

Sjukhus läkaren

#1
2024

Ditt granskande öga mot vården

Staffan Gustafsson
är barnkardiolog
på Drottning Silvias
barnsjukhus.

Ledaren:

*”Arbetsgivaren
har struntat
helt i läkarnas
administrativa
arbetsmiljö.”*

Tre läkare i en skrubbb

ADMINISTRATION PÅ 7,5 KVADRAT

IHÅLLANDE EFFEKT I 24 TIMMAR DEN ENDA TRIPPELBEHANDLINGEN VID KOL SOM TAS MED EN INHALATION DAGLIGEN^{1,2}

För patienter med KOL som inte uppnår adekvat kontroll med ICS/LABA eller LAMA/LABA¹

TRELEGY ELLIPTA
flutikasonfuroat/umeclidinium/vilanterol

Vill du veta mer, besök trelegy.se



Trelegy Ellipta (flutikasonfuroat/umeclidinium/vilanterol/) Rx, F, ATC-kod: R03AL09
Indikation: Trelegy Ellipta är avsett som underhållsbehandling till vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte uppnår adekvat kontroll med en kombination av inhalationssteroid och långverkande β_2 -agonist eller med en kombination av långverkande β_2 -agonist och långverkande muskarinantagonist (för effekter på symtomkontroll och prevention av exacerbationer, se avsnitt 5.1 i godkänd SPC). **Dosering:** En inhalation (92 mikrogram flutikasonfuroat/55 mikrogram umeclidinium/22 mikrogram vilanterol) inhalationspulver vid samma tidpunkt en gång dagligen. Ingen dosjustering krävs för patienter över 65 år. Ingen dosjustering krävs för patienter med nedsatt njurfunktion. **Kontraindikationer och interaktioner:** Överkänslighet mot någon av de aktiva substanserna eller hjälpämnen. Samtidig användning av icke-selektiva eller selektiva beta-adrenerga blockerare ska undvikas om det inte finns mycket starka skäl till att använda dessa. **Varningar och försiktighet:** Trelegy Ellipta ska inte användas för att behandla akuta exacerbationer vid KOL. Liksom annan inhalationsterapi kan administrering av flutikasonfuroat/umeclidinium/vilanterol framkalla paradoxal bronkospasm som kan vara livshotande. De vanligaste rapporterade biverkningarna har varit huvudvärk och nasofaryngit, därutöver biverkningar som hör till klassen ICS/LABA/LAMA i allmänhet. En ökning av incidensen av pneumoni, inklusive pneumoni som kräver inläggning på sjukhus, har observerats hos patienter med KOL som får inhalerade kortikosteroider. Läkare bör vara fortsatt vaksamma när det gäller möjlig utveckling av pneumoni hos patienter med KOL eftersom de kliniska tecknen på sådana infektioner överlappar symtomen på KOL-exacerbationer. Trelegy Ellipta ska användas med försiktighet till patienter med allvarliga kardiovaskulära sjukdomar, i synnerhet hjärtarytmier. På grund av sin antimuskarina effekt ska Trelegy Ellipta användas med försiktighet till patienter med urinretention eller trångvinkelglaukom. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 15/07/2022. GSK, Box 516, 169 29 Solna. Tel: 08-638 93 00, se.gsk.com.
Om du vill rapportera en biverkning på något av våra läkemedel eller vacciner så kan du kontakta oss på följande sätt: Webbförmlär: se.gsk.com/biverkning. Telefon: 08-638 93 00 (be om att bli kopplad till Biverkningsenheten).

Referenser: 1. TRELEGY Ellipta produktresumé [fass.se](https://www.fass.se). 2. Lipson DA et al. Adv Ther 2020; 37(12): 4894-4909.

TRELEGY Ellipta har utvecklats i samarbete med **INNØVIVA**

©2022 GSK-koncernen eller dess licensgivare
PM-SE-FVU-ADVT-220001; 20220622

GSK
Tel: 08-638 93 00
se.gsk.com

Det bortglömda kontoret

Att som läkare ha tillgång till en lugn och avskild arbetsplats där administrativa uppgifter kan utföras ostört kan tyckas självklart. Medicinska intyg där ord behöver vägas på guldvåg, beslut om HLR-insatser, telefonsamtal med och om patienter – listan kan göras lång på arbetsuppgifter som kräver både full koncentration och möjlighet till bibehållen sekretess. Därför skulle man kunna tro att arbetsgivaren tar med detta i beräkningen när om- och nybyggnationer på landets sjukhus planeras.

Men när Sjukhusläkaren hör av sig till de fackliga ordförandena i lokalföreningarna runt om i landet visar det sig att så inte alls är fallet. **I stället har många arbetsgivare valt flexibla kontorslösningar där det blir huggsexa om de tysta rummen, gjort förtätningar där rum för två blir ett rum för fyra etcetera. På några håll – som exempelvis Stockholm – har man helt enkelt glömt bort att läkare ens behöver en yta för administrativt arbete vid de senaste två nybyggnationerna.**

Och på Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg får sex narkosläkare tränga ihop sig på en minimal yta dimensionerad för

tre. Detta i i övrigt nya, fräscha lokalerna med 10-15 meters takhöjd och tjugiga designlampor. Läs om vår kartläggning av läkarnas administrativa arbetsplatser i samband med om- och nybyggnationer på sidan 14-32.

Men lyckligtvis finns det även goda exempel. Följ med till Lycksele där alla specialister har möjlighet att stänga dörren vid behov på sidan 22.

Möjlighet till återhämtning är viktigt – men mer eller mindre omöjlig att erbjuda i en krigssituation. Därför bjöds ett hundratal läkare, sjuksköterskor och sjukvårdare från krigets Ukarina in för en veckas rehabilitering i Sverige. Vår reporter Eva Nordin och frilansfotografen Meli Petersson Ellafi följde akutläkaren Vladislav Sverdlikov under några händelserika men även avkopplande dagar som inkluderade både bastubesök och kulturella upplevelser.

Malin Gavelin
tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

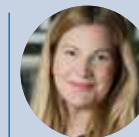
REDAKTION

E-POST: redaktionen@sjukhuslakaren.se

HEMSIDA: www.sjukhuslakaren.se



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

ANNONSER

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

PRENUMERATIONS-FRÅGOR

wendela.zetterberg@slf.se

TRYCK

V-TAB Vimmerby AB

NÄSTA NUMMER:

Sjukhusläkaren utkommer med sex nummer per år. #2 kommer den 9 april.

#1 2024:

- 6–7: Ledaren med **Elin Karlsson**
- 8–10: I omlopp
- 12–13: Bilden: Fortbildning

TEMA:

- 15–21: Så ser läkarnas administrativa arbetsplatser ut
- 21: Regionen: Vi följer rådande trender
- 22–25: I Lycksele har alla egna rum
- 26–29: **Anders Eriksson** om vårdarkitektur
- 30–31: **Maral Babapour Chafi** om flexibla kontorslösningar
- 32: Siffran

- 34–37: Tre röster om Kloka Kliniska Val
- 38–41: Chefläkarenkät: Brister i patient-säkerhetssystemet
- 42–43: **Fredrik Bååthe** om utvecklingsarbete med läkare i fokus
- 44–51: Kriget i Ukraina: Läkarnas välbehövliga paus i Sverige
- 52–55: Kriget i Ukraina: Patrik tog saken i egna händer
- 56: 3 frågor till **Boubou Hallberg** om kapade chefsled
- 58–59: Kollen: Överläkarnas löner
- 60–63: Läkare i Europa strejkar för bättre arbetsvillkor
- 64–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna

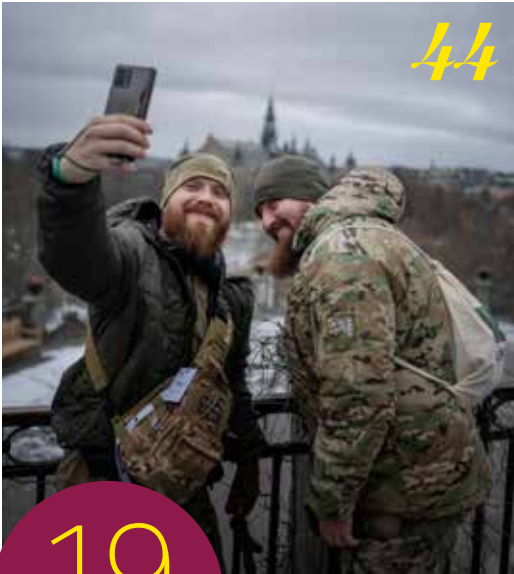


FOTO MELI PETERSON ELLAFI

19
SIDOR TEMA



FOTO JULIA SJÖBERG



FOTO KRISTINA WALLIN



PÅ OMSLAGET
Frilansfotografen Julia Sjöberg har tagit omslagsbilden till detta nummer som visar de trånga administrativa utrymmena på Drottning Silvias barnsjukhus.
Läs vårt tema på sidan 13–32.



PAUS FRÅN KRIGET
► De fantastiska bilderna till reportaget om ukrainsk sjukvårdspersonal på sidan 44–51 är tagna av den prisbelönta frilansfotografen **Meli Petersson Ellafi**. ◀

20%
fler chefläkare svarar att patientsäkerhetssystemet inte fungerar optimalt nu jämfört med för sex år sedan. ◀
Läs mer på sidan 38.

NYHET!

AQUIPTA
(atogepant) tabletter

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

Subventionerat för kronisk migrän*



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



Rekommenderad dos:
60 mg, en gång om dagen²



▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Referens: 1. www.fass.se 2. Aquipta (atogepant) SPC

Subvention med begränsning *Subventioneras endast för patienter med kronisk migrän som efter optimerad behandling inte haft effekt av eller inte tolererat minst två olika profylaktiska läkemedelsbehandlingar. Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per månad i mer än 3 månader varav minst 8 dagar per månad ska ha varit med migränhuvudvärk (enligt ICHD-3). Subventioneras endast vid förskrivning av neurolog eller läkare verksam vid neurologiklinik eller klinik/enhet specialiserad på behandling av patienter med kronisk migrän.

AQUIPTA® (atogepant). Analgetika, kalcitoninrelaterade peptid (CGRP)-antagonister (ATC: N02CD07), tablet 10 mg, 60 mg (Rx,(F)). 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_v2, dec 2023

SE-AQP-230006_v2, jan 2024

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

AQUIPTA
(atogepant) tabletter

”Arbetsgivaren har struntat helt i läkarnas administrativa arbetsmiljö och patienternas rätt till sekretess”



KLOKA VAL

Lars Edling från Sjukhusläkarna Örebro kommer i sin krönika med den kloka idén att införa begreppet Kloka administrativa val. Det ska bland annat innebära att möten som stjälar tid från patientarbetet behöver motiveras utifrån nytta för patienter eller arbetsmiljö. Mycket bra initiativ som vi kommer jobba vidare med!

V arför ska läkare ha egna arbetsrum? Vi hanterar ju inte viktiga papper som vårdens topp-administratörer. Vi behöver ju inte sitta ostört och ha möjlighet att tänka som vårdens strateger. Vårt arbete är enklare – vi jobbar med patienter – det måste ändå ses som en ganska perifer del av vården. Och det finns ju faktiskt vårdförlopp att utgå ifrån.

Att dessa missuppfattningar finns blir tydligt i intervjun med HR-direktören Kia Ronnhed (sid 21). Enligt henne är det inga problem för läkare att sitta i öppna kontorslandskap eller att hitta ett tyst rum när sekretess krävs. Dessutom ges möjlighet till interaktion och en upplevelse av gemenskap. Samma HR-direktör menar att man förstås måste ha beteenderegler. Har man det funkar det utmärkt.

Då frågar jag mig: vilka läkaruppgifter syftar nämnda HR-direktör på att vi kan göra i kontorslandskap? Och vilken insyn har HR i läkarens arbetssituation och behov?

Dessa uttalanden har ingen som helst vetenskaplig grund – det finns mycket begränsad forskning på hur kontorslandskap påverkar läkares arbetsmiljö. Sjukhusläkarna har därför utlyst ett stipendium på temat. Men det vi vet är att vi arbetar i en kunskapsintensiv komplex bransch, med ett enormt ansvar och ständigt koncentrationskrävande beslut, ofta under tidspress.

Vi pratar med patienter och anhöriga, ibland svåra tunga samtal där tid till eftertanke behövs. Hur är detta förenligt med kontorslandskap eller aktivitetsbaserade arbetsplatser som inte är anpassade efter läkares arbetssituation eller patienternas behov av sekretess?

I detta nummer har Sjukhusläkarens journalister gjort det regionerna vid ny- och ombyggnationer av sjukhus helt verkar ha struntat i, de har frågat oss i professionen om hur våra arbetsplatser ser ut och hur det påverkar oss. Och det är

tydligt att man på en mängd sjukhus runt om i landet helt har struntat i läkares administrativa arbetsmiljö och patienternas rätt till sekretess vid planering av rum. Det är fullkomligt oacceptabelt! Här skulle vi behöva återinföra en nationell kontroll. Men tills vi är där – gör om, gör rätt!

Vi läkare förtjänar en hållbar arbetsmiljö och patienterna förtjänar läkare som kan vara fullt fokuserade på vår uppgift. Var förresten inte HR från början tänkt att vara en stödfunktion för att vi som kan sjukvård skulle kunna lägga fokus just på sjukvård?

Tidigare nämnda HR-direktör uppger trender som orsak till att man väljer kontorslandskap, och det kanske är det som är problemet. Hur läkares arbetsplatser bör konstrueras har spridits över regionerna som i en visklek, men helt utan vetenskapligt stöd eller en analys av vilken typ av arbetsplats som krävs. Skamligt – vi och våra patienter förtjänar bättre!

Det är ett återkommande bekymmer att förståelsen för läkares arbetsuppgifter och ansvar saknas på HR-sidan. Här kan vi titta på vad titlarna inom hälso- och sjukvården står för. En gång trodde jag att titlar som biträdande överläkare och överläkare faktiskt stod för en kompetensnivå och en ansvarsnivå. Att kriterier kunde variera beroende på sjukhusets uppdrag men att det snarast handlade om att kunna axla en roll i den sjukvård som sjukhuset bedriver.

Att titeln faktiskt gav mig som kollega ett sätt att tolka kompetensnivån när jag ringer kollega och frågar om hjälp.

Så fel jag har haft, i alla fall om man frågar HR på allt fler sjukhus. Det handlar istället om vilket behov HR ser att betala en lönenivå. En bakjournskompetent specialist på ett universitetssjukhus med över fem år i klinisk tjänst, ansvarsområden inom verksamheten och genomgången

disputation behöver idag inte tituleras överläkare – och få en för uppgiften korrekt lönenivå – utan kan vara kvar som specialistläkare i all evighet om inte HR ser behovet.

Hur kan det få vara så? Hur kan vår kompetens och vårt ansvarstagande få devalveras till en titel satt av någon som inte ens kan sjukvård? Och om titlarna inte handlar om ansvar och kompetens – vad handlar de då om?

Det verkar idag pågå en lönedumpning på våra universitetssjukhus med motiveringen att man från HR inte har behov av högre titlar på läkare, oavsett vad verksamheten och patienterna har för behov av kompetensnivå. Man kan fundera på om detta är direktiv från högre ort – med tanke på att jag får in rapporter från flera sjukhus med liknande tongångar. Det är fullkomligt oacceptabelt – självklart måste vi från professionen få betydligt mer att säga till om.

Det ska finnas vettiga kriterier för våra steg i karriären, utformade av oss som faktiskt kan sjukvård.

Verksamhetscheferna, som självklart ska ha medicinsk kompetens för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och axla sitt ansvar, ska ha mandat att ta ställning till när det är dags för en konvertering till nästa ansvars- och kunskapsnivå. Funkar inte det måste vi likt distriktsläkarna hamna på lönenivå överläkare från dag ett som specialister.

Elin Karlsson

Ordförande i Sjukhusläkarna



Vi måste ifrågasätta centraliseringen!

Sjukhusläkarna har år efter år med en dåres envishet påtalat bristen på jämlik vård över landet. Något som fått alltmer uppmärksamhet är tillgången till akut-sjukvård. Få har missats DN:s reportage om Viktor 18 år som tragiskt gick bort på grund av en åtgärdbar åkomma – en mjältruftur – då det ej fanns tillgång till kirurger i Sollefteå. Det är fruktansvärt sorgligt.

Vi måste börja ifrågasätta centraliseringen – mycket kan centraliseras, men inte tillgången till akutsjukvård.

Och en fullvärdig akutsjukvård över landet måste innebära närhet till såväl förlossning som kirurgi. Här är vi dåligt rustade – patienter drabbas dagligen, och det innebär såväl onödiga dödsfall som ökad morbiditet.

35 LIV RÄDDADE

►Nyligen uppmärksammades att läkaren Beata Oscarsson – som i siffror visat att 35 patienter skulle ha dött under åren 2007-2015 om det när de insjuknade inte funnits en akutmottagning i Lidköping. Att hålla koll på den typen av siffror borde ses som viktiga om det finns ett säkerhetstänk inom sjukvården. Men istället har Skaraborgs sjukhus valt att polisanmäla henne för dataintrång och att lägga ner akutmottagningen i Lidköping. Fullkomligt oacceptabelt att se läkare som arbetar med patientsäkerhet som kriminella. ◀



ALLT FLER FÅR SPECIALISTVÅRD I HEMMET

Under förra året ökade andelen patienter som fick vård i hemmet av Sahlgrenska närsjukvårdsteam med 56 procent. Teamet riktar sig framför allt mot äldre, sköra patienter som har behov av specialistsjukvård i hemmet efter utskrivning från slutenvården.

3 av 4

svenskar oroar sig över nedskärningarna inom hälso- och sjukvården. Det visar en färsk Novus-undersökning som Vårdförbundet ligger bakom.

HÖR AV DIG!

Har du lagt märke till något roligt, förargande eller konstigt på din arbetsplats? Ta en bild eller skriv några rader till oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se

Södersjukhuset kan få jämställdhetspris

► Svenska Jämställdhetspriset är en nationell utmärkelse som delas ut årligen till en aktör som har bidragit till ett mer jämställt samhälle. I år är Södersjukhuset en av fem som har gått vidare till final bland annat på grund av arbetet med Amelmottagningen, som är en unik specialistmottagning som ger vård till personer från hela Sverige med erfarenhet av kvinnlig könsstympning. ◀



BRIST PÅ AUTONOMI GER KOMPETENSFLYKT

När klinisk personal inom vården fick frågan om varför de skulle lämna yrket, svarade 42 procent brist på autonomi och kontroll. Den näst vanligaste orsaken som angavs var hög arbetsbörda (38 procent) och på tredje plats angavs oro för patientsä-

kerheten (27 procent). Detta enligt en ny global rapport av rådgivnings- och revisionsföretaget EY. Undersökningen består av över 100 djupintervjuer med chefer och klinisk personal inom hälso- och sjukvården i 11 länder, däribland Sverige.



FOTO GETTY IMAGES

Vården missar våldsutsatta

Hälso- och sjukvården frågar inte om våld – och agerar inte tillräckligt när man får kännedom om våldsutsatta kvinnor och barn. Det visar en utredning som Socialstyrelsen har gjort av 60 ärenden där barn och vuxna har utsatts för mord, dråp eller försök till mord. De flesta av brottsoffren och gärningspersonerna hade haft många kontakter med exempelvis hälso- och sjukvården under året före brottet. ◀

Mest läst 2023

på sjukhuslakaren.se



1

Krönika: "Den medicinska sekreteraren är oersättlig"



2

Tema Hot och Våld: "De tyckte att jag borde få en kula i pannan"



3

Tema Millennium: "Region Skåne har köpt grisen i säcken"



4

Tema Pensionen: Frågor och svar om tjänstepensionen



5

Årets visslare: "Jag blev stannad av kollegor i korridoren som ville trycka min hand"



6

Bilden: Slutspelat för anrik SÖS-orkester



7

Tema Millennium: Röster om Millennium



8

3 frågor till Stella Cizinsky: "Det tar tid att inse den fulla vidden av meningslösheter"



9

Tema Graviditetsspenning: "De tyckte att jag kunde vila mellan hjärtstoppen"



10

Tema Kosmetisk kirurgi: Verksamhetschefer vittnar: "Misslyckade kosmetiska ingrepp tränger undan annan viktig vård"

"Jag skrev ganska snabbt och från hjärtat"

HALLÅ DÄR ...

... **Sten Östenson, överläkare i kardiologi vid Centralsjukhuset Kristianstad och ledamot i Sjukhusläkarna.**

Hur känns det att ha skrivit förra årets mest lästa text på sjukhuslakaren.se?

– Jag är både glatt överraskad och ypperligt glad – det känns som om jag blir premierad för att jag var ärlig. Jag skrev den här texten ganska snabbt och från hjärtat, som en reflektion över något som jag såg i verkligheten. Hade jag skrivit mer genomtänkt hade det

kanske handlat mer om något annat. Till exempel att jag också kan se AI som ett verktyg som kan vara bra för oss läkare och medicinska sekreterare, men att det behöver fungera i verkligheten.

Vilka andra frågor är det som engagerar dig?

– Att vi inte ska jobba i dårska-pens hus. Det är klart att det måste finnas ekonomiska ramar, men vi i sjukvården ska inte använda termer som konsument till exempel. Det behövs inget konsensusmöte om att sätta patienten i centrum – vi som har gjort ett livsval

att arbeta inom vården gör redan det. Och det är jättetrevligt att det finns folk som är intresserade av vårdutveckling, men om du inte står med en fot i vårdverkligheten så kanske du ska börja med det. Den administrativa överbyggnaden som har skapats har blivit ett självspelande piano och det är där pengarna behöver sparas. ◀





Reaktioner på nummer 6 2023

I Sjukhusläkaren nummer 6 2023 kunde vi bland annat berätta att risken för repressalier för den som slår larm om brister i vården är stor – en nyhet som Läkartidningen var snabb att plocka upp. Även vår nyhet om att allt färre regionanställda fick en julklass av sin arbetsgivare fick spridning och citerades bland annat av Aftonbladet. ◀

3 av 10

av landets sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker jobbar deltid enligt den senaste Novusundersökningen som Vårdförbundet har låtit göra bland sina medlemmar. **Många av de svarande uppger att de helt enkelt inte orkar jobba heltid.**



PSYKOLOGISKT TRYGGA STANNAR PÅ JOBBET

Endast tre procent av de anställda är i riskzonen för att säga upp sig från en arbetsplats om de upplever psykologisk trygghet. Det visar rapporten "Psychological Safety Levels the Playing Field for Employees" som genomförts av Boston Consulting Group (BCG), där 28 000 arbetstagare i 16 länder svarat på frågor om hur psykolo-

gisk säkerhet påverkar dem i deras arbete. De positiva effekterna av psykologisk trygghet är särskilt framträdande bland kvinnor, personer som har utomnordisk bakgrund, identifierar sig som LGBTQ+, har en funktionsnedsättning eller som kommer från socioekonomiskt utsatt bakgrund. ◀

Forxiga gör skillnad.


forxiga
(dapagliflozin)

Den enda SGLT2-hämmaren med visad mortalitetsreduktion vid både kronisk hjärtsvikt (HF) och kronisk njursjukdom (CKD)¹

Forxiga minskar risken för kardiovaskulär död med 15% hos patienter med HFrEF, HFmrEF och HFpEF jämfört med placebo RRR (ARR 1,5% p=0,01).^a

Forxiga bromsar sjukdomsförloppet och förlänger överlevnaden med 39% hos patienter med kronisk njursjukdom (CKD), jämfört med placebo, RRR (ARR 5,3%, p<0,0001).^b

^aPrimärt effektmått kardiovaskulär död.

^bPrimärt sammansatt effektmått ≥50% varaktig försämring av eGFR, terminal njursvikt (ESKD), kardiovaskulär eller renal död.

1. Forxiga produktresumé 2024-01-19.

Forxiga® (dapagliflozin) 10 mg filmdragerade tabletter SGLT2-hämmare. Rx, (F).

Indikationer: Diabetes mellitus typ 2: Forxiga är avsett för vuxna och barn i åldern 10 år och äldre för behandling av otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion 1) som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans 2) som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes mellitus typ 2. Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt. **Hjärtsvikt:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av symtomatisk kronisk hjärtsvikt. Subventioneras endast för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. **Kronisk njursjukdom:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av kronisk njursjukdom. Subventioneras endast vid kronisk njursjukdom som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig. **Varningar och försiktighet:** På grund av begränsad erfarenhet är det inte rekommenderat att initiera behandling med Forxiga hos patienter med GFR <25 ml/min. Den glukossänkande effekten av Forxiga är beroende av njurfunktionen och är reducerad hos patienter med GFR <45 ml/min och saknas sannolikt hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion. Om GFR sjunker under 45 ml/min bör därför ytterligare glukossänkande behandling övervägas hos patienter med diabetes mellitus om ytterligare glykemisk kontroll behövs. Forxiga ska inte användas för behandling av patienter med diabetes mellitus typ 1. SGLT2-hämmare ska användas med försiktighet hos patienter med förhöjd risk för diabetesketoacidosis. **Viktig säkerhetsinformation:** Vid misstanke om den sällsynta men livshotande infektionen Fourniers gangrän (nekrotiserande fasciit i perineum) ska SGLT2-hämmare sättas ut och akut behandling påbörjas. Senaste översyn av produktresumén: 2024-01-19.

För ytterligare information och priser se www.fass.se. AstraZeneca AB www.astrazeneca.se

AstraZeneca 

www.astrazeneca.se

Fortbildning pågår!

PRECISION Sex personer, hälften ST-läkare och hälften färdiga specialister, sitter framåtlutade och intensivt fokuserade över varsitt mikroskop. Vävnaden som ska dissekteras fram och de små, små kärlen som ett och ett ska sys ihop kräver full koncentration. Men att de allihop sitter här och fortbildar sig inom mikrokirurgi, något av de allra svåraste du överhuvudtaget kan göra som plastikkirurg, är ingen självklarhet.

– Tidigare kunde vi bara skicka någon enstaka kirurg om året till England för att lära sig den här metodiken eftersom det var en så pass kostsam fortbildning, säger Alberto Falk Delgado, docent och sektionschef inom plastikkirurgi och kraniofacialkirurgi på Karolinska universitetssjukhuset.

För att verksamheten skulle bli mer hållbar och effektiv i ett ekonomiskt pressat läget insåg Alberto Falk Delgado att man behövde byta strategi och bredda kostymen så att fler kunde behärska den riktigt delikata kirurgin. Lösningen blev att arrangera fortbildningen på hemmaplan – med hjälp av riktade medel för ST-läkarna.

– ST-läkarna fick ha huvudansvaret kring att skriva etikansökan och organisera vilka som skulle föreläsa samt lägga upp hela kursstrukturen. De fick också ta fram rutiner kring akuta reoperationer. Men det praktiska – det fick alla, även de färdiga specialisterna öva på. Det var lite pussel innan allt föll på plats – men extremt uppskattat och lärorikt och det ledde till att alla kunde utvecklas på den nivå man befann sig, säger han.

Vinsterna med att fler kan utföra de riktigt svåra ingreppen är många.

– De här komplexa huvud- halsrekonstruktionerna efter en stor tumör till exempel, är väldigt långa operationer och det krävs numera av oss att vi kan utföra dessa flera gånger i veckan. Vi behöver helt enkelt fler händer för att det ska bli hållbart. Därför krävs det också att vi kan hålla flera tankar i huvudet samtidigt och fundera över hur vi kan prioritera om och samtidigt investera i framtiden så vi inte kör slut på folk. Det går att göra stora saker med förhållandevis enkla medel bara man vill.



Alberto Falk Delgado är nogga med att samtliga specialister i verksamheten ska få minst tio dagars medicinskt relevant fortbildning per år. Här tillsammans med biträdande överläkare Jens Larsson och specialistläkaren Andrea DonFrancesco.

TRÅNGA, STÖKIGA OCH BORTGLÖMDA

UTBRETT MISSNÖJE KRING LÄKARNAS ARBETSNUM

Sjukhusläkarens kartläggning ger en dyster bild. Från norr till söder tvingas läkare vända ut och in på sig själva för att hitta en ostörd plats med bibehållen sekretess.



"4 läkare
istället för 2
i varje rum"

"Arbetsmiljön
är sjuk"

"Små bås med
draperier
emellan"

"Massiva
protester"

"Glömt lokaler
för vårt arbete"

"De flesta
får dela"

"Sitter i små
skrubbar"

"Det är nästan
farsartat"

Läkarnas administrativa arbetsplatser – så illa är det

Öppna, stökiga kontorslandskap med bristande sekretess – eller små skrubbar där sex läkare trängs på en yta dimensionerad för tre. När vi kartlägger utformningen av läkarnas administrativa arbetsplatser vid de senaste om- och nybyggnationerna dyker snabbt flera skräckexempel upp.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO JULIA SJÖBERG

I EN ENKÄT TILL de lokala fackliga ordförandena i Läkarförbundet ställde Sjukhusläkaren frågor kring hur läkarnas arbetsplatser har utformats i samband med de senaste om- och nybyggnationerna i regionen. Bilden som tonar fram är till stor del dystert – endast från Visby lasarett och från sjukhuset i Lycksele kommer svar som vittnar om att läkarna där faktiskt är nöjda med sina administrativa arbetsplatser på det stora hela.

Annat är det exempelvis på Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg. I de nya, fräscha lokalerna med 10-15 meters takhöjd och tjugiga designlampor i taket har läkarnas administra-



Karin Nagy.

tiva arbetsmiljö mer eller mindre blivit satt på undantag.

– Det ser nästan lite farsartat ut. De har tryckt in kontorsplatser – sex läkare delar på ett mörkt litet rum avsatt för två eller tre. De sitter mer eller mindre på varandra och det saknas dagsljusinsläpp, säger barn och ungdomspsykiatrikern Karin Nagy som är huvudskyddsombud för kvinno- och barnsjukvården på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

KONTRASTEN MELLAN detta utrymme och den öppna, sociala ytan utanför där det i princip aldrig sitter någon är slående, berättar hon. Och



Överfullt

Arbetsrummen i den nya administrativa delen i Drottning Silvias Barnsjukhus i Göteborg lämnar en hel del att önska hos personalen. Rummen, som ser ut att vara gjorda för maximalt två personer, delas ofta av det dubbla och ibland det trippla antalet.

Malin Liljevall, biträdande områdeschef och utvecklingschef på Drottning Silvias barnsjukhus: "På grund av ändrade förutsättningar har områdesledningen fattat beslut om en viss förtätning av de administrativa ytorna vilket innebär att verksamheterna inte kan erbjuda medarbetare enkelrum i samma utsträckning som tidigare. Detta innebär att administrativa rum delas av flera medarbetare. I de öppna ytorna, i anslutning till de kontor som äsytas, finns tillgång till såväl administrativa flexplatser som ytor och möblering tänkt för social interaktion."

frågan från läkarna om det skulle vara möjligt att flytta ut ett skrivbord dit i stället har fått ett bestämt nej från arbetsgivarens håll.

– Man kan sammanfatta det som att det här är ett jättefint hus som är bra och välfungerande under tiden för patientkontakt. De som jobbar med operativa specialiteter har fått fantastiska förutsättningar. Men fungerande administrativa utrymmen i anslutning till avdelningarna saknas mer eller mindre helt. Och den som forskar på deltid behöver verkligen tränga ihop sig ordentligt för att få plats.

I Kalmar har de senaste om- och nybyggnationerna inneburit att läkarexpeditionerna

har ersatts med så kallade aktivitetsbaserade arbetsplatser på några håll. Detta till läkarnas stora missnöje, berättar Erik Stomrud som är ordförande i den lokala läkarföreningen där.



Erik Stomrud.

– **VI ÄR VÄLDIGT SKEPTISKA** till detta eftersom det är något som riskerar att stjälta dyrbar tid. Att förflytta sig, hitta en plats, koppla upp sig – och ibland upptäcka att det inte fungerar och tvingas börja om igen – det tar säkert 20 minuter i snitt per dag.

Får man sedan ett brådskande patientärendet och behöver lämna sin plats måste man plocka undan efter sig, berättar Erik Stomrud vidare.

Läkarna flyr arbetsplatsen för att hitta andra lugnare platser.

– Det är inte alltid så lätt att förutsäga hur länge du behöver vara borta, och ofta finns tidsbegränsningar inbyggda i aktivitetsbaserade arbetsformer gällande att lämna sin plats. Sedan kanske du får ett telefonsamtal som gör att du behöver gå undan och hitta ett avskilt rum. Då blir det ett letande och en tidsförlust även där. Vår verksamhet är tajt redan som den är. Det här med att man måste förflytta sig beroende på arbetsuppgift är inte hållbart i längden.

FÖR EN LÄKARE KAN DET ibland handla om att arbetsuppgifterna skiftar så ofta som från minut till minut, menar Erik Stomrud. Något som dessutom kompliceras av att man hanterar sekretessbelagd information och därför har ett behov av att till exempel diktera ostört.

– Det slutar ofta med att man ockuperar ett av de tysta rummen vilket gör att det blir ännu svårare för kollegorna att hitta någonstans att dra sig undan när de behöver det.

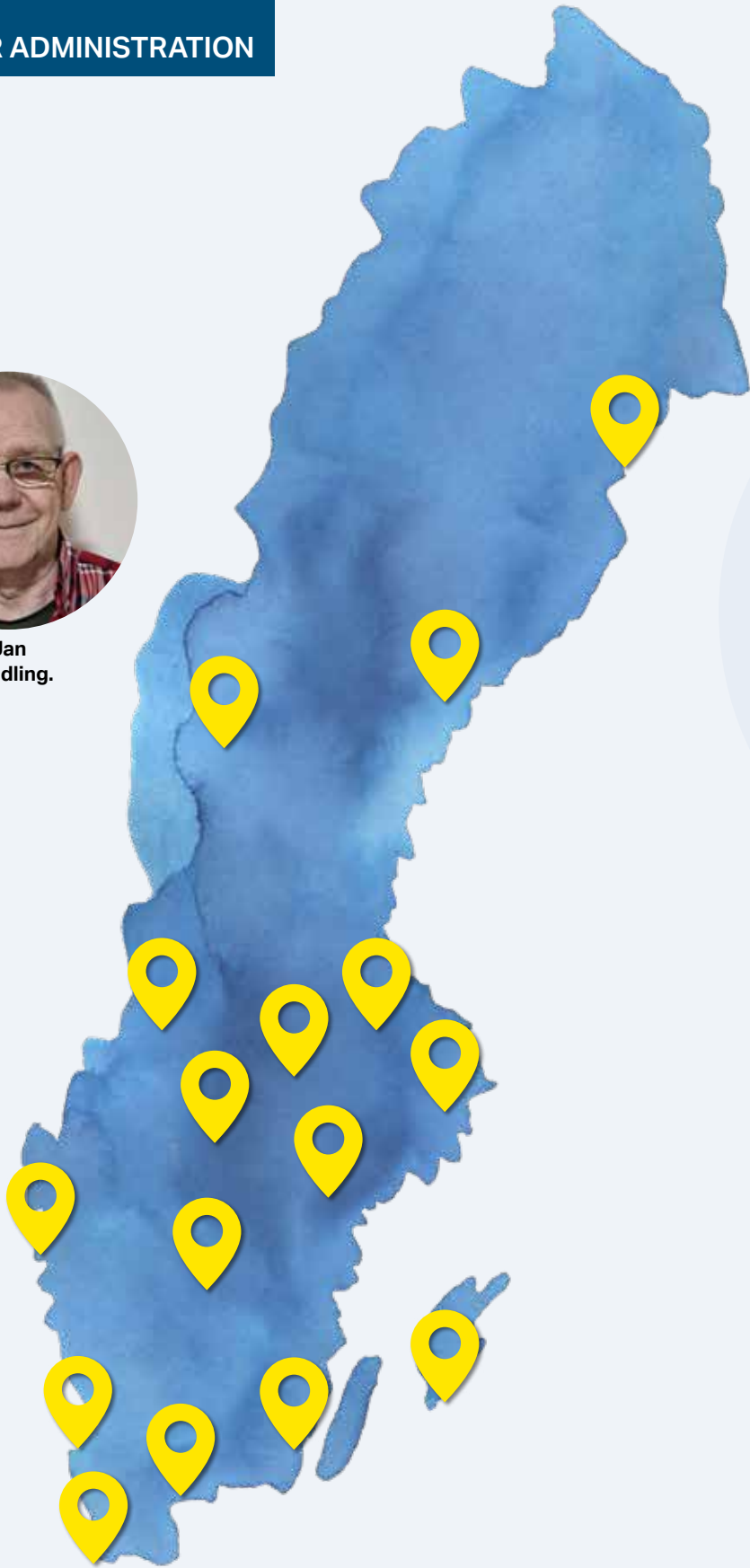
På det stora hela skapar ett aktivitetsbaserat arbetssätt väldigt mycket onödig stress i läkarkåren, summerar Erik Stomrud utifrån sin erfarenhet från olika arbetsplatser och arbetsgivare

– Visst, vi anpassar oss, men det tär ju i längden när man ständigt måste flänga omkring och hitta lösningar så att inte patienterna drabbas. Vi måste jobba mot att ha en så bra arbetsplats som möjligt, för en så kostnadseffektiv peng som möjligt. I en sådan här miljö tvingas vi kompensera för nackdelarna hela tiden och då uppstår ineffektiva och dåliga lösningar långs vägen.

DE DÅLIGA ERFARENHETERNA av aktivitetsbaserade kontorslandskap är något som han definitivt delar med huvudskyddsombudet på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, Jan Sundling. Han berättar att det just nu pågår renoveringar för miljardbelopp på sjukhuset. Lokalerna är gamla och slitna och i stort behov av uppfräschning på många håll. På onkologen i byggnad 27 har ett av de första aktivitetsbase-



Jan Sundling.



FACKLIGA RÖSTER OM DE SENASTE OM- OCH NYBYGGENA

ANNIKA ÖSTLING, JÄMTLAND
Den senaste ombyggnationen resulterade i en mix av kontorslandskap och egna rum. Alla har små bås som är ganska trånga men ändå en egen plats. De sitter två och två med draperi i mellan arbetsplatserna. Varje bås har dörr.

ANDREAS KORO, ÄNGERMANLAND
Ombyggnaden på Örnsköldsviks sjukhus har lett till tillfälliga kontorslandskap i en övergångsperiod. Men i övrigt har facket fått gehör för avskilda arbetsrum.

HANNA KATAOKA, VÄSTRA GÖTALAND
På nybyggda Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus blev jag chockad när jag fick se utrymmena där läkarna administrerar. Det är som små skrubbar där man får sitta tre i ett pyttelitet utrymme.

KAROLINA GRANFELT BOMAN, MALMÖ
De första planerna för NSM (Nya sjukhuset i Malmö) involverade ganska mycket öppna ytor. Med, bland annat, målmedvetet fackligt arbete är nu majoriteten cellkontor, dock finns nästan inga enskilda kontor utan enbart sådana som delas av flera.

BENGT HULTBERG, JÖNKÖPING
På en större klinik på Länssjukhuset Ryhov (medicinkliniken) planerades kontorslandskap med många läkare i samma rum när läkarexpeditioner skulle byggas om. Efter en anmälan enligt Arbetsmiljölagen 6:6a drogs förslaget tillbaka. Det finns problem kring att facket kommer in för sent i processen.

ERIK STOMRUD, KALMAR
Vi har vissa nybyggen/ombyggnationer där läkarexpeditioner får vara kvar medan vissa istället har blivit aktivitetsbaserade kontorslandskap. Det senare till läkarnas missnöje. Men det är klart att regionen verkar se kontorslandskap om ett attraktivt alternativ många gånger.

LARS EDLING, ÖREBRO
Facket har ibland fått komma in lite sent i processen. På akuten inledde man med stora gemensamma expeditioner för alla yrkeskategorier vilket blev stökigt. Det löstes med plexiglas. I primärvården har facket lyckats stoppa bokningsbara funktionsrum efter massiva protester.

BENNY STÅHLBERG, ÖSTRA SKÅNE
Det går mot fler läkarexpeditioner i "teamrum" där medarbetare av olika yrkeskategorier skall sitta tillsammans för att underlätta samarbetet. Flertalet läkare tycker inte detta är optimalt utan skapar en icke ostörd arbetsmiljö. Allmänt är detta ett problem som diskuteras mycket i läkargrupper.

JAN SUNDLING, VÄSTERBOTTEN
På Norrlands universitetssjukhus är aktivitetsbaserade kontorslandskap tänkt att bli ny standard till läkarnas stora missnöje.

JOHAN GUSTAFSSON, HELSINGBORG
Det gjordes en förtätning vid senaste ombyggnationen. Fyra läkare istället för två i varje rum. Läkarföreningen fick inte tycka till alls.

JOHAN STYRUD, STOCKHOLM
Vid våra två senaste byggen har man glömt lokaler för vårt arbete och hänvisar oss till andra delar av sjukhuset.

NIKLAS THEORIN, ÖSTERGÖTALAND
Försök har gjorts med funktionsbaserade arbetsplatser på vissa kliniker men det föll inte väl ut. Nu får alla avskilda rum vid ny- och ombyggnationer.

ANNA-KARIN AGVALD, UPPLAND
Den senaste byggnationen på sjukhuset var 100-huset där vi fick arbetsrum för läkarna, även om de flesta får dela fyra och fyra. Efter byggandet av Psykiatrins hus där det byggdes kontorslandskap till alla har man backat något men jag tror att det finns ett direktörsbeslut från ett antal år sedan som stipulerar att "alla nybyggnationer och renoveringar av administrativa ytor ska byggas enligt modell "flexibel arbetsplats".

ANNIKA GUNNARSSON, VÄSTMANLAND
Hos oss bygger man nytt akutsjukhus (NAV) där man håller på med förarbete och lokalerna tänks klara för inflytt cirka 2030. Initialt tänkte man öppna kontorslandskap, men senare har man ändrat till rum med maximalt sex läkare per rum och att man ska ha en dedikerad arbetsplats. Vi har påtalat att sex personer kommer att vara för många och att det kommer vara svårt att utföra de flesta förväntade läkaruppgifter i en sådan miljö.

CHRISTOFER LINDHOLM, VÄRMLAND
Det ska byggas mycket nytt i Värmland så frågan är viktig. På Karlstad sjukhus var ursprungsförslaget aktivitetsbaserade kontorslandskap men det lyckades facket ändra till rum med tre arbetsplatser i varje. Tidigare var det svårare att få arbetsgivaren att ta med skyddsombuden i ett tidigt skede men det har man lyckats ändra på.

REGINA GÖBEL, GOTLAND
Vårt senaste lokaltillskott är "Havspaviljongen", enligt arbetsgivaren en "tillfällig permanent" containerbyggnad på sjösidan som öppnades i somras. Ett flertal läkarexpeditioner finns på två av fyra våningar. Två läkare delar ett mindre rum med två separata arbetsplatser. I det stora hela verkar kollegorna vara nöjda.

rade kontorslandskapen tagit form – något som är tänkt att bli den nya standarden för läkarnas administrativa arbetsplatser under den fortsatta ombyggnaden, berättar Jan Sundling.

– Du får ursäkta ordvalet – men det har blivit en helt sjuk arbetsplats för de läkare som ska försöka administrera ostört med bibehållen sekretess här, säger han.

FACKET HAR PROTESTERAT i flera omgångar mot den nya kontorslösningen, men utan gehör, berättar Jan Sundling.

– De har fattat någon form av principbeslut kring att det är så här det ska vara nu. Resultatet har blivit att läkarna flyr arbetsplatsen för att hitta andra lugnare platser att vara på – som till exempel något av de fåtal tysta rum som finns att tillgå. Det skapar en enorm oordning.

Att hitta en ostörd arbetsplats är något som läkarna har lämnats att hantera helt själva, berättar Jan Sundling.

–Det har blivit mycket kutande och stressande för att kunna hitta ett lämpligt utrymme när man till exempel får ett oförberett telefonsamtal.

DET SOM ARBETSGIVAREN även verkar ha svårt att förstå är behovet av avskildhet även för att kunna dokumentera – framför allt de lite mer krävande delarna som till exempel kommer att ligga till grund för viktiga intyg till andra myndigheter.

– Det kan få långtgående konsekvenser om du missar att få med någon viktig detalj eller formulerar dig otydligt i något avseende. Alla vet ju hur fel det kan bli om du blir avbruten stup i kvarten.

Det hela har gått så långt att Jan Sundling överväger en 6:6a-begäran.

– Man får intrycket av att arbetsgivaren avfärdar oss när vi försöker föra fram synpunkter i den här frågan. Att de tycker att vi är en privilegierad grupp med hög lön som klagar och gnäller på allt. "Ni är ju ändå aldrig där" kan vi få höra i diskussioner. Men då förstår man väldigt lite av hur en läkares vardag och arbetssituation kan se ut. ◀

Outnyttjat

I det luftiga gemensamma utrymmet, som blir en stark kontrast till de trånga arbetsrummen, står fåtöljerna och skrivbordsplatserna i det närmaste oanvända. "Det finns i princip inte någon arbetsuppgift som vi kan utföra här ute", säger Staffan Gustafsson, barnkardiolog och skyddsombud på Drottning Silvias Barnsjukhus.

HELNÖJD ELLER HELIGT FÖRBANNAD

Hur ser din administrativa arbetsplats ut? Ta en bild och mejla oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se



Regionen anser sig följa rådande trender

Att Region Västerbotten har valt öppna kontorslandskap som lösning för läkarnas administrativa arbetsplatser beror på att man helt enkelt följer de nationella rekommendationerna och trenderna i samband med om- och nybyggnationer. Det menar HR-direktören Kia Ronnhed.

► "Då vårdverksamheter utvecklas och förändras i snabb takt är en målsättning för oss att uppnå så generella och flexibla lokalmiljöer som möjligt. Inom läkargruppen har möjligheten till digital dokumentation medfört förändrade arbetssätt samt ökad möjlighet till samnyttjande av just administrativa expeditjonsmiljöer", skriver Kia Ronnhed i ett mejl till Sjukhusläkaren.

Att det hela skulle resultera i en stressig och stökig arbetsmiljö för läkarna är en diskussion hon känner igen, men detta går att komma tillrätta med genom dialog inom arbetsgruppen, anser hon.

"Upplevelsen av "stökig miljö" är något som flera arbetsgrupper kan lyfta när man arbetar i kontorslandskap. Här behöver chefer och medarbetare tillsammans jobba med vilka spelregler som ska gälla, till exempel vilka beteende ska vi främja för att få en så bra arbetsmiljö som möjligt där denna upplevelse minskar."

Några hinder för att sekretessen ska kunna bibehållas i kontorslandskapen ser hon inte alls.

"Gällande sekretess så gäller för alla som arbetar i administrativa miljöer att anpassa de arbetsuppgifter man gör i det öppna landskapet, vilka uppgifter kräver att man är i enskilt rum och vilka uppgifter kan hanteras där man är omgiven av kollegor. De tysta rummen kompletterar behov där enskilda samtal eller gruppdiskussioner ska göras."

Utifrån den information Kia Ronnhed

har fått så är nyttjandegraden av de tysta rummen vid mätning dessutom relativt låg.

"Däremot kan upplevelsen vara annorlunda", skriver hon.

Vilka är de stora fördelarna med öppna kontorslandskap enligt dig?

"Fördelar är att ha nära kontakt med sina kollegor och ger möjlighet att interagera med varandra. Upplevelsen av gemenskap i arbetsgrupp/med kollegor kan också bli större då inga stängda dörrar finns."

Varför har ni i Region Västerbotten valt denna lösning som standard för läkarnas administrativa arbetsplatser?

"Vi följer i huvudsak nationella rekommendationer och trender i samband med om- och nybyggnationer. Vissa lokala anpassningar kan självklart behöva genomföras."

De fackliga representanterna upplever att man involveras alldeles för sent i processen i samband med utformningen av lokalerna vid ny- och ombyggnationer. Hur kommer det sig?

"I våra rutiner för lokalförsörjning finns beskrivet gällande delaktighet för fackliga och medarbetare. Redan när fastighetsprojekt startar upp ska en arbetsgrupp från verksamheten delta i fortsatt planering tillsammans med fastighetsavdelningen. Berörd verksamheten ansvarar för den interna informationen och dialogen i samband med ex. APT eller andra interna möten. Här deltar också fackliga representanter. Att fackliga i detta fall upplever att de involveras sent kan jag i sak inte svara på men ovan beskrivning ska gälla när förändringar sker." ◀



Här kan alla stänga dörren – om de vill

**Eget arbetsrum för alla specialister
– med närhet till kollegorna och
samtidigt en dörr som går att stänga
vid behov. I Lycksele är läkarna mer
än nöjda med sina administrativa
arbetsplatser.**

TEXT MALIN GAVELIN FOTO MALIN GRÖNBORG

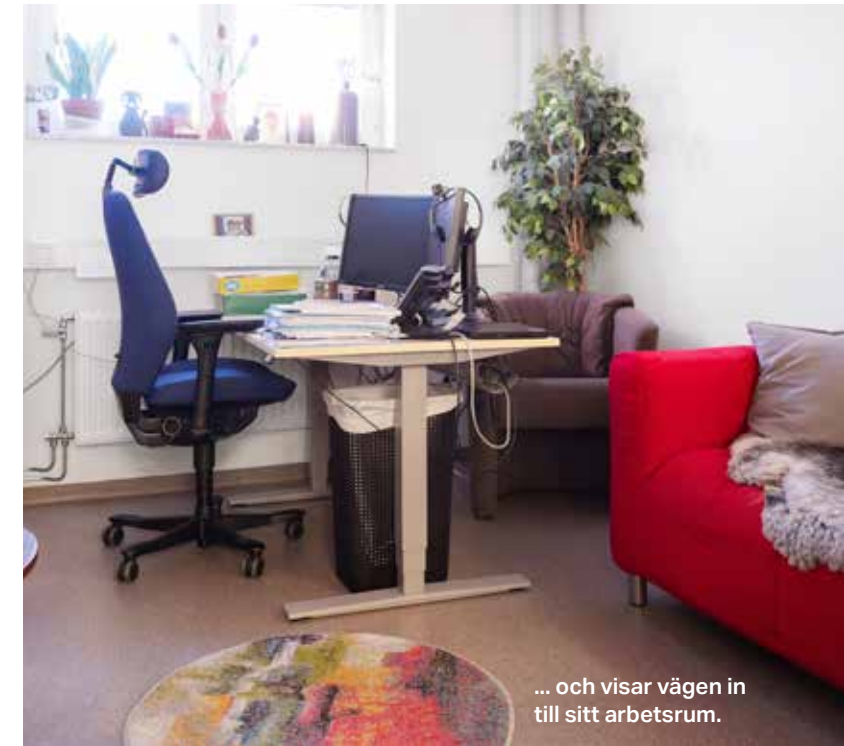


Läkare som kommer till Lycksele på anställningsintervju brukar kommentera de fina arbetsrummen berättar Maria Thorén Örnberg och ST-läkare Lovisa Widbom.

Läkargruppen i Lycksele fick vara delaktig i utformningen av de administrativa lokalerna, berättar Maria Thorén Örnberg.



Ska man hålla på med livsavgörande frågor måste man kunna läsa igenom journalen i lugn och ro, menar Maria Thorén Örnberg ...



... och visar vägen in till sitt arbetsrum.

I EN LÅNG, ljus korridor på tolfte våningen på Lycksele lasarett visar ortopederna och chefläkarna Maria Thorén Örnberg glatt vägen mot läkarnas administrativa arbetsplatser. Hit fick de flytta från källarplanet för sex år sedan – först något motvilligt, berättar hon med ett skratt.

– Ja, till en början förstod vi kanske inte riktigt hur bra det var. Det bär ju alltid emot att behöva flytta på sig och alla sina saker.

Men det skulle visa sig vara en riktig vinstlott som hade dragits för sjukhusets samlade läkarkår! Utrymmet, som tidigare använts till bland annat ventilation hade totalrenoverats och försetts med överskjut för att bli av med det tidigare snedtaket och nå full takhöjd. Rum i diverse olika storlekar för olika behov hade skapats och – nästan bäst av allt – skräet var samlat på en och samma plats.

– Det är bara en av de många stora fördelarna, säger Maria Thorén Örnberg. Nu sitter vi både kirurger, ortopederna och medicinare här på ett och samma ställe. På det här sjukhuset är vi så oerhört beroende av varandra och vi har ett så stort samarbete över gränserna när det gäller exempelvis vårdplatser och den ortopediska produktionen. Att jobba nära varandra sida vid sida är därför en jättestor vinst för oss.

På våningsplanet har läkarna gemensamma morgonrapporter, rapporteringsmöten och utbildningar ihop i det större konferensrummet, berättar Maria Thorén Örnberg vidare. Så några konstant stängda dörrar är det absolut inte tal om. I ett rum mitt i lokalen sitter medicinklinikens chef som därmed blir väldigt lätt att nå.

Men även om utbytet kollegor emellan är viktigt så behöver man ett eget rum som överläkare eller specialist för att kunna utföra alla sina arbetsuppgifter på ett bra sätt, anser Maria Thorén Örnberg.

– Det är både jag och många med mig inom Läkarförbundet och Sjukhusläkarna eniga om. Du har regelbundet samtal med patienter, ledning och tjänstemän vilket kräver att du kan prata ostört med bra ljudisolering för bibehållen sekretess.

ÄVEN FLERA ANDRA av de dagliga arbetsuppgifterna kräver möjlighet till avskildhet och lugn och ro för att kunna utföras på ett bra sätt, betonar hon.

– Ta bara det här med HLR-beslut som exempel. Ska man hålla på med sådana livsavgörande frågor i sitt vardagsliv då måste man ha möjlighet att läsa igenom journalen i lugn och

ro. Du behöver även kunna sitta med planeringar och utbildningar ibland utan att bli konstant avbruten. Och för mig som chefläkare är det extra viktigt att kunna stänga dörren om mig eftersom jag har många strikt konfidentiella samtal.

MEN DET ÄR INTE bara överläkarna som har en bra administrativ arbetsmiljö i Lycksele. ST-läkarna har visserligen inte egna rum, utan delar två och två. Men under den perioden i karriären kan det ha stora fördelar, tror Maria Thorén Örnberg.

– Det är bra för dem. Då har de möjlighet att diskutera olika fall de har haft på akuten, utbildningar och vad de har sett när kommer hem från randningar. Jag tror att det är en viktig del i deras utbildningar och en bra möjlighet för dem att lära av varandra. Jag tror inte att de upplever ett lika stort behov av avskildhet som vi i överordnad position.

En bit bort i korridoren finns även ett litet större rum med fin utsikt över älven. Där har ett tiotal AT-läkare sina platser med skärmar emellan.

– Visst hade det varit optimalt om de var några färre – kanske fyra i varje rum. Men om man jämför med hur det har det på många andra

håll, då tycker jag att även AT-läkarna här har det betydligt bättre.

När ST-läkarna från Umeå kommer till Lycksele för att randa sig brukar de bli väldigt imponerade av de administrativa arbetsplatserna, berättar Maria Thorén Örnberg.

– Även läkare som kommer hit på anställningsintervju brukar kommentera hur fint vi har det. Lycksele är ju inte universums metropol så vi behöver utnyttja de möjligheter vi har när det kommer till att erbjuda en bra arbetsmiljö. Och det är jag väldigt glad över att vi verkligen kan hos oss.

MARIA THORÉN ÖRNBERG tror att en förklaring till att just de fick så fina arbetsplatser var att ombyggnaden skedde redan 2018.

– Om vi inte hade hunnit inviga lokalerna då hade kanske även vi drabbats av den här nya trenden med öppna kontorslandskap och flexibla arbetsplatser med hurtsar att dra omkring. Men som det ser ut nu har vi i Lycksele haft egna rum ända sedan jag började jobba här på sjukhuset 1992 och tjänstemännen och politikerna här har lyssnat på oss i den här frågan. Det är jag väldigt glad för. ◀

”
Tjänstemännen och politikerna här har lyssnat på oss i den här frågan.

Evidens saknas för kontorslandskap för läkare

Var finns evidensen och behovsanalysen som förespråkar kontorslandskap för läkare? Ingenstans, menar **Anders Eriksson**, specialistläkare och tidigare programchef för Erstas nya sjukhus.

Han efterlyser en nationell sammanhållen styrning av vårdarkitektur och tycker att Sverige ska snegla på Norge.

TEXT EVA NORDIN

DET PÅGÅR MÅNGA sjukhusbyggen runt om i landet och frågan om läkares administrativa platser har blivit het och konfliktfylld. I korthet handlar frågan om läkare ska ha en "funktionsplats" som delas med andra i ett kontorslandskap, eller om platsen ska vara i eget eller delat rum, eller vid en personlig arbetsstation nära den verksamhet som läkaren arbetar i.

– Diskussionen har även handlat om huruvida antalet administrativa platser är tillräckligt många och hur användbara de är, säger Anders Eriksson, specialist i akutsjukvård samt anesthesi och intensivvård med internationell erfarenhet av konflikter och katastrofer.

DET FINNS FRAM till idag mycket begränsad forskning om hur omställningen till kontorslandskap påverkar arbetsmiljön för läkare och om det medför ökad stress och koncentrations-svårigheter.

– Den forskning som finns utgår från renodlade kontorsarbeten. För vårdmiljö och vårdnära administrativa platser finns det knappt någon



Anders Eriksson är specialist i akutsjukvård samt anesthesi och intensivvård.

forskning. Ingen behovsanalys har hittills förespråkat kontorslandskap för läkare.

Anders Eriksson har mångårig klinisk erfarenhet i kombination med projektledning och design av nya sjukhusbyggnader med fokus på att å ena sidan förstå vårdens, användarnas och patienternas behov, å andra sidan byggprojektens, investerarnas och utförarnas behov.

– **DET FINNS MÅNGA** hänsyn att ta när man projekterar för ett nytt sjukhus. Man behöver kunna prioritera och effektivisera när tid och resurser sätter gränser. Arkitekterna har i regel i uppdrag att bygga miljövänligt och resurseffektivt. Och genom att exempelvis lyfta ut det administrativa till en separat byggnad kan man hålla kostnaderna nere. Kraven på exempelvis takhöjd och ventilation är inte lika höga som i en högteknologisk sjukhusbyggnad. Men då stänger man samtidigt möjligheterna för läkare att arbeta effektivt och kunna använda platsen i luckor mellan patienter. Avståndet och uppstartstiden blir för lång.

Intresset för vårdarkitektur har följt Anders



I kontorslandskapet på Nya Karolinska gapar stolarna tomma. Många läkare upplever att de är placerade för långt bort från det kliniska arbetet, enligt en kartläggning på Nya Karolinska Solna. Läs mer på sid 32.

FOTO PRESSBILD NKS

Eriksson sedan 2010. Under pågående ombyggnation av Helsingborgs sjukhus var han sektionschef för akutmottagningen. Några år senare blev han verksamhetschef för anestesikliniken på Ersta sjukhus.

Inför bygget av det nya sjukhuset engagerade han sig i frågor som väckt oro i läkargruppen; att ersätta läkarnas fasta arbetsplatser med flexibla arbetsstationer i ett kontorslandskap.

– Vi var flera verksamhetschefer som insåg att det inte skulle kunna gå att arbeta effektivt i lokalerna, att slutresultatet inte skulle bli bra. Styrgruppen pausade projektet och hämtade hem det till den egna organisationen.

INNAN BYGGET AV Ersta nya sjukhus skulle starta klev Anders in i rollen som programchef och flera från de egna klinikerna tog plats i programkontoret. Sjukhusledningen ställde sig bakom läkarnas beskrivna behov. I frågan om eget rum, delat rum eller personliga arbetsstationer utgick man från de verkliga behov som fanns, menar Anders Eriksson.

Många uppfattar läkare som besvärliga, krävande och inte samarbetsvilliga. Men man

”Ingen behovsanalys har hittills förespråkat kontorslandskap för läkare.”

glömmer bort hur komplext sjukvård är och att behoven är så mångskiftande.

– Det är förstås viktigt att komma ihåg att läkare jobbar på olika sätt och att behoven skiljer sig rätt mycket åt beroende på specialitet, uppdrag eller om du är under utbildning. Vissa specialiteter har sin bas på en mottagning och arbetar nästan uteslutande där. Då kan mottagningsrummet användas för de administrativa uppgifterna. Andra rör sig mycket och jobbar på flera ställen i sjukhuset under en arbetsdag. Då kan man ofta vara ensam och ha patientsekretess även i ett rum som delas av några få, men det är ändå viktigt att det finns en egen bordsyta, eget skåp, egen dator så att uppstartstiden är kort och att platsen ligger nära det kliniska arbetet.

Hänsyn måste även tas till om du arbetar heltid, har forskning eller om du kan arbeta på distans.

ANDERS ERIKSSON ÄR utbildad vid Centrum för vårdens arkitektur på Chalmers och föreläser regelbundet om vårdarkitektur.

I dag delar han sin arbetstid mellan jobbet som kliniker på Remeo, en privat intensivvårds-

rehabiliteringsklinik för patienter med kritisk, långvarig sjukdom, och som konsult i ett eget bolag med fokus på vårdbyggnadsprojekt.

– Jag skulle önska att det fanns en mycket tydligare enkel standard så att inte varje region behöver uppfinna hjulet varje gång ett nytt sjukhus ska designas och byggas. Man kan exempelvis kika på Norge. Det finns en hel del som man kan standardisera. Vid större sjukhusbyggen går en nationell projektorganisation in och stöttar, det sparar både pengar och kortar projektiden.

STYRNINGEN AV VÅRDMILJÖN i Sverige har förändrats över tid, från statligt driven styrning till den decentraliserade styrningen som idag bedrivs av Sveriges 21 regioner. Från slutet av 1960-talet fram till 1989 fanns ett statligt organ, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI, med en byggnadsavdelning som gav nationell vägledning för vårdbyggandet i Sverige.

– När det lades ned togs de nationella regler för utformning av vårdlokaler bort. Ledning och kunskapsstöd för vårdbyggnation har sedan dess varit mycket decentraliserat.

Under de senaste åren har trendbegreppet aktivitetsbaserade arbetsplatser fått fäste när det gäller utformningen av kontor och administrativa ytor. Centralt i begreppet är att man först måste göra en noggrann behovsanalys tillsammans med berörda medarbetare. Syftet är att identifiera hur och var man arbetar, vilka aktiviteter man har och att därefter utforma rum som stödjer detta.

– Om man verkligen tar hänsyn till hur aktivitetsbaserade arbetsplatser definieras, borde det vara en tidlös och ständigt fungerande modell.

EN AKTIVITETSBASERAD ADMINISTRATIV arbetsplats kan efter en behovsanalys mycket väl landa i att så gott som alla medarbetare behöver personliga platser eller egna kontor.

– Det är den analysen som ofta saknas i flera stora sjukhusprojekt. Men den är helt grundläggande och kan rejält effektivisera nyttjandegraden av de rum och ytor som finns. Läkare vill minska administrationen, så att de kan träffa fler patienter. Ur det perspektivet strävar man efter en lägre nyttjandegrad av administrativa platser. Men för att kunna arbeta effektivt måste de finnas, fylla behovet för uppgiften och vara tillgängliga när de behövs.

I stället för att ta fasta på konceptet förenklar man i regel och likställer aktivitetsbaserade kontor med kontorslandskap utan personliga

! Fler och fler regioner börjar inse att de konceptprogram som PTS tagit fram är väldigt kostnadsdrivande.

Vårdpersonal får i dag jaga lediga stolar för administrativa uppgifter. I den bästa av världar står stolen i en lokal som uppfyller kraven på sekretess och ostördhet.

FOTO GETTY IMAGES

platser eller egna rum. Begreppet aktivitetsbaserade arbetsplatser har blivit laddat och omdiskuterat på grund av att man aningslöst har kopierat kontorslösningar från andra branscher som känns innovativa, exempelvis Google, menar Anders Eriksson

– Men det går inte att överföra den lösning som man i vissa fall har gjort och gör. Vid utformningen av nya vårdbyggnader och planeringen av administrativa utrymmen underskattas ofta komplexiteten i vården, den höga produktionsakten och läkares skiftande uppdrag och behov av att arbeta ostört, utföra koncentrationskrävande arbete och kunna prata med patienter och anhöriga under sekretess, säger Anders Eriksson.

I TAKT MED DIGITALISERINGEN och visionen om det ”papperslösa” sjukhuset, har synen på administrativa platser förändrats.

– Mycket har digitaliserats och flera former av icke-fysiska vårdkontakter har tillkommit i form av videobesök och konsultationer via chatt. Det kräver administrativa lokaler som uppfyller kraven på sekretess och ostördhet.

Att vårdpersonal ska kunna arbeta ostört vid behov, slippa leta lediga platser för administrativa uppgifter och att dessa ligger i närheten av det kliniska arbetet samt att kraven på fungerande belysning, klimat och akustik uppnås, de kraven kommer att kvarstå även framgent, menar Anders.

DET SAKNAS IDAG en nationell sammanhållen styrning av vårdarkitektur. Även om 20 av 21 regioner i dag är anslutna till Program för teknisk standard, (PTS), ett nationellt nätverk för utbyte och samverkan kring standarder för vårdbyggnader samt utveckling av olika konceptprogram, saknas ett helhetsgrepp, enligt Anders Eriksson.

– Fler och fler regioner börjar inse att de konceptprogram som PTS tagit fram är väldigt kostnadsdrivande. Nya sjukhus blir allt större, dyrare och mer avancerade. Vi skulle kunna följa Norges exempel med en nationell organisation för en samlad kunskap och erfarenhet av komplexa vårdbyggnadsprojekt. Det är också viktigt att användare av lokaler tidigt får vara med, för att lokalerna ska bli så ändamålsenliga som möjligt, säger Anders Eriksson. ◀

Över 300 läkare i protest

Färre tysta rum och fler öppna kontorslandskap, brist på expeditiionsutrymmen, vilorum och logistiska samband. Över 300 läkare har protesterat mot utformningen av det nya akutsjukhuset i Västerås.

► Den 12 januari i år hölls ett ”storläkarmöte” som leddes av representanter från Västmanlands läkarförening och programkontoret för det nya akutsjukhuset i Västerås (NAV).

– Vi fick bra respons från våra kollegor på mötet, men inga nya besked från programkontoret och de styrande politikerna har aktivt valt att avstå från fortsatta diskussioner trots inbjudan, säger **Annika Gunnarsson**, barnläkare och ledamot i Västmanlands läkarförening.

Tillsammans med sin kollega **Joel Särnefält**, ST-läkare på röntgenkliniken och ledamot i läkarföreningen, finns en stor oro i läkargruppen över bristen på administrativa platser i närheten av vårdverksamheten.

– Vi har tagit kontakt med politiken eftersom vi inte fått tillräcklig respons för våra synpunkter hos NAV-programkontoret. Men regionledningen har aktivt valt att inte medverka i diskussionerna utan hänvisar till programkontoret. Nyligen träffade vi även den politiska oppositionen och gav vår syn, men vi har därefter inte haft någon ytterligare kontakt.

Enligt Joel Särnefält handlar synpunkterna om ett bristan-

de inflytande över utformningen av akutsjukhuset:

• Placeringen och bristen på expeditiionsutrymmen, storleken och placeringen av förrådsutrymmen, brist på viloutrymmen och logistiska samband.

• Läkares administrativa yta. – Det fanns ursprungligen en plan att ersätta dagens administrativa rum med öppna kontorslandskap, som på NKS, men den planen har programkontoret backat ifrån.

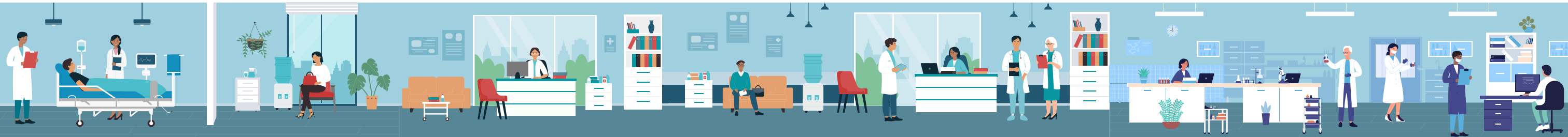
Rummen som kan upplåtas åt läkares administrativa arbete ser ändå ut att decimeras. Vi har påpekat att detta inte går. De svar vi fått är att det finns utrymmen i den äldre sjukhusbyggnaden som kan upplåtas. Om inte läkare och annan vårdpersonals kompetens tas tillvara riskerar vården att bli både sämre och mindre resurseffektiv.

Mikael Andersson Elfgrén (M) är ordförande för regionstyrelsen i Västmanland.

– Det pågår en dialog mellan programledning, verksamhet och fackförbund för att på bästa sätt möta både patienternas, verksamhetens och medarbetarnas behov i de nya sjukhusbyggnaderna. Vi har fullt förtroende för att dialogen mellan programmet och hälso- och sjukvården hanterar alla detaljer kring dessa avvägningar.

Det nya akutsjukhuset beräknas stå klart för inflyttning av patienter 2030. Budgeten uppgår till cirka 7 miljarder. ◀

TEXT EVA NORDIN



Flexibla kontor – en motreaktion

Hur öppna landskap och flexibla kontor påverkar läkares och vårdpersonals arbetsmiljö är inte belagt i forskning. Vid Institutet för stressmedicin i Göteborg pågår nu en studie om konsekvenserna av flexibla arbetssätt inom vården. TEXT EVA NORDIN ILLUSTRATION GETTY IMAGES

SATSNINGEN PÅ ÖPPNA kontorslandskap har hos många medarbetare medfört problem som koncentrationssvårigheter och ökad stress. Som en reaktion har allt fler arbetsgivare börjat satsa på flexibla kontorslösningar med en större variation av miljöer, i stället för enbart öppna ytor.

– Jag har dock inte sett några forskningsartiklar om öppna landskap just för just läkare. Det finns en hel del artiklar om öppna landskap, men också aktivitetsbaserade och flexibla kontor utanför vårdsammanhang. Det är därför svårt att uttala sig om det går att jämföra forskningen med vårdmiljöer, säger Maral Babapour Chafi, forskare vid Institutet för stressmedicin i Göteborg.

HENNES FORSKNING HAR fokus på förståelse av samspelet mellan människor och teknik i arbetslivet ur ett ergonomiskt perspektiv. Hon disputerade 2019 vid Chalmers på en avhandling om varför vissa aktivitetsbaserade kontorslösningar



MARAL BABAPOUR CHAFI är forskare med fokus på förståelse för samspelet mellan människor och teknik.

fungerar, vilket arbetsmiljöarbete som krävs och vad som är viktigt i implementeringsprocessen. – I det pågående projektet aktivitetsbaserat arbetssätt i Nya Regionens hus i Västra Götalandsregionen följer vi de medarbetare som flyttade dit och den förändringsprocess som den innebar. Syftet är att utvärdera effekterna på arbetsmiljö, självskattad produktivitet och upplevd hälsa och arbetstillfredsställelse.

ÄVEN OM DET INTE går att överföra slutsatser av Maral Babapour Chafis forskning till vårdmiljöer, finns ändå några medskick som kan vara av intresse även för vården:

- I de studier där man jämfört arbetsmiljön i en övergång från öppna landskap till flexibla kontor, ser man en förbättring i eftersom medarbetarna får tillgång till fler ytor att välja på. I studier där övergången är från cellkontor till flexibla kontor sker dock en försämring.
- När personer med olika typer av uppgifter

jämförs i flexibla kontor är nöjdheten och upplevda prestationen mer positivt hos individer med varierade och mötesintensiva arbetsuppgifter, jämfört med personer som har mer monotona, individuella och koncentrationskrävande uppgifter.

- Hur miljön är gestaltad är dock en viktig faktor. Vissa flexibla kontor är mer eller mindre ett öppet landskap och underdimensionerade. Då uppnås inte de förväntade vinsterna.
- Studier visar också att planeringsprocessen och medarbetarnas medverkan i framtagning av kontorslösningar påverkar

utfallen. Det ger både ett ägandeskap och en möjlighet till att lösningar blir anpassade efter verksamheternas behov.

HÖSTEN 2023 STARTADE Maral Babapour Chafi och hennes kollegor vid Institutet för stressmedicin i Göteborg en studie som har relevans för vården.

– Vi ska undersöka konsekvenserna av flexibla arbetssätt inom vården, att inte ha egna rum utan att dela rum och öppna ytor. Jag hoppas att vi kan ha färdiga resultat att presentera inom cirka två år. ◀

Lamotrigin Orion
lamotrigin Tabletter 25, 50, 100 och 200 mg

Välj ett billigt alternativ!*

✓ **Lamotrigin Orion är det mest kostnadsbesparande alternativet över tid!**

✓ **Lamotriginläkemedel**

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

✓ **Gör ett klokt val vid ordination - Välj Lamotrigin Orion**

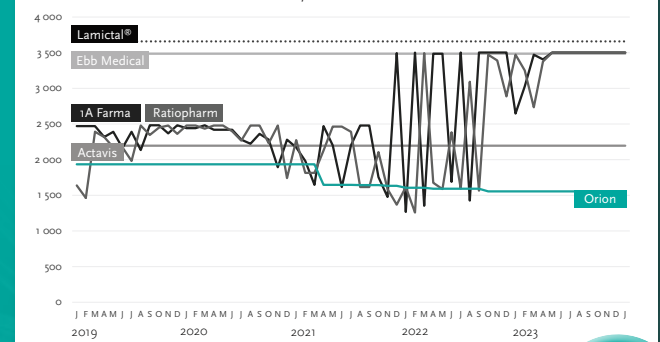


LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL

1. Kostnadsutveckling (AUP), TLV prisdatabas juni 2019 – januari 2024 (www.tlv.se)

Vid behandling av bipolär sjukdom och epilepsi.

KOSTNADSJÄMFÖRELSE MELLAN DE MARKNADSLEDANDE ALTERNATIVEN
JUNI 2019 – JANUARI 2024 BASERAD PÅ ÅRSBEHANDLINGSKOSTNAD*
LAMOTRIGIN 200 MG X 1 (200 MG/DYGN)**



* Priser för största tillgängliga förpackningsstorlek 56-100 st. AUP.
TLV prisdatabas juni 2019 – januari 2024, www.tlv.se
** Underhållsdos 100-200 mg/dygn, www.fass.se

Gör ett klokt val

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

ORION PHARMA

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



av läkarna på Nya Karolinska som "skuggades" under sina arbetspass upplevde bristande arbetsmiljö kopplat till de administrativa arbetsplatserna

DE TVÅ VANLIGAST förekommande anledningarna var tillgång till arbetsplatser att arbeta ostört på, samt dåligt fungerande teknisk utrustning. Det visar en kartläggning av arbetsmiljön för 101 läkare inom ett 20-tal specialiteter som genomfördes okt–nov 2020. Bakgrunden var en anmälan från Karolinskas läkarför-
ening till Arbetsmiljöverket. Efter en inspektion identifierades brister som Karolinska universitetssjukhuset i Solna ålades att kartlägga.

– Kartläggningen som gjordes av en extern aktör, visar med all tydlighet hur frustrerande och stressfyllt det är att inte ha fungerande administrativa platser som är kopplade till den kliniska vardagen, säger Mikael Nilsson, överläkare och huvudskyddsombud vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

Läkarnas arbetspass delades in i fem kategorier: administration, patientarbete, transport, forskning och utbildning och annat. Administration utgjorde den enskilt största huvudkategorin (52 procent), följt av patientarbete (22 procent) och transport (11 procent).

ÖVER HALVA ARBETSDAGEN spenderade läkarna på olika administrativa aktiviteter som journalföring, uppstart/inloggning, inläsning och förberedelser samt administration under och efter patientmöten.

– Vi lever med en hög produktions- och takt och då är det högst ineffektivt att ha långa avstånd, ingen personlig administrativ plats och långsamma och illa fungerande IT-system med återkommande avbrott.

Endast cirka 8 procent av den administrativa tiden förlades vid "hemvisterna", det vill säga administrativa arbetsplatser som ligger skilt från verksamhetens vårdgolv. I stället tillbringade läkarna över hälften av den administrativa tiden i vårdintegrerade ytor (nära vårdkärnan och i nära anslutning till vårdplatser eller andra patienttytor), trots att läkarna där upplevde fler arbetsmiljörelaterade problem med brist på administrativa platser där man kunde arbeta ostört.

FRÅGAN OM DEN administrativa arbetsmiljön måste lyftas upp i dagsljuset, inte minst av Läkarförbundet. Det är också viktigt att fackliga skyddsombud runt om i landet utbildas och tar plats i viktiga vårdarkitektforum, menar Mikael Nilsson. ◀

TEXT EVA NORDIN

Källa: "Kartläggning av läkares administrativa arbetsmiljö", Karolinska universitetssjukhuset, Solna.

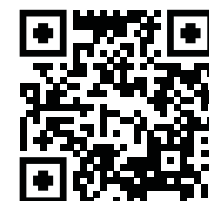


TRIXEO
AEROSPHERE®
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)
Inhalation Aerosol

AstraZeneca

Upptäck TRIxEO Aerosphere® Trippelbehandling till patienter med otillräckligt behandlad måttlig/svår KOL¹

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



Läs mer om TRIxEO Aerosphere®
genom att skanna QR koden

DEN ENDA
TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID



**Bättre
symptomkontroll**

jämfört med dubbelbehandling¹,²



**Minskar risken
för exacerbationer**

jämfört med dubbelbehandling¹,²



**Användarvänlig
sprayinhalator ****

med eller utan spacer¹

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

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

Trixio Aerosphere® (formoterol, glykopyrronium, budesonid) 5 µg/7,2 µg/160 µg, inhalationsspray, suspension, R03AL11, Rx, F = ingår i förmånen
Indikationer: Trixio 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 bronkialkonstriktion 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: 31/08/2023. För fullständig information och priser se www.fass.se AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

Begreppet Choosing Wisely – Kloka Kliniska Val – har väl knappast undgått någon? Men är det verkligen lösningen på sjukvårdens alla utmaningar? Här delar tre specialister med sig av sina tankar kring begreppet.

"Är det inte en läkares jobb att göra *kloka kliniska val*?"

En vind sveper över världen och har även blåst in i svensk sjukvård. Vinden har sitt ursprung i USA och benämns Choosing Wisely. I Sverige ska den heta Kloka Kliniska Val och stöpas om till svenska förhållanden – vi får reda på att vi inte ska bedriva vård som inte är av värde för patienterna. Men är lösningen verkligen så enkel?

Det amerikanska sjukvårdssystemet drivs utifrån delvis andra aspekter än det svenska. Stora delar av sjukvården är privat och finansieras via försäkringsbolag och privata sjukförsäkringar. Mycket av den privata vården ersätts baserat på bland annat hur många blodprov som tas och antalet läkemedel som skrivs ut.

En ampull insulin, som är gratis för patienter i Sverige, kostade 2020 nästan 100 dollar i USA. Patienter med typ 1 diabetes dör för att de inte har råd att köpa insulin om de saknar privat sjukförsäkring.

Utifrån detta sjukvårdssystem har rörelsen Choosing Wisely (skyddat varumärke) vuxit fram, och den leds av stiftelsen ABIM (American Board of Internal Medicine). Även om stiftelsen är icke vinstdrivande omsätter den miljontals kronor.

Specialistläkarföreningar i USA har tagit fram listor med utredningar, behandlingar och åtgärder

som inte anses värdeskapande för patienten; sådant man inte ska göra av andra skäl än att det är för patientens bästa.

Man lyfter fram fem frågor som en patient bör ställa till sin doktor:

Do I really need this test or procedure?

What are the risks of side effects?

Are there simpler, safer options?

What happens if I don't do anything?

How much does it cost, and does my insurance pay for it?

Frågorna är kloka, men är de relevanta för svensk sjukvård?

Amerikanska, kanadensiska och australienska endokrinologiska specialistföreningar listar sina fem viktigaste punkter, och de skiljer sig inte mycket åt. Jag känner inte igen att vi i Sverige gör dessa åtgärder i större omfattning. Men naturligtvis ser också jag exempel på vård som inte är värdeskapande för patienten i mitt dagliga arbete, som endokrinolog och internmedicinare på Skånes universitetssjukhus.

Visst görs det röntgenundersökningar där man hittar fynd man inte letade efter, visst ordinerar det rutinmässigt prover som inte är grund för någon

ändrad ordination eller åtgärd, visst ordinerar läkemedel med tveksam effekt. Så varför denna krönika, hur kan man egentligen vara tveksam till Kloka Kliniska Val?

Jo, jag kan inte annat än att reflektera över vad motsatsen är. Okloka kliniska val? Ogrundade kliniska val? Ogenomtänkta?

Jag saknar att någon av de som vill införa Kloka Kliniska Val istället ställer frågan VARFÖR vi i Sverige i utför lågvärdevård? Vad är det som gör att "onödiga" undersökningar beställs? Är det inte en läkares jobb att göra kloka kliniska val? Varför kan vi i så fall inte utföra vårt jobb?

Ligger svaret i att vårdens myndigheter och chefer har tappat styrfarten kring att ge läkare förutsättningar för korrekta och kloka medicinska beslut? Har läkarlinjen proppats full med mål som inte rör medicinsk kunskap? Har de pinsamt låga nivåerna

”Jag kan inte annat än att reflektera över vad motsatsen är. Okloka kliniska val? Ogrundade kliniska val? Ogenomtänkta?”

av fortbildning av specialistläkare gjort att vi utför fler undersökningar och prover? Eller kan man lasta vårdplatsbristens effekter att onödiga undersökningar måste ersätta ineliggande observation? Kanske handlar det om de ökade dokumentationskraven och risken för att bli anmäld?

En sak är iallafall säker. Tid för samtal med patienten verkar saknas i svensk slutenvård idag, där man redan vid inläggning bestämmer vilken dag patienten ska skrivas hem. I samtalet kommer patientens åsikt fram. I samtalet kan man informera patienten och förklara. I samtalet kan vi få reda på att patienten inte alls vill genomgå omständliga utredningar och uppföljningar, men beslutet måste så klart tas utifrån den information som jag ger i samma samtal.

Vården måste organiseras så att samtalet mellan läkare och patient står i centrum och måste få ta mer tid nu än tidigare när vården är mer komplex.

Svenska Läkarsällskapet (SLS) lyfter fram att Kloka Kliniska Val inte ska ses som en ekonomisk besparing, men genom att avstå lågvärdevård kommer resurser att kunna ges till rätt personer. På mitt sjukhus har ledningen anammat Kloka Kliniska Val.

Begreppet ses i den spalt som listar besparingsåtgärder för att underskottet på -1,7 miljarder ska minska, tillsammans med regionalt beslut om restriktivitet för resor, kurser och konferenser.

Jag ser inte att lösningen på sjukvårdens utmaningar skulle vara Kloka Kliniska Val. Jag ser inte att lösningar ska vara att pengar avsätts till att utforma listor.

Vi behöver inte fler separata skattefinansierade kolosser som ska ta fram riktlinjer, även om det är professionen. Låt oss i stället prata klartext: svensk sjukvård har inte råd att göra allt för alla. Vi måste prioritera, vi måste sänka sensitivitet och specificitet på de utredningar som görs. Vi måste få missa diagnoser, och vi kan kanske inte behandla alla patienter oavsett förväntad livslängd och sam- sjuklighet?

Låt det inte bli den enskilda doktorn på golvet som om och om igen måste göra denna prioritering utifrån dagens vårdplatssituation och väntetider till återbesök och operation. Låt oss diskutera VARFÖR läkare gör okloka kliniska val, och låt oss arbeta tillsammans för att vi ska få göra vårt jobb med rätt förutsättningar.

I så fall är jag övertygad om att inga läkare någonsin har någon annan intention än att använda sina sunda förnuft tillsammans med gedigen och uppdaterad medicinsk kunskap, och ta kloka kliniska beslut.

Karin Filipsson
överläkare i endokrinologi och andre vice ordförande i Sjukhusläkarna



Kloka val av flera slag!

Få personer med intresse för sjukvårdsfrågor har nog missat att begreppet Kloka Kliniska Val ligger i tiden. För den som till äventyrs missat detta handlar det i stora drag om att vi måste sluta bedriva vård som inte ger värde för patienterna. I detta ligger också att vi behöver röra oss bort från många av de standardiserade vårdförloppen och börja använda vårt sunda förnuft och kliniska omdöme. En grupp inom Läkaresällskapet har förtjänstfullt gjort en rapport om detta (rapport_sls_kkv-20230823.pdf) och sällskapet driver aktivt frågan. Även enskilda debattörer har lyft frågan, bland annat Fanny Nilsson som skriver klokt i Dagens arena (Hur mycket sjukvård tål Sverige? | Dagens Arena). En risk med begreppet, och något som redan skett på sina håll, är att man i iveren att reducera onödig diagnostik och behandling slänger ut barnet med badvattnet. Det kan till exempel handla om att man ensidigt låter statistik över andel positiva svar styra huruvida det ska vara tillåtet att ta prov eller beställa en röntgenundersökning. En bärande tanke är att arbetet med Kloka Kliniska Val ska vara väl förankrat inom kåren och beslut ska fattas så nära golvet som möjligt.

En stor poäng med Kloka Kliniska Val är att minska resursslöseri inom sjukvården. Och en synnerligen viktig resurs är vår tid. Vi är nog många som upplever hur tiden vi lägger på direkt, eller för den delen indirekt, patientarbete successivt minskat genom åren. Administrationen ökar vilket har många förklaringar. En del av dessa rymms inom arbetet med Kloka Kliniska Val men andra har mer att göra med den svällande administrationen inom sjukvården i stort. Mycket är sagt om detta tidigare.

Den ökande andelen verksamhetsutvecklare, kvalitetskoordinatorer med flera innebär även att vi som arbetar i verksamheterna i allt högre utsträckning rycks bort från patientarbetet till förmån för möten, workshops och inspirationsdagar.

Många gånger saknas tydliga patientrelaterade syften och man lämnar mötet med en bedövande känsla

av meningslöshet. Detta gäller i hög grad även våra chefers tid. Tid som de borde få lägga på att faktiskt leda och utveckla sin verksamhet.

Orimligt mycket arbetstid läggs även av läkare och annan vårdpersonal på andra administrativa uppgifter som att fylla i kvalitetsregister och verktyg för vårdprevention som inte skapar något egentligt värde.

I den mån dessa uppgifter behöver utföras kan det i en hel del fall göras av anställda utan vårdutbildning.

Som ett svar på dessa utmaningar skulle Sjukhusläkarna Örebro vilja lansera begreppet Kloka administrativa val. Inom detta skulle kunna rymmas ambitioner som att:

- ▶ alla möten (och liknande) som stjälar tid från patientarbete behöver motiveras utifrån nytta för patienter eller arbetsmiljö.
- ▶ gå igenom alla register och andra administrativa verktyg med syfte att plocka bort det som inte ger värde.

- ▶ personal med vårdutbildning, med administrativa eller chefsuppgifter upp till en viss nivå, måste ha en viss andel av sin tjänst på vårdgolvet, något som vi i vår region en längre tid drivit på för.

Listan går säkert att göra mycket längre än så. Måhända kommer Kloka Administrativa Val inte göra samma framgångsresa som Kloka Kliniska Val. Men nog är det värt att tänka på hur vi använder vår tid på bästa sätt? Och i allt vi gör försöka hålla fokus på sådant som gör nytta för patienterna?

Lars Edling

infektionsläkare och vice ordförande Sjukhusläkarna Örebro, ordförande Örebro läns läkarförening, adjungerad till Sjukhusläkarnas styrelse



VARFÖR KLOKA KLINISKA VAL?

Vi är allt fler, och vi jobbar allt mer. Och ändå räcker vi inte till. Resurser saknas, köer och stress ökar och från många håll klagas det på oss. Men mycket av det som görs kan kallas för lågvärdevård – vilket innebär åtgärder som inte gagnar patienten eller organisationen. Och uppstår vårdskador, så är det särskilt illa när den vård som givits har varit meningslös.

Vi i arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val har mer än 150 års samlad läkarefarenhet bakom oss. Att få förtroendet från Svenska Läkaresällskapet att ta sig an frågan om lågvärdevård var därför både ett välkommet och hedersamt uppdrag. **Vårt arbete har gett oväntade insikter och en stark förhoppning om att kunna göra något för att minska problemen. Resultatet av vårt arbete döpte vi till Kloka Kliniska Val, KKV.**

KKV är en del av den internationella Choosing Wisely-rörelsen. Gemensamt för alla liknande rörelser är önskan om att hitta åtgärder som kan utmönstras, men även förändra attityder och samverka med patienten i val av åtgärder och fattande av beslut. Kärnan består av fem frågor som patient och läkare skall ställa sig: behövs åtgärden, vad händer om man inte gör något, finns det alternativ, är åtgärden farlig, och vad kostar den?

KKV grundas i evidens och leds av läkarprofessionen med målet att göra vården bättre för patienterna. **Det är inte ett nytt public-management-koncept, och inte heller primärt en besparing.** Utmönstring av lågvärdevård bör självfallet frigöra resurser, men bara för att minska undanträngningseffekter och öka tillgänglighet och jämlikhet. I arbetsgruppen har vi intervjuat många – bland annat företrädare för specialistföreningarna, akademiker och forskare, representanter för SBU och HTA-enheter, Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Vi har också talat med egna arbetskamrater och nätverk. Majoriteten har förstått och varit positivt inställda till KKV och dess bärande principer.

Farhågor vi mött är att kampanjen inte blir uthållig, att egenintressen hos läkare, beslutsfattare, patientorganisationer bromsar kampanjen, att

effekterna av kampanjen är omöjliga att mäta, att beslutsfattare "kidnappar" konceptet och använder KKV för att spara pengar. Man uttrycker också en rädsla för "behandlingsnihilism", det vill säga att vi inte bara slutar med lågvärdevård, utan också med högvärdevård.

KKVs filosofi kan appliceras på andra områden inom vården. De som leder och organiserar sjukvården har ett stort ansvar för att medarbetarnas arbetstid används till sådant som gör patientnytta. **Välmenande åtgärder – såsom återkommande möten, standardiserade vårdförlopp, utvecklingsprojekt med mera – måste kritiskt granskas innan de införs.** Alltför ofta görs saker som inte leder till någon reell förbättring för patienterna. För att ge patienterna optimal vård räcker det inte att slaviskt följa vårdprogram och algoritmer. Vårdprogram är av skiftande kvalitet och vilar inte alltid på en solid evidens. Praxisvariationen är stor, både inom länder och mellan länder – vilket talar för att vårdprogrammen är dåligt underbyggda. För multisjuka eller patienter i livets slutskede kan strikt följande av vårdprogram till och med vara en nackdel för patienten.

I arbetsgruppen anser vi att kontinuerlig fortbildning av läkarna är avgörande för evidensbaserad vård, inklusive KKV. Utan välutbildade, fortbildade läkare mister vi kostnadseffektiviteten och den höga kvalitet som kännetecknat sjukvården i Sverige. Vi vill också betona vikten av att läkare tänker kritiskt och säger ifrån när beslutsfattare och kollegor vill införa åtgärder utan bevisad nytta. Vi anser att kåren (nationellt och regionalt) återkommande bör granska sig själv, främst med frågorna: Gör vi nytta för just denna patient? Och om vi gör meningslösheter, vem får då inte tillräckligt god vård?

Det är vi läkare som har eller kan skaffa kunskap om vilka åtgärder som bör utmönstras. Men vi behöver stöd från beslutsfattare och patienter. För framgång behövs också ett vetenskapligt angreppssätt, och att kampanjen i sig fortlöpande mäts och utvärderas. Låt oss anta utmaningen, för våra patienters skull!

Martin Almquist

docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Lund; för SLS arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val i Sverige



STOR SKILLNAD PÅ SEX ÅR

Granskning visar: fler chefläkare ser brister i patientsäkerhetssystemet

Beslut som dröjer i flera år – och avsaknad av uppföljningar för att se om verksamheterna faktiskt håller de förbättringar de har utlovat. Allt fler chefläkare vittnar om brister i patientsäkerhetssystemet.

TEXT MALIN GAVELIN RESEARCH MALIN GAVELIN & ANNA SOFIA DAHL

ÅR 2017 SVARADE 70 procent av chefläkarna i slutenvården nej på frågan om patientsäkerhetssystemet fungerar optimalt i Sjukhusläkarens enkät.

När vi ställde samma fråga igen sex år senare hade siffran stigit till 84 procent. Bättre uppföljningar av IVO och snabbare processer är något som flera av respondenterna efterlyser.

En av chefläkarna som svarade nej på frågan om dagens patientsäkerhetssystem fungerar optimalt är Mattias Skielta i Region Jämtland Härjedalen. Det främsta skälet till att han svarade som han gjorde var att han anser att man jobbar alltför mycket reaktivt med patientsäkerheten idag.

– Under pandemin ställde vi om vårt arbetssätt till proaktivt. Vård-

platser, sängar, sterilt vatten, flöden på akuten – vi var tvungna att tänka efter före kring allt för att undvika att något skulle gå fel.

MEN IDAG UPPLEVER Mattias Skielta att vården åter är tillbaka i det reaktiva tänkandet kring patientsäkerheten.

– Idag är vi tillbaka till att göra utredningar när något har gått fel. Vi ska utreda händelser och anmäla

skador enligt formalia för Lex Maria. Arbetet är väldigt tidskrävande och ger liten effekt. I dagens sjukvård finns inte tid för implementeringar av de åtgärder som framkommer och rapporteras till IVO. Det optimala skulle vara att vi i stället gör riskanalyser och att det då snarare är risken för att en skada ska uppstå som anmäls enligt Lex Maria.

MATTIAS SKIELTA TROR att ett proaktivt arbete skulle skapa ett helt annat engagemang och tankesätt hos personalen.

– Det blir också mindre utpekande att anmäla en risk på ett kollektivt plan och tillsammans försöka identifiera orsaker till risken. Det blir en positiv aktivitet. Förändringsarbetet kommer att bli av även i en tidspressad situation då alla tillsammans

jobbar för bättre arbetsmiljö och förbättrad patientsäkerhet.

Många patienter som har råkat ut för skador inom vården vill självklart ha svar på varför det gick fel just för dem.

– GIVETVIS SKA händelser utredas men det läggs för mycket tid på enskilda ärenden. Utredningarna blir för stora och tar mycket tid. Det blir väntetider upp till flera år. De åtgärder man till slut kommer fram till kanske redan är åtgärdade eller uppfångade genom andra åtgärder tex införande av SVF. Istället borde analysteam snabbt se över de inkomna avvikelserna och identifiera ifall händelserna har någon gemensam nämnare och då göra

en stor utredning av dessa orsaker och risker. Om dessa risker skulle kunna medföra allvarlig vårdskada så

skulle man anmäla dessa enligt Lex Maria. Jag tror att de åtgärder man kommit fram till skulle ha större genomförande potential och få större effekt på gruppnivå och gynna fler än utredningar av enskilda händelser.

Varför tror du att så många av dina chefläkarkollegor svarade nej på frågan om patientsäkerhetssystemet fungerar optimalt idag?

– De kan ha besvarat frågan utifrån så otroligt många olika plan, men en sak som jag ofta hör nämnas är de långa handläggningstiderna. Utredningar av händelserna ska

vara klar inom 45 dagar – då har vi knappt hunnit börja.

Vi ställde samma fråga för sex år sedan och då svarade bara 70% nej. Varför tror du att det är så många fler idag?

– Jag kan bara svara utifrån mig själv och för mig har pandemin på många sätt ändrat arbetssättet och tankesättet. Då lärde vi oss att tänka framåt och eliminera risker. Nu är vi tillbaka i att analysera varför något inträffade. Det kan säkert ha gjort att fler har fått upp ögonen för problemen och ställer sig kritiska till hur det fungerar idag. ◀



Mattias Skielta.

84%

70%

2017

2023

FOTO GETTY IMAGES

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.

NÄSTA SIDA!

Läs kommentarerna från enkäten och en intervju med Peder Carlsson på IVO.

KOMMENTARER FRÅN ENKÄTEN – DE HÄR BRISTERNA SER CHEFLÄKARNA:

”Chefläkaren behöver bli fristående i arbetet med patientsäkerhet och behöver ett betydligt större mandat i patientsäkerhetsfrågor.”

”Tydligare krav på snabbare handläggning vid allvarliga händelser. Mer tyngd och fokus på det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.”

”Avvikelsehanteringssystemet är inte optimalt för den enskilde medarbetaren, för hög tröskel att skriva en avvikelserapport.”

*”Det är lätt att lova olika åtgärder för att förbättra patientsäkerheten men ofta betydligt svårare att genomföra dem. Ett exempel är lex Maria där vi utlovar handlingsplaner som är svåra att få genomförda i verksamheterna på ett större sjukhus. **Det hade varit önskvärt om IVO ibland gjorde revisioner för att se att vi håller det vi lovat.** Det hade gett oss ett starkare incitament att genomföra utlovade förändringar.”*

*”Det finns ett gott stöd från ledningen, men det är ändå **en utmaning att få patientsäkerhetsarbetet att fungera riktigt bra** i en stor organisation med många medarbetare varav många upplever stress i arbetet, krav på effektivisering, ansträngd vårdplatssituation et cetera.”*

*”Framför allt skulle det generellt behövas mer tid avsatt för medarbetare att kunna arbeta med riskanalyser i förebyggande syfte samt löpande kvalitetsförbättringar. **Mer fokus på förebyggande åtgärder och förändringar som minskar risken för nästa vårdskada.**”*

”Ganska omständlig procedur att hantera ärenden. Behöver en smidigare organisation. Lex Maria-förfarandet är inte optimalt. Hade varit mer värdefullt att låta utredningar kvalitetsgranskas av andra regioner eller liknande.”

”Ibland blir det onödigt mycket administration, vilket kan få enheter att backa. Till exempel upplever många att IVO kräver väldigt mycket kompletteringar på saker man redan har förklarat, vilket kan göra att man drar sig för att göra en lex Maria.”

”Fokuset hos verksamheterna ligger extremt mycket på att släcka bränder och genomföra besparingar. Tiden och engagemanget för patientsäkerhet minimeras som konsekvens.”

”Uppföljning av allvarliga händelser efter IVO-beslut och uppföljning av handlingsplaner efter IVO-beslut.”

”Vi behöver öka system- och processtänkandet.”

”Hänger för mycket på verksamheternas ’goda vilja’, istället för ett måste.”

Chefläkarna efterlyser bland annat revisioner från IVO för att se att verksamheterna håller vad de lovat.

”Behov av bättre helhet. IVO:s roll kan förbättras.”

”Ledtider i det interna utredningsarbetet. Återkoppling från IVO behöver därtill snabbas upp rejält för att få optimal uppföljande effekt. Idag kommer beslut från IVO två år efteråt.”

”Fokus på dagens arbete är reaktivt. Lagstiftningen stödjer ett sådant förhållningssätt. Ett ännu mera proaktivt förhållningssätt vore att föredraga.”

”Framför allt behov av kontinuitet för att tillse att det blir ett lärande av inträffade vårdskador.”

”Det kommer alltid att finnas brister”

Ett tecken på att fler chefläkare är engagerade och en del av systemet. Så tolkar Peder Carlsson, avdelningschef på IVO, resultatet av Sjukhusläkarens enkät.

► – Självklart är det inte bra att det finns brister, patienterna ska få en god och säker vård. Men det som är positivt är att fler chefläkare är en del av patientsäkerhetssystemet och att de är engagerade i den här frågan, säger han.

Sedan är det väldigt viktigt att chefläkarna påtalar de brister de har observerat för sin arbetsgivare, betonar Peder Carlsson.

– Det kommer alltid att finnas brister. Men om man har en god kultur på arbetsplatsen har man möjlighet att fånga dem och vidta åtgärder.

Vad tror du att den här ökningen av antalet chefläkare som ser brister i patientsäkerhetssystemet beror på?

– Det är många saker som speglas i detta i olika delar av samhället och i olika situationer. Men tittar vi på mängden Lex Mariaanmälningar som är en av uppgifterna som chefläkaren har att hantera – då har vi årligen mellan 2 200-2 500 inkommande till oss. Vi ser inte att det finns någon markant ökning utan det har varit en relativt jämn kurva. Vi har fortfarande inte hunnit göra någon genomgång av förra årets ärenden men på det stora hela är min bedömning att de är av ungefär samma antal.

Vad gör ni från IVO:s sida för att förbättra det patientsäkerhetssystem som finns idag?

– Vi jobbar framför allt med att förbättra all ärendehantering. Till exempel sjukhustillsynen som pekat på brister på akutmottagningarna, där har vi följt upp och arbetat systematiskt med vår tillsyn för att nå en bättre patientsäkerhet. Tittar vi på sjukhustillsynen har vi ett nationellt grepp vilket gör det mer

sammanhållet över landet och med bättre kvalitet. Vi jobbar också på att bli mer uthålliga och på att följa upp ärendena upprepade gånger och pekar på behovet av att faktiskt genomföra det man utlovar.

Flera chefläkare anser att frånvaron av uppföljningar från IVO:s sida är en stor brist. Varför görs inte detta i större utsträckning?

– Jag har inte riktigt samma bild. Vi gör uppföljningar men naturligtvis gör vi bedömningar utifrån de svar vi får in kring hur sannolikt det är att dessa genomförs. Vi bedömer också om de föreslagna åtgärderna faktiskt hjälper mot de brister som har uppmärksammats.

Gör ni alltid uppföljningar för att se så att bristerna är åtgärdade?

– Vi gör förnyade inspektioner i många ärenden, men sedan finns det kanske behov av mer sådant. Tittar vi på sjukhustillsynen så har vi gjort uppföljningar i merparten av ärendena, inom äldreomsorgen har vi gjort det i cirka hälften av tillsynerna. Vi gör uppföljningar återkommande genom förnyade inspektioner och pratar då med berörd personal och chefer. I några fall sker uppföljningen genom kompletterande skriftlig information eller genom telefonsamtal.

Några chefläkare påpekar att beslut från IVO ibland kan dröja så länge som två år - hur kommer det sig?

– Det har förekommit sådana ärenden och det är naturligtvis inte bra. Det kan finnas olika anledningar till att det drar ut på tiden. Ibland beror det på att det krävs kompletteringar kring hur man har svarat. Ibland komplicerade medicinska bedömningar där IVO behöver inhämta kunskap och kompetens. Men vi arbetar med det och fortsätter att kontinuerligt utveckla vår verksamhet och korta handläggnings-tiderna. ◀

TEXTMALIN GAVELIN

"Läkarrösten saknas alltför ofta"

Hur kom det sig att du började forska inom det här området?
– När jag var anställd som klinikchef på akuten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under en femårsperiod märkte jag tydligt hur många av läkarna där ville vara involverade i utvecklingsarbetet – men den allmänna uppfattningen bland cheferna var att de inte ville det. Den paradoxen kände jag att jag ville undersöka närmare och därför blev det naturligt att jag skrev min avhandling med fokus på läkarnas egna röster om att engagera sig, eller inte, i klinisknära utvecklingsarbete.

Vad kom du fram till – varför finns den här uppfattningen om att läkare inte vill engagera sig i utvecklingsarbete?
– "Looking for engagement – finding identity" är ett sätt att summera hela avhandlingen. När jag djupanalyserade läkarintervjuerna visade det sig att det handlar mycket om identitet – vem är jag i min roll som läkare och vad förväntas av mig för att jag ska vara en "bra läkare"? Ett svar på det är – du förväntas träffa patienter och för det har du med dig gedigen biomedicinsk kunskap från din läkarutbildning. Men det som inte är lika tydligt är att du som läkare också förväntas delta i det klinisknära utvecklingsarbetet.

Varför behövs läkare även i det här sammanhanget?
– Forskningen visar att när man integrerar olika perspektiv, olika rös-



FREDRIK BÅÅTHE
är medicine doktor och forskar både på Legeforskningsinstitutet i Norge och på Institutet för stressmedicin i Göteborg.

ter, så skapas en mer hållbar utveckling. Så grundsvaret är att vi behöver inkludera de personer och de professioner som ska jobba tillsammans – för att tillrättalägga så patientarbetet flyter så smidigt som möjligt. Vi alla har många förgivet-tagna sanningar tills någon annan säger att "så är det ju inte alls". Att mötas i samtal är ett sätt för att få syn på att någon annan tänker på ett helt annat sätt. Läkarrösten är viktig för den bidrar med ett övergripande medicinskt ansvarstagande. Alltför ofta har läkarrösten saknats – eller bara funnits med sporadiskt i klinisknära utvecklingsprojekt. Kanske var läkaren bakjour

samtidigt som det var projektmöte och försvann ur mötet efter en kort stund. När sedan resultat för ett projekt ska implementeras så räcker kanske en annan läkare upp handen och säger "vänta nu, här finns det ju en medicinsk risk". Då stannar allt upp och nyttan man hoppades projektet skulle bidra med når aldrig patienterna, medarbetarna eller verksamheten. Folk blir besvikna och frustrerade – kanske projicerar man detta på den som räckte upp handen. Detta har varit en viktig vetenskaplig drivkraft för mig – att försöka säkra upp processerna så att vi inte slösar resurser på att arbeta fram något till synes klokt – men som sedan föll på

"När man integrerar olika perspektiv, olika röster, så skapas en mer hållbar utveckling."

att vi saknade läkarperspektivet. Jag vill bidra till att fler utvecklingsprojekt kan genomföras och säkra att de inte haltar på det medicinska planet.

Hur skiljer sig rollen i utvecklingsarbete från den vanliga läkarrollen?

– I utvecklingsarbete finns begränsat med evidensbaserade svar men du som läkare har likväl en viktig roll. Det kan handla om att tillsammans med andra yrkeskategorier planera smart så personal används så effektivt som möjligt och patientmöten flyter smidigare. Man förflyttas till ett sammanhang där den biomedicinska expertisen inte ger någon tydlig kunskapsfördel, och det kan upplevas frustrerande. Kanske en undersköterska eller sekreteraren har den där mest lysande tanken. Samtidigt är läkarnas röst viktig för att säkra det medicinska perspektivet – men själva skapandet behöver man göra tillsammans och på så vis låta kunskap från respektive yrkesroll korsbefrukta varandra. Man behöver därefter testa sig fram i en process där man justerar efter hand beroende på utfallet. Fel som upptäcks längs vägen är inga misslyckanden utan ett naturligt steg på vägen mot det gemensamma målet. I patientarbete är det säkert många som känner igen att man inte alltid har ett färdigt svar, men då har man som läkare en djup biomedicinsk kunskap att luta sig mot. Komplex utvecklingsarbete är en annan typ av kunskapssfär. Om man inte har övat på att befinna sig i processer där den biomedicinska expertkunskapen inte ger hela svaret är det lätt att känna sig frustrerad. I rollen som chef och ledare är det viktigt att vara medveten om detta fenomen och göra det lättare för läkare att delta i kliniskens utvecklingsarbete.

Vad kan chefen göra för att öka läkarnas engagemang i utvecklingsarbete?
– Grunden är att förstå det här med identitet och hur det kan påverka olika läkares engagemang i utvecklingsarbete. Som chef har du inte så mycket makt men du har mandat att definiera själva uppdraget när du anställer någon. Rolltydlighet

är viktigt, "hos oss förväntas du vara delaktig i utvecklingsarbete". Tydligt syfte med utvecklingsarbeten är också viktigt – klargöra vilken patientnytta det ska leda till. Tydlighet om chefens förväntan och sedan viktigt att uppdrag följs upp i återkommande vardagliga samtal och även via utvecklingssamtal. Sedan behöver tid säkras och ett av chefens mest underskattade redskap är just schemat. Schemaläggning visar vad som är

"Chefen behöver vara tydlig med vad som förväntas i rollen som läkare på arbetsplatsen."

prioriterat. Chefen kan inte låta till exempel en kirurg vara operationsplanerad och samtidigt förvänta sig deltagande i ett projektmöte. Du kan inte heller förvänta dig att hon eller han ska göra utvecklingsarbete på fritiden. Chefen behöver vara tydlig med vad som förväntas i rollen som läkare på arbetsplatsen. Det ingår i läkares utbildning och specialisering att vara lyhörd för att uppfylla rollförväntan, så när chefen lagt till rätta rimliga förutsättningar är det troligt att engagemanget ökar. Och vi vet idag att medarbetarnas engagemang är grunden för att skapa mer hållbar arbetsmiljö.

Och vad har du för fokus just nu?
– Balanserad arbetsmiljö – hur komplexitetsinformerade teorier om organisering kan bidra för att skapa mer bärkraftig vård, är aktuellt fokus för mig. Mer hållbart läkarliv och reparativ krishantering efter överväl-

digande händelser är centrala områden. Det är alltmer tydligt i forskningen att ensidigt fokus på ekonomi inte är hållbart. Som chef och ledare behöver fokus istället handla om en ständigt pågående balansering mellan patienters vårdkvalitet, medarbetares välmående och verksamhetens ekonomi. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

LÄS MER OM FORSKNINGEN:

Lindgren Å., Bååthe F., Dellve L. (2013). *Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development.*



Baath, F., Rosta, J., Bringedal, B., & Rø, K. I. (2019). *How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital.*



Rø, K.I., Rosta, J., Tyssen, R., Bååthe, F. (2020). *Doctors Well-being, Quality of Patient Care and Organizational Change: Norwegian Experiences.*



Bååthe, F., von Knorring, M., & Isaksson-Rø, K. (2023). *How hospital top managers reason about the central leadership task of balancing quality of patient care, economy and professionals' engagement: an interview study.*



I slutet av januari anlände ett 100-tal sjukvårdare och läkare från kriget i Ukraina till Sverige för en veckas återhämtning och psykologiskt stöd. En av dem var akutläkaren Vladislav Sverdlikov. Efter nära två år vid fronten var han nära en kollaps och i akut behov av att tillfälligt få lämna kriget för rehabilitering och rekreation.

TEXT EVA NORDIN

FOTO MELI PETERSSON ELLAFI

PAUS FRÅN HELVETET

◀ Livsviktigt

I en bastu på en ö i Roslagen fick ukrainska läkare och sjukvårdare chans till stunder av avkoppling, vila och återhämtning. Många lider av PTSD efter fasansfulla krigsupplevelser.



Orgelkonsert

Stämningen blev känslös när Ukrainas nationalsång, *Sjtje ne vmerla Ukraini*, spelades i Gamla Uppsala Kyrka.

– **JAG VAR EMOTIONELLT** och fysiskt utbränd. Kriget är en tragedi, det är mycket jag och mina landsmän varit med om som ingen människa ska behöva uppleva, säger Vladislav.

Den 26 februari 2022 anmälde han sig till den ukrainska Försvarsmakten som frivillig. Sedan dess har han endast varit ledig två helger. Resten av tiden har han arbetat cirka två kilometer från fronten, vid olika stabiliseringspunkter för svårt skadade soldater, många med splitterskador och explosionsskador från minor.

– Jag har sett många förstörda byar och städer, mycket död, lidanden och svåra umbäranden. Det är klart att jag många gånger har varit rädd och känt panik. Men jag kämpar för mitt land, min familj, min släkt och framtida generationer.

Han är en av 30 000 läkare och sjukvårdare som arbetar på slagfälten i Ukraina.

Den 22 januari kunde 100 av dem, cirka 30 läkare och 70 sjukvårdare ta sig från kriget med tåg till Polen och vidare med flyg till Arlanda, tack vare hjälporganisationen Repower. Från flygplatsen åkte de sedan vidare till en ö i Roslagen för inkvartering på en konferensanläggning. Under en vecka fick de ta del av ett återhämt-

! **Repower är en hjälporganisation som startades 2022 i Ukraina. Läs mer: repower.ngo**

ningsprogram som bland annat omfattade psykologiska interventioner, utflykter, kultur-, musik-, konst- och naturupplevelser. Och inte minst, möten och samtal med andra deltagare som av den ukrainska Försvarsmakten identifierats som i akut behov av vila, stöd och hjälp.

– Det var obeskrivligt skönt att få komma till Sverige, bo tillsammans med kollegor i en fin liten stuga, uppleva tystnaden och slippa höra ljudet från bomber och raketattacker.

NÄR VLADISLAV FICK möjligheten att åka till Sverige kände han först en stark ambivalens.

– Jag ville först inte. Jag kände skuld över att lämna kollegorna vid fronten. Jag hade också gärna velat träffa min fru och sexåriga dotter Angelinka som jag inte sett på över ett halvår. Men, jag inser ju att jag verkligen behövde komma bort från kriget. Jag är väldigt tacksam för att jag fick chansen, säger Vladislav.

Intensiva månader i ett krig med ständiga robot- och raketattacker, beskjutningar och en omänsklig tillvaro i skyttegravar, ödelagda hus eller snarare skjul, har satt djupa spår. Bedömningar av ukrainska psykologer som var med



Guidad tur

Under veckan i Sverige arrangerades olika dagsutflykter. Just den här dagen besökte deltagarna Uppsala. Trots ett fullspäckt schema fanns även utrymme för egentid med besök i affärer och i Domkyrkan.



Akademiska

Experter från svenska Försvarsmakten diskuterade avancerad taktisk sjukvård (TCCC) och hur man identifierar och förebygger stressrelaterade skador (COSC).

”Som läkare är det svårt att inte finnas där och hjälpa till.

under resan i Sverige var att majoriteten av deltagarna lider av PTSD.

– Många får illa. Personligen vill jag ändå återvända till fronten, trots att jag formellt, efter en så lång tjänstgöring, skulle kunna lämna armén och åka hem till min familj. Men, om inte jag kämpar för mitt land, vem ska då göra det?

VLADISLAV TOG SIN läkarexamen på Pirogov Medical University i Moskva.

Innan kriget bröt ut arbetade han som akutläkare och onkolog vid Zhytomyr Central District Hospital, cirka 14 mil väster om Kiev.

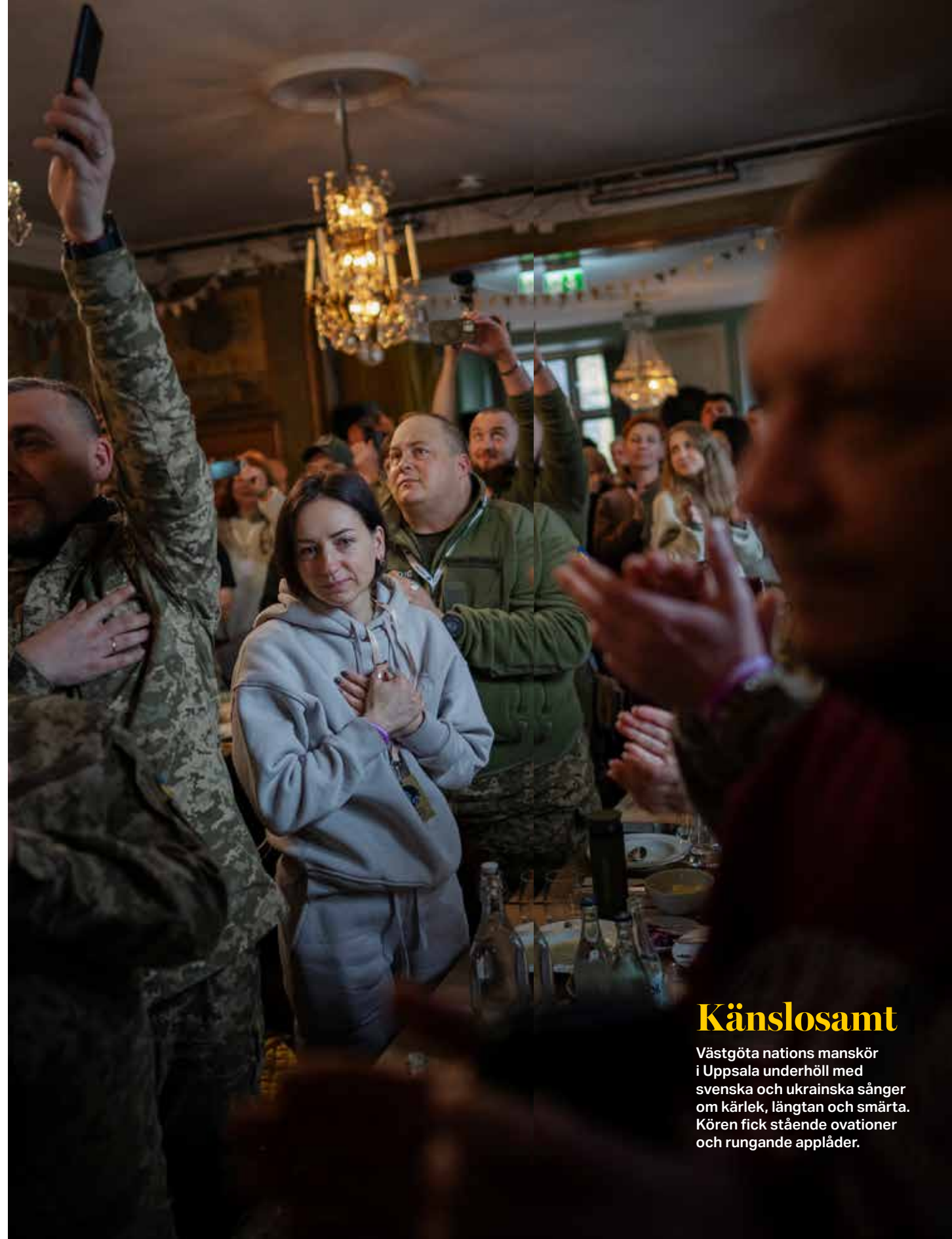
Han hade ingen tidigare militär erfarenhet och hade aldrig hållit i ett vapen. Men den 26 februari anslöt han sig som frivillig och gav sig i väg med buss mot fronten i östra Ukraina.

– I början tjänstgjorde jag som soldat. Min brigad skulle säkra transportvägarna till Odessa och evakuera skadade från fronten. När vi närmade oss pågick intensiva strider. Tillsammans med många andra militära enheter lyckades vi avvärja luftlandsättningen och vår brigad fortsatte sedan mot Kherson och ockuperade områden. Jag kommer aldrig att glömma hur tacksamma och glada människor var när vi lyckades befria byar, många grät, till och med de mest råbarkade männen.

FÖRRA ÅRET SPLITTRADES Vladislavs brigad då många av hans kollegor och vänner dödades i strid. Han förflyttades då till den norra gränsen mot Ryssland, cirka två kilometer från fronten. Levnadsförhållandena där beskriver han som omänskliga. Det har funnits perioder då han arbetat och sovit i sin uniform i flera veckor. När det väl funnits en chans att tvätta har vattnet färgats svart och rött av smuts och blod.

Vladislav är ensam läkare för 700 soldater och möter cirka 70 skadade per dag. Hans team med sjukvårdare tar även hand om soldater som blivit sjuka på grund av virus- och bakterieinfektioner. I skyttegravarna kryllar det av råttor och möss.

– Vi bor i enkla hus som blivit förstörda av kri-



Känslosamt

Västgöta nations manskör i Uppsala underhöll med svenska och ukrainska sånger om kärlek, längtan och smärta. Kören fick stående ovationer och rungande applåder.



▲ Ministrar

Ambulanssjuksköterskan Natalia Kuzmenko var tacksam över möjligheten att få prata med sjukvårds- och utrikesministern om vad som sker på fronten.

▼ Badare

Sena bastubad var ett av de mest uppskattade inslagen under veckan i Sverige.





Rysk fångenskap

Natalia har suttit ett halvår i rysk fångenskap. Hennes man hålls fortfarande fången. Här tänder hon ljus för sina barns hälsa, sin make och att Ukraina vinner kriget.

get och det fungerar som vår stabiliseringspunkt, bakom frontlinjen. Den ukrainska armén förser oss med vatten, mat och ved och kaminer för att vi ska kunna hålla värmen. Det är inte alltid som elen fungerar, vilket är en stor medicinsk svårighet och utmaning. Vi utsätts också för nattliga överfall av ryska sabotagegrupper och lever i ständig alarmberedskap.

HANS STÖRSTA RÄDSLA är inte att dö, utan att förlora kriget mot Ryssland och att hans familj ska fara illa. Flera av hans vänner och kollegor har tillfångatagits av ryssarna.

– Jag skulle hellre vilja bli dödad än att hamna i rysk fångenskap.

Under veckan i Sverige hölls föreläsningar på Akademiska sjukhuset med medicinskt utbildad personal från den svenska Försvarsmakten. En av föreläsningarna handlade om TCCC (Tactical Combat Casualty Care), evidensbaserade riktlinjer för hur man bäst omhändertar skadade i extrema miljöer där det inte finns adekvat

infrastruktur eller personal. Lukas Arkestål, från Katastrofmedicinskt center (KMC) vid Universitetssjukhuset i Linköping, höll i programmet och efterföljande diskussioner med de ukrainska deltagarna. Han är anestesisjuksköterska och har tjänstgjort militärt i Afghanistan och Mali.

Diskussionerna på Akademiska blev stundtals livliga och många ukrainare gav uttryck för frustration; det som gäller i teorier krockar inte sällan med den brutala verkligheten. I Ukraina, till skillnad från många andra krig, saknas ett effektivt luftförsvar som kan skydda sjukvårdare och läkare under evakueringar av sårade.

– **ATT KOMMA DIREKT** från fronten till Sverige måste vara väldigt omskakande. De flesta hade inget med sjukvård att göra innan kriget startade. Landslagsidrottare, biologer, lärare, designers gav sig ut i kriget som sjukvårdare. Nu arbetar de dygnet runt med att försöka rädda liv på fronten. Deras kampvilja är rörande och inspirerande, säger Lukas Arkestål.



Trötta

Svåra krigsupplevelser sätter djupa spår; att se människor dödas och skadas, att ständigt vara rädd och på sin vakt leder till utmattnings- och psykiska trauman. Veckan i Sverige gav chansen till medmänskliga samtal, möten och upplevelser. Här på väg hem från en guidad tur i Uppsala.

Det är dock beklämmande, menar han, att deras utmaningar fortfarande är så stora och nästan oförändrade sedan kriget startade. Det initiala omhändertagandet sker under svåra omständigheter och i regel med låg kvalitet på grund av omöjligheten att utbilda under pågående krig.

– Tiden till evakuering är också väldigt lång. På grund av att Ryssland bombar märkta sjukvårdsinrättningar har flera stabiliseringscenter bakom fronten tvingats fram, men transporttiderna till kvalificerad vård kan dröja upp till 18 timmar. Det är förödande.

Vladislav uppskattade diskussionerna på Akademiska sjukhuset och var imponerad över det engagemang som Sverige visat och visar.

– Men jag tror att Sverige och den svenska Försvarsmakten har mer att lära av Ukrai-

Mötas

Efter-
längtnade
möten med
kollegor från
fronten.



na. Ni har teorierna, den akademiska kunskapen och teknologin, men vi har den praktiska, kliniska kunskapen och erfarenheten från ett brinnande krig.

HUR LÄNGE KRIGET i Ukraina kommer att fortgå, har han inget svar på. Men för hans egen del kommer han att fortsätta sitt arbete som akutläkare vid fronten tills landet är befriat från Ryssland. Vladislav är övertygad om att Ukraina kommer att stå som segrare.

På frågan om det inte känns svårt att återvända till kriget efter veckan i Sverige, svarar Vladislav med att stillsamt skaka på huvudet.

– Som läkare är det svårt att inte finnas där och hjälpa till. Jag hoppas att svenska läkare är beredda att ansluta till armén om kriget skulle bryta ut i Sverige, precis som jag var den 26 februari 2022. ◀

Efterlyser effektivare stöd till Ukraina

”Det gick trögt och behoven var så stora”

Vad görs för att stötta Ukraina och hur kan man bäst engagera sig? Den frågan ställer sig många sjukvårdsanställda. Patrik Hallmén är akutmästaren som tog saken i egna händer – något som gjorde att han till slut inte kunde jobba kvar.

TEXT EVA NORDIN FOTO PRIVAT

PATRIK HALLMÉNS ENGAGEMANG startade redan i februari 2022 när Ryssland angrep Ukraina.

– Det är ett brutalt invasionskrig som väckte starka känslor. Eftersom jag är akutmästare kände jag ett stort ansvar och ville bidra med min kunskap.

Sommaren 2022 samlade han in några hundra utgångna tourniquets och levererade till Ukraina. På fritiden utbildade han även läkarstudenter i traumasjukvård. Patrik Hallmén blev dock ifrågasatt när han placerade en insamlingslåda på akuten på Universitetssjukhuset i Örebro.

Varför gick han inte via etablerade organisationer? Patrik Hallmén anmälades via sjukhusets visselblåsarfunktion.

– **JAG BACKADE OCH** förstod att jag behövde göra annorlunda och slutade aktivt att samla in material. Men när jag förstod att stödet till Ukraina skulle gå via Socialstyrelsen, då kände jag en stark frustration eftersom det gick så trögt och behoven var så stora. Jag tycker ju att det är vansinnigt att slänga eller bränna upp förbandsmaterial och medicintekniska varor som knappt

”

Jag vet att man ser mig som extremt jobbig, men att kalla mig för rättshaverist är löjväckande.

passerat bäst före datum och som mycket väl kan användas vid krigsfronten.

Patrik Hallmén har blivit kallad rättshaverist, vilket han har svårt att förstå.

– Jag vet att man ser mig som extremt jobbig, men att kalla mig för rättshaverist är löjväckande. Det handlar inte om att skicka skräp till Ukraina, utan om att förse krigszoner med nödvändigt material som kommer till stor användning, både vid utbildning och i akuta situationer. Ska vi vänta på att nationella aktörer ska agera får vi vänta länge och den tiden finns inte vid fronten.

HAN HAR LÄMNAT Region Örebro och arbetar i dag som akutmästare vid Universitetssjukhuset i Linköping. Priset att jobba kvar i Örebro blev för högt, menar han.

– Jag trodde inte att jag skulle drabbas så hårt, mitt engagemang för Ukraina har påverkat både mig och min familj negativt. Personligen anser jag att region Örebro skulle kunna göra så mycket mer. Det ska inte behöva ta flera år innan regionen har fungerande system på plats för att skicka material till krigsområden.

I dag arbetar Patrik Hallmén som volontär via Swedish Rescuers, en NGO-organisation



som funnits i cirka tio år och som skickar fordon som exempelvis ambulanser och brandbilar till krigszoner. Han lägger cirka 20 timmar i veckan på frivilligt arbete för organisationen.

– Jag ingår i ett team som samlar in fordon och bygger om dem till ambulanser. Vi har levererat drygt ett 20-tal som vi försöker fylla med sjukvårdsmaterial till fronten. Vi har bra kanaler och kommunikationsvägar in i Ukraina och kan snabbt agera och leverera om exempelvis en ambulans sprängs eller går sönder. Vi utbildar också i traumasjukvård vid behov. Jag har gjort åtta resor till olika mottagarenheter i Ukraina och kommer att fortsätta med mitt engagemang så länge som kriget pågår, säger Patrik Hallmén.

RICKARD SIMONSSON ÄR regiondirektör i Örebro län och vill inte kommentera en enskild persons agerande.

– Det jag generellt kan säga är att det finns önskemål om att regionen borde öppna upp för fler enskilda initiativ. För regionen har det dock varit viktigt att se till helheten och hålla ihop insatserna genom myndigheter och biståndsorganisation.



Rickard Simonsson,
region-
direktör.

I samband med att konflikten mellan Ryssland och Ukraina eskalerade, tog Socialstyrelsen kontakt med landets regioner med en önskan om att nationellt samordna insamlingen av material och stöd till Ukraina. Region Örebro beslutade att vara med i den samordningen.

– Vi har varken resurser eller en egen regional organisation för att kunna hantera den typen av bistånd. Från regionens sida bestämde vi att vårt stöd skulle gå via Socialstyrelsen, men även via organisationen Human Bridge som vi haft avtal med sedan 2015. Förra året skickade vi fyra sändningar via dem, säger Rickard Simonsson.

HUMAN BRIGDE ÄR en biståndsorganisation som verkar i ett 25-tal länder. En del av insatserna sker i samverkan med organisationer som Läkarmissionen och Erikshjälpen. Sedan kriget i Ukraina startade har Human Bridge skickat lastbilar med bland annat sjukvårdsutrustning, sjukvårdsmaterial och hygienkit. Organisationen har väletablerade partners i landet och fokus är att stötta sjukhus och hjälpa människor på flykt.

– Om man som individ vill engagera sig för Ukraina, finns det inga hinder, så länge som det

inte går ut över ens arbete eller att engagemanget bryter mot lagar och regler. Egentligen är det som vilken bisyssla som helst som ska godkännas av en chef, säger Rickard Simonsson.

Human Bridge tar inte emot läkemedel från sjukhus och andra vårdinstanser eller från privatpersoner. Inte heller någon typ av vätska eller sondnäring. På grund av mottagarländers lagar och bestämmelser tar organisationen inte heller emot förbrukningsmaterial där utgångsdatum är passerat eller förpackningen är bruten.

– Om man är regionanställd och har ett privat engagemang så kan man inte samla in material som tillhör regionen, man måste förhålla sig till beslut och regler, säger Rickard Simonsson.

På nationell nivå arbetar exempelvis Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt

Sveriges regioner och kommuner med stöd till Ukraina i form av utsänd personal och donerat material. Kritik har dock riktats mot att hjälpinsatserna tar för lång tid och att behov och stöd till Ukraina behöver vara mer snabbfotade och anpassade efter rådande läge.

– **MAN KAN VÄL** konstatera att Socialstyrelsen inte riktigt har gjort det man avsett att göra. Det påverkar i sin tur regionernas arbete, vi hade kunnat vara mer snabbfotade om det hade funnits riktlinjer kring hur och med vilka vi kan samarbeta och under vilka förutsättningar. Det borde finnas en samlad nationell kunskap som kan delges regionerna, säger Rickard Simonsson. ◀

VAD GÖRS PÅ NATIONELL NIVÅ?

► Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, har i flera år stöttat Ukraina. Genom samverkan med andra myndigheter, regioner, räddningstjänster och kommuner samt näringslivet har myndigheten gjort över 200 insatser sedan kriget startade. Det handlar bland annat om koordinering och transport av materiel, luftburen sjuktransport, utsända experter för att stärka krishantering. MSB har även utbildat ett 70-tal sjukvårdsinstruktörer som i sin tur utbildat fler än 60 000

personer i akut omhändertagande. MSB tillhandahåller även tillfälliga nödboenden för befolkningen i Ukraina, kopplat till EU:s civilskyddsmekanism.

► Socialstyrelsen arbetar med att inventera och samordna regionernas möjligheter att erbjuda vårdplatser för medicinsk evakuering för patienter från Ukraina. De har under 2023 och fortsatt under 2024 ett regeringsuppdrag om att undersöka myndighetens och regionernas möjlighet att donera medicinteknisk

utrustning till kris och krigsdrabbade områden, som exempelvis Ukraina. Stödet samordnas av EU med MSB som kontaktpunkt.

► Sveriges kommuner och regioner har genom Adda inköpscentral donerat restlager av cirka 20 miljoner skyddshandskar, i samarbete med OneMed och MSB. SKR har också ett samarbete med SALAR international för att öka kommunernas självständighet i Ukraina och bistå utbombade kommuner samt ge stöd för att kunna ta emot internflyktingar.

TIPS PÅ NÅGRA VOLONTÄRORGANISATIONER:

► **OPERATIONAID** – stöttar barnen och sjukvården i Ukraina. Fokus på transport och vård av sårade, samt aktiviteter för krigsdrabbade barn och ungdomar. Grundades av Ellen-Elena Reynolds, specialistläkare i gynekologi och obstetrik.

► **HELP UKRAINE GOTHENBURG (HUG)** – en opolitisk humanitär förening som startade i februari 2022 av ST-läkaren Katja Blagodyr med rötter i Ukraina. Varje vecka skickas minst en bil till Ukraina med förnödenheter, lek-

saker och barnkläder. Föreningen samlar även in pengar för satsningar på barncenter.

► **SWEDISH RESCUERS** – grundades för drygt tio år sedan. Skickar fordon till Ukraina. Drivs av ambulanspersonal, poliser, brandmän som "crowfundar" fordonen och kör dem till krigszoner i Ukraina.

► **INSAMLINGSSTIFTELSEN SVERIGE-UKRAINA** – levererar stora hjälpsändningar med medicinsk utrustning. Har ett samarbetsav-

tal med Region Ternopil i Ukraina. Regionen driver sjukhuset Ternopil Regionsjukhus och är ansvariga för alla sjukhus och vårdcentraler i regionen. Initiativtagare är akutläkaren Carl Tosterud.

► **BLÅGULA BILEN** – tar i huvudsak emot ekonomiska donationer för köp av fordon samt donerat material för leverans till Ukraina. Som volontär kan man även hjälpa till med allt från insamlingar, administration och hämtning av last inom Sverige samt leveranser till Ukraina.

”Det är vansinnigt att slänga eller bränna upp material som knappt passerat bäst före datum.”

PATRIK HALLMÉN, AKUTLÄKARE

”Man kan inte samla in material som tillhör regionen, man måste förhålla sig till beslut och regler.”

RICKARD SIMONSSON, REGIONDIREKTÖR

"Syftet är att stärka arbetet kring omvårdnadsutveckling"

1 Från den 1 januari i år är en ny organisation på plats. Två biträdande sjukhusdirektörer och en HR-direktör har avvecklats och ersatts med en stabsdirektör. Varför?

– Det här är egentligen ingen stor omorganisation utan snarare ett förtydligande av roller, en justering av hur vi arbetar i sjukhusledningen och ett sätt att skapa en bättre stabilitet i organisationen. Stabsdirektören får en bred portfölj och ska ansvara för HR, kansli och administration, beredskap samt kris och hållbarhet. På engelska kallas rollen "people and culture". Stabsdirektören ska stärka arbetet med medarbetarskap, den kultur som finns på sjukhuset och ett ökat fokus på hållbarhet ur alla aspekter.

– Vi tillsätter även en operativ direktör med ansvar för produktion, tillgänglighet och de driftsfrågor som finns på sjukhuset i form av logistik, service och fastigheter. Med den nya ledningsstrukturen tar vi bort biträdande chefer och därmed försvinner ett chefsled. Det här är ett sätt att skapa en plattare organisation mellan sjukhusledning och medarbetare, och att effektivisera staberna så att de kan ge verksamheterna det stöd de behöver. Det här är också ett av flera steg på vägen mot visionen att bli Europas ledande universitetssjukhus 2032.

2 Ni ska även tillsätta en chefsjuksköterska i ledningsgruppen, vilket ansvar kommer hen ha?

– Det är en ny och viktig funktion hos oss, inte bara i ledningsgruppen utan även på sjukhuset. Chefs-



BOUBOU HALLBERG

är barnläkare och specialist i neonatologi. Han efterträdde Ann-Marie Wennberg som sjukhusdirektör den 14 augusti 2023. Dessförinnan var han sjukhusdirektör för Södra Älvsborgs sjukhus. Han har tidigare varit vice vd samt sjukhusdirektör för sjukvårdskoncernen Global Health Partner, GHP International. Han har även erfarenhet som verksamhetschef och överläkare på Karolinska universitetssjukhuset.

sjuksköterska finns redan på andra universitetssjukhus i landet och är en självklarhet i en modern sjukvårdsorganisation. Syftet är att stärka arbetet kring omvårdnadsutveckling och teamarbete på sjukhuset. Chefsjuksköterskans ansvar är tredelat. Den första delen handlar om utvecklingen av vården med fokus på omvårdnadsfrågor och att föra in omvårdnadsperspektiv i förvaltningsledningen. Den andra delen handlar om kvalitet och patientsäkerhet, kopplat till omvårdnad; vi har stora brister när det gäller kostnader och kvalitet, till exempel när det gäller trycksår, undernäring och fallskador. Det handlar också om att ta tillvara kunskapsutveckling utifrån forskning inom vårdvetenskap. Chefsjuksköterskan kommer att jobba nära chefsläkaren kring dessa frågor. Den tredje delen är arbetet med ett personcentrerat arbetssätt och omställningen till nära vård.

3 Du tillträdde som sjukhusdirektör i augusti 2023, vilka har de stora utmaningarna varit?

– När jag började var sjukhuset på väg mot ett stort underskott på cirka 1, 2 miljarder för 2023. Min första uppgift var att vidta åtgärder för att bryta kostnadsutvecklingen och minska underskottet. I november såg vi ett förbättrat resultat, vilket innebar att vi lyckades nå den första milstolpen i sjukhusets Handlingsplan för ekonomi i balans. Målet är en ekonomi i balans vid årsskiftet 2024/2025. Men stora utmaningar kvarstår och vi behöver fortsätta arbetet med att minska kostnaderna. ◀ 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 minska läkemedelskostnaderna för samhället.

- 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 14. nov. 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 immunosuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunosuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunosuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. **Varningar och försiktighet:** Felmedicinering, inklusive oavsiktligt eller oöversiktligt byte mellan takrolimus beredningar med direkt respektive fördröjd frisättning, har setts. Detta har lett till allvarliga biverkningar, inklusive avstötning av det transplanterade organet och andra biverkningar som kan vara en följd av antingen under- eller överexponering för takrolimus. Patienter bör bibehålla behandling med samma takrolimus beredningsform och den därtill hörande doseringsregimen. Byte av beredningsform och ändringar i doseringsregimen bör bara ske under noggrann övervakning av transplantationsspecialist (se avsnitt 4.2 och 4.8). **Fertilitet, graviditet och amning:** Data på människa visar att takrolimus passerar över placenta. Begränsad information från mottagare av transplanterat visar inte på någon ökad risk för skadlig påverkan på utvecklingen eller utfallet av graviditeter under takrolimus behandling jämfört med andra immunosuppressiva läkemedel. Fall med spontana aborter har dock rapporterats. Data på människa visar att takrolimus utsöndras i bröstmjolk. Eftersom skadliga effekter på den nyfödda inte kan uteslutas bör kvinnor inte amma när de får Dailiport. En negativ effekt av takrolimus på manlig fertilitet i form av minskat antal spermier och minskad motilitet sågs hos råttor (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

Anmäl dig till TX Academy's nyhetsbrev!

Skanna QR-koden och registrera dig här >



Så mycket tjänar landets överläkare

Snittlönen för en överläkare är drygt 20 000 kronor högre i Region Västmanland än på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det visar Sjukhusläkaren tredje del av lönekollen. Samma bild framträder gällande snittlönen för samtliga specialister – det vill säga specialister och överläkare tillsammans.

SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

REGION	ÖVERLÄKARE		SPECIALITET	HÖGSTA	SPECIALITET
	MEDEL	LÄGSTA			
Västmanland	99 252 kr	85 600 kr	Kirurgi	129 000 kr	Klinisk fysiologi
Sörmland	91 587 kr	75 400 kr	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	112 550 kr	Radiologi
Norrbottnen	91 002 kr	74 000 kr	Radiologi	145 000 kr	Kardiologi
Skåne	90 820 kr	65 000 kr	Geriatrisk	126 750 kr	Neurologi
Uppsala	90 605 kr	76 500 kr	Barn- och ungdomsmedicin	125 350 kr	Radiologi
Gotland	89 591 kr	82 200 kr	Infektionssjukdomar	100 000 kr	Barn- och ungdomsmedicin + psykiatri
Blekinge	89 267 kr	81 400 kr	Hud	108 000 kr	Onkologi
Stockholm	89 250 kr	64 100 kr	Neurologi	140 000 kr	Kardiologi
Halland	89 205 kr	78 000 kr	Akutmedicin	106 800 kr	Anestesi och intensivvård
Kronoberg	88 847 kr	77 300 kr	Hematologi	127 300 kr	Lungsjukdomar
Gävleborg	88 800 kr	79 620 kr	Medicin	121 800 kr	Operation
Örebro län	88 781 kr	74 550 kr	Internmedicin	138 000 kr	Neurokirurgi
Jämtland/Härjedalen	88 600 kr	78 300 kr	Neurologi	125 000 kr	Kirurgi
Östergötland	88 575 kr	69 400 kr	Allmänmedicin	151 000 kr	Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
VGR Södra Älvsborg	88 274 kr	72 000 kr	Öron-, näs-, och halssjukdomar	104 800 kr	Hematologi
Jönköpings län	88 183 kr	70 600 kr	Psykiatri	122 000 kr	Medicinsk radiologi
Dalarna	86 898 kr	71 900 kr	Psykiatri	107 000 kr	Rättspsykiatri
Värmland	86 868 kr	76 000 kr	Rehabiliteringsmedicin	106 600 kr	Kirurgi
Västerbotten	86 751 kr	78 000 kr	Geriatrisk	108 300 kr	Psykiatri
VGR Nu-sjukvården	86 430 kr	75 500 kr	Radiologi	103 600 kr	Kirurgi
VGR Sjukhusen i Väster	85 939 kr	70 150 kr	Psykiatri	103 300 kr	Barn och ungdomspsykiatri
Västernorrland	85 479 kr	66 000 kr	Anestesi- och intensivvård	140 000 kr	Klinisk fysiologi
Kalmar län	84 910 kr	73 700 kr	Internmedicin	126 400 kr	Kardiologi
VGR Sahlgrenska	78 820 kr	63 800 kr	Reumatologi	106 500 kr	Thoraxkirurgi

SAMTLIGA MEDEL
93 586 kr
87 238 kr
86 226 kr
84 255 kr
85 568 kr
87 449 kr
85 306 kr
82 805 kr
83 272 kr
85 294 kr
86 000 kr
83 065 kr
86 700 kr
82 683 kr
83 412 kr
83 576 kr
83 341 kr
82 338 kr
82 178 kr
82 966 kr
82 238 kr
81 898 kr
82 376 kr
72 254 kr



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

DET KOKAR BLAND EUROPAS LÄKARE

Även om många kämpar för högre löner, så är det något annat som står högst på önskelistan för många av Europas sjukhusläkare: drägligare arbetsvillkor och mer respekt från beslutande politiker. På flera håll har det strejkats, och mer strejker kan komma, men än så länge är resultaten inte de kåren hoppats på. TEXT & FOTO KRISTINA WALLIN

ROM I DECEMBER 2023. Torget är fullt av vita rockar, plakat och visselpipor som ljuder. De italienska sjukhusläkarna strejkar och ett tusental av dem har samlats för en demonstration. Kampviljan är stor och alla vi talar med säger att de kommer att fortsätta kampen och även strejka igen. Det handlar om bättre villkor för AT-läkare, en rejäl satsning på den offentliga sjukvården och att läkarna inte längre ska ha straffrättsligt ansvar för de misstag de gör.

– Jag arbetar med rehabilitering och har inte problem med rättsliga följder, men mina kollegor inom ortopedi och förlossningsvård lever med den ständiga oron för att det ska bli rättsliga följder även för mindre misstag, säger en av de strejkande läkarna till Sjukhusläkaren.

Gerardo Anastasio, ordförande för läkarfacket Anaao Assomed i Toscana, håller helt med. Att läkare kan åtalas även för mindre fel gör enligt honom, och alla läkare vi talat med, att det blir betydligt fler kostsamma undersökningar än vad som egentligen är nödvändigt. Läkarförbunden förhandlar just nu med regeringen om den här frågan, och sköt därför upp en planerad strejk i januari, eftersom politikerna verkar villiga att ändra lagen.

Fast trots att detta är en viktig fråga för sjuk-



**CPME:s
ordförande
Christian
Keijzer.**



**Gerardo
Anastasio,
facket Anaao
Assomed.**

husläkare i Italien, är det något annat som gjort att större delen av kåren gått ut i strejk. De är övertygade om att den offentliga sjukvården i Italien håller på att ramla ihop som ett korthus.

– I dag säger de som är kvar och jobbar på sjukhuset till patienterna som kommer och ser hur tomt det är: så här kommer det att vara om tio år inom den offentliga sjukvården om vi inte vänder utvecklingen nu. Alla strejkar inte i dag, men nästan alla är överens om att situationen är ohållbar, berättar en av demonstranterna.

ANAAO ASSOMED STÅR helt bakom de här tankarna.

– Om regeringen inte satsar mer pengar på den så kommer den att falla ihop inom ett decennium. I dag satsar Italien 6,3 procent av BNP på hälsovården. Vi vill att detta ökas med minst 1 procent, alltså cirka 20 miljarder euro. Eftersom Italien har över 80 miljarder i skattesmitning så anser vi att det går att hitta dessa summor om man bara vill, förklarar Gerardo Anastasio.

Ungefär en tiondel av läkarkåren lämnar den offentliga sjukvården varje år. De flesta för att de inte orkar med arbetsbördan och föredrar

att arbeta inom den privata sjukvården, enligt fackförbundet Anaao Assomed.

– I Italien finns det en lag om att sjukvården inte får spendera mer än den gjorde 2004, minus 1,5 procent, på löner. Vi anser att denna lag måste bort, så att vi kan erbjuda de unga läkarna fasta tjänster, eftersom det är svårt att få dem att stanna på sjukhusen, fortsätter han.

– VI VILL ATT OCKSÅ AT-tjänstgöringen reformeras. I dag betalas den genom stipendium på 1500 euro per månad, vilket inte ger pensionspoäng och inte ger rätt till ersättning vare sig vid

sjukdom eller föräldraledighet. Man kan stanna hemma med betalning, men de dagarna måste tas igen obetalda efter AT-tjänstgöringens slut.

Problemet med att få de nyutexaminerade läkarna att stanna inom den offentliga sjukvården är inte unikt för Italien. Detta är enligt den europeiska paraplyorganisationen för läkarfacken, CPME, ett av de största problemen på sjukhusen i dag.

– Löner är en stor fråga i många länder, speciellt för de yngre läkarna, men det är inte allt. Det handlar mycket om arbetsförhållanden, om hur många timmar man måste jobba och hur arbetet

**CPME =
Comite Per-
manent des
Medecins
Europeens**



**Entusiasmen var stor
bland deltagarna
i demonstrationen i Rom.**



Alla stora medier var på plats i Rom och intervjuade läkare om strejken.

är organiserat. De yngre är inte villiga att jobba lika mycket som vi lite äldre, och de väljer andra vägar, konstaterar dess ordförande Christian Keijzer.

– Läkaryrket måste bli mer attraktivt. Det gör man genom att hitta nya lösningar, till exempel barnomsorg inom sjukvårdens regi för dem som har obekväma arbetstider. Organisationen av arbetet och inom sjukhusen måste göras om, men problemet är också att vi som yrkeskår inte är så pigga på förändringar när de drabbar oss själva.

DET HÄR ÄR DEN STÖRSTA orsaken till att en välbehövlig reform av det italienska primärvårdssystemet inte blir av. Varje invånare har en egen husläkare, som arbetar på privat basis och får en viss summa av regionen för varje patient. De här läkarna tar till exempel normalt sett inte emot akutfall, och under pandemin vägrade de för det mesta att besöka sjuka patienter.

Sjukhusläkarna anser att det här systemet gör att sjukvården går på två parallella spår, som sällan möts och samarbetar, men husläkarna är ovilliga att lämna det nuvarande systemet, som ger dem bra inkomster och stor frihet.

– Det krävs en rejäl reform av närvården, för som det är i dag kommer alldeles för mycket patienter direkt till de redan hårt pressade

- !
- CPME:s fem förslag inför EU-valet:**
1. Personalbristen måste lösas på EU-nivå
 2. Se till att övergången till mer digital hantering kommer igång och blir säker
 3. Arbeta mycket mer med prevention
 4. Garantera att alla har tillgång till effektiva mediciner
 5. Förstärka klimatåtgärderna för att skapa bättre hälsa

akutmottagningarna, eftersom det inte finns en riktigt fungerande primärvård som kan göra en första bedömning. Vi som fackförbund anser att flera av de små sjukhusen borde göras om till närvårdscentraler, förklarar Gerardo Anastasio.

FÖR CPME ÄR DET VIKTIGT att nu titta på hur problemen på de europeiska sjukhusen ska lösas innan det är för sent.

– Vi behöver mycket fler läkare i framtiden, men nu måste vi förstå hur vi ska klara de närmaste tio åren innan de är färdigutbildade. Ta in läkare från utomeuropeiska länder kan vara en lösning, men alla har inte en utbildning som håller samma standard som vår. Därför borde vi organisera oss så att vi kan ge dessa personer den träning som behövs, konstaterar Christian Keijzer.

– Krisen inom sjukvården och bristen på läkare är inget som kommit som en överraskning, även om situationen blivit betydligt värre efter covid. Vi som organisation har lagt fram en handlingsplan i fem punkter inför EU-valet, eftersom vi anser att den europeiska hälsounionen måste stärkas. Det handlar om personalbristen, men även den viktiga preventionen. Om vi inte förhindrar att den alltmer åldrande befolkningen blir lika sjuka som dagens, finns det ingen chans för oss att hjälpa alla. ◀

FRANKRIKE

De franska sjukhusen dras med problem som delvis uppstått eftersom de franska husläkarna strejkat ofta de senaste åren. Det innebär att många patienter söker sig till sjukhusens akutintag, i stället för primärvården.

ITALIEN

Här strejkar man för bättre villkor för AT-läkare och en rejäl satsning på den offentliga sjukvården.

SPANIEN

Det var i slutet av 2022 och början av 2023 som läkarna i Spanien demonstrerade mot det de ansåg vara omöjliga arbetsvillkor inom den offentliga sjukvården. Läkarna hävdade att regeringen ville ge större utrymme åt privat sjukvård för att slippa investera i den offentliga. Då strejkades det även, något som inte är aktuellt i dag enligt det spanska facket CESM. Missnöjet är trots det stort bland sjukhusläkarna.

– De största problemen vi har är personalbrist och de långa arbetspassen. Många tvingas arbeta 24 timmar i sträck. Det finns en växande efterfrågan, särskilt från unga läkare, om ett annat sätt att arbeta. Läkarkåren känner rent generellt att politikerna inte förstår vad som behövs, och att de får befolkningen att tro att de har rätt till allt, vilket skapat ökade konflikter mellan läkare och patienter.

STORBRITANNIEN

I Storbritannien fortsätter juniorläkarna sin kamp för högre löner, medan sjukhusens specialister har röstat nej till den uppgörelse fackförbundet BMA gjort med regeringen om en löneökning på 4,95 procent. Till exempel skulle en nyutbildad röntgenläkare få en höjning från 1 240 000 kronor per år till 1 380 000 kronor.

BMA har bestämt att inte utlysa nya strejker än, utan att ge den brittiska regeringen möjlighet att ge ett nytt och bättre erbjudande. Vishal Sharma, som är ordförande för utskottet som förhandlar, konstaterar att medlemmarna inte anser att erbjudandet är tillräckligt bra för lösa personalrekryteringen på lång sikt. Dessutom var medlemmarna skeptiska till andra delar av överenskommelsen, som handlade om vidareutbildning och tid för undervisning och forskning.

TYSKLAND

I Tyskland pågår strejker bland läkarna. Det handlar om dem som arbetar på universitetssjukhus och är anställda av staten. De har sämre löner och längre arbetsveckor än kollegerna som arbetar på privata sjukhus, oftast ägda av kyrkliga samfund och finansierade med statliga medel. 30 januari gick en stor del av läkarna på 23 universitetssjukhus ut i strejk. Om inte motparten kommer med ett godtagbart bud kommer det att bli fler, enligt fackförbundet Marburger Bund.

– Strejken på sjukhusen var en varning. Över hälften av de 20 000 läkarna det handlar om deltog, och 5 000 av dem var med i en stor demonstration i Hannover. Vi vill pressa staten i förhandlingarna som startar igen i slutet av februari. Vi kräver löneförhöjningar på 12,5 procent och bättre arbetstider, berättar talesmannen Hans-Jörg Freese.



FOTO JANNIS POLITIDIS

Fullspäckat schema på årets fullmäktigemöte

Sjukhusläkarna laddar inför årets fullmäktigemöte i mitten av mars. En av gästerna på mötet är den tidigare universitetskanslern Harriet Wallberg, som utreder frågan om krav på kontinuerlig fortbildning för vårdpersonal.

Fullmäktigemötet är föreningens högsta beslutande organ och bestämmer riktlinjerna för verksamheten framåt. Mötet, som äger rum i Stockholm den 14 och 15 mars, är även ett tillfälle för förtroendevalda ledamöter från olika håll i landet att träffas och diskutera aktuella frågor.

Sjukhusläkarna har under lång tid drivit på för att specialistläkares fortbildning ska regleras på nationell nivå. Efter att riksdagen våren 2022 röstade igenom ett tillkännagivande om att se över frågan om att införa krav på – och rätt till – en kontinuerlig fortbildning för vårdpersonal fick Harriet Wallberg i höstas uppdraget att utreda frågan.

Sjukhusläkarna följer utredningen med intresse.

– Om vi på allvar ska få bukt på bristerna i fortbildningen krävs en reglering som ställer tydliga krav på

både arbetsgivare och arbetstagare. Vi välkomnar att frågan utreds, och ser fram emot att diskutera hur arbetet fortskrider, säger Elin Karlsson, ordförande i föreningen.

Specialistläkare ägnar allt färre dagar åt extern fortbildning. Enligt Läkarförbundets senaste fortbildningsenkät, som presenterades förra året, fick läkare i Sverige i snitt 4,2 dagar extern fortbildning år 2022. Det var ett nytt bottenrekord – en halvering av tiden som avsattes för fortbildning 2004, när förbundet började mäta.

Harriet Wallberg är professor i fysiologi och har, förutom arbetet som universitetskansler, en bakgrund som rektor på Karolinska

instituttet (KI) och har tidigare utrett frågan om skyddad yrkestitel för undersköterskor.



Harriet Wallberg.



Elin Karlsson.

Jean-Luc af Geijerstam, ordförande för vårdansvarskommittén, är också inbjuden som gäst till mötet. Han ska berätta om kommitténs arbete med att utreda ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för vården. Andra gäster är Kristina Henriksson, som fick Sjukhusläkarnas arbetsmiljöstipendium år 2020, och hennes handledare Emma Brulin.

– Vi planerar inför två fullspäckade dagar med intressanta gäster och givande samtal, säger Elin Karlsson.

/Sjukhusläkarna

Sista chansen! MISSA INTE MÖJLIGHETEN ATT SÖKA FÖRENINGENS FORTBILDNINGSDIPLOM

Jobbar du i en sjukvårdsverksamhet som prioriterar fortbildning? Verksamheten kanske lever upp till kriterierna för Sjukhusläkarnas fortbildningsdiplom?

Ett urval av kriterierna: Alla specialistläkare ska ha en individuell och dokumente-

rad fortbildningsplan, kontinuerlig intern utbildning ska anordnas en till två gånger i månaden och fortbildning ska redovisas i verksamhetsberättelsen. Sista ansökningsdag är 29 februari 2024. Läs mer på sjukhuslakarna.se. /Sjukhusläkarna



Kom ihåg att uppdatera dina medlemsuppgifter

Framför allt förekommer inaktuella mejladresser i Läkarförbundets register. Logga in på "Min sida" på förbundets hemsida (slf.se) och läs mer.

Har du en gång avregistrerat dig från lokala eller centrala medlemsbrev, och vill börja prenumerera igen? Hör av dig till sjukhuslakarna@slf.se.

NU KAN VETGIRIGA DJUPDYKA I SJUKHUSLÄKARNAS HISTORIA

Nyfiken på Sjukhusläkarnas bakgrund? På föreningens hemsida finns en ny sida med historik.

Sjukhusläkarna, eller Svenska lasarettsläkarföreningen som organisationen hette till en början, bildades i slutet av 1800-talet för att ta tillvara lasarettsläkarnas intressen. Omkring 20 läkare träffades på det första mötet som ägde rum den 10 juli 1895.

Samtliga lasarettsläkare i landet fick brev med erbjudande om medlemskap, och alla utom tre nappade. Det första årtiondet var antalet medlemmar mellan 50 och 60 personer.

Sveriges läkarförbund grundades 1903 under namnet Allmänna svenska läkarföreningen. Förbundets roll var till en början väldigt annorlunda jämfört med i dag. Svenska lasarettsläkarföreningen valde att stå utanför i nästan 50 år, till 1949. Huvudorsaken var att föreningen

hade självständig partsställning och ville behålla sin oberoende handlingsfrihet. År 1975 fick Svenska lasarettsläkarföreningen namnet Svenska överläkarföreningen efter att den slagits ihop med Universitetssjukhusens överläkarförening (USÖ).

2002 bytte föreningen namn till Sjukhusläkarföreningen på initiativ av dåvarande ordföranden Gunnar Sandberg. Orsaken var att organisationen ville ha ett namn som på ett bättre sätt återspeglade medlemssammansättningen.

Tio år senare antogs namnet Sjukhusläkarna. Numera har föreningen cirka 21 000 medlemmar.

Läs hela texten på sjukhuslakarna.se. Den nya sidan "Historik" finns under rubriken "Vårt arbete" i menyn på förstasidan.

/Sjukhusläkarna



Sjukhusläkarna arbetar för att:

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

26

VISSTE DU ...

... att Sjukhusläkarna har 26 lokalavdelningar över hela landet?

MISSA INTE VÅR HEMSIDA:

sjukhus-
lakarna.se

HAR DU FRÅGOR OM DITT MEDLEMSKAP?

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

Sjukhusläkarna

ROSENGRENSKA STIFTELSEN ERBJUDER VÅRD TILL UTSATTA

FOTO PRESSBILD

Sjukhusläkarna presenterar i en serie hjälpororganisationer som föreningen på olika sätt stöttar. Denna gång har turen kommit till Rosengrenska stiftelsen.

Rosengrenska stiftelsen är ett nätverk av vårdpersonal i Göteborg som sedan 1998 erbjuder vård till papperslösa personer.

Målsättningen är att papperslösa ska få tillgång till vård på lika villkor som övriga invånare, i enlighet med sjukvårdens yrkesetiska principer och Sveriges människorättsliga åtaganden.

Utmaningarna är dock påtagliga.

– En central uppgift för oss är att vara en ”sluss”, en vårdguide, för papperslösa personer som har rätt till vård, men som inte har kunnat få det på grund av bristande kunskap och bristfälliga strukturer inom sjukvården. Vi gör egentligen det arbete

inom detta område som regionen ska göra, säger **Gunnar Henning**, ordförande i stiftelsen.

Grundarna av Rosengrenska stiftelsen satte från början upp tre mål, att sprida kunskap om papperslösas situation, hälsa och tillgång på vård, att erbjuda vård när papperslösa inte får tillgång till eller vågar söka den vanliga vården, samt att på sikt avskaffa den egna verksamheten – sjukvård borde inte behöva lita till ideella krafter, framhåller stiftelsen.

Stödet från Sjukhusläkarna använ-

der organisationen till vårdkostnader och receptbelagda läkemedel.

– Vi är helt och hållet finansierade av externa organisationsmedel. Vi

har ingen offentlig finansiering på något vis. Vi har stora kostnader även kring andra delar, men i detta fall kan vi specifikt säga att tillskottet används till vårdrelaterade kostnader, säger Gunnar Henning.

– Det är ett viktigt stöd.

I perioder har vi fått hålla igen med vårt engagemang för att vi inte har haft en finansiering som har räckt till.

/Sjukhusläkarna



Gunnar Henning.

Nyhet!

OPTIMERAD SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT

– ett fiktivt patientfall i tre delar

En ny interaktiv patientfallsutbildning som sammanfattar den senaste kunskapen kring hur man optimerar sekundärpreventionen efter en hjärtkärthändelse.

Följ den fiktiva patienten Gunilla genom hela vårdförloppet under ett år efter en akut hjärtinfarkt. Genom frågor, korta föreläsningar och kommentarer, får du en fördjupad kunskap kring det senaste inom sekundärprevention.

Utbildningen är framtagen genom ett samarbete mellan Annica Ravn-Fischer, överläkare i kardiologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Amarin.

Utbildningen vänder sig till dig som arbetar som sjukvårdspersonal med intresse för kardiovaskulär sekundärprevention.

Missa inte chansen, anmäl intresse här!



SE-NP-00271_20.11.2023

© 2024 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited

AMARIN

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



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%, $p<0,0001$)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%, $p<0,0001$)¹



Etablerad säkerhets- och toleransprofil¹



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

1. JARDIANCE® produktresumé, se FASS.se.

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna och barn från 10 års ålder 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 symptomatisk 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: 12/2023.

*Subventioneras endast 1) vid typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg), 2) för patienter med symptomatisk kronisk hjärtsvikt (gäller 10 mg) och 3) vid kronisk njursjukdom som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig (gäller 10 mg).