av den stora bokmässan i Göteborg skedde en nog så viktig om än något mindre bokrelease i Lund när Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet den 2/10 bjöd in till Livets museum. Här samlades många av trettioalet bidragande författare med snittar och bubbel för att fira utgåvan av boken med titeln Bildandet av Skånes universitetssjukhus.

Boken består av personliga skildringar skrivna av nu pensionerade läkare och chefer som vågar träda fram och ta bladet från mun och vittna om den minst sagt dramatiska tiden och effekterna av sammanslagningen av storsjukhusen Malmö och Lund.

Minnet är kort och då det inte finns någon utvärdering av den stora sammanslagningen så blir bokens vittnesmål viktiga för en eftervärld.

Boken tar ett avstamp i tiden för bildandet av Regions Skåne som fortsatt kallades landsting den 1/1 1999. Den nya regionen blir snart en experimentverkstad för organisationsförändringar. Socialdemokraterna införde parsjukhuskoncept där ett stort sjukhus verkade som fullvärdigt akutsjukhus tillsammans med ett mindre sjukhus som bedrev elektiv dagverksamhet. När borgarna kom till makten bröts det hela upp och nu bolagiserades i stället sjukhus som Helsingborg, Ängelholm och Simrishamn.

2006 hade Region Skåne fått en borgerlig majoritet och brottades

med ett stort ekonomiskt underskott. Ordförande i Regionstyrelsen var moderaten Jerker Swanstein. Han lät rekrytera Sören Olofsson som regiondirektör. Olofsson hade erfarenhet från läkemedelsindustrin och som sjukhusdirektör men var främst känd för genomdrivandet av sammanslagningen i Stockholm mellan Huddinge och Karolinska. Nu var uppdraget att genomdriva samma process i Skåne mellan universitetssjukhusen Malmö och Lund. För att lyckas med detta kontaktade Olofsson konsultfirman McKinsey.

Det är nu som boken Bildandet av Skånes Universitetssjukhus fyller det tomrum av transparens som många ansvariga för sammanslagningen säkert vill glömma.

Flertalet beslutsunderlag och dokument som låg till grund för besluten om fördelning av de olika verksamheterna går idag inte att återfinna liksom McKinseys utred-

”När man nu stakar ut vägen för framtidens sjukvård är det viktigt att inte vara historielös.”

ning som lär ha kostat skattebetalarna trettio miljoner kronor.

ett inledande kapitel beskriver Berndt Ehinger hur fjorton verksamhetsområden skall fördelas mellan de båda sjukhusen. Så skulle Lund få ta över all Öron-näsa-hals verksamhet, hematologi, reumatologi, lungmedicin, käkkirurgi och övre gastro-intestinal kirurgi. Malmö skulle i sin tur få ögon, kärlkirurgi, urologi, endokrinologi, endokrinkirurgi, nedre gastro-intestinal kirurgi och handkirurgi. Ryggkirurgi var tänkt att ske akut i Lund och elektivt i Malmö.

Även om flyttlassen gick åt båda hållen så beskriver Ehinger hur stora delar av läkarkåren i Malmö var missnöjda med den nya organisationen och 54 representanter från Malmöprofessorerna och Malmö Läkareförening samt prefekter protesterade 2012 då man tyckte att Malmö avlövats till förmån för Lund. Liknande tongångar fanns i Lund.

Med fasa illustrerar boken att klinisk och vetenskaplig excellens helt saknade betydelse i fördelningen av verksamheterna mellan de båda sjukhusen. I ett av många exempel beskrivs hur dåvarande sjukhuschefen Ann-Sofie Bennheden i Malmö och kirurgprofessorn Bengt Jeppsson beställde en utredning angående urologin av urologiprofessorn Jan-Erik Damber i Göteborg. Damber förordade Lund vilket inte låg i linje med McKinseys utredning.



Boken *Bildandet av Skånes universitetssjukhus* består av personliga skildringar från nu pensionerade läkare och chefer som vittnar om en minst sagt dramatisk tid.

Hur denna utredning och en följande sopades under mattan och aldrig fick komma beslutsfattare till del är spännande läsning.

Lars Norgren, professor och en gång ansvarig för kärlkirurgin i Lund, beskriver hur många erfarna specialister i sina bästa år förvaldigt illa. Som auktoriteter på sina respektive områden sågs man vid flytt till det andra sjukhuset snarare som ett hot än som en vetenskaplig och professionell resurs inom verksamheten.

Mona Landin-Olsson sammanfattar i sitt kapitel: ”Sammanslagningen av de endokrinologiska klinikerna i Lund och Malmö har inte medfört något gott för vare sig Lund eller Malmö. I stället har resultatet blivit minskad

produktion och sämre kvalitet avseende patientvård, arbetsmiljö, utbildning och forskning.”

Efter sammanslagningen

lämnade Sören Olofsson sitt uppdrag. Regionstyrelsens ordförande var då Pia Kinhult från Moderaterna som beklagade att processen varit så toppstyrd och efterlyste då en bredare förankringsprocess. Rikard Larsson regionråd från oppositionen kunde konstatera att han var kritisk till den ursprungliga fusionstanken och anser att sammanslagningen av sjukhusen inte borde ha gjorts.

dag är underskottet för Region Skåne beräknat till 4,5 miljarder. Genom vårdval blir alltmer sjukvård privat. Flera privata sjukvårdsinrättningar har växt fram som Perituskliniken för urologisk kirurgi, Capio Gastro Center med bred allmänkirurgisk och urologisk verksamhet och slutligen GB Obesitas Skåne som erbjuder överviktskirurgi.

Vart skånsk sjukvård är på väg vet ingen. När man nu stakar ut vägen för framtidens sjukvård är det viktigt att inte vara historielös och i den rollen är boken ett viktigt dokument inte minst för politiker och tjänstemän. ◀

Thomas Zilling

Ordförande Läkarförbundet Skåne
Ledamot i Sjukhusläkarna Helsingborg

Fler nya böcker på sjukvårdstemat

Du sköna nya vård

► Den 15 januari släpps *Du sköna nya vård* av den prisbelönta journalisten Anna Gustafsson. Boken beskrivs som ett häpnadsväckande reportage om en av landets viktigaste frågor framåt; vårdvalsformen. Vad händer med de svårt sjuka patienterna när det ges fritt spelrum att skära ut den friskare delen av kakan? Är den svenska sjukvården till för alla?



Regionbyggarna

► 25 år efter bildandet av Västra Götalandsregionen kommer boken som beskriver hur arbetet för att bilda regionen gick till. *Regionbyggarna* skildrar det hela ur ett socialdemokratiskt perspektiv och är skriven av Johan Flanke, tidigare chefredaktör för Ny Tid. Han har intervjuat över 80 personer som var med i arbetet för att bilda Västra Götalandsregionen av fyra tidigare landsting.



Jag ligger på soffan: en bok om utmattning

► Boken är skriven av Lotta Sjunnesson, trebarnsmamma och läkare, som själv insjuknade i utmattning för sju år sedan. Hon önskar att boken ska fungera som en väckarklocka för dem som är i full fart mot utmattning och också förmedla hopp genom att berätta om hur hon själv blev frisk. Boken är också tänkt att fungera som en informationskälla för arbetsgivare.



När samarbetet skaver

► Varannan svensk medarbetare stör sig på konflikträdda chefer. I boken *När samarbetet skaver*, ger konflikthanteraren Tamara Mašković Wångborg verktyg för att förstå, förebygga och hantera konflikter som uppstår i team på alla arbetsplatser. När man vet vad som ska göras kan man både agera förebyggande och med större mod ta tag i samt lösa konflikter i tid.



Så mycket tjänar specialisterna

I Region Västmanland är medellönen för färdiga specialister högst i landet och på Sahlgrenska i Västra Götalandsregionen är den som allra lägst. Sjukhusläkaren har kartlagt lönerna för landets sjukhusanställda specialistläkare.

SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

REGION	VAD TJÄNAR SPECIALISTLÄKARNA I ER REGION?			VILKEN SPECIALITET TILLHÖR LÄKAREN ...
	Medel (kr/mån)	Högst (kr/mån)	Lägst (kr/mån)	
Västmanland	81 190	96 950	70 500	Klinisk mikrobiologi
Uppsala	78 449	110 500	66 750	Psykiatri
Norrbottn	77 462	100 000	66 209	Psykiatri
Skåne	76 925	96 000	49 400	Infektionsmedicin
Sörmland	76 696	90 150	65 000	Urologi
Gotland	76 625	84 000	73 500	Endokrinologioch diabetologi
Stockholm	73 715	92 500	50 900	Radiologi
Blekinge	73 556	95 950	69 500	Palliativ medicin
Västerbotten	73 368	98 000	63 350	Urologi
Östergötland	73 056	103 900	49 800	Allmänmedicin
Västernorrland	73 022	95 000	67 500	Neurokirurgi
Dalarna	72 781	101 400	68 000	Ortopedi
Västra Götaland – NU-sjukvården	72 757	126 700	52 600	Ögonsjukdomar
Örebro län	72 134	91 810	67 000	Geriatrisk
Gävleborg	72 000	112 340	69 000	Medicin
Värmland	70 988	90 600	67 000	Internmedicin
Kronoberg	70 762	87 400	67 000	Internmedicin
Jämtland Härjedalen	70 500	94 670	65 000	Internmedicin
Jönköpings län	70 382	90 400	61 000	Allmänmedicin
Västra Götaland – Södra Älvsborgs sjukhus	70 342	85 000	63 000	Psykiatri
Kalmar län	70 327	99 150	66 000	Psykiatri
Halland	70 123	77 800	67 400	Akutmedicin
Västra Götaland – Sjukhusen i Väster	69 865	75 700	63 500	Psykiatri
Västra Götaland – Sahlgrenska	62 893	82 500	56 000	Ögonsjukdomar

*Västra Götaland – Skaraborgs sjukhus har inte svarat



FLER LÖNER!
I nästa nummer tittar vi närmare på överläkarnas löner.

- ... med minilön?
- Klinisk mikrobiologi

Klinisk farmakologi

Ortopedi

Hud- och könssjukdomar

Akutsjukvård

Infektionssjukdomar

Internmedicin

Ögonsjukdomar

Psykiatri

Flera personer med olika specialiteter

Radiologi

Flera personer med olika specialiteter

Hud- och könssjukdomar
- Neurologi och onkologi
- Flera personer med olika specialiteter
- Flera personer med olika specialiteter
- Flera personer med olika specialiteter
- Radiologi
- Neurologi
- Flera personer med olika specialiteter
- Kirurgi
- Flera personer med olika specialiteter
- Kirurgi
- Flera personer med olika specialiteter



SÖK SJUKHUSLÄKARNAS NYA STIPENDIUM

Är du läkare eller läkarstudent och är intresserad av att undersöka vikten av att kollegor har lugna kontor utan störningsmoment ur ett arbetsmiljö- och produktivitetsperspektiv? Då ska du söka Sjukhusläkarnas stipendium i ämnet.

Sjukhusläkarna delar ut stipendier i frågor som är viktiga för sjukvården i allmänhet och sjukhusläkare i synnerhet. Denna gång har föreningen valt att fokusera på läkares behov av hjärnvänliga, patientnära arbetsplatser, som gör det möjligt för läkarna att stänga om sig och jobba i lugn miljö.

Läkare och läkarstudenter som planerar eller har påbörjat ett forsknings- eller utvecklingsprojekt om läkares administrativa arbetsplatser kan söka stipendiet, som är på 30 000 kronor. Det aktuella projektet ska ta sig an ämnet med hänsyn till frågor om arbetsmiljö, sekretess eller produktivitet, gärna alla tre delar i kombination men det är inget krav.

Sista ansökningsdag är den 12 februari 2024.

Skicka din ansökan till:
Wendela Zetterberg, kansliansvarig
wendela.zetterberg@slf.se
08-790 34 50

Sjukhusläkarna

"Vi har bara gläntat på dörren till precisionshälsa"

1 Vad fick dig att tacka ja till uppdraget som föreståndare för centrumet?

– Jag har en stark koppling till Sahlgrenska, både som forskare och kliniker. Jag har fram tills nyligen även arbetat som verksamhetschef inom kardiologi. Jag ser uppdraget som en stor möjlighet och en utmaning.

– Kunskapsutvecklingen inom precisionsmedicin är stark och det finns stora möjligheter och förhoppningar om tidigare diagnostik, förbättrade och mer skraddarsydda behandlingar och kanske till och med bot för vissa sjukdomar. Det finns också stora utmaningar, inte minst när det gäller datahantering. Det handlar om stora datamängder som samlas in och ska tas om hand, en stor utmaning är att lösa sekretess- och integritetsfrågorna.

– Vi behöver även organisatoriskt identifiera och samla de verksamheter på Sahlgrenska som driver utvecklingen inom precisionsmedicin, exempelvis Centrum för medicinsk genomik, ATMP-centrum och Centrum för Sällsynta Diagnoser Väst. Det finns mycket kunskap hos dessa centra som andra kan lära av och det finns stora synergier som är värda att utveckla. Flera av dessa centra är även med i nationella nätverk och vi behöver docka in i den nationella satsningen på precisionsmedicin. Förra året gjordes en gedigen utredning om precisionsmedicin på Sahlgrenska som vi kommer att utgå ifrån när vi bygger upp centret. Jag kommer att arbeta halvtid som föreståndare och halvtid som forskare och kliniker, bland annat på mottagningen för ärftliga hjärtsjukdomar.



CHARLOTTA LJUNGMAN

är överläkare i kardiologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vid årsskiftet börjar hon som föreståndare för det nybildade Centrum för precisionsmedicin, ett virtuellt centrum som sömlöst ska jobba med sjukhusets olika verksamheter inom precisionsmedicin.

2 Finns den en enhetlig definition av vad precisionsmedicin är?

– Nej, det finns egentligen ingen enhetlig definition. Men i botten är nog de flesta överens om att det handlar om att utveckla mer individanpassade och skraddarsydda diagnostiska metoder och behandlingar.

– Det finns också ett mycket större begrepp, precisionshälsa, som vi knappt har börjat prata om, nämligen hur vi ska kunna arbeta med prevention utifrån precisionsmedicin för att individer ska bibehålla sin hälsa. Det här området är bara i sin linda, men det är ett spännande utvecklingsområde.

3 Vilka vinster ser du inom det egna verksamhetsområdet kardiologi?

– Mitt forskningsområde handlar primärt om kardiomyopati, ett samlingsnamn för sjukdomar som drabbar hjärtmuskeln. En stor subgrupp är patienter med hjärtsvikt. I dag behandlar vi alla i stort sett på samma sätt. Men med precisionsmedicin kommer vi att kunna kategorisera och behandla den bakomliggande orsaken till hjärtsvikt mer specifikt. Vi har bara gläntat på dörren.

– Inom kardiologin pågår även studier där behandling med den Nobelprisbelönta gensaxen Crispr/Cas9 provas på patienter med Skelleftejukan. Det är en revolutionerande behandling med precisionsmedicin som kan innebära ett paradigmskifte inom kardiologin.

TEXT EVA NORDIN

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. Stegmann, Eur J Pharmaceutical Sciences 2011;44:447-54. 3. TLV.se 3 okt 2023. 4. Advagraf® produktresumé.

Dailiport (takrolimus); 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 5 mg. Depotkapslar. (Rx:F), ATC-kod: L04AD02. **Farmakoterapeutisk grupp:** Kalcineurinhämmare. **Indikationer:** 1) Profylax mot transplantatavstötning hos vuxna njur- och levertransplantationspatienter. 2) Behandling av transplantatavstötning som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. **Varningar och försiktighet:** Felmedicinering, inklusive ovarsamt, oavsiktligt eller oöversakat byte mellan takrolimus beredningar med direkt respektive fördröjd frisättning, har setts. Detta har lett till allvarliga biverkningar, inklusive avstötning av det transplanterade organet och andra biverkningar som kan vara en följd av antingen under- eller överexponering för takrolimus. Patienter bör bibehålla behandling med samma takrolimus beredningsform och den därtill hörande doseringsregimen. Byte av beredningsform och ändringar i doseringsregimen bör bara ske under noggrann övervakning av transplantations-specialist (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 immunsuppressiva 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 råtta (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, info.sverige@sandoz.com, www.sandoz.se. NR2311133118

SANDOZ

Sandoz A/S, www.sandoz.se, info.sverige@sandoz.com

dailiport®
TACROLIMUS
depotkapsel

Hyrstopp och införande av dygnsvila – en svår ekvation

Vilka frågor har varit i fokus under 2023 och vilka kommer att dominera under nästa år? **Sjukhusläkarnas företrädare** för landets lokalavdelningar lyfter fram ledarskap på distans, underskott, fortbildning, vårdplatsbrist och nya regler för dygnsvila som några av de mest prioriterade frågorna.

TEXT EVA NORDIN

ROFIDA GHAZVINIAN
Malmö

2023 Det är hård press på specialistsjukvården just nu eftersom man samtidigt försöker reda ut vårdplatsbristen, den elektiva vårdkön och specialistläkarbristen. De är väldigt beroende av varandra och nya budgetbeslut gör det svårt att balansera och hantera dessa utmaningar.

2024 Journalsystemet Milenium och nya sjukhuset i Malmö kommer att närma sig sina planerade lanseringsdatum och kommer säkerligen att bli viktiga frågor nästa år.

Vårdplatsbrist, specialistläkarbrist och den elektiva sjukvården kommer att återigen påverkas när regionens strategier har fattat beslut om att införa högspecialiserad sjukvård på Skånes universitetssjukhus. Frågan kommer säkert att vara viktig för den basala akutvården och kollegor som arbetar i de akuta flödena.



SHOKOUFEH MANOUCHEHR POUR
Göteborg

2023 En av flera stora frågor har varit rekryteringen av en ny sjukhusdirektör till Sahlgrenska universitetssjukhuset efter Ann-Marie Wennberg. Det har tagit tid, men i augusti tillträdde Boubou Hallberg som varit omdiskuterad och ifrågasatt.

En annan stor fråga är det stora underskottet/sparbetinget på 1,2 miljarder. En handlingsplan för budget i balans har lanserats. Den är tänkt att stoppa kostnadsökningarna för att få en budget i balans 2024/2025. Jämfört med andra universitetssjukhus, bedriver Sahlgrenska den billigaste vården. Enligt statistiken, skulle regionen behöva ett tillskott på två miljarder för att sjukvården i Västra Götalandsregionen ska få kosta lika mycket per invånare som i övriga landet.

I slutet av 2022 fick sjukhuset kritik av IVO för att antalet vårdplatser var för få. I handlingsplanen om budget i balans finns snarare förslaget om att minska antalet budgeterade vårdplatser. Det går inte ihop och är inte försvarbart.

Ett annat problem är hur Sahlgrenska universitetssjukhuset ska kunna bli Europas bästa 2032 när ledningen begränsar möjligheterna till fortbildning för läkare.

2024 Min bedömning är att vi inte kommer att klara sparbetinget under nästa år om vi ska bedriva samma uppdrag och om inte riskera patientsäkerheten. Olika förslag diskuteras nu, bland annat remisstväg till akuten. Med tanke på att vi har en underdimensionerad och underfinansierad primärvård är det svårt att förstå var patienterna ska ta vägen.



BJÖRN FLODMARK

Kalmar Södra

2023 Vi har tagit upp frågan om ett gammalt avtal från 1990 som inte ger läkare rätt till övertidsersättning. I löneavtalet finns redan en förtryckt, ikryssad ruta som inte ger läkare kompensation för övertidsuttag. Dessutom har våra specialister och ST-läkare förhållandevis låga löner, om man jämför med övriga riket. Nu kommer regionens förhandlingschef att se över avtalet och om det är ett kollektivavtal som går att säga upp.

2024 Arbetstidsdirektivet och implementeringen av dygnsvilan kommer att bli en utmaning under 2024. Vissa jobbar ofantligt mycket och dessutom otidsenligt. Andra frågor för vår region är bemanningen på akutmottagningen och hur vi ska arbeta med akutprocessen, där vill vi vara delaktiga och försöka påverka beslutsfattare. I dag har vi en frivillig akut jourlinje, men det är ju rimligtvis arbetsgivaren som ska organisera detta.

JONAS WELAM

Jönköping

2023 Dygnsvilan är givetvis mest aktuell, framför allt hur små kliniker ska kunna lösa jourbemanningen. Grundinställningen i vår lilla region med cirka 350 000 invånare, är att inga undantag skall göras innan man åtminstone försökt att lösa det med åttidnad av reglerna. **Vi har**

tre sjukhus i regionen och alla är akutsjukhus med verksamhet dygnet runt, förlossning samt jourlinjer för alla större specialiteter på alla tre ställen.

2024 Avtalsrörelsen med hänsyn till den höga inflationen och de uttalanden som gjorts av SKR:s förhandlingschef om att jourkomp inte ska kunna tas ut. Inga lokala kollektivavtal. Kompromissviljan och flexibiliteten upplever jag som mycket låg. Förtroendet lokalt likaså. Vår region med bemanningsutmaningar har inte samma möjligheter som exempelvis Stockholm, och det finns en dålig förståelse för det.

YVETTE ANDERSSON

Västmanland

2023 Hos oss har det varit mycket fokus på utveckling av den nära vården, framför allt från ledningens sida. Vi tycker väl att det finns många bra saker med det, men det verkar som om politiker och ledning har en bild av att det kommer att lösa alla problem, vilket vi ställer oss lite skeptiska till. Bygget av det nya akutsjukhuset har kommit i gång. Vi har fortfarande inte fått tydliga besked om hur det kommer att se ut med administrativa arbetsplatser. Vi har försökt driva frågan länge utan att få gehör, tyvärr är vi nästan på väg att ge upp. **Nu under hösten blev det också mycket osäkerhet och förvirring då områdeschefen för akutsjukvård blev uppsagd av hälso- och sjukvårdsdirektören och fick gå på dagen.** Beskedet var att det berodde på att de hade olika bild av hur verksamheten skulle utvecklas, men hos oss är det väldigt ovanligt att någon får gå så där direkt, så det var en märklig situation.

2024 Jag tror tyvärr att det kommer att fortsätta att pratas väldigt mycket ekonomi under 2024. Möjligheterna till fortbildning och utveckling kommer att få stå tillbaka. Så från fackligt håll kommer vi kanske ha fullt upp med att försvara det som finns och är bra.

EMMA NYBERG

Dalarna

2023 Efter IVO-rapporten förra året, som kritiserade bland annat Falu lasarett, blev det ett samverkansmöte där en facklig representant deltog. Vi hade i vår lokala Sjukhusläkarförening inför mötet tagit fram några konkreta förslag som gick igenom, vilket vi var nöjda med förstås. Själva grundproblemet är dock verkligen inte löst. Det har pratats mycket om besparingar i regionen. Var ska det sparas? Det har talats om att dra ner på administrativ personal och detta har också poängterats från fackligt håll att det är från administration till vårdprofessionen som medel behöver flyttas.

2024 Vårdplatsfrågan har varit den särdeles största frågan det senaste året och kommer fortsätta vara det under kommande år. Det ekonomiska läget kommer att bli en fortsatt central fråga. Stafetterna kommer ju sannolikt att granskas, med tanke på besparingar. Det är en god idé att nyansera diskussionen kring stafetter. Det är skillnad på stafetter som anställs för att beta av köer med ett närmast omänskligt tempo, som en ordinarie anställd inte skulle mäta med i längden, jämfört med en stafettanställd som för en betydligt högre ersättning gör exakt samma arbete som en vanlig anställd.

**PETER DANIELSSON**

Halmstad

2023 Implementeringen av dygnsvilan har väckt många frågor, inte minst hur vi ska göra med primärjouren. Hyrstopp och bristen på sjuksköterskor har också varit en svår utmaning och påverkat verksamheten då vi tvingats stryka elektiva operationsdagar.

2024 Bristen på vårdplatser är fortsatt en viktig fråga. Svensk sjukvård halkar efter övriga Europa och en stor undran är vad vi egentligen sysslar med. **Vi gör extremt mycket onödigt och ägnar mycket tid och resurser åt olika vårdprogram och vårdprocesser, frågan är till vilken nytta?** Vi borde lägga mer tid på patienter där vi kan göra skillnad. Ett önskemål är att vi inför förnuftsbasead sjukvård, och dit hör inte chattbotar där alla ska få tillgång till vård dygnet runt.

YLVA BJÖRKLUND

Gästrik-Hälsinge

2023 Dygnsvilan har varit största samtalsämnet, inte minst mot bakgrund av det finns olika åsikter om hur reglerna ska tolkas.

2024 Övertidsfrågan är aktuell hos oss, många arbetar betydligt mer än 200

timmar övertid per år. Löner är ständigt aktuella, och det blir nog ännu svårare för medarbetare och arbetsgivare att komma överens vid individuella förhandlingar. Det är hög inflation och reallönesänkningar som är svåra att acceptera samtidigt som regionen har dålig ekonomi och försöker hålla nere ingångslöner.

**PER HAMMARLUND**

Ängelholm

2023 Nya reglerna om dygnsvila. Vårdplatsbristen. Avtalsrörelsen.

2024 Avtalsrörelsen. Sjuksköterskebristen. Nedstängning av mindre sjukhus.

**FLEMMING BJÖRNBERG**

Östra Skåne

2023 Fortbildning, stopp för hyrsköterskor och dess effekt, vårdplatsbrist, regionens usla ekonomi.

2024 Aktuella frågor under 2023

kommer fortsatt att vara viktiga även nästa år, med viss övervikt på vårdplatsbrist (vilken är orsakad av hyrsköterskestoppet och ekonomin).

**PETER GEIGER**

Älvsborg Södra

2023 Det har tagit tid att landa i en stabilitet efter pandemin, ett arbete som har fortsatt under 2023. **Vi har också haft fokus på lönerrevision, vi låg efter och har fått våra politiker att satsa fyra procent extra utöver det vanliga.**

2024 Arbetstidsdirektivet och dygnsvilan kommer att dominera under nästa år. Inom vårt verksamhetsområde, intensivvård, kommer direktivet framför allt att påverka bakjouren, sannolikt med utökad tjänstgöring på helger.



MARIE ENGMAN

Sörmland

2023 Den urusla ekonomin med varsel, reducering av hyrläkare, neddragning av verksamheter.



2024 Den kommande utvecklingen av det ekonomiska underskottet och de åtgärder som har vidtagits och som följer. Oro för längre väntetider, sämre vård, minskad fortbildning, ökad övertid och flex. Som ett resultat av allt detta följer en sämre arbetsmiljö, ökad stress, sjukskrivningar och uppsägningar.

ANDREAS FISCHER

Stockholm

2023 En fråga som förstås diskuterats flitigt är hur tillämpningen av EU:s dygnsvila kommer att falla ut. En annan diskussion har varit årets lönerevision. **Uppräkningen på omkring fyra procent täcker inte inflationen på långa vägar.**



2024 Nästa år kommer det att bli intressant att följa avtalsrörelsen. Sveriges kommuner och regioner har satt tonen genom att säga upp jouravtal i två regioner. Frågan är nu om Läkarförbundet kommer att vara lika undfallande som i diskussionerna om dygnsvilan? Läkarens löneutveckling, arbetsmiljö och möjlighet till inflytande har varit för dålig och försämrats under decennier. När och hur kommer Läkarförbundet att agera?

KARIN FILIPSSON

Lund

2023 Den stora snackisen nu och under hösten har varit regiondirektörens beslut om restriktivitet för möten, kurser och konferenser. **Det är mycket olika på olika enheter om hur ordet restriktivitet ska tolkas, utifrån läkares utbildning och fortbildning.**

För övrigt engagerar SDV, Skånes digitala vårdssystem. Det kommer att påverka allt fler under 2024 och de närmsta åren. Budgeten och beslut om hur underskotten ska hanteras kommer också att påverka oss, både i slutet av 2023 och även 2024.



JOHAN GUSTAFSSON

Helsingborg

2023 En stor fråga har varit det nya sjukhuset som ska byggas och förväntas stå klart cirka 2034. Vi ser verkligen fram emot det. **För övrigt brottas vi med svåra överbeläggningar och det fattas cirka 40 bemannade vårdplatser.** Vi har dock lyckats ordna 18 vårdplatser genom nyrekrytering av sjuksköterskor som möjliggör att vi kan öppna en avdelning.



2024 Avtalsrörelsen och den nya dygnsvilan är de största frågorna under nästa år. Hyrläkarstoppet i kombination med 11 timmarsregeln kommer att påverka individens specifika önskemål och möjligheter att gå jour. Det är utan tvekan stora utmaningar vi står inför.

LARS ROCKSÉN

Ångermanland

2023 Det har under en längre tid varit stora svårigheter med vårt ledarskap på distans. Vi är en länsklínik i Örnsköldsvik och styrs av ett ledarskap som befinner sig 17 mil bort i Sundsvall. Distansledarskap påverkar förutsättningarna och möjligheterna att sköta kompetensförsörjningen och utveckla verksamheter utifrån lokala behov.



2024 Det som överskuggar allt är arbetstidsdirektivet och dygnsvilan. Det kommer vi sannolikt att arbeta med under hela nästa år. **Redan nu ser vi stora problem med bemanning, inte minst mot bakgrund av begränsningen av hyrpersonal. De som jobbar i verksamheterna kommer troligtvis att få jobba mer.**



Elin Karlsson med styrelse hälsar välkomna till fullmäktigemöte.

VÄLKOMMEN TILL FULLMÄKTIGEMÖTE 2024!

Sjukhusläkarnas fullmäktige kallas härmed till ordinarie fullmäktigemöte torsdagen den 14 mars – fredagen 15 mars.

LOKAL: Westmanska palatset, Holländargatan 17 i Stockholm

Av lokalavdelning eller föreningsmedlem väckta frågor, som ska upptas på föredragningslistan, ska enligt stadgarna ha kommit styrelsen tillhanda senast en månad före mötet, det vill säga senast den 13 februari. Motioner skickas till wendela.zetterberg@slf.se

Sjukhusläkarna



Sten Östenson, styrelseledamot i Sjukhusläkarna, var aktiv i debatten.



Sjukhusläkarna fick gehör i flera viktiga ämnen på Läkarförbundets fullmäktigemöte.

FOTO BJÖRN QVARFORDT

"Vi har nått framgång i många av våra centrala frågor"

Läkarförbundet ska verka för att en nationell slutexamination införs i slutet av läkares grundutbildning som krav för legitimation. Delegaterna på förbundets fullmäktigemöte ställde sig bakom förslaget från Sjukhusläkarna – ett av många exempel på föreningens stora genomslag på mötet.

Vi har nått framgångar i många av våra centrala frågor, säger **Elin Karlsson**, ordförande i Sjukhusläkarna, som också valdes in som ledamot i förbundsstyrelsen.

– Det är ytterst glädjande att vårt arbete ger konkreta resultat, vilket inspirerar och sporrar oss i vårt fortsatta arbete. För egen del är jag otroligt glad över förtroendet att på nytt få jobba i förbundsstyrelsen och påverka förbundets arbete den vägen.

Sjukhusläkarna argumenterade för

nationell slutexamination i slutet av läkares grundutbildning tillsammans med Sveriges läkarförbund student, SLF Student. Föreningarna betonade inte minst vikten av att kvalitetssäkra utbildningen.



Elin Karlsson.

Deltagarna på fullmäktigemötet gick även på Sjukhusläkarnas linje i fråga om läkares arbetsplatser. Läkarförbundet ska verka för hjärnvänliga arbetsplatser för

läkare och sammanställa ett faktabaserat material om läkares administrativa arbetsplatser. Motionen

fick också förbundsstyrelsens pris för bästa motion.

En framgång bland många var att Sjukhusläkarna och Sveriges yngre läkares förening fick gehör för sin motion om lönecoachning. Förbundet ska utveckla sin lönecoachning och marknadsföra den till medlemmar.

– Stärkt stöd i löneförhandlingar, god arbetsmiljö och kvalitetssäkrad utbildning – Sjukhusläkarna har lyft flera brännande sjukvårdspolitiska och fackliga frågor på förbundets fullmäktigemöte. Vi kan se tillbaka på två intensiva, produktiva och inspirerande dagar, säger Elin Karlsson.

/Sjukhusläkarna

I KORTHET: SJUKHUSLÄKARNAS MOTIONER

Här är en genomgång av Sjukhusläkarnas motioner som behandlades på Läkarförbundets fullmäktigemöte i mitten av november.

LÖNECOACHNING

► Föreningen yrkade tillsammans med Sveriges yngre läkares förening, Sylf, i en motion att Läkarförbundet ska utveckla sin lönecoachning och marknadsföra den för sina medlemmar. Deltagarna på fullmäktigemötet biföll motionen.

SKYDDA VÅRA MEDLEMMAR!

► Sjukhusläkarna argumenterade i en motion att Läkarförbundet ska verka för att vårdinrättningar ska kunna införa inpasseringskontroller och tillfälligt kunna stänga delar av lokalerna vid hot, att vårdpersonal anonymt ska kunna anmäla hot och överfall, att en definition av miniminivå av skalskydd tas fram och att vårdpersonal får utbildning i hur man bemöter hotfulla situationer. En majoritet på mötet beslutade att anse första, andra respektive fjärde att-satsen besvarad, samt att avslå tredje att-satsen.

ÖPPNA LANDSKAP

– INTE ALLTID BRA FÖR SJÄLEN

► Läkarförbundet ska sammanställa ett faktabaserat material om läkares administrativa arbetsplatser och jobba för hjärnvänliga arbetsplatser. Föreningens motion fick tummen upp.

INSATSER VID ARBETSRELATERADE SJUKDOMAR

► Tillsammans med Svenska företagsläkarföreningen yrkade Sjukhusläkarna i en motion att förbundet ska verka för att läkare vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa rutinmässigt får stöd av specialistläkare i arbetsmedicin/företagshälsövård. Fullmäktige ansåg efter vissa justeringar att motionen var besvarad.

ALLA SKA MED

► Sjukhusläkarna lyfte fram att Läkarförbundets jurister centralt ska engageras när förtroendepdraget skapar konflikt med arbetsgivaren och stödet från lokalföreningen upplevs otillräckligt. Föreningen betonade också att förbundet ska agera kraftfullt vid överträdelse mot förtroendemannala-

gen, samt ta fram en handlingsplan att använda vid konflikter som involverar fackligt förtroendevalda. Motionen ansågs besvarad.

INTE KÖRA UTAN KÖRKORT

► Läkarförbundet ska arbeta för att en nationell slutexamination införs i slutet av läkares grundutbildning som krav för legitimation. Fullmäktige biföll motionen från Sjukhusläkarna och Sveriges läkarförbund student, SLF Student.

INNEHÅLL OCH FINANSIERING AV TOLFTE TERMINEN

► Föreningen yrkade tillsammans med Sylf och SLF Student att förbundet ska verka för att finansieringen av tolfte terminen på läkarutbildningen säkerställs med ett tydligt nytt tillskott av pengar, att ekonomisk ersättning följer undervisningsuppdraget till aktuell undervisningsenhet, samt att kliniskt verksamma läkare inkluderas i planering och utformning av läkarprogrammet. Fullmäktige landade i att första respektive tredje att-satsen var besvarad. Andra att-satsen bifölls efter att den fått en något justerad ordalydelse: "Att Sveriges läkarförbund verkar för att ekonomisk ersättning följer undervisningsuppdraget".

GOD OCH VÄRDIG ANDA INOM KÅREN

► Sjukhusläkarna vill att Läkarförbundet i sitt påverkansarbete använder ordet specialistläkare följt av respektive specialitet och inte epiteten sekundärvård eller organspecialist. Motionen ansågs besvarad.

NÄRA LEDARSKAP ÄR NÖDVÄNDIGT

► Sjukhusläkarna drev i en motion att förbundet ska arbeta för att sjukvårdens verksamheter ska ledas av en närvarande medicinskt kompetent chef med tillräckligt mandat, att chefer inom sjukvården har en god arbetsmiljö med tydlig uppdragsbeskrivning och delegerat mandat, samt tillräcklig uppbackning från stödfunktioner. Även denna motion ansågs besvarad. /Sjukhusläkarna

ÅRSMÖTEN

SJUKHUSLÄKARNA ÖREBRO

Scandic Grand Hotel, Fabriksg. 21-23, Örebro

► Välkommen till Sjukhusläkarna Örebro årsmöte med efterföljande middag och samvaro fredagen den 19 januari klockan 17.00! Årsmötet hålls i anslutning till läkarföreningens årsmöte som brukligt.
► Kallelse med information om tider och anmälan skickas till medlemmar.
► Paula Wallmon, ordförande
paula.wallmon@regionorebrolan.se

SJUKHUSLÄKARNA VÄSTMANLAND

Stadshotellet, Stora torget 7 i Västerås

► Sjukhusläkarna Västmanland har årsmöte torsdagen den 25 januari klockan 17.30. Vi bjuder på middag efter mötet. Välkommen!
► Anmälan till Eva Smedh
eva.smedh@regionvastmanland.se

SJUKHUSLÄKARNA ÖSTRA SKÅNE med rundvisning av Hässleholms Modelljärnväg

HMJF, Tygvägen 2, 281 35 Hässleholm

► Datum: 2024-01-17. Årsmötestid: 17.30. Start med kaffe/te från kl. 17.00, middag för anmälda: 20.00.
► Anmälan sker via anmälningslänk som kommer ligga på hemsidan samt i medlemsutskick i december.

SJUKHUSLÄKARNA GÖTEBORG

Hjärtats aula, SU/Sahlgrenska

► Datum: 11 januari 2024 kl 17.
► Efter mötesförhandlingar föreläser Cecilia Berlin, docent i ergonomi från Chalmers.
► Sjukhusläkarna bjuder på en enklare buffé. För dimensionering av buffé ser vi gärna intresseanmälan via mail till anders.thurin@vgregion.se senast 2024-01-05. Varmt välkomna!

SJUKHUSLÄKARNA LUND

Representationsvåningen plan 12 Blocket

► Datum: Tisdag 23/1 2024. Tid: Start med lättare förtäring från kl 17.00. Gäst från kl 17.30. Årsmötesförhandlingar ca kl 18.30.
► Gäst meddelas senare med kallelse som skickas till alla medlemmar.
► Anmälan görs via mail till msl.kansli@skane.se Varmt välkomna!



FOTO PRESSBILD

NYTT FORTBILDNINGSDIPLOM GÅR ATT SÖKA FRÅN OCH MED ÅRSSKIFTET

Sjukhusläkarnas nya fortbildningsdiplom syftar till att uppmärksamma kliniker som är positiva exempel i fråga om fortbildning. Från och med den 1 januari går det att ansöka om diplom.

Specialistläkare ägnar allt färre dagar åt extern fortbildning. Sjukhusläkarna bedriver sedan länge påverkansarbete med målsättning att specialistläkares fortbildning ska regleras. För att få bukt på problemen krävs en nationell föreskrift från Socialstyrelsen, som ger både arbetsgivarna och arbetstagarna tydliga krav att förhålla sig till.

På samma gång är det viktigt att uppmuntra verksamheter som jobbar med fortbildning som en naturlig del av vardagen.

Föreningen har därför tagit initiativ till ett fortbildningsdiplom, som kliniker/verksamheter från början av januari nästa år och framåt kan ansöka om att få.

– En tanke är att med tiden utveckla kriterierna ytterligare i linje med våra mål om minst tio dagar med extern fortbildning per år och en halv dag per vecka med intern fortbildning. I ett första skede har vi dock valt att fokusera på vikten av att klinikerna har en tydlig grundstruktur, säger **Elin Karlsson**, ordförande i Sjukhusläkarna.

– Det är allvarligt att regioner satsar stora pengar på fluffiga projekt om policyhantering och liknande, medan det finns uppenbara problem med den medicinska fortbildningen som på många sätt är navet i utvecklingen av sjukvårdens kärnverksamhet. Detta måste ändras i grunden.

/Sjukhusläkarna

KRITERIER FÖR FORTBILDNINGSDIPLOMET:

- Alla specialistläkare ska ha en individuell och dokumenterad fortbildningsplan
- Verksamheten ska ha en fortbildningsplan i verksamhetsplanen eller åtminstone transparent i organisationen
- Alla som är i klinisk tjänst ska ha genomgått någon form av medicinskt relevant extern fortbildning under året, undantag ska motiveras
- Struktur ska finnas för att återföra kunskap från externa kurser och kongresser till verksamheten
- Fortbildning ska redovisas i verksamhetsberättelsen för att tydliggöra att det är en viktig del av verksamheten
- Kontinuerlig intern utbildning en till två gånger i månaden

ANSÖKNINGAR SKICKAS TILL:

Wendela Zetterberg,
kansliansvarig
wendela.zetterberg@slf.se
08-790 34 50

Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

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

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

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

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Förkortad produktinformation

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

Indikation Xydalba är avsett för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI) hos vuxna och pediatrika patienter i åldern 3 månader och äldre. Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel. **Kontraindikationer** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av de hjälpämnen som anges i avsnitt Förteckning över hjälpämnen. **Dosering Vuxna:** Rekommenderad dos av dalbavancin är 1500 mg administrerat som en enstaka infusion eller som 1000 mg följt av 500 mg en vecka senare. **Barn och ungdomar från 6 års ålder till yngre än 18 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 18 mg/kg (högst 1500 mg). **Spädbarn och barn från 3 månaders ålder till yngre än 6 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 22,5 mg/kg (högst 1500 mg). **Administreringsväg** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädning av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Särskilda anvisningar för destruktion och övrig hantering. **Varningar och försiktighet** Dalbavancin ska administreras med försiktighet till patienter med känd överkänslighet för andra glykopeptider eftersom korsöverkänslighet kan förekomma. Om en allergisk reaktion mot Xydalba uppstår bör behandlingen avbrytas och lämplig behandling för allergisk reaktion påbörjas. Xydalba rekommenderas inte under graviditet, såvida inte den potentiella förväntade nyttan tydligt överväger den potentiella risken för fostret. **Förpackningsinformation** Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg. Vitt till blekgult pulver. 500 milligram injektionsflaska. **Innehavare av godkännande för försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produktesumé 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



En tablett, tre indikationer*

Jardiance minskar risken för komplikationer vid:

Typ 2-diabetes

CV-död (kardiovaskulär död) hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom jämfört med placebo (RRR 38%, ARR=2,2%, $p<0,001$)¹

Hjärtsvikt

CV-död eller sjukhusinläggning för HF jämfört med placebo (HFrEF: RRR 25%, ARR 5,2%, $p<0,0001$, HFpEF: RRR 21%, ARR 3,3%, $p=0,0003$)¹

Kronisk njursjukdom **NYHET**

CV-död eller njursjukdomsprogression jämfört med placebo (RRR 28%, ARR 3,6%, $p<0,001$)¹



Etablerad säkerhets- och toleransprofil ¹



Enkel dosering: en tablett, en gång dagligen, ingen titrering ¹

1. JARDIANCE® produktresumé, se FASS.se.

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).**