

Sjukhus läkaren

Ditt granskande öga mot vården

#5
2023

Elin Karlsson:

”Vi har ett ansvar att hålla oss uppdaterade”



FORTBILDNING - EN LYX FÖR FÅ?



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation; Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 25 maj 2023. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

432-SE-2-300063 PP-ELI-SWE-2799 AUG 2023

En mörk fortbildningshöst

När ryktet om att specialister på Sahlgrenska universitetssjukhuset redan i våras hade börjat få nej till att åka på konferens nådde oss på redaktionen, tyckte vi först att det lät väldigt märkligt.

Det är onekligen tuffa ekonomiska tider för regionerna – men att det skulle gå så långt att till och med ett universitetssjukhus plötsligt börjar inskränka läkarnas fortbildning radikalt – det kunde väl ändå inte stämma?

Sommarmånaderna gick och plötsligt hörde ännu en läkare av sig och berättade att nu omfattades även de anställda på Skånes Universitetssjukhus av "stor restriktivitet avseende utbildningar och konferenser". Det hade det gått ut tydliga direktiv om på regionens intranät.

Vi bestämde oss för att gräva djupare i det hela och hörde av oss till de fackliga representanterna runt om i landet. Kände de igen att läkare hade nekats fortbildning av ekonomiska skäl – och omfattades även universitetssjukhuset i regionen?

På några håll, som i Örebro, kom svaret snabbt – ja, här råder det fortbildningsstopp för all personal sedan i mitten av september. Andra vittnade om att budskapet hade sipprat ut lite mer diffust i

organisationen. Att det förekom att läkare hade fått nej till att medverka på konferens av ekonomiska skäl, men att det var upp till varje verksamhetschef att avgöra.

När vi dubbelkollade med ledningen i regionerna stämde inte heller bilden alltid överens med den bild de fackliga representanterna gav från golvet.

Efter att ha lagt pussel av vittnesmålen under några månaders tid är bilden dock någorlunda tydlig – fem av sju universitetssjukhus har i skrivandes stund någon form av generella restriktioner kring fortbildning – inklusive Karolinska universitetssjukhuset, det största av dem alla. Något som bland annat professorerna Stefan Lindgren och Kerstin Nilsson tycker är en mycket farlig och kontraproduktiv väg att gå i ekonomiskt svåra tider. Läs mer om detta på sidan 16-22.

Lyckligtvis finns det även goda exempel – som till exempel i Västerås – där vår reporter Eva Nordin följde upp hur det har gått med den långsiktiga och strukturerade fortbildningsplan som infördes där för 10 år sedan.

Malin Gavelin, tf chefredaktör



Sjukhusläkaren

REDAKTION

E-POST: redaktionen@sjukhuslakaren.se

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



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



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



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

LAYOUT:
Sofia Wixner, A4

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

SENIOR ADVISOR:

Christer Bark
christer.bark@sjukhuslakaren.se

ANNONSER

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

PRENUMERATIONSFRÅGOR

wendela.zetterberg@slf.se

TRYCK

V-TAB Vimmerby AB

NÄSTA NUMMER:

Sjukhusläkaren #6 kommer den 12 december.

#5 2023:

- 6-7: Ledaren med **Elin Karlsson**
- 8-10: I omlopp med siffran
- 12-13: Bilden: Manifestation i Malmö

TEMA:

- 16-20: Restriktioner på 5 av 7 universitetssjukhus
- 21-22: Professor **Stefan Lindgren** kritiserar fortbildningsstopp
- 23: Professor **Kerstin Nilsson** oroad
- 24-26: Olika förutsättningar för onkologer
- 28-29: Nytt diplom för goda exempel
- 30-33: Västerås satsade på fortbildningsplan
- 34-36: Stressrelaterad ohälsa ökar
- 38-41: De stöttar kollegor i hela världen med telemedicin
- 42-43: **Björn Eriksson** om nytt system för läkemedelsköll
- 44: **Vårddirektör Jessica Frisk** om att fortsätta jobba kliniskt
- 46-53: Delade meningar om taligenkänning i Växjö
- 54-57: Utblick: Sexism på franska sjukhus
- 56-57: **Kollen: ST-läkarnas löner**
- 60-62: 16 frågor om de nya reglerna för dygnsvila
- 63: 3 frågor till **Stella Cizinsky** om hennes nya bok
- 64-66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna



FOTO KIM NORMAN

20
SIDOR TEMA

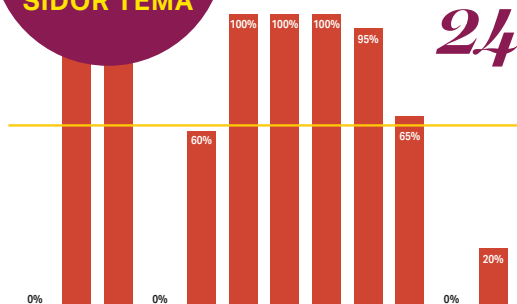


FOTO LINA ALRIKSSON



PÅ OMSLAGET
Björn Öberg har illustrerat numrets tema. Han är frilansande illustratör och grafisk formgivare med bas i Göteborg.

TEMA: FORTBILDNING

► 5 av 7 universitetssjukhus begränsar läkarnas fortbildning i höst, visar Sjukhusläkarens granskning. ◀

Läs vårt tema på sidan 16-33.



10 000
kronor

så mycket mindre tjänar den sämst betalda ST-läkaren i Skåne jämfört med sin motsvarighet i Halland. Läs vår lönekartläggning. ◀

Sidan 60.

Vazkepa®
(ikosapentetyl)

IGÅR HADE LENA VEDERTAGEN STANDARDBEHANDLING*. IDAG KAN HENNES RISK FÖR EN NY KARDIOVASKULÄR HÄNDELSE MINSKA MED 25% (RRR)!
4,8% ARR, NNT 21, p<0,001

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

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



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

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

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

DETTA LÄKEMEDEL ÄR FÖREMÅL FÖR UTÖKAD ÖVERVAKNING.

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

”Vi har ett ansvar mot våra patienter att ständigt hålla oss uppdaterade”

Sjukhusläkaren genomförde 2019 senast en stor granskning av fortbildningen för specialtläkare. Resultatet var nedslående. Granskningen visade på ekonomiska problem och stora skillnader, både mellan regioner och lokala verksamheter. I detta nummer visas tydligt att problemen kvarstår idag. Läkarförbundets utbildningsenkät från i våras bekräftar också bilden.

Nästan var femte specialistläkare uppgav i enkäten att man under det senaste året inte haft någon extern fortbildning alls. Sammantaget hade läkare i snitt 4,2 externa utbildningsdagar under 2022 – att jämföra med 9,1 år 2005.

Så är fortbildning då en lyx, som vi kan unna oss vid goda tider, men avstå när de ekonomiska vindarna piskar? Ibland kan det låta så – och fortbildning behandlas som en bonus för den enskilde.

Men det är en tankekurpa. Vi läkare har ett ansvar mot våra patienter att ständigt hålla oss uppdaterade genom fortbildning, och det är arbetsgivarnas ansvar att säkerställa att utrymme finns för oss att ta det ansvaret.

Sverige finns ingen nationell reglering av läkares fortbildning, till skillnad från i de flesta av våra europeiska grannländer. Regionerna har år efter år visat att de inte klarar uppdraget att säkerställa fortbildningen. Riksdagen uppmanade ifjol regeringen att se över frågan om att införa krav på kontinuerlig fortbildning för vårdanställda. Tidigare universitetskanslern Harriet Wallberg är nu utsedd till utredare och vi hoppas att man går från ord till handling.

För att tydliggöra både arbetsgivarnas och arbetstagarnas ansvar krävs en nationell föreskrift från Socialstyrelsen, som reglerar en systematiserad fortbildning och ger parterna tydliga ramar och krav att förhålla sig till. Det behövs öronmärkta pengar och individuella planer. Fortbildningen ska utgå ifrån både individens och organisationens behov.

Den ska redovisas i verksamhetsberättelser, vara ett krav vid upphandling och utvärderas externt.

Här handlar det om att utveckla medarbetare, att få dem att trivas och vilja stanna kvar, vilket är helt ovärderligt i tider av skriande personal- och kompetensbrist, men framför allt om att slå vakt om patienternas rätt till en jämlik, högkvalitativ och säker vård.

I takt med att ny forskning och kunskap presenteras allt snabbare ökar behovet av fortbildning. Fortbildning är ingen sidosyssla som kan väljas bort – det är en central motor i kunskapsintensiva verksamheter.

Sjukhusläkaren visar i detta nummer att fem av sju universitetssjukhus har påbud om restriktivitet kring fortbildning. Ytterligare ett vittnar om svårigheter att få igenom fortbildning.

Universitetssjukhusen, som ska vara navet i forskning, kunskapsspridning och i implementering av nya behandlingar, kan alltså säga nej till fortbildning.

Vad har då universitetssjukhusen för uppdrag? Det tydliggörs i ALF-avtalet, en överenskommelse mellan staten och regionerna. Enligt avtalet ska universitetssjukvården följa den internatio-

nella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård, bidra till en evidensbaserad sjukvård genom att överföra forskningsresultat till praktisk vård och förlöpande utvärdera metoder, samt förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av vården. Detta är endast möjligt om läkares rätt till fortbildning värnas.

Jag vill därför hävda att utbildningsstoppet är ett fränsteg från ALF-avtalet – och att universitetssjukhusen därmed inte fullgör sitt uppdrag. Här måste man fråga sig om det är rimligt att regionerna tillåts fortsätta ansvara för universitetssjukvården.

Vi i Sjukhusläkarna vill se förändring, och lyfta positiva exempel. Vi inför därför ett utbildningsdiplom, där ansökningstiden börjar efter årsskiftet. Vi hoppas att många verksamheter kommer att kunna söka – och att diplommet kan leda till positiva förändringar med en förbättrad struktur kring fortbildning.

Fortbildning måste ses som en nödvändig del av läkares arbetsliv – det förtjänar våra patienter!

Elin Karlsson
Ordförande i Sjukhusläkarna



Sjukhusläkarna verkar för:

- ▶ En nationellt reglerad fortbildning.
- ▶ Varje läkare ska ha en individuell utbildningsplan anpassad efter individens och verksamhetens behov.
- ▶ En grundbemanning där fortbildning, forskning och handledning finns medräknat.
- ▶ En egen öronmärkt budget för fortbildning, som inte får inte gömmas (och glömmas) i läkarbudgeten.
- ▶ Fortsatt utveckling av digitala alternativ som komplement till fysiska möten.
- ▶ Goda möjligheter att komma till träningscentra med simulatorer.
- ▶ Samarbete med industrin med etisk transparens.
- ▶ Redovisning av fortbildning i verksamhetsberättelser.
- ▶ Inför utbildnings-SPUR.
- ▶ Lägg in utbildning som ett krav vid upphandling av vård.

Vårdinrättningar måste respekteras!

- ▶ Vi får in fruktansvärda rapporter om masskadesituationer och tusentals döda efter attacker mot civila, såväl i Israel som i Palestina, och om en avskyvärd bombning av ett sjukhus på Gazaremsan. Oavsett vilka som ligger bakom attacken måste den fördömas. Man vittnar om en brist på sjukvårdsmaterial, läkemedel och övriga förnödenheter. Attacker på vårdinrättningar och civila är vidriga och ett brott mot krigets lagar och Genève-konventionen. Vårdinrättningar måste respekteras och humanitär hjälp måste beredas säkerhet. ◀

REGIONPOLITIKER VILL AVSKAFFA REGIONERNA

Majoriteten av landets regionpolitiker, 6 av 10, anser att ett avskaffande av de 21 regionerna skulle ge en mer effektiv sjukvård. Detta enligt en SIFO-undersökning på uppdrag av Blåscancerförbundet.

3 av 10

har valt att inte fullfölja sin läkemedelsbehandling på grund av oro för biverkningar. Det visar en ny Sifo-undersökning på uppdrag av Apoteket Hjärtat.



HÖR AV DIG!

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



FOTO GETTY IMAGES

Följ debatten på sjukhuslakaren.se

► Lägga ner den så kallade primärvården och satsa på en riktig och sammanhållen sjukvård. Det argumenterar Per-Gunnar Larsson för i en debattartikel på sjukhuslakaren.se. Några dagar senare får han svar av Åke Åkesson. ◀

”Det är dags att ge upp primärvårds-experimenten.”



Per-Gunnar Larsson, pensionerad flygöverläkare och stabsläkare i Försvaret.

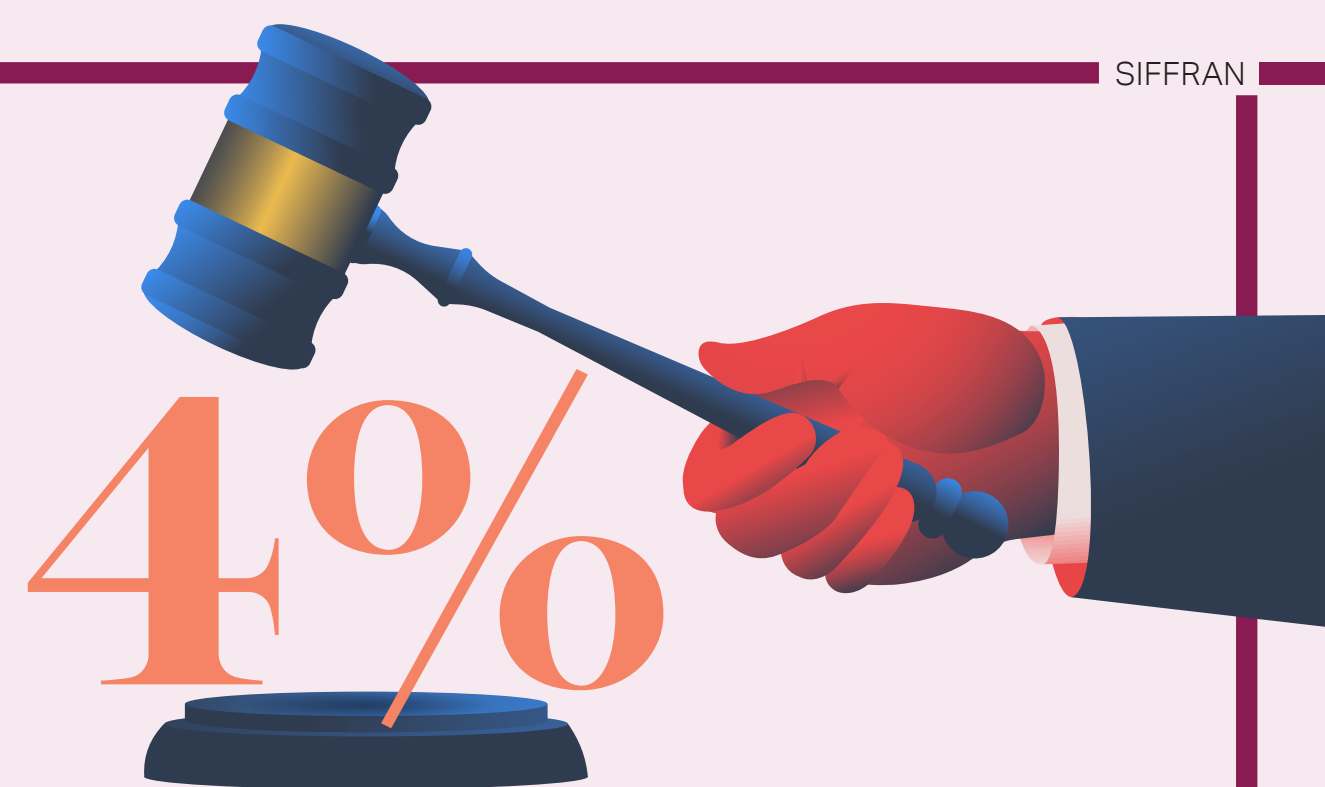
”Helhetsansvaret kan bara tas av en allmänläkare.”



Åke Åkesson, specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin och infektionssjukdomar.

KAROLINSKA – VÄRLDENS TIONDE SMARTASTE SJUKHUS

► När tidningen Newsweek presenterade sin världsranking av vilka sjukhus som är bäst på att använda avancerad teknik i vården placerade sig Karolinska universitetssjukhuset på en tiondeplats. Karolinska universitetssjukhuset utmärker sig enligt tidningen inom områdena artificiell intelligens, robotik och telemedicin. ◀



av klagomålen till Europadomstolen tas upp, men nu får visseblåsarna i Macchiariniaffären sitt fall prövat

– Anledningen till att just det här ärendet tas upp tror jag är att Europadomstolen anser att det här är en principiellt viktig fråga som handlar om grundläggande rättigheter för visseblåsare och som också har stor betydelse för patientsäkerheten i vårt land, säger Alexander Ottosson, jurist på Centrum för rättvisa.

Macchiariniaffären i sig är unik och beskrivs i bland annat Washington Post som den största medicinska skandalen i Sveriges historia, berättar han. Och nu har Europadomstolen alltså inlett en granskning kring om Sverige har levt upp till Europakonventionens krav i processen kring ärendet.

– Det är inte ovanligt att visseblåsare utsätta för repressalier men här har de drabbats extra allvarligt på så sätt att myndighetsbeslutet från Karolinska institutets dåvarande rektor slog fast att de här fyra forskarna har varit medskyldiga till forskningsfusk. Att bli utpekad på det sättet påverkar dina möjligheter till forskningsarbeten under lång tid framöver, säger Alexander Ottosson.

OCH ATT DET HELA har fått stora yrkesmässiga konsekvenser för de fyra forskarna intygas av visseblåsande thoraxkirurgen Karl-Henrik Grinnemo.

– Det här har inneburit att vi inte har fått möjlighet att söka forskningsanslag på flera år och vi har varit helt utestängda från att publicera i de stora tidskrifterna. Man kan säga att vi har varit paria där



Oscar Simonsson och Karl-Henrik Grinnemo.

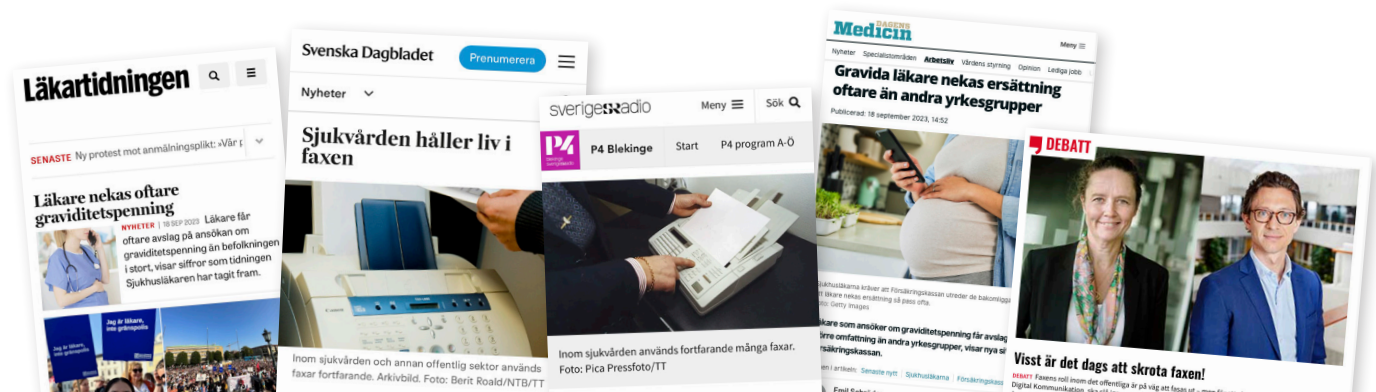
i tre år, både jag, Oscar Simonsson, Matthias Corbascio och Katarina Le Blanc.

Bara att ärendet nu lyfts i Europadomstolen är en form av seger och ett tydligt bevis på att det är ett allvarligt övergrepp som har begåtts från Karolinska institutets sida, menar Karl-Henrik Grinnemo.

Sjukhuslakaren har sökt Karolinska institutets nuvarande rektor Annika Östman Wernerson för en kommentar men har fått svar via presschefen Madeleine Svärd Huss att man inte har någon kommentar från KI:s sida eftersom det rör sig om en pågående process och att det är svenska staten som är stämd.

En dom i ärendet kan förväntas om ungefär två års tid. ◀

TEXT MALIN GAVELIN



Reaktioner på Sjukhusläkaren #4

► I vårt förra nummer rapporterade vi bland annat om att läkare nekas graviditetspenning betydligt oftare än andra. En nyhet som bland annat Läkartidningen och Dagens medicin uppmärksammade och som diskuterades flitigt på sociala medier. Även vår nyhet om det stora antalet faxar som fortfarande används ute i regionerna fick stort genomslag i andra medier och lyftes bland annat på Ekot och i SVT:s morgonstudio. Uppmärksamheten fick generaldirektören på Myndigheten för digital förvaltning, Anna Eriksson och tf vd på Inera, Patrik Sundström, att gå ut och försäkra att faxen är på väg att fasas ut i en debattartikel på sjukhuslakaren.se.



UR FLÖDET:

"Stor igenkänning på denna artikel, som läkare inom kvinnosjukvården kändes det bisarrt att under senare delen av pandemin ena dagen träffa andra gravida som fått gå hem på gravpenning på grund av risken att utsättas för infektion, och andra dagen själv tvingas sitta och ta emot patienter med covidsymtom på förlösning, MVC och akutmottagning. Fick inte ens reducerad mottagning. Sökte inte gravpenning för att det sas att det var omöjligt att få. Fick deltids-sjukskriva mig och ta ut jourkomp från v 35." /Florencia

"Ursäkt, vad läste jag nyss?" /Lotta

"Helt sjukt!" /Erica

"Känner igen det 100% från 2011. Jag sökte och överklagade avslaget en gång under min 2a graviditet. Arbetar som anestesilog och iva läk. I min ansökan kunde jag dessutom låna flera formuleringar från en gyn kollega i en annan region. Även hon hade fått avslag på sin 1a ansökan (samma handläggare som jag hade) men fick godkänt på sin andra ansökan. Den kliniken hade sedan tidigare ansökt och fått godkända ansökningar. De argument jag fick från FK och som jag bestred var bland annat:
 • Läkare arbetar aldrig ensam med patienten
 • Du kan ju vänta på en sköterska som kan göra det tunga." /Helena S

"Det känns som om Försäkringskassan har en avog inställning till läkare. Vi måste ta upp detta med Läkarförbundet. Så här får det inte gå till."
 /Johan Gustafsson, ordförande NVSL

"Vad är det för dumheter! Läkare är väl precis lika utsatta som vi andra kvinnor. Den stress och det ansvar de har i sitt yrke är väl inte mindre eller mer betydelselöst än andra kvinnors, heller! Självt har jag arbetat som sjuksköterska i många år och kunnat iaktta kvinnliga läkare och deras mående."
 /Eva



TRIXEO
AEROSPHERE®
 (budesonid, formoterol, glykopyrronium)



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

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



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

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

ANVÄNDARVÄNLIG SPRAYINHALATOR¹**
 med eller utan spacer



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

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

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

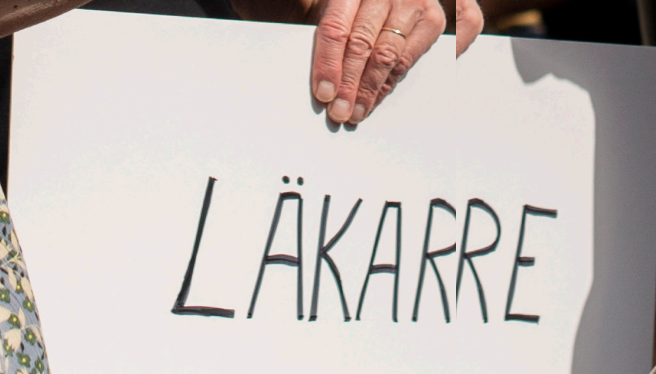
Indikationer: Trixeo Aerosphere är indicerat för underhållsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte är adekvat behandlade med en kombination av en inhalerad kortikosteroid och en långverkande β2-agonist eller en kombination av en långverkande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

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

Varningar och försiktighet: Detta läkemedel är inte avsett för behandling av akuta episoder av bronkospasm, det vill säga är inte avsett för symptomlindring av 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 produktresumen: 10/2021. För fullständig information och priser se www.fass.se. AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 15185 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se



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



Stortorget, Malmö söndag 24/9 14.20

PROTEST Stortorget i Malmö fullkomligt pulserade av kampvilja när manifestationen "Stoppa angiverilagen" arrangerades som en av flera protester runt om i landet mot utredningen av lagförslaget i Tidöavtalet. Arrangörerna för just den här manifestationen var bland andra Läkare i världen, Amnesty och Läkare mot rasism och i havet av människor syntes lärare, sjuksköterskor, barnmorskor, socionomer – och även flera läkare.

– Jag tycker att det är väldigt viktigt att alla vågar söka den vård de behöver, säger ögonläkaren Tove Buhl som har kommit till Stortorget tillsammans med maken Per Andersson – även han läkare.

– För oss känns det väldigt självklart att vara här idag. Angiverilagen går emot alla etiska principer. Om det här går igenom kommer jag inte att följa det ändå, säger han bestämt.

Och att lagförslaget i Tidöavtalet går emot läkarkårens etiska riktlinjer är partet långt ifrån ensamt om att tycka. Även Läkarförbundet har ställt sig bakom upproret och ordföranden Sofia Rydgren Stale skrev tillsammans med företrädare för Sacoförbunden redan i mars månad en debattartikel i Svenska Dagbladet om hur förslaget går stick i stäv med professionernas yrkesetik. Även Sjukhusläkarna var tidigt ute med att deklarerat sin ståndpunkt mot lagförslaget via ordföranden Elin Karlsson och vice ordförande Shokoufeh Manouchehrpour.

Tove Buhl (tv) och maken Per Andersson deltog i manifestationen mot utredningen av lagförslaget i Tidöavtalet tillsammans med svärdottern Selma Grytzell och barnbarnet Ingrid Buhl.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO LI FERNSTEDT

TEMA: FORT- BILDNING

20
SIDOR!

- ▶ Restriktioner på fem av sju universitetssjukhus
- ▶ Veldig olika förutsättningar för landets onkologer
- ▶ Diplom ska belöna goda exempel
- ▶ Framgångsrik fortbildningsmodell i Västerås



5 av 7 begränsar

– Restriktivitet kring fortbildning på majoriteten av universitetssjukhusen

Fem av landets sju universitetssjukhus har infört restriktioner kring fortbildning under hösten. Fackliga representanter på ytterligare ett vittnar om att det tuffa ekonomiska läget gör att fortbildningen får stryka på foten även där.

TEXT MALIN GAVELIN & ANNA SOFIA DAHL

UNIVERSITETSSJUKHUS	RESTRIKTIONER?
SUS	"Stor restriktivitet avseende utbildningar och konferenser" sedan i början av september. Inget slutdatum.
Sahlgrenska	Endast "nödvändiga" utbildningar.
Karolinska	Resten av året gäller "stor restriktivitet för resor, konferenser och externa utbildningar för medarbetare som behövs i patientarbetet".
Linköping	Viss restriktivitet kring konferenser och tjänsteresor sedan 2022.
Örebro	Generellt utbildningsstopp för all personal sedan mitten av september.
Akademiska	Inga generella restriktioner. Verksamheterna beslutar och budgeterar om fortbildning.
NUS	Inga generella restriktioner, men basenheternas budgetmedel för fortbildning är begränsat.



Hanna Kataoka.

"Vad lägger man i begreppet nödvändiga?"

▶ Hanna Kataoka som är överläkare i psykiatri och ordförande i Västra Götalands läkarförening, sektion Sahlgrenska Universitetssjukhuset, berättar att det redan under våren gick ut tydliga signaler från sjukhusledningen om att "endast nödvändiga utbildningar ska ges".

– Det är ett oerhört problematiskt sätt för ledningen att uttrycka sig på – för vad lägger man i begreppet nödvändiga? Och vilka utbildningar som vi går idag är onödiga? Det vi ser är att det ute i verksamheterna skärs ner på många av de utbildningar, kurser och fortbildningar som vi från fackets sida definitivt ser som nödvändiga. ◀

SVAR FRÅN REGIONEN:

Diana Swolin-Eide, tillförordnad FoUUI-direktör på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, berättar att sjukhuset befinner sig i ett tufft ekonomiskt läge där helheten behöver ses över och där ingår även utbildningsdelarna.

Hur ser du på att "nödvändiga utbildningar" lämnas öppet för tolkning av respektive chef?

– Sahlgrenska Universitetssjukhuset är en stor och komplex förvaltning och det är svårt för någon annan än närmaste chef att fatta den typen av beslut. Vilka utbildningar som anses nödvändiga måste bedömas av varje chef, och

då ofta i samråd med exempelvis studierektor, då det är de som vet vad just den specifika medarbetaren och individen behöver i sin utvecklingsplan.

"Det måste bedömas av varje chef."



Lars Edling.

"Det finns förståelse för det tuffa ekonomiska läget"

▶ I Region Örebro aviserade ledningen att man ett utbildningsstopp är en del av de besparingsåtgärder som gäller från och med 15 september. Lars Edling, överläkare i infektionssjukdomar vid Universitetssjukhuset Örebro, är ordförande i Örebro läns läkarförening.

Samtidigt som han beskriver utbildningsstoppet som olyckligt menar han att det finns en förståelse för det tuffa ekonomiska läget och att regionen behöver "skära i allt som går".

– En risk är att vi blir mer exponerade för det som kommer från industrin, som oftast inte kostar något, när inte regionerna betalar för mer oberoende utbildning. ◀

"Vi står mellan att inte kunna betala ut lön, varsla personal."

JONAS CLAESSION, HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIREKTÖR:

– Vi står mellan att inte kunna betala ut lön, varsla personal. Då måste vi titta över allting utifrån vad som är nödvändigt, vad som är angeläget och vad som är önskvärt. I nuläget måste vi vara mer restriktiva, men vi vill vara kloka i de val vi gör så att vi upprätthåller patientsäkerheten.

Samtidigt säger han att man "inte kommer att tumma på det som är direkt verksamhetskritiskt". ▶



Thomas Zilling.

"Vi har inte fått några tydliga svar"

► En ren panikåtgärd från regiondirektören på grund av det ekonomiska underskottet. Så beskriver Thomas Zilling, ordförande i Läkarförbundet Skåne, det påbud om restriktivitet avseende utbildningar och konferenser som lades ut på Region Skånes intranät i början av september i år.

– Det största bekymret här är att beslutet inte är samverkat. Vi i Läkarförbundet Skåne har tagit upp det på vår regionala samverkan men inte fått några tydliga svar. Det finns inte heller något slutdatum som berättar hur länge det här ska gälla, vilket också är ett stort problem. ◀

"Alla måste hjälpas åt för att åter få en ekonomi i balans."

SVAR FRÅN REGIONEN:

Louise Montgomery som är HR-chef i region Skåne berättar att bakgrunden till beslutet om "stor restriktivitet avseende utbildningar och konferenser" i regionen är det ekonomiska läget.

– Alla måste hjälpas åt för att åter få en ekonomi i balans. Restriktivitet är inte detsamma som förbud och självklart ska vi genomföra de utbildningar som behövs för personalens fortbildning.

Varför saknar påbudet ett slutdatum?

– Ingen kan i dagens oklara ekonomiska läge veta när RD-beslutet inte längre behövs.



Niklas Theorin.

"Vi har flera exempel på läkare som har fått nej"

► I Region Östergötland har man inte fått något rakt och tydligt besked från arbetsgivaren om att det ska råda restriktivitet kring fortbildning – men budskapet har succesivt läckt ut ändå via verksamhetscheferna under senvåren och sommaren, berättar hematologen Niklas Theorin som är ordförande i Östergötlands Läkarförening.

– Det har fått till följd att de som redan hade bokat fortbildning i form av konferenser och liknande innan dess har fått åka men vi har flera exempel på läkare som har fått nej efter att detta har börjat gälla.

Otydligheten och oklarheten är ett stort problem i sig och något som gör det svårare för facket att argumentera mot arbetsgivaren i de här frågorna, menar Niklas Theorin. ◀

SVAR FRÅN REGIONEN:

Vårddirektör Jessica Frisk känner inte igen att ledningen ska ha gått ut med något regionövergripande påbud om restriktioner avseende fortbildning i region Östergötland. Däremot fattades ett beslut 2022 om "restriktivitet kring konferenser och tjänsteresor" som går ut på att man ska vara i de egna lokalerna så långt det är möjligt.

– Vi har ett uppdrag att spara pengar och det gör verksamhetscheferna såklart på olika sätt. Men självklart måste det rymmas fortbildning för de anställda inom de ramarna, säger hon.

"Självklart måste det rymmas fortbildning för de anställda."



Yvonne Dellmark.

"Svårt att se hur det går ihop med sjukhusets ambition"

► Yvonne Dellmark som är facklig sektionsordförande på Karolinska universitetssjukhuset tycker att det är väldigt olyckligt att ledningen nu väljer att göra kortsiktiga besparingar genom att dra in personalens fortbildning även på landets största universitetssjukhus.

– Farorna med detta är många. När det gäller den högspecialiserade verksamheten så kan ett utbildningsstopp fram till årsskiftet mycket väl innebära att man missar den där viktiga kongressen som kanske inte ges varje år, säger hon.

– Det blir också omöjligt att förmedla den forskning och kompetens som finns här.

Jag har svårt att se hur det går ihop med sjukhusets ambition att vara ett ledande universitetssjukhus. ◀

LÄS MER!
Du hittar längre svar på sjukhuslakaren.se

SVAR FRÅN REGIONEN:

Marcus Ståhlberg, verksamhetschef på Kardiologen på Karolinska universitetssjukhuset, bekräftar att det har fattats ett centralt beslut om utbildningsrestriktioner.

– För att kunna leverera den vård som krävs för patienternas bästa har Karolinska under återstoden av året extra stort fokus på vårdproduktion. Därför gäller tillfälligt och under resten av året stor restriktivitet för resor, konferenser och externa utbildningar för medarbetare som behövs i patientarbetet. Exakt hur restriktiv man ska vara med kongresser och utbildningar måste varje verksamhet bedöma själv.



Jonas Holm.

"Detta drabbar patienterna"

► På Norrlands Universitetssjukhus, NUS, har man på de flesta kliniker begränsat möjligheten till deltagande i kongresser och utbildningar på annan ort för all personal. Jonas Holm, ordförande för Västerbottens läns läkarförening, menar att det är kontraproduktivt att minska läkares möjlighet till fortbildning och att det riskerar att "skapa ett kunskapsglapp, som medför att kliniken, sjukhuset och regionen hamnar på efterkälken".

– En begränsad fortbildning påverkar direkt vårdkvaliteten och kan även medföra ökade kostnader, eftersom man som läkare blir omedveten om nya rön som kan ge en effektivare vård. Detta drabbar patienterna i förlängningen. ◀

MAGNUS HEDSTRÖM, OMRÅDESCHEF PÅ NUS:

"Region Västerbotten har inte gått ut med specifika restriktioner eller begränsningar avseende extern fortbildning. Däremot är det så att basenheterens budgetmedel för detta är begränsade. I klartext betyder det att det är mycket viktigt att internt prioritera vilka utbildningar/kurser som är viktigast för verksamheten och på individnivå. Det är av yttersta vikt att vi säkerställer att vi har adekvat kompetens för den verksamhet vi bedriver och ska bedriva. Något motsatsförhållande råder alltså inte men den begränsande faktorn är ekonomin." ▶

"Basenheterens budgetmedel för detta är begränsade."



FOTO GETTY IMAGES

”Det förväntas att vi ska ha den senaste kunskapen”

När det var dags att ansöka om ledigt inför höstens sedan länge inbokade kongress blev det plötsligt ett nej från chefen. Universitetssjukhuset hade bara dagar tidigare infört utbildningsstopp, berättar en av alla de specialister som har drabbats av restriktionerna.

TEXT MALIN GAVELIN

– **JAG BLEV SJÄLVKLART** besviken när jag inte fick något som hade utlovats under medarbetarsamtalet. Det var kanske inte oombärligt att åka på just denna kongress – men det var ett antal år sedan jag kom i väg sist. Det var även retfullt att det berodde på att jag inte var snabb nog med att ansöka om ledigt. Några dagar tidigare hade det inte varit några problem.

EGENTLIGEN BLEV HAN inte särskilt förvånad över beskedet, berättar barnläkaren som väljer att vara anonym i det här sammanhanget. Den ansträngda ekonomiska situationen på universitetssjukhuset han jobbar

på är välkänd och har diskuterats flitigt bland kollegorna.

– Jag blev nog mest lite bitter och kände ”vad är poängen med att bestämma saker på ett medarbetarsamtal om man sedan inte får det som har utlovats”. Jag tappade motivationen för att gå på medarbetarsamtal framöver och känner att jag kanske använder den tiden bättre genom att träffa patienter.

Framför allt tänker han att indragen utbildning inte är

hållbart i längden – särskilt inte på ett universitetssjukhus.

– **JAG JOBBAR JU** på ett stort universitetssjukhus. Det förväntas av oss att vi ska ha den senaste kunskapen och ligga i framkant. Vi förväntar oss det och andra, inklusive ledningen, förväntar sig det av oss. I det ingår att vi ska ha kontakter internationellt och även med mindre kliniker som arbetar bredare och då måste det till den här typen av kunskapsutbyte. ◀

HAR DU OCKSÅ NEKATS FORTBILDNING? Hör av dig till oss på redaktionen!

”Ett uttryck för dåligt ledarskap”

Ett totalt feltänk från regionledningen som både riskerar kompetensflykt och försämrade vårdkvalitet. Fortbildningsrestriktioner har dessutom en omvänd effekt på ekonomin i slutändan, menar professor Stefan Lindgren. TEXT MALIN GAVELIN FOTO JOHANNA EWALD ST MICHAELS

► *“If you think education is expensive – try ignorance.”*

Stefan Lindgren låter de bevingade orden sjunka in en stund. Det är långt ifrån första gången under hans långa karriär som gastroenterolog och professor vid medicinska fakulteten i Lund som regionen vill spara pengar på vårdpersonalens fortbildning, konstaterar han.

– Det här dyker upp med jämna mellanrum och är det en sak som är säker så är det att när man fattar den här typen av beslut har man ett väldigt kortsiktigt perspektiv. Då är det budgeten för det närmaste halvåret man har för ögonen och man väljer helt att bortse från vilka effekter det har på längre sikt.

För de negativa effekterna av en inskränkning av utbildning för läkare och andra yrkeskategorier inom vården är många, betonar Stefan Lindgren.

– Forskning har visat att ungefär 20 procent av det vi gör för patienterna inom medicinen idag saknar effekt och till och med kan vara skadligt. Kompetensutveckling, förbättring, forskning och utbildning är därför fullständigt nödvändigt för att vi inte ska gå ner i kvalitet.

STEFAN LINDGREN LYFTER ett tydligt exempel från sitt eget fält.



Stefan Lindgren är gastroenterolog och professor vid medicinska fakulteten i Lund.

– Ta magsårssjukdomen till exempel. För 20 år sedan var resursslukande kirurgi den enda tillgängliga behandlingen och den var inte speciellt framgångsrik. Idag behandlar vi många magsår med en enkel och effektiv antibiotikakur. Var skulle hälso- och sjukvården stå idag om vi inte hade haft forskning och utbildning under den här tiden?

Dessutom är kompetensutveckling en av de viktigaste dragfunktionerna inom sjukvården, berättar Stefan Lindgren.

– Det är den faktor som personalen många gånger upplever som allra viktigast. Det handlar om att stimulera medarbetarna – och behålla dem. Om dörrar stängs för dem på en plats väljer de snart att gå någon annanstans för att lära sig mer och utvecklas. Ett sånt här besked ger en tydlig signal till arbetstagarna om att den här miljön inte är attraktiv att arbeta i. Arbetsgivaren riskerar helt klart att de bästa medarbetarna med den starkaste viljan att utvecklas söker sig någon annanstans. **Varför tror du att flera regioner ändå väljer att försöka spara pengar genom till exempel ”stor restriktion avseende utbildningar och konferenser”?**

– Jag ser det som ett uttryck för dåligt ledarskap och en bristande insikt i vad kvalitet i hälso- och sjukvården är för något. Det är klart att

” Forskning har visat att ungefär 20 procent av det vi gör för patienterna inom medicinen idag saknar effekt.

det kanske går att spara in några kronor till en början, men man väljer samtidigt att helt bortse från effekterna som kommer på längre sikt. Det är helt fel att tänka så – ett bisarrt perspektiv på hur utbildning och fortbildning behöver bedrivas. Det du får är en succesivt sjunkande kvalitet och ett resultat som bara blir sämre. I ekonomiskt tuffa tider ska man i stället satsa ännu mer på utbildning för då är det ännu viktigare att vi både utvecklar och förbättrar och tar bort det som inte har någon tydlig effekt. För att identifiera dessa saker är fortbildning av personalen helt avgörande. Det finns så mycket trubbiga och ogenomtänkta mått som används där ute – som till exempel antal patientmöten. Jag som läkare kan träffa hur många patienter som helst på en dag – men är det fel patienter så är min verksamhet ändå inte effektiv. Då kanske kollegan som inte har ett enda fysiskt patientmöte men som jobbar med nya, smarta digitala verktyg har hjälpt betydligt fler patienter under en dag.

Vilket ansvar har egentligen arbetsgivaren för läkarnas fortbildning idag?

– Ansvar för kompetensutvecklingen ligger på den enskilde individen, men ansvaret för att skapa förutsättningar ligger hos arbetsgivaren. Att följa upp det hela i produktionsmått ligger också hos arbetsgivaren. Det förutsätter att det skapas ramar och ett klimat och en kultur på arbetsplatsen som främjar lärande och det är ett viktigt ledarskapsansvar att se till så att det finns. Fortbildning är ju så mycket mer än bara möten och konferenser. Den viktigaste delen är det som sker i det dagliga. Att man har en lärandekultur med möjlighet till utbyte och reflektion, litteraturstudier, samtal mellan kollegor och webinarier. Konferenser är också viktiga – men de är snarare motivationsskapande och ett sätt att knyta kontakter med andra inom samma specialitet.

Vilka råd har du till läkare vars arbetsplats omfattas av fortbildningsrestriktioner just nu?

– Det vi vet från olika sammanhang är att

10

år. Så länge varar kunskapen från din grund- och specialistutbildning i genomsnitt. Därefter börjar du sjunka i kunskapsnivå om du inte fortbildar dig och ägnar dig åt livslångt lärande.

Källa: John Norcini

användning av kvalitetsregister är en mycket bra källa till information. Ur dem kan vi utläsa vad vi levererar i kvalitet och vi kan se om vi faktiskt inte når målen på vissa punkter. Vi inom läkarkåren måste kunna visa på var vi behöver förändra för att lyfta kvaliteten. Det är yrkeskåren själv som många gånger måste ligga på arbetsgivaren och driva på utvecklingen framåt. Så har det sett ut historiskt och så är det många gånger fortfarande. En viktig lärdom under pandemin var att det mest framgångsrika var när man lät personalen utan styrning uppifrån arbeta fram de metoderna som fungerade bäst och fick ansvaret att leda det på egen hand. Samma sak gällande fortbildning – arbetsgivaren bör låta läkarkåren leda och styra detta. Det har visat sig framgångsrikt gång på gång.

– **VI INOM LÄKARESÄLLSKAPET** där jag tidigare var ordförande har också sedan länge sagt att när det gäller fortbildning ska det göras en individuell fortbildningsplan där man talar om vilka områden varje individ behöver utveckla och vilka metoder man ska använda sig av. Kräv av din närmaste chef att få göra en sådan. Du som enskild läkare vet ofta bäst och är den som har bäst förutsättningar att ta ställning till vad du behöver. Sedan kan man ju absolut diskutera om just den där enskilda konferensen är avgörande eller inte.

Hur ser du på att just fem av universitetssjukhusen omfattas av restriktioner kring fortbildning just nu?

– Det är självklart extra allvarligt eftersom våra universitetssjukhus är själva naven i hälso- och sjukvården. Det är de som i första hand behöver generera ny kunskap och föra ut den till kollegor runt om i landet. Alla sjukhus har såklart ett ansvar här men universitetssjukhusens ansvar är extra stort. Men läkarkåren har varit så stark att vi har hittat sätt att komma runt de här restriktionerna varje gång – och de har inte heller blivit särskilt långvariga. Men visst förvånar det att de kommer tillbaka igen och igen. ◀



Läkaryrket kräver ett livslångt lärande menar Kerstin Nilsson.

FOTO GETTY IMAGES

En farlig väg att gå menar professor Kerstin Nilsson

Det är oerhört oroande att regionerna väljer att dra ner på fortbildning i en verksamhet som är så pass kunskapsintensiv som sjukvården. Det anser seniorprofessorn Kerstin Nilsson.

► – Utan kontinuerlig fortbildning är det omöjligt att driva en evidensbaserad och patientsäker vård i ett längre perspektiv. Det rör sig väldigt snabbt inom många områden och man måste ha en uppdaterad kunskap inom sitt fält för att inte stagnera eller tappa kompetens. Att införa restriktioner kring fortbildning är en farlig väg att gå, säger hon.

Och Kerstin Nilsson vet vad hon pratar om. Efter en karriär som gynekolog vid Universitetssjukhuset i Örebro och senare som professor i kirurgi med inriktning mot obstetrik och gynekologi och numera seniorprofessor vid Örebro universitet ligger fortbildningen henne varmt om hjärtat.

– Men lika oroande som det är att externa utbildningar och konferenser inte kan komma till stånd – lika oroande är det såklart om vardags-

utrymmet krymper och blir så trångt att man inte hinner fortbilda sig inom ramen för sin yrkesutövning. Den yttersta konsekvensen är att vi inte kan ge våra patienter en optimal vård. Om medarbetarna inte har kännedom om nya rön och inte kan ta till sig dem blir det suboptimalt för patienterna och vi driver en osäkrare vård än vi hade behövt göra, säger hon.

Utan att reducera betydelsen av övriga vården, är det extra allvarligt att just universitetssjukhusen inför restriktioner när det kommer till fortbildning, menar Kerstin Nilsson.

– Ett universitetssjukhus har ett extra stort ansvar för forskning, utbildning, utveckling och även användning av den forskningsbaserade kunskapen. Medarbetarna där ska vara drivande i kunskapsframställandet och om de blir beskurna i möjligheterna att delta i den typen

av verksamhet så kommer det att få effekter även utanför universitetssjukvården. De bidrar ju till exempel ofta även i nationella sammanhang, något som kommer alla till del sedan.

I tider av svår kris måste man också våga tänka framåt, betonar Kerstin Nilsson.

– Läkaryrket kräver ett livslångt lärande. Som specialist har man ett eget ansvar att fortbilda sig, och fortsätta att utvecklas hela tiden. Men det kräver också att arbetsgivaren ger möjlighet till detta. Jag är lite rädd att arbetsgivaren i ett pressat läge, där ST-läkare måste ha sina kurser kan komma att nedprioritera fortbildning för specialister. Även som färdig specialist behövs en struktur kring kontinuerlig fortbildning. Där vill jag slå ett slag för den individuella fortbildningsplanen och uppmantra alla att kräva en sådan av sin närmaste chef. I en verksamhet där alla har en tydlig plan för sin fortbildning skapas också ett klimat där alla ser vikten av detta. ◀

TEXT MALIN GAVELIN

Olika förutsättningar för landets onkologer

På en klinik har bara en av tio specialister deltagit i en medicinskt relevant fortbildning det senaste året – på en annan har samtliga gjort detsamma. Skillnaderna i förutsättningar till fortbildning på landets onkologikliniker är slående. Det visar Sjukhusläkarens rundfrågning.

TEXT OCH RESEARCH: MALIN GAVELIN OCH ANNA SOFIA DAHL

ONKOLOGIN ÄR ETT av de områden där utvecklingen går i ett rasande tempo och där fortbildning är ett absolut måste för att kunna erbjuda patienterna bästa möjliga godkända och evidensbaserade behandlingar. Sjukhusläkaren frågade verksamhetscheferna för landets onkologikliniker hur möjligheten till fortbildning egentligen ser ut för de anställda specialisterna.

Och skillnaderna visade sig vara slående på flera områden. Till exempel har endast en av tio specialister genomgått någon form av medicinskt relevant extern fortbildning under den senaste ettårsperioden på en klinik och tre av tio på en annan. Samtidigt svarade verksamhetscheferna på fem andra kliniker att samtliga specialister har genomgått dylik fortbildning. Snittet landade på 79 procent.

PÅ FRÅGAN OM verksamhetscheferna upplevde att antalet utbildningstillfällen hade blivit fler, färre eller låg på samma nivå under den senaste

tioårsperioden svarade endast en av fem att de hade blivit fler. Mer än en fjärdedel svarade att utbildningstillfällena hade blivit färre under tidsperioden och över hälften upplevde dem som lika många.

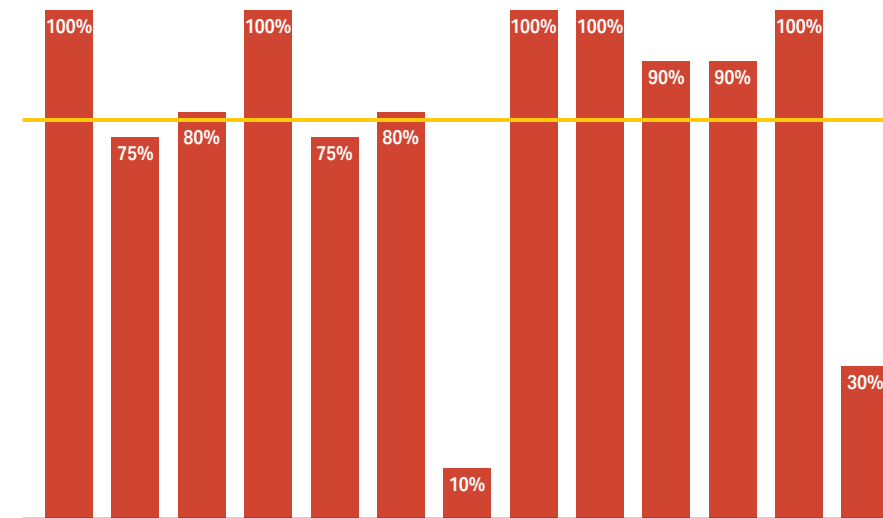
FLERA AV verksamhetscheferna som uppgav att utbildningstillfällena hade blivit färre uttryckte en oro över detta. "På ett universitetssjukhus är det av vital betydelse att vi är up to date på forskningsfronten. Vårdkvalitet kan försämrats på sikt" kommenterade en av cheferna och "sämre kvalitet på vården och ökad risk för utbrändhet" upplevde en annan att

Så gjordes granskningen
Sjukhusläkaren skickade ut en enkät till verksamhetscheferna på Sveriges 18 onkologikliniker med sju frågor om specialisternas utbildningsmöjligheter. 13 av verksamhetscheferna besvarade enkäten.

konsekvenserna av den minskade fortbildningen kunde bli.

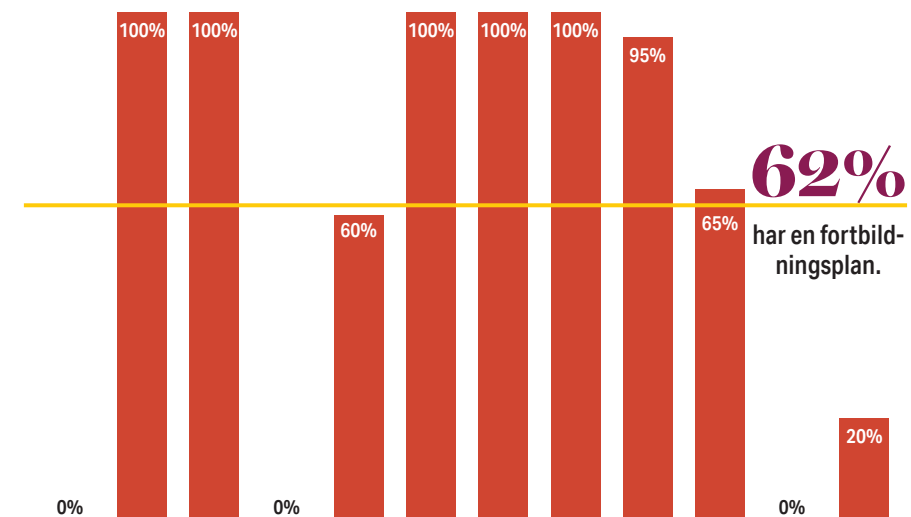
Det var också stora skillnader i huruvida specialisterna har en individuell och dokumenterad utbildningsplan. Snittet låg här på 62 procent, men tre verksamhetschefer svarade att ingen av specialisterna hade en sådan plan. Fem andra att samtliga av specialisterna hade detta.

TYDLIGT VAR ATT flera av verksamhetscheferna önskade bättre förutsättningar för att kunna erbjuda specialisterna utbildning i högre grad. "Att få en förståelse och acceptans i regionen för vår kompetens. Vi behöver delta på konferenser både nationellt och internationellt" skriver en av verksamhetscheferna. En annan svarar att man "skulle behöva en budget anpassad till våra behov vilket inte är fallet idag". Och "bättre bemanning så att man har möjlighet med frånvaro för utbildning, resurser till kliniken för att kunna täcka kostnader" efterlyser en tredje verksamhetschef. ◀



Ungefär hur stor andel av specialistläkarna har genomgått någon form av medicinskt relevant extern fortbildning under den senaste ettårsperioden?

En verksamhetschef uppgav att endast 10 procent av specialisterna på kliniken hade genomgått en medicinskt relevant extern fortbildning under det senaste året – medan fem verksamhetschefer angav att 100 procent av specialisterna hade gjort det.



Ungefär hur stor andel av specialistläkarna på din klinik har en individuell och dokumenterad utbildningsplan?

Även när det gäller individuella utbildningsplaner var skillnaderna stora. På tre onkologikliniker saknades detta helt medan det på fem kliniker fanns utbildningsplaner för samtliga specialister i verksamheten.

79%

av alla specialistläkarna har fått fortbildning, men skillnaderna mellan klinikerna är stora.

ORSAKER TILL ATT FORTBILDNINGSTILLFÄLLENA ÄR FÄRRE ENLIGT VERKSAMHETSCHEFERNA

"Tuffare ekonomiska ramar kombinerat med sämre avtal SKR - LIF som minskat möjligheter till kongressresor och möten."

"Hög klinisk arbetsbörda."

"Bland annat resursbrist och ekonomi."

KONSEKVENSER AV MINSKAD FORTBILDNING ENLIGT VERKSAMHETSCHEFERNA

"Sämre kvalitet på vården och ökad risk för utbrändhet."

"På ett universitetssjukhus är det av vital betydelse att vi är up to date med forskningsfronten. Vårdkvalitet kan försämrats på sikt."

Är din upplevelse att läkarna på din klinik deltar vid fler, färre eller lika många medicinskt relevanta utbildningstillfällen nu jämfört med för 10 år sedan?

Endast var femte verksamhetschef uppgav att fortbildningstillfällena hade blivit fler under de senaste 10 åren. Flera av verksamhetscheferna som svarade att fortbildningstillfällena hade blivit färre uttryckte oro över detta.

17% - Fler

25% - Färre

58% - Lika många

VAD SKULLE KUNNA FÖRBÄTTRAS I DINA FÖRUTSÄTTNINGAR SOM VERKSAMHETSCHEF FÖR ATT KUNNA ERBJUDA LÄKARNA KONTINUERLIG FORTBILDNING?

”Ett officiellt fokus i linjeorganisationen om att det är prioriterat och viktigt. Jag är tveksam/har farhågor till exakt definierad ’mängd’, då det kan riskera att bli en låg mängd. Även resurssättning av detta då vi hittills haft det relativt okej men nu riskerar att bli betydlig försämring på grund av det allmänna ekonomiska läget.”

”Tydligt avsatta medel för vidareutbildning och lägre kostnader för resor och boende.”

”Mer luft i den kliniska vardagen.”

”Att få en förståelse och acceptans i Regionen för vår kompetens. Vi behöver delta på konferenser både nationellt och internationellt.”

”Ökad bemanning.”

”Få öka grundbemanningen.”

”Fortbildning är ett måste inom onkologin för att kunna erbjuda våra patienter bästa möjliga godkända evidensbaserade behandlingar. Skulle behöva en budget anpassad till våra behov vilket inte är fallet idag.”

Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

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

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

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

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

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

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

Produktresumé 12/2022.

För fullständig information hänvisas till FASS.se

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

Endast för vårdpersonal.



ADVANZ
PHARMA



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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



BEN
DENT

Diplom ska belöna goda exempel

Tiden för fortbildning minskar successivt för specialistläkarna ute i regionerna. Nu vill **Sjukhusläkarna** sätta strålkastarljuset på det allvarliga läget och lanserar ett fortbildningsdiplom som ska belöna verksamheter som satsar på strukturerad fortbildning.

TEXT EVA NORDIN

SITUATIONEN ÄR TUFF i många regioner. Beräkningar visar ett underskott på cirka 28 miljarder i regioner och kommuner de kommande åren. Även om regeringen i sin höstbudget skjuter till totalt 16 miljarder, måste en lång rad åtgärder vidtas för att klara det svåra ekonomiska läget.

– Dessvärre har vi fått in upprepade vittnesmål om att tiden för fortbildning successivt bara minskar. När nu regionerna står inför ekonomiska utmaningar är risken överhängande att fortbildningen kapas ytterligare. Det är djupt allvarligt. Trots att hälso- och sjukvård är i ständig förändring med en snabb kunskapsutveckling, sparar man in på vårdpersonalens rättighet att hålla sig uppdaterad. Det är egentligen obegripligt att arbetsgivare inte skapar förutsättningar för att vi ska kunna hänga med och ha tillgång till adekvat fortbildning, säger Elin Karlsson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Med ett fortbildningsdiplom vill Sjukhusläkarna belysa goda exempel och uppmärksamma kliniker och

verksamheter som arbetar för en god fortbildning.

Förhoppningen är att kunna vända en negativ trend.
– Regionerna och arbetsgivarna har år efter år brustit i sitt ansvar för fortbildningen, och sett det som något man kan spara in på. Man har

”Antalet dagar som specialistläkare ägnar åt extern fortbildning blir bara färre.”

byggt upp en enorm och resurskrävande kunskapsstyrningsorganisation och producerat PM och värdförlopp i stället för att säkerställa adekvat fortbildning för läkare.

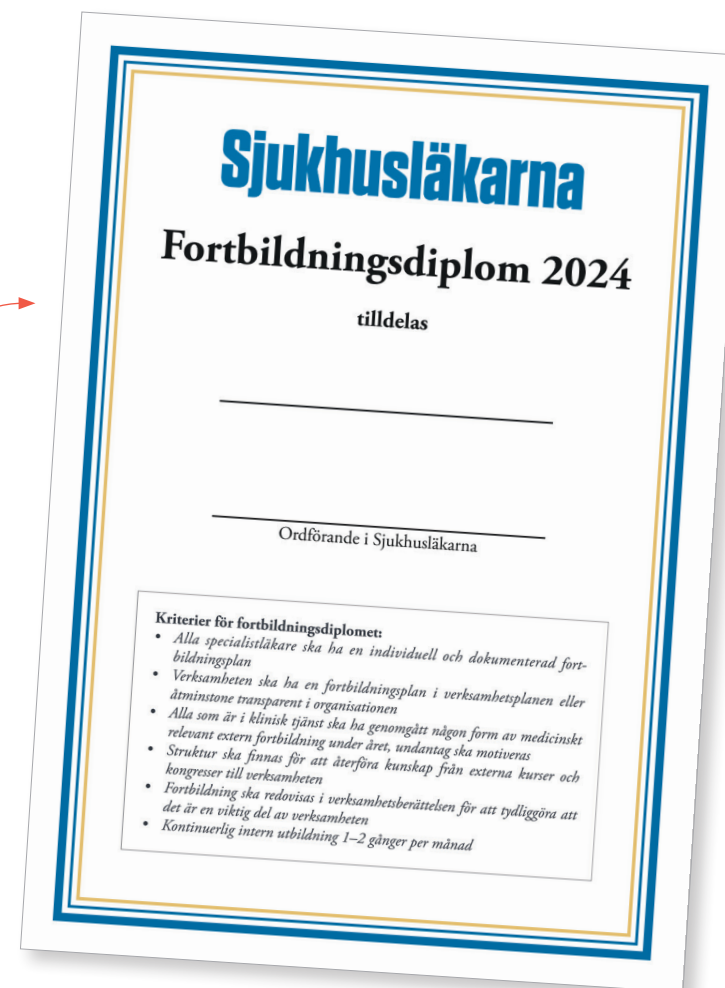
Läkarförbundet har följt specialistläkares fortbildning under nästan

20 år. Under de här åren har antalet externa fortbildningsdagar minskat med över hälften;

2004 FICK LÄKARE i genomsnitt 9,1 dagar extern fortbildning per år. 2019 hade antalet dagar sjunkit till 5,3 dagar. Och i den senaste fortbildningsenkäten (2023) hade antalet dagar sjunkit ytterligare till 4, 2 dagar och år. Det är långt under de 10 dagar som Läkarförbundet rekommenderar och som till exempel Finland har som lagstadgad gräns för extern fortbildning.

Nästan var femte specialistläkare i fortbildningsenkäten uppger dessutom att de under det senaste året inte har ägnat sig åt någon extern fortbildning alls.

– Den röda tråden i studien är tydlig, antalet dagar som specialistläkare ägnar åt extern fortbildning blir bara färre. Sjukhusläkarna driver sedan länge på för att specialistläkares fortbildning ska regleras. För att belysa både arbetsgivarnas och arbetstagarnas ansvar krävs en



FAKTA: KRITERIER FÖR FORTBILDNINGSDIPLOM

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

KÄLLA: SJUKHUSLÄKARNA

nationell föreskrift från Socialstyrelsen som ger parterna tydliga krav att förhålla sig till. Samtidigt är det viktigt att uppmuntra verksamheter som arbetar med fortbildning som en naturlig del av sin vardag, säger Elin Karlsson

FORTBILDNING SKA HANDLA om kunskapsutveckling inom det medicinska kompetensområdet och det ska finnas en tydlig struktur för det inom verksamheterna, menar Elin Karlsson.

– Vi strävar mot att samtliga specialistläkare skall ha minst 10 dagars extern fortbildning per år, och en halvdag per vecka i intern fortbildning. För att visa att man tar det på allvar ska fortbildning finnas med i verksamhetsplanen och redovisas i verksamhetsberättelsen, vilket inte görs på alla ställen idag. Arbetsgivare

tar helt enkelt inte det ansvar som krävs för att säkerställa att patienter får möta vårdpersonal som hänger med i kunskapsutvecklingen.

För att kunna göra kloka prioriteringar och rensa bort det som inte är till nytta för den enskilde patienten krävs att medarbetare känner sig trygga med att besluten kan fattas utifrån det senaste kunskapsläget.

– Därför är det så viktigt att vi har tydliga kriterier för fortbildning och att goda exempel sprids. I början av nästa år kan alla som uppfyller kriterierna kunna ansöka och erhålla ett diplom. Ansökan ska även undertecknas av facklig representant. Förutom diplom, ära och berömmelse i våra kanaler, lägger vi kanske till något ytterligare, riktigt

vad det blir är en överraskning, säger **Elin Karlsson**.

FÖR EGEN DEL ÄR HON nöjd med möjligheterna till fortbildning.

Senaste fortbildningstillfället var vecka 34 då hon deltog på Kirurgveckan i Örebro.

– Jag har en positiv situation där jag kan åka i väg på utbildningar som jag behöver och som gagnar verksamheten.

Men tidigare under min karriär har fortbildning fått stå tillbaka

på grund av mitt fackliga uppdrag. I dag arbetar jag i en verksamhet där man ser det som en självklarhet att även jag som fackligt aktiv behöver fortbildning, säger Elin Karlsson. ◀



"Satsningarna har skapat en **dynamisk klinik**"

För drygt tio år sedan var läget dystert och infektionskliniken i Västerås var underbemannad på läkarsidan. Då infördes en långsiktig och strukturerad fortbildningsplan. När Sjukhusläkaren först skrev om modellen hade projektet precis dragit igång och allt lät lovande – men vad har egentligen hänt sedan dess?

TEXT EVA NORDIN FOTO KIM NORMAN

DET ÄR LUNCHTID PÅ infektionskliniken på Västmanlands sjukhus i Västerås. Till föreläsningssalen strömmar läkare från flera olika kliniker för att lyssna på överläkare Mia Furebring, verksam vid infektionskliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hon är inbjuden för att hålla fortbildning om biologiska läkemedel och infektioner.

– Vi satsar medvetet på både intern och extern fortbildning. Vi har en hel del föreläsningar då vi bjuder in såväl lokala, nationella som internationella experter. Satsningen har skapat många ringar på vattnet. Tidigare hade vi ingen forskning alls på kliniken, i dag har vi en omfattande verksamhetsnära klinisk forskning inom flera olika områden. Flera av våra specialister är disputerade och representerade i expertgrupper på lokal och nationell nivå, säger Cherin Kamil, överläkare och verksamhetschef på infektionskliniken.

Hon var tidigare biträdande verksamhetschef och efterträdde Tomas Vikerfors 2015. För drygt 10 år sedan utvecklade han en

enkel fortbildningsmodell i syfte att kartlägga och säkerställa fortbildningsbehovet bland specialistläkare på infektionskliniken, dels utifrån klinikens behov, dels utifrån den enskildes kompetensnivå. En undersökning av läkarföreningen i Västmanland hade visat att Västmanlands sjukhus låg sämre till jämfört med andra sjukhus när det gällde fortbildning. Det gällde även för infektionskliniken som då var kraftigt underbemannad på läkarsidan.

– **VID DEN TIDEN** genomgick vi ett stort generationsskifte då många erfarna läkare gick i pension eller till andra uppdrag inom regionen. Vi var tvungna att försöka vända situationen genom att bygga från grunden. Genom att överrekrytera antalet ST-läkare, utveckla det kollegiala stödet och samtidigt införa en modell för strukturerad fortbildning kunde vi så småningom vända utvecklingen, säger Cherin Kamil.

I en överskådlig Excelmall listas en rad olika ansvarsområden som graderas efter klinikens behov av spetskompetens samt breddkompetens



DET HÄNDE DÅ

För drygt tio år sedan lanserade förre verksamhetschefen en enkel fortbildningsmodell.



Mia Furebring, överläkare på Akademiska sjukhuset, håller fortbildning för läkare från flera kliniker, om biologiska läkemedel och infektioner.

utifrån en femgradig prioriteringsskala. Därefter fördelas ansvar för dessa områden på klinikens specialister och ST-läkare utifrån klinikens behov samt läkarnas intresse och kompetens.

– **GENOM ÅREN HAR** vi vidareutvecklat mallen. Vi listar inte bara medicinska ansvarsområden utan även administrativa områden. Vi säkerställer även att de juniora läkarna redan tidigt införlivas i klinikens mentalitet kring fortbildning, en generös inställning till att



Cherin Kamil.

delas med sig av kunskap samt ett vetenskapligt förhållningssätt och forskning. Vi har många AT-läkare och sidotjänstgörande ST-läkare som passerar oss som uppskattar det stora intresset för handledning, fortbildning och ett vetenskapligt tänk. Dessa läkare är en viktig rekryteringsbas för oss, säger Cherin Kamil.

Varje specialistläkare kommer i väg på cirka sju externa fortbildningsdagar per år, samt cirka två dagar organiserad internutbildning per månad.



Cherin Kamil är verksamhetschef på infektionskliniken i Västerås.



Ingrid Selmeryd, överläkare och utsedd till årets handledare.

– Alla har sina ansvarsområden man förväntas bevaka och inför varje termin kartlägger vi behoven och diskuterar vilka utbildningar och kongresser vi ska prioritera. Det handlar inte bara om att utveckla sin spetskompetens utan också sin breddkompetens. Vi ser till att alla får åka i väg på något, men antalet dagar skiftar beroende på behov och prioritet. Vi har också en struktur för alla på kliniken att återföra kunskap från externa kongresser och utbildningar, säger Cherin.

INGRID SELMERYD ÄR överläkare och studierektor för ST-läkarna. Vid kongressen för Framtidens specialtläkare den 28 september utsågs hon till årets handledare 2023 av Läkarförbundets utbildnings- och forskningsråd. Utmärkelsen fick hon för sina kompetenshöjande insatser att vidareutbilda såväl AT-läkare som överläkare.

– Med fortbildningsmodellen lades grunden till att utbildning och fortbildning inte är en lyx man ägnar sig åt på fritiden. Det är ett gemensamt ansvar och det finns flera tunga argument till varför man ska satsa på fortbildning. Välut-

bildade läkare blir tryggare, mer självsäkra och ger en bättre vård. Det är klart att det kostar tid och pengar med fortbildning, men det är oändligt mycket dyrare att avstå. Kostnaden är försumbar om man jämför med lönekostnaderna, säger Ingrid.

Anders Krifors, överläkare samt doktorand vid Centrum för klinisk forskning, menar att satsningen på en strukturerad fortbildning medfört ett vetenskapligt tänk och en kreativ miljö som genomsyrar kliniken.

– Vi håller oss väl framme vetenskapligt. Man tillåts att ta ett stort ansvar och har stora möjligheter att utvecklas på ett sätt som kan vara svårare på en universitetsklinik. Trots att vi är en relativt liten klinik på ett länssjukhus, är vi snabba med att uppmärksamma och implementera nya studier och riktlinjer. Det var högst påtagligt under pandemin, säger Anders.

SAMTLIGA SPECIALISTLÄKARE har en individuell och dokumenterad fortbildningsplan som diskuteras och uppdateras i samband med medarbetarsamtalen.



Ingrid Selmeryd.



Anders Krifors, överläkare och doktorand.

” *Det är bara med kunskap och kvalitet som vi kan vända den tuffa ekonomiska situation vi befinner oss i.*

I klinikens verksamhetsberättelse redovisas även antalet externa utbildningsdagar per specialist och år samt antalet publicerade forskningsartiklar.

Flera regioner i Sverige har under hösten infört stopp för extern fortbildning. Beslutet är både okunnigt och djupt oroande, menar Cherin Kamil.

– Det är en tankekurpa. Det är bara med kunskap och kvalitet som vi kan vända den tuffa ekonomiska situation vi befinner oss i. I dag pratar vi mycket om lägvärdesvård och choosing wisely, att göra kloka kliniska val och rensa bort det som inte gör nytta för den enskilda patienten. Hur vi ska lyckas med det om läkarna inte är medicinskt uppdaterade är en gåta, säger Cherin.

Även Anders Krifors är oroad över utvecklingen och menar att det är orimligt att man inom

den kunskapsintensiva hälso- och sjukvården försummar frågan om fortbildning.

– Vår klinik är ett gott exempel på att satsningar på fortbildning är rätt väg att gå. Vi är väl representerade i olika expertgrupper både nationellt och internationellt. Vi är en välfungerande klinik med god arbetsmiljö och hög trivsel och många läkare söker sig till oss.

DET ÄR I HÖGSTA grad kostnadsbesparande att satsa på kompetens och utbildning, menar Anders; det ökar patientsäkerheten, minskar antalet felbehandlingar, onödiga undersökningar och labbprover.

– Jag hoppas verkligen att Region Västmanland inte går samma väg som andra regioner och sätter stopp för extern fortbildning. Ändras förutsättningarna är risken stor att mycket av det som vi byggt upp genom åren snabbt raseras och går förlorat. ◀

Var fjärde läkare visar tecken på utmattning

Ju större glappet är mellan behov, förväntningar och tillgängliga resurser, desto mer ökar stressen, menar forskaren Emma Brulin på Karolinska institutet.

TEXT EVA NORDIN

STRESSRELATERAD PSYKISK ohälsa är vanligt bland läkare, men stigma utgör ett hinder för att söka läkarvård, menar Emma Brulin, forskare och docent i arbets- och miljömedicin vid Karolinska institutet.

– Vår forskning visar att mellan 2021 och 2022 har den stressrelaterade ohälsan bland läkare ökat med tre procentenheter. Det handlar om symtom på mild till svår depression.

I genomsnitt uppnådde fyra procent av läkarna som deltog i studien, en enkät som forskarna slumpvist skickat till utvalda yrkesaktiva läkare, kriterierna för depression. Och cirka 25 procent uppvisade milda till svåra symtom på utmattning.

– Utmattning är mer utbredd bland kvinnliga läkare, men också bland juniora utbildningsläkare.

I stället för att söka vård för stressrelaterade ohälsa väljer många läkare att självmedicinera med alkohol eller psykofarmaka. Manliga och äldre läkare självbehandlade i större utsträckning.

– Självmedicinering kan leda till försämrade symtom som i sin tur kan leda till att fler läkemedel självförskrivs. Tidigare studier har även



Emma Brulin, forskare och docent i arbets- och miljömedicin vid Karolinska institutet.

visat att självmord är mer vanligt bland läkare än andra grupper, säger Emma Brulin.

Detsamma gäller narkotikaklassade läkemedel, menar hon.

– Vi vet att 60 procent av dem som äter psykofarmaka skriver ut till sig själva, och att 60 procent av de läkare som tar narkotikaklassade läkemedel självförskriver. Vilken typ av narkotikapreparat vet vi ännu inte, men det vi vet är att självförskrivning av läkemedel kan leda till missbruk. Det är högst allvarligt att så pass många läkare självmedicinerar med narkotikaklassade läkemedel. Det kan ha negativa långsiktiga effekter på individnivå och för svensk sjukvård i stort.

RESULTATEN PUBLICERADES i den vetenskapliga tidskriften Occupational medicine i maj 2023.

– Så vitt vi vet har ingen tidigare studie utforskat ämnet självbehandling relaterat till psykiska problem bland svenska läkare. Därför vill vi utforska sambanden mellan självskattad depression, användningen av psykofarmaka och omfattningen av självbehandling bland svenska läkare.

Forskargruppen undersöker också om en stödjande kultur av chefer och kollegor kan



60 procent av dem som äter psykofarmaka skriver ut till sig själva, och 60 procent av de läkare som tar narkotikaklassade läkemedel självförskriver.

LOHHCS-STUDIEN

Emma Brulin leder forskningsprojektet Hållbar hälso- och sjukvård som består av följande delprojekt:

- ▶ **LOHHCS-studien:** Svenska longitudinella databasen för studier av arbetsmiljö och hälsa med god och säker vård för patienter. Studien genomförs varje ett och ett halvt år.
- ▶ **Nattarbete, arbetstider och psykisk ohälsa (PATHOS).** Syftet är att utforska sambanden mellan skiftarbete, långa arbetstider och psykisk ohälsa samt interaktionen med psykosociala arbetsmiljöfaktorer.
- ▶ **Skadligt bruk av alkohol och droger** bland hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige: förekomst, samsjuklighet, riskfaktorer i arbetsmiljö och effekter på patientarbetet.
- ▶ **Rehabilitering till arbete för läkare och sjuksköterskor** som är sjukskrivna för utmattningssyndrom och annan stressrelaterad ohälsa.
- ▶ **Friska läkare,** prevalens av psykisk ohälsa bland svenska läkare samt dess orsaker och följder.

FOTO GETTY IMAGES

Har du vaccinerat dina patienter mot pneumokocker?

PNEUMOVAX®
23-valent pneumokockpolysackaridvaccin

Folkhälsomyndigheten rekommenderar personer med ökad risk* för allvarlig pneumokocksjukdom att vaccineras med Pneumovax (PPV23) och att man revaccineras efter fem år.¹

Prata med patienter i riskgrupp om pneumokocksjukdom och överväg att erbjuda vaccination.

Skanna QR-koden för att läsa om vilka grupper som ingår i ökad risk respektive mycket hög risk på MSD Insight.



Referenser: 1. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer om pneumokockvaccination till riskgrupper. Uppdaterad: 2023-09-04.

Pneumovax® (pneumokockpolysackaridvaccin) är ett vaccin mot pneumokockinfektioner innehållande rena polysackaridantigen. Vaccinet innehåller 23 pneumokockpolysackaridserotyper: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F. Indicerat för aktiv immunisering mot pneumokocksjukdom hos barn från 2 år, ungdomar och vuxna. Pneumovax bör användas i enlighet med officiella rekommendationer. Pneumovax, injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Rx, ej förmån. **Kontraindikationer:** överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Vaccinering bör undvikas vid varje signifikant sjukdom med feber, andra aktiva infektioner eller när en systemisk reaktion skulle innebära en risk, förutom när uppskjutande av vaccinationen innebär en ännu större risk. Pneumovax ska injiceras intramuskulärt eller subkutant. Vaccinet bör inte injiceras intradermalt och skall aldrig injiceras intravaskulärt. För att underlätta spårbarhet av biologiska läkemedel ska läkemedlets namn och tillverkningsnummer (batchnr) dokumenteras. Vaccinet bör ges till gravida kvinnor endast då vaccination är absolut nödvändig. Försiktighet bör iaktas när vaccinet ges till en ammande moder. Om vaccinet administreras till patienter som är immunosupprimerade är det möjligt att det förväntade immunsvar inte uppnås efter den första eller andra dos. Patienter med särskild ökad risk för allvarlig pneumokockinfektion (t.ex. personer med aspleni och de som av något skäl erhållit immunsuppressiv behandling) bör informeras om eventuellt behov av tidig antibiotikabehandling i händelse av allvarlig plötslig sjukdom med feber. Pneumokockvaccin kan ha otillräcklig effekt mot att förebygga infektion som uppstår på grund av skallbasfraktur eller från extern kommunikation med cerebrospinalvätska. Liksom med alla vacciner ger Pneumovax eventuellt inte fullgott skydd hos alla mottagare. Datum för översyn av produktresumé 07/2023. **För fullständig information och förpackningar, se www.fass.se**



FOTO GETTY IMAGES

”Utmattning är mer utbredd bland kvinnliga läkare, men också bland juniora utbildningsläkare.

motverka det stigma som är förknippat med att söka professionell vård, och därmed förebygga självbehandling relaterad till psykiska problem.

– Det handlar bland annat om stöd för att hantera stress och förbättra mentalt välbefinnande. Det skulle också kunna mildra de övergripande symtomen på depression och förbättra mentalt välbefinnande. Eftersom hälso- och sjukvårdspersonal är en särskilt utsatt grupp i arbetslivssammanhang behöver kunskapen om riskfaktorer, men också friskfaktorer öka.

Emma Brulins forskning har fokus på fysiska och psykosociala riskfaktorer i arbetsmiljön, symtomutveckling vid stressrelaterad ohälsa, samt rehabilitering för återgång i arbete vid sjukskrivning för utmattningssyndrom.

Hon leder det övergripande forskningsprojektet Hållbar hälso- och sjukvård.

DET OMFATTAR FLERA delprojekt, bland annat projektet: ”Skadligt bruk av alkohol och droger bland hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige”.

– Vi vill undersöka sambanden mellan psykisk ohälsa och det skadliga bruket samt identifiera riskfaktorer i arbetsmiljön som kan bidra till det skadliga bruket samt undersöka effekterna på patientarbetet.

En annan delstudie handlar om att genomföra och utvärdera en rehabiliteringsmodell för återgång i arbete vid sjukskrivning för stressrelaterad ohälsa. Studien är ett regeringsuppdrag.

– Modellen har tidigare testats bland lärare

!
Stigma utgör ett hinder för att söka läkarvård, menar Emma Brulin.

med god effekt. Nu har vi fått i uppdrag att testa modellen på läkare och sjuksköterskor och jämför behandlingsgruppen med en kontrollgrupp.

DET FINNS I DAG en relativt god kunskap om vad som orsakar ohälsa bland medarbetare i vården: Ju större glappet är mellan behov, förväntningar och tillgängliga resurser, desto mer ökar stressen, menar Emma Brulin.

– Genom att identifiera hur olika typer av belastning och resurser i arbetet samspelar får vi kunskaper som ger möjlighet att förbättra arbetsmiljön för medarbetare i vården

Emma Brulins forskargrupp använder data från tre olika källor: Försäkringskassans sjukfrånvaroregister, enkät med validerade frågor om hälsa och arbetslivsfaktorer samt kvalitativa intervjuer.

– Under föregående vecka skickade vi tillsammans med SCB ut en uppföljande enkät till läkare i Sverige. Genom att be läkare att upprepa gånger svara på vår enkät har vi möjlighet att undersöka orsakssamband samt kartlägga trender över tid.

RESULTAT FRÅN DE olika delprojekten från ”Hållbar hälso- och sjukvård” presenteras löpande.

– Vårt övergripande fokus är att bidra till en mer hållbar hälso- och sjukvård där personalens arbetsmiljö och hälsa blir ett nationellt prioriterat område som speglar kvalitet i vården, säger Emma Brulin. ◀

**KUNSKAPS
GRUPPEN**



NÅGRA AV VÅRA KURSER FÖR ST-LÄKARE:

LAGAR OCH FÖRESKRIFTER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

LEDARSKAP FÖR LÄKARE

HANDLEDNING FÖR ST-LÄKARE

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE FÖR ST-LÄKARE

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



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

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

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

HÖGA BETYG PÅ UTBILDNINGARNA

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

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

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

DU KAN OCKSÅ GÅ KURSERNA PÅ DISTANS

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



UNDER ONLINEKURSERNA ARBETAR DU HEMIFRÅN PÅ DIN EGEN DATOR!

KOLLA IN VÅR KURSKATALOG OCH LÄS MER OM KURSERNA!

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



De stöttar kollegor över hela världen

En prematur liten flicka i Sydsudan eller en brännskadad man i Jemen. Genom sitt engagemang i telemedicininitiativet kan pensionerade barnläkaren Mats Blennow och brännskadekirurgen Morten Kildal stötta kollegor på distans över hela världen.

TEXT MALIN GAVELIN

DET SER ILLA UT FÖR det för tidigt födda spädbarnet som bara väger strax över kilot. Resurserna är knappa och den enda kuvös som finns att tillgå har många år på nacken. Troligtvis kommer den inte att klara att hålla en jämn temperatur någon längre stund. Den unga läkaren som egentligen är ute på ett vaccinationsuppdrag saknar helt erfarenhet av situationer som denna. Hemma i Sverige hade hon vetat betydligt mer om vilka prover och läkemedel som borde sättas in – men här i Sydsudan saknas både laboratorium, rent vatten och rätt utrustning.

– Det är precis här telemedicininitiativet kommer in i bilden, säger pensionerade barnläkaren Mats Blennow och berättar att hans erfarenhet är att det många gånger faktiskt är de allra enklaste råden och ”back to basics” som gäller ute på fältet när det kommer till att få de riktigt små barnen att överleva.

– **DET KAN HANDLA** om något så enkelt som hud mot hud istället för att använda en gammal dålig kuvös. Överhuvudtaget är det ofta helt andra fysiologiska parametrar man behöver ta hänsyn till.

Mats Blennow beskriver sig själv som en ”late bloomer” när det kommer till arbete för Läkare utan gränser. Det var först år 2014 när han



Mats Blennow är barnläkare och pensionär sedan några år tillbaka.

närmade sig pensionen som han gav sig ut på sitt första uppdrag för organisationen.

– Jag kände att jag ville göra något vettigt av mitt liv och tog mig an ett antal uppdrag.

Ungefär i samma veva etablerade Läkare utan gränser ett projekt för att revidera sina interna guidelines, berättar han.

– **DÅ KOM VI ATT** prata om det här med att man ofta skickar ut ganska gröna läkare som ställs inför nyfödda sjuka bebisar eller svårt brännskadade patienter. Vad bra det vore om de hade någon form av bakjour att vända sig till.

När telemedicininitiativet startades kändes det därför självklart för Mats Blennow att anmäla sig som ett sätt att fortsätta göra stor skillnad även på hemmaplan.

– På det stora hela påminner det ganska mycket om ett bakjournarbete där jag kan guida läkarna på plats i till exempel Sydsudan, Mali eller Mellanöstern igenom olika utmaningar.

Ibland tvingas jag lägga lite sordin på stämningen och ta ner deras ambitioner. Det är viktigt att anpassa vården efter förutsättningarna och resurserna som finns att tillgå i det specifika fallet.

Telemedicin-kollegan och brännskadekirurgen Morten Kildal nickar instämmande. Han jobbar till vardags på brännskadeenheten på Akademiska men har lång erfarenhet av arbete



Musa Mansaray, sjuksköterska och klinisk mentor vid Läkare Utan Gränser utbildningsprogram i Kenema i Sierra Leone, bandagerar om ett skadat barn på Hangha-sjukhuset. FOTO MOHAMMED SANABANI.

på plats för Läkare utan gränser i bland annat Gaza, Ukraina och Syrien.

– Den främsta anledningen till att jag har engagerat mig i telemedicininitiativet är att jag känner att vi har ett ansvar att dela med oss av den här kunskapen världen över. 95 procent av alla brännskador sker i låginkomstländer och de flesta som drabbas är barn. Det finns ett stort behov av att sprida kunskapen om hur man tar hand om brännskador, svåra sår, infektioner, djurbett eller skador efter trafikolyckor.

EN STOR DEL AV HANS arbete i telemedicininitiativet går ut på att stötta sjuksköterskor och läkare lokalt, men självklart även läkare som reser ut för att hjälpa till i Läkare utan gränser

regi, berättar Morten Kildal. Arbets sättet liknar många gånger det arbete han utför hemma i Sverige.

– Jag sitter till exempel precis nu och väntar på samtal från Sundsvall och ska stötta kollegorna där på distans inom ramen för min vanliga tjänst. Jag tycker överhuvudtaget att det här arbetssättet borde användas mer i Sverige. Det finns många patienter med svåra sår som läggs om på olika mottagningar i årtal, där gemensamma specialistbedömningar motsvarande det vi gör inom telemedicininitiativet skulle kunna hjälpa.

Det som ofta är helt avgörande för att Morten Kildal ska kunna ge en bra stöttning på distans är bra bilder, berättar han. Via dem kan han få en uppfattning om hur stor skadan är, hur långt



Morten Kildal på plats i en av operationssalarna i Gaza.



Charles, som är regionalt ansvarig för att implementera telemedicinprogrammet i västra och centrala Afrika, visar sin kollega Nadine i Masisi i Kongo-Kinshasa hur plattformen ska användas.

FOTO LÄKARE UTAN GRÄNSER

TELEMEDICIN-INITIATIVET:

- Närmare 400 experter ingår i Läkare Utan Gränserns plattform för telemedicinrådgivning, som leds från ett koordinationscenter i Kanada.
- Under 2022 använde sig 200 av Läkare Utan Gränserns projekt av plattformen och över 4 000 anrop skickades ut.
- Flest anrop kom från Sierra Leone, Syrien och Kirgizistan.
- Arbetet med telemedicinprojektet är helt ideellt och görs vid sidan av heltidsjobbet. Många gånger kommer anrop på kvällar och helger. Ofta formas team av olika experter för att kunna ge så holistisk vård som möjligt.

läkningsprocessen har framskridit och om det handlar om akutbehandling, brännskadebehandling, kirurgi eller snarare rehabilitering.

Morten Kildal började arbeta för telemedicininitiativet 2019 och har sedan dess fått frågor från mer eller mindre hela världen, berättar han.

– **DE FLESTA FRÅGOR** kommer från Afrika, Mellanöstern, Haiti och Bangladesh. Det vanliga tillvägagångssättet är att det kommer en förfrågan per mejl med en bra bakgrund och relevant information som om de har tillgång till en operationsavdelning, labbsvar etcetera. Förfrågan går ut samtidigt till två, tre, fyra olika specialister som man anser är relevanta. Så på bara några timmar har experter från hela världen gjort bedömningar ur en massa olika vinklar och ganska snabbt kommit med bra råd i den aktuella situationen.

– Plattformen vi använder är relativt ny, inflikar Mats Blennow. Och den styrs från Läkare utan gränser i Kanada. Den mesta rådgivningen sker inte i realtid utan via plattformen när de

”

95 procent av alla brännskador sker i lägin-komst-länder och de flesta som drabbas är barn.

berörda specialisterna har tid att svara. För min del är det ofta jag som föreslår vilka ytterligare vi ska involvera. Handlar det om nyfödda är det ofta jag själv och eventuellt en barnkardiolog som konsulteras för att tolka hjärtultraljud eller kanske en genetiker för andra typer av frågeställningar. Det där funkar extremt bra tycker jag – snabbt och lätt när vi närmare 400 stycken specialister world wide och de har förvånansvärt kort responstid.

Vilken är den vanligaste frågan ni får via telemedicininitiativet?

– Den vanligaste frågan jag får handlar ofta om barn som har drabbas av brännskador – ofta av hett vatten som de har fått över sig i samband med matlagning över öppen eld. Då handlar det för mig om att bedöma brännskadan och djupet på den, avgöra vilken behandling som ska sättas in och ge råd om sår och såromläggning. Jag behöver också ta ställning till om barnet behöver opereras och på vilket sätt så att vi samtidigt säkerställer mobilisering. I alla de här stegen måste jag väga in förutsättningarna i form av

tillgänglig utrustning, om vi behöver täcka såren och så vidare, säger Morten Kildal.

– Den vanligaste frågan jag får handlar helt klart om prematura barn som har fötts långt ut på landsbygden och deras möjligheter till överlevnad, säger Mats Blennow.

Vilken är den största behållningen?

– För mig handlar det mycket om att vidga sina vyer. Det är också väldigt fint att se hur jag med små medel kan hjälpa till väldigt mycket. Jag har stor respekt för de yngre kollegerna som åker ut och när de hamnar i situationer där jag kan hjälpa till här hemifrån känns det väldigt bra. Över två miljoner barn dör under sin nyföddhetsperiod varje år, men det går att rädda en väldigt stor andel av dessa även utan tillgång till den högteknologiska utrustning vi har här hemma, säger Mats Blennow.

– Jag kan bara hålla med, säger Morten Kildal. Att kunna bidra med sin kunskap till de som står där och kan göra den här skillnaden för alla dessa barn känns så angeläget. 300 000 människor dör världen över i bara brännskador

”

Den vanligaste frågan jag får handlar helt klart om prematura barn som har fötts långt ut på landsbygden.

varje år. För mig är det här ett sätt att få möjlighet att bidra till att förbättra den vården och göra den tillgänglig för fler. Det ska också sägas att jag även lär mig själv väldigt mycket under det här arbetet. Ibland tar jag med mig saker hem som till exempel användandet av printade brännskademasker som de har arbetat mycket med på plats i Ghaza. Man lär sig otroligt mycket och det är verkligen en win win när vi alla delar med oss av vår kunskap i den här typen av nätverk.

Har ni några tips till kollegor som blir sugna på att testa det här arbetssättet?

– Fantastiskt att du vill bidra – men åk ut själv först. Det är mitt främsta tips. Många känner sig sugna och vill göra skillnad, men man måste ha varit där och i alla fall varit med om en handfull uppdrag för att få den fulla förståelsen. Du behöver helt enkelt själv ha upplevt hur det kan se ut långt ut på den afrikanska landsbygden för att förstå förutsättningarna fullt ut. Det är så otroligt annorlunda mot hur det fungerar till vardags här på hemmaplan med alla tänkbara tillgängliga resurser, säger Mats Blennow. ◀

Nytt system dröjer flera år

Bristen på läkemedel ökar och antalet restnoterade läkemedel växer. Läkemedelsverket arbetar för fullt med att hitta kreativa lösningar. Utlovade nya verktyg för att förskrivare snabbt ska få en tydlig lägesbild av bristsituationen dröjer dock.

TEXT EVA NORDIN

DET HANDLAR OM BRIST på basala läkemedel som berör patienter med omfattande medicinska behov. Förskrivare vittnar om förtvivlade patienter, men också om att kliniker inte kunnat följa internationella riktlinjer när ett specifikt läkemedel inte varit tillgängligt. Onödigt mycket tid måste läggas på att försöka hitta ersättningspreparat som inte alltid är listade i Fass.

– Det är förstås en allvarlig och djupt olycklig situation. Vi har flera regeringsuppdrag och arbetar för fullt med att hitta kreativa lösningar, säger Björn Eriksson, generaldirektör för Läkemedelsverket.

Det har tidigare inte funnits en tydlig överblick över tillgång och tillgänglighet till olika läkemedel, varken på kort eller lång sikt, menar han.

– Det finns en skyldighet att rapportera om en hotande brist på godkända läkemedel. Men vi behöver ett mycket bättre system och nya verktyg som kan ge kliniker en tydligare lägesbild av aktuell och framtida läkemedelstillgång.

Under Almedalsveckan deltog han i en paneldiskussion om läkemedelsbristen. Då utlovade han att nya



FOTO JEANETTE HÄGGLUND

BJÖRN ERIKSSON
är generaldirektör för
Läkemedelsverket.

verktyg ska tas fram för att underlätta för förskrivare.

Björn Eriksson menar emellertid att verktygen måste införlivas i befintliga kunskapsstöd. I förskrivningsögonblicket behöver kliniker snabbt få en digital översiktlig lägesbild och konkret information om tillgänglighet och tillgång till läkemedel.

– Vid restnoteringar behövs verktyg som kan hjälpa förskrivare att snabbt hitta alternativa läkemedel som Läkemedelsverket i konsensus med experter godkänt. En förutsättning är förstås den fria förskrivningsrätten och att vi har vårdinformationssystem som kan integrera dessa verktyg på ett smidigt sätt.

Hur länge det dröjer innan verktygen kan vara på plats är svårt att säga, menar Björn Eriksson.

– Jag tror, tyvärr, att det dröjer ett par år innan verktygen är implementerade. Jag vet ju hur svårt det har varit att införa den nationella läkemedelslistan.

DEN FÖRSTA JULI trädde den nya lagen om sanktionsavgift på upp till 100 miljoner kronor i kraft; de företag som inte minst två månader i förväg meddelar Läkemedelsverket om att försäljningen av ett läkemedel upphör tillfälligt eller permanent riskerar sanktionsavgifter. Den nya lagen har haft stor effekt, menar Björn Eriksson.

– Redan innan lagen trädde i kraft märkte vi en klar förbättring. Hotet om sanktionsavgift har gjort att industrin insett allvaret och vi ser en

snabbare och tydligare information om hotande brister.

Andra exempel på åtgärder som kan förbättra bristsituationen är en ökad regulatorisk flexibilitet, menar Björn Eriksson.

Det handlar om att ge farmaceuter utökade mandat att vid behov bryta läkemedelsförpackningar för att kunna ge exakt antal tabletter, exempelvis vid antibiotikabehandling. Vinsten skulle bli att fler patienter får ta del av läkemedel under kritiska restsituationer.

I GRUND OCH BOTTEN har ändå Sverige en jämförelsevis god läkemedelsförsörjning, understryker Björn Eriksson, och pekar på att läkemedelsbristen omfattar cirka sex procent av de totalt 16 000 godkända läkemedel som finns i Sverige.

– Det är viktigt att komma ihåg att till 94 procent har vi inga störningar vad gäller läkemedelsförsörjningen.

Vilka är då grundorsakerna till läkemedelsbristen och hur ska Sverige bli bättre på att säkerställa tillgången på basala läkemedel?

– Läkemedelsförsörjningen är beroende av en lång rad faktorer som

lin. Det uppstod då en bristsituation som ledde till att vissa länder började hamstra, vilket ytterligare förvärrade situationen, säger Björn Eriksson.

I REGERINGSUPPDRAGET ingår även att kartlägga befintlig och möjlig svensk läkemedelsproduktion och samverka med Norden, i syfte att stärka läkemedelsproduktionen och förstärka beredskapen.

Även inom EU pågår ett arbete för att säkerställa en bättre kontroll av läkemedelsförsörjningen inom unionen.

Björn Eriksson ingår i en styrgrupp av experter i Europa som på olika sätt arbetar för en stärkt beredskap och läkemedelsförsörjning.

– Vi listar preparat som står inför en bristsituation och vi har en kontinuerlig dialog med tillverkare om beredskap och produktionskapacitet för att öka tillgången.

I BÖRJAN AV JUNI överlämnades Riksrevisorns årliga rapport (2023) till riksdagen. I den konstateras att regeringen och ansvariga myndigheter inte skapat tillräckliga förutsättningar för en välfungerande livs- och

”Jag vet ju hur svårt det har varit att införa den nationella läkemedelslistan.”

många gånger är utanför Sveriges kontroll. Det handlar bland annat om säkerhetspolitik, energipriser, transporter, kronkurs och marknadsbedömningar. Det kan också handla om produktionsstörningar på grund av problem i en tillverkningsfabrik, i exempelvis Indien.

– **I VINTRAS HADE** vi även flera stora virusutbrott samtidigt och efterfrågan på antibiotika ökade globalt, det gällde särskilt amoxicil-

läkemedelsförsörjning; det behövs tydligare mål och ansvarsfördelning, samt system för systematisk uppföljning.

– Jag önskar att vi får uppdrag om att upprätta nationell översikt av tillgång och efterfrågan på läkemedel, att vi får uppdrag om att titta på fördelning och omfördelning av läkemedel, och att det även införs en obligatorisk lagerhållning i Sverige på flera olika nivåer. Det har jag framfört till min uppgradsgivare. ◀

FAKTA:

Läkemedelsverket har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga, analysera och föreslå åtgärder som kan förebygga och hantera rest- och bristsituationer av läkemedel för den svenska marknaden.

I UPPDRAGET INGÅR ATT BLAND ANNAT ATT:

- ▶ Kartlägga hur dessa situationer hanteras i andra länder och peka på åtgärder som kan mildra effekter av rest- och bristsituationer.
- ▶ Utreda och om möjligt föreslå åtgärder för att farmaceuter på ett bättre sätt ska kunna kommunicera med förskrivare om ordination av läkemedel.
- ▶ Utreda om författningsändring är lämplig för att för att farmaceuter ska kunna hantera utlämnande av läkemedel om det läkemedel som ska expedieras inte finns tillgängligt.
- ▶ Utreda om det är lämpligt att farmaceuter i vissa fall ska kunna bryta en läkemedelsförpackning för att kunna säkerställa att fler patienter får del av läkemedel under kritiska restsituationer.
- ▶ Ta fram förslag om hur information om parallellhandlade läkemedels och licensläkemedels tillgänglighet kan öka.
- ▶ Utreda om Läkemedelsverket genom sin tillsynsverksamhet i större utsträckning kan verka för att förebygga att restsituationer uppstår.

För uppdraget får Läkemedelsverket under 2023 använda 10 miljoner kronor. Myndigheten ska redovisa delar av uppdraget till Socialdepartementet senast den 31 maj 2024 och resterande delar den 15 februari 2026.

KÄLLA: SOCIALDEPARTEMENTET

"Att få ha ena foten kvar i läkaryrket är en ynnest"

Hur kommer det sig att du har valt att fortsätta jobba kliniskt trots din höga chefsposition?

– Redan när jag klev på mitt första verksamhetschefsuppdrag 2014 valde jag att kombinera det uppdraget med klinik en del av tiden. Jag var mitt i ett viktigt arbete med att utveckla obesitaskirurgin på vår klinik och ville hålla kvar i det, samt behövdes som bakjour. Jag tänkte också att verksamhetschef kanske inte är något jag kommer att vara resten av livet. Lite på samma sätt resonerade jag när jag fick det här uppdraget. Det känns också väldigt roligt att få arbeta konkret med hälso- och sjukvård ibland, inte bara strategiskt. Det är en bra påminnelse om att "det är det här jag jobbar för alla dagar" – även i min roll som vårddirektör där man ibland arbetar stenhårt med samma frågor, till exempel tillgänglighet, men där man inte ser effekten direkt. Men i grund och botten handlar det om att jag alltid har älskat mitt jobb som läkare. Att få ha ena foten kvar i yrket är en ynnest.

Vilka är de stora utmaningarna med att kombinera dessa båda roller?

– Den största utmaningen är helt klart tiden – att räkna till. För mig har det hela tiden varit viktigt att ha acceptans och förståelse från min egen chef och mina närmaste kollegor. Att alla är med på upplägget – även min man därhemma som ju också påverkas av att jag jobbar mycket. Den andra utmaningen är att ha koll på sina roller. När jag är bakjour en helg är det viktigt att komma ihåg att idag är jag bakjour



FOTO REGION ÖSTERGÖTLAND

JESSICA FRISK

är vårddirektör i Region Östergötland, men har valt att även jobba kvar som kirurg.

för kirurgen – inte vårddirektör. Då försöker jag att inte gå in i den typen frågor och då har jag även en annan chef i form av verksamhetschefen för kirurgen som jag arbetar på uppdrag åt. Sedan är det såklart oundvikligt att rollerna blandas lite ibland. Någon gång behöver jag ringa en patient akut under en dag som vårddirektör eller besvara ett brådskande mejl som bakjour, men det jämnar ut sig.

Vilka är de största fördelarna med att ha en fot kvar i den kliniska vardagen?

– Jag upplever stora fördelar åt båda håll. Efter en dag som läkare kan jag se många utmaningar som jag kan ta med mig in i arbetet som vårddirektör. När någon pratar

om till exempel Cosmic – ja, då vet jag hur det funkar och inte funkar. På samma sätt kan jag berätta för kollegor och medarbetare som jag träffar på, som kanske har känslan av att "det görs ingenting från ledningen" att jo, vi gör det här och det här för att förbättra detta just nu. Eller tipsa dem om med vem de kan lyfta en specifik fråga. Jag får också träffa studenter och det är ju väldigt viktigt! Men den allra största fördelen är ändå att jag tycker att det är så roligt och stimulerande.

Vilka reaktioner får du från omgivningen på det här upplägget?

– Det första jag brukar få höra är – hur hinner du det? En annan vanlig reaktion är "jaha men vad säger de då på golvet när du kommer där som vårddirektör?". Men då svarar jag att då är jag inte vårddirektör utan då är jag Doktor Jessica. Åt andra hållet är det många medarbetare som tycker det är positivt att någon i en högre chefsposition har kunskap om hur det är ute i vardagen. Jag känner mig väldigt trygg i att växla mellan mina roller och jag hoppas att det även gör att omgivningen känner sig trygg med vem de har framför sig. De reaktioner jag möter är mestadels positiva. Det finns det säkert de som har andra synpunkter – men de får jag inte till mig lika ofta. Jag har varit väldigt tydligt med mina närmaste kollegor att om de ser eller hör något som inte funkar med att jag har båda rollerna så vill jag höra det direkt, så jag kan göra något åt det. Men än så länge fungerar det bra och jag har ändå varit vårddirektör och kirurg i fyra år nu. ◀ TEXT MALIN GAVELIN

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

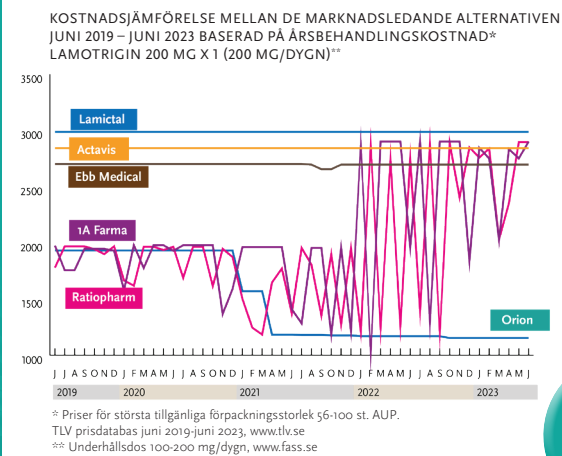
✓ Gör ett klokt val vid ordination - Välj Lamotrigin Orion



LÄS MER & BESTÄLL MATERIAL

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

Vid behandling av bipolär sjukdom och epilepsi.



Gör ett klokt val

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



Lamotrigin Orion (lamotrigin) antiepileptika [Rx] F. **Indikation och subvention:** Epilepsi: Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre, tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom, som tilläggsbehandling men kan ges som initial 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 symptom 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

Utlysning av forskningsstipendier 2023

från Stiftelsen Kvinnor & Hälsa, och 1,6 & 2,6 miljonerklubben

Hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor
på 180.000 SEK

Till Anna Söderbergs Minne:
Endometrios på 100.000 SEK
Hjärt-kärlsjukdom hos gravida på 100.000 SEK

Stipendierna kommer att delas ut den 4 mars 2024 i samband med Woman in Red-galan på Oscarsteatern i Stockholm.

Bedömning

Stipendierna gäller forskningsmässigt yngre forskare som just ska eller just har disputerat.

Deadline för ansökan

Ansökan ska ha inkommit till info@kvinnorochhalsa.com **senast 19 november 2023**. Den bör innehålla en tydlig forskningsplan, CV och publikationslista i ett samlat dokument. Någon speciell blankett behövs inte. Ansökan kan även vara på engelska.

För mer information

Läs mer på kvinnorochhalsa.com eller kontakta ordförande i stipendienämnden, professor Karin Schenck-Gustafsson på karin.schenck-gustafsson@ki.se



Kvinnor & Hälsa



Senast 2024 ska 80 procent av all journalförande vårdpersonal i Region Kronoberg använda taligenkänning. Tekniken ska framför allt, enligt regionledningen, snabbare tillgängliggöra journalanteckningar och frigöra tid för medicinska sekreterare. Vid Centrallasarettet i Växjö råder dock delade meningar om vinsterna med tekniken.

TEXT EVA NORDIN

FOTO LINA ALRIKSSON

EFFEKTIVT VERKTYG ELLER TIDSTJUV?

Delade meningar om **taligenkänning** i Växjö

Oense

Taligenkänning väcker blandade känslor. Överläkare Edvard Lekås är kritisk och anser att det är för lite AI-intelligens i systemet. Per Henrik Nilsson lovordar emellertid tekniken.



FAKTA: TIK

- ▶ I augusti 2021 fattade Region Kronoberg beslut om ett breddförande av taligenkänning, TIK. Dessförinnan hade ett pilotprojekt genomförts med 70 användare på åtta vårdenheter.
- ▶ TIK är integrerat med regionens journalsystem Cosmic.
- ▶ Tekniken bygger på Dragon Medical Direct som levereras av numera Microsoft-ägda Nuance.
- ▶ Tekniken runt taligenkänning är långt ifrån ny, men användbarheten, kvaliteten och träffsäkerheten har genom åren successivt utvecklats och förbättrats.
- ▶ Taligenkänning är kort sammanfattat en teknik som automatiskt översätter tal till text. Med hjälp av diktafon eller headset kan journalförande vårdpersonal använda sin röst för att tala in text direkt i journalen. Fördelen är att exempelvis dag-, journal- och patientanteckningar blir tillgängliga i realtid.
- ▶ Kringuppgifter som bokningsunderlag, provtagningsunderlag eller andra administrativa uppgifter kan skickas antingen som dikterat meddelande eller via Messenger till medicinsk sekreterare.
- ▶ Region Kronoberg är en av många regioner som inför TIK. Cirka 17 av 21 regioner i Sverige är i gång med att införa och använda taligenkänning.

Spela in möten

Överläkare Edvard Lekås hoppas att vården så småningom får mer intelligenta program som spelar in mötet mellan läkare och patient och automatiskt för in texten på rätt ställe i journalen.



Diktafon

Med hjälp av diktafon eller headset kan journalförande vårdpersonal använda sin röst för att tala in text direkt i journalen. Fördelen är att exempelvis dag-, journal- och patientanteckningar blir tillgängliga i realtid.

DET RÅDER BRITT-

SOMMAR när gångtrafikanter och cyklister skyndar fram i den tidiga morgonrusningen längs Växjösjöns strandkant.

Ett stenkast från sjön ligger Centrallasarettet, en av två akutsjukhus i Region Kronoberg.

På Medicinklinikens mottagning möter överläkare Per-Henrik Nilsson upp i mottagningsrummet.

– När erbjudandet kom att pilottesta taligenkänning var jag och några kollegor snabba med att hoppa på tåget. Jag är väldigt förtjust i taligenkänning. Det finns stora fördelar, inte bara för läkare, utan även för medicinska sekreterare och patienter.

SOM ÖVERLÄKARE PÅ medicinkliniken ansvarar Per-Henrik för flera verksamheter: diabetes- och njurmottagningar, dialys- och avdelningsverksamhet.

– Eftersom jag arbetar rakt in i journalsystemet kan jag göra klart och signera patientdokumentationen direkt. Det blir mindre dubbelarbete och patienten får tillgång till sin dokumentation på 1177 direkt efter sitt besök. Jag sparar kanske inte så mycket tid per patient, men det finns stora effektivitetsvinster om man ser till hela processen. Alla remisser lämnar oss direkt, jag slipper få tillbaka mängder med osignerade diktat som jag pratat in för flera veckor sedan. Jag slipper också leta gamla dikterade anteckningar och pinsamheten att behöva skicka brev till patienter flera veckor efter mottagningsbesöket, säger Per-Henrik Nilsson.

Han är nogna med att understryka att han

redan från början hade en positiv inställning, en förutsättning för att lyckas med ett förändringsarbete, menar han.

– Det krävs träning och tålmod för att förändra arbetssätt och införa ny teknik. Vi har kommit ganska långt på medicinkliniken, tack vare bra chefer som stöttar införandet. Det bästa sättet för att lyckas är att börja med personer som är nyfikna och villiga att genomdriva en förändring. Jag tror inte på tvång. Jag har suttit bredvid flera kollegor och stöttat dem i inlärningsfasen. Det går relativt snabbt. Vi får fler och fler användare och i dag använder ungefär hälften av medarbetarna taligenkänning. Även våra AT- och BT-läkare utbildas i programmet.

För att starta taligenkänningsprogrammet trycker Per-Henrik Nilsson på en mikrofonsymbol i journalsystemet (Cosmic). För att få fram menyerna klickar han på en listsymbol.

– Jag väljer lämplig mall i menylistan, exempelvis daganteckning eller journalanteckning. Jag får då upp en strukturerad mall med olika fält med sökord. Programmet är integrerat med medicinsk ordlista och förstår medicinsk terminologi bra. Det mesta blir överraskande nog rätt.

I början var han tvungen att avsätta cirka 45 minuter per mottagningsbesök för att hinna med diktat med taligenkänning. Successivt har han blivit snabbare och är nu nere på 30 minuter per patientbesök.

– **DET ÄR EN VISS INSKOLNING.** Programmet behöver tid att lära sig användarens dialekt och röstprofil. I dag förlorar jag ingen nämnvärd tid på att använda taligenkänning, trots att pro-

” Jag skulle bli otroligt besviken om arbetsgivaren skulle fatta ett beslut om att vi inte längre ska ha taligenkänning på grund av besparingskrav.

grammet inte är felfritt. Jag behöver förvisso korrigerat text när det blir fel och ibland komplettera med medicinska sökord. Men programmet lär sig snabbt, och ju mer jag använder det desto bättre går det.

När Per-Henrik Nilsson testade en annan teknisk lösning för några år sedan hade programmet svårt att förstå hans skånska dialekt. I dag kan programmet klara dialekter och språkbrytningar överraskande väl, menar han.

– Men det finns så klart en bortre gräns för vad programmet klarar.

Till största delen använder han taligenkänning med diktat efter patientbesöket. Men det händer även att patienten sitter med i rummet, särskilt vid sjukskrivningar och remisshantering.

– **MÅNGA PATIENTER** är nyfikna och ställer frågor. Alla blir också vinnare när exempelvis ett sjukskrivningsintyg går digitalt till Försäkringskassan och patienten får en kopia direkt i handen.

Att införa ny teknik kostar och för varje användare av taligenkänning krävs en licens som arbetsgivaren måste betala för.

– Men det skulle nog vara dyrare att avstå tekniken. Jag skulle bli otroligt besviken om arbetsgivaren skulle fatta ett beslut om att vi inte längre ska ha taligenkänning på grund av besparingskrav, säger Per-Henrik Nilsson.

På kirurgkliniken är dock intresset för taligenkänning svalt.

Edvard Lekås är överläkare och urolog samt fackligt aktiv i Sjukhusläkarna i Region Kronoberg.

– Det är en teknik som inte sparar tid för läkaren. Man behöver manuellt korrigera det som blir fel, träffsäkerheten är kanske runt 90 procent. Tillförlitligheten är mycket lägre

jämfört med när medicinsk sekreterare skriver ut diktaten.

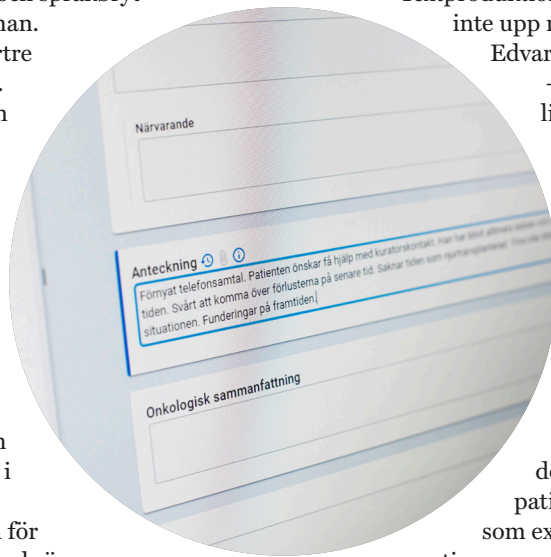
KRITIKEN, MENAR HAN, kan delas upp i två delar. Den ena delen rör det tekniska; den medicinska ordlistan fungerar inte optimalt, för mycket arbete krävs för att skriva in korrekta medicinska termer som inte finns i ordlistan. Textproduktionen i programmet svarar heller inte upp mot förväntningarna, menar Edvard.

– Jag kan tycka att det saknas för lite AI-intelligens i programmet. Taligenkänning sparar inte tid, tvärtom, det tar mer tid. Det är högst irriterande att behöva justera saker som fel- och särskrivningar och manuellt skriva in medicinska termer som saknas. Vissa egennamn eller ord i vanligt tal som inte förekommer särskilt ofta i medicinsk terminologi finns inte heller med här. Dessutom måste den administrativa delen runt patienten skötas med andra verktyg, som exempelvis kallelser eller ordinationer av prover.

På kirurgkliniken har man infört taligenkänning endast för daganteckningar och operationsberättelser. Inskrivningsanteckningar, mottagningsanteckningar och övriga anteckningar samt intyg görs på sedvanligt sätt.

EDVARD LEKÅS STÄLLER sig även kritisk till själva införandeprocessen av taligenkänning.

– Arbetsgivare har generellt en tendens att köpa in ofärdiga system av kommersiella aktörer som inte är särskilt bra på att lyssna på användarna. Jag är på intet sätt teknikfientlig, men jag skulle önska att man i nära dialog med oss användare utvecklar program som verkligen stöttar och avlastar oss.



Teknik

TIK är kort sammanfattat en teknik som automatiskt översätter tal till text.



▲ Dialog

”Jag är på intet sätt teknikfientlig, men jag skulle önska att man i nära dialog med oss användare utvecklar program som verkligen stöttar och avlastar oss”, säger Edvard Lekås.

◀ 75 timmar

I en förstudie från Region Kronoberg görs en uppskattning att TIK frigör 75 timmar för varje skrivande journalförande heltidsarbetande medarbetare per år. ”För dikterande läkare såg man dock ingen tidsvinst. Det är heller inget regionen räknar med”, säger projektledaren Anna-Maria Königsson

Taligenkänning som den är idag på en slags enklare form av maskininlärning, menar Edvard Lekås.

– Min förhoppning är att vi så småningom får mer intelligenta program. Om vi skulle få maskiner som spelar in mötet mellan läkare och patient, skapar en journal, strukturerar och automatiskt för in texten på rätt ställe i journalen, då skulle vi få ett verkligt genombrott.

Anna-Maria Königsson är projektledare och ansvarig för breddinförandet av TIK i Region Kronoberg. Den teknik som Edvard Lekås refererar till existerar redan och finns runt hörnet, menar hon.

– Det är AI-baserad teknik som är i kliniskt bruk på 10 sjukhus i USA under namnet DAX Copilot. Det är imponerande vad den kan åstadkomma.

Sverige har en hög digitaliseringstakt, men det kommer ändå att dröja innan produkten blir anpassad till svenska journaler och förhållanden, menar Anna-Maria.

– Jag skulle ändå vilja påstå att vägen till DAX går via TIK. De bygger på samma plattform och kompletterar varandra. Vi är inne i en period av snabb teknisk utveckling och medarbetare i sjukvården behöver vara med på resan för att dra nytta av AI-utvecklingen.

I EN FÖRSTUDIE FRÅN Region Kronoberg görs en uppskattning att TIK frigör 75 timmar för varje skrivande journalförande heltidsarbetande medarbetare per år.

– För dikterande läkare såg man dock ingen tidsvinst. Det är heller inget regionen räknar med, även om TIK snabbar upp arbetet när journalanteckningar finns på plats direkt i journalen.

Målet med införandet av TIK är att frigöra tid framför allt för medicinska sekreterare, öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön för vårdpersonalen. Det finns dock delade meningar om taligenkänning och olika kliniker har kommit olika långt, menar Anna-Maria.

– Ledningens mål är att 80 procent av alla journalförande vårdanställda ska använda TIK. Det är inget frivilligt arbete. Ett av målen med taligenkänning är att medicinska sekreterare



!
Det finns enligt regionen inget uttalat mål att TIK ska spara tid vid varje enskilt patientmöte

kunna göra andra saker än att skriva diktat, exempelvis avlasta sjuksköterskor.

Utmaningen med införandet av TIK är att rutiner och arbetssätt påverkas, precis som med alla förändringsprojekt, menar Anna-Maria Königsson.

– Vår support har utbildningar och andra stödinsatser för att hjälpa vårdpersonalen att komma i gång med taligenkänning. Vi rekommenderar också att man förlänger patientbesöken under inlärningstiden.

Taligenkänning är ett känsligt verktyg. Röst-

profilen kan skadas om man leker med programmet eller lånar ut sitt verktyg till en kollega.

– **PROGRAMMET LÄR SIG** den enskilde användarens dialekt och röstprofil och vi har haft exempel när man skojat med programmet, sjungit eller förvrängt rösten, då saboterar man själva inlärningen och taligenkänningen kommer att fungera sämre.

Projektet med breddinförande av TIK är i slutfasen. Nu fortsätter projektet i förvaltning, det vill säga att verksamheterna själva kommer

◀ Inga uppsägningar

Regionledningen har varit tydlig med att inga medicinska sekreterare ska förlora jobbet på grund av TIK. Här samtalar överläkare Edvard Lekås med Ingrid Gerleman, medicinsk sekreterare.

▼ Projektledare

En av de stora utmaningarna är att motivera läkare att använda TIK, menar projektledaren Anna-Maria Königsson. "Vi har kunnat se att flera av dem som kritiserar taligenkänning inte har använt tekniken i tillräckligt stor utsträckning."



att ansvara för användningen av TIK. För att stötta den fortsatta implementeringen har projektet lämnats över till särskilda arbetssättsgrupper, som ett stöd i förändringsledningen.

– Syftet är att se till att tekniken och verktygen används, men också för att verksamheterna ska få en chans att vara delaktiga i förbättringar av funktioner och rutiner. TIK är så mycket mer än tal till text. Tack vare röststyrning kan man med hjälp av autotexter och kommandon minska klickandet i journalsystemet och snabba upp journalförandet ytterligare. ◀

Omfattande sexism på franska sjukhus

Sexistiska skämt, tafsande och tystnadskultur. Trots att kvinnorna nu är i majoritet inom läkarkåren är könsdiskriminering vanligt på sjukhusen i Frankrike och i AT-läkarnas matsalar finns fortfarande målningar med pornografiska inslag.

TEXT ANNA TRENNING-HIMMELSBACH

SOLEN LYSER IN GENOM de sneda takfönstren i entréhallen på regionsjukhuset. Det är lunchtid och kafeterian är fullsatt.

– Maten är bättre här än i personalmatsalen, förklarar Marie-France Olieric och äter en sallad i rasande fart mellan två arbetspass. Då och då hälsar hon på en kollega. En av dem är liksom hon själv aktiv inom sjukhusets jämställdhetskommitté, ett exempel på att saker och ting håller på att förändras till det bättre, förklarar hon.

– Ja, vi måste träffas snart för att prata om hur vi ska få med oss fler läkare i gruppen.

Marie-France Olieric är chef för gynekologi- och obstetrikavdelningen på sjukhusen i städerna Metz och Thionville i nordöstra Frankrike. Men när hon möter Sjukhusläkaren är det i egenskap av ordförande för den nationella föreningen Donner des Elles à la Santé.

Trots att kvinnorna sedan förra året är i majoritet bland de yrkesaktiva läkarna i Frankrike, är en rad konservativa föreställningar om könen

fortfarande levande. Även i ett modernt byggnadskomplex som här i Metz, säger Marie-France Olieric.

”Fanns det ingen annan kandidat?” Hon berättar om reaktionerna från kollegor, när hon själv utsågs till ordförande för det medicinska läkarrådet på regionsjukhuset.

– Jag blev förstas arg. Jag tror aldrig att någon hade ställt den frågan till en man.

DET ÄR OCKSÅ VANLIGT att kvinnliga läkare utsätts för andra former av kränkande och särskiljande beteenden. Det kan handla om allt från kommentarer om klädsel och ”det är trevligt att vi har en kvinna med oss i operationssalen idag”, till olika sätt att bromsa någon i karriären och sexuella övergrepp.

Marie-France Olieric grundar påståendet på en enkät som har gjorts av opinionsinstitutet Ipsos på uppdrag av föreningen Donner des Elles à la Santé.

82 procent av de tillfrågade kvinnliga läkarna



Kränkningarna kan bestå av allt från kommentarer om klädsel till olika sätt att bromsa någon i karriären och regelrätta sexuella övergrepp.

OM UNDERSÖKNINGEN:

Enligt den senaste undersökningen genomförd av opinionsinstitutet Ipsos på uppdrag av föreningen ”Donner des Elles à la Santé”:

- **82 procent** av de kvinnliga sjukhusläkarna säger att de har diskriminerats på grund av sitt kön.
- **64 procent** av de tillfrågade kvinnliga läkarna säger att de har utsatts för sexistiska kommentarer eller skämt med anspelning på deras utseende, kläder eller deras yrkesmässiga kunskaper.
- **50 procent** har fått upprepade och inkräktande frågor om deras sexuella eller privata liv.
- **37 procent** har utsatts för påträngande förfrågningar eller uppträdande för att de ska lämna ut sitt telefonnummer.
- **30 procent** säger att de har utsatts för gester med sexuell anspelning, eller beröringar utan sitt medgivande.
- **20 procent** har utsatts för ett upprepat tryck från personer som vill ha sexuella favörer.
- **17 procent** av de tillfrågade har utsatts för sexuella övergrepp.
- **36 procent** av de utsatta uppger att de inte har talat med någon om övergreppen, varken på eller utanför arbetsplatsen. Vissa för att de inte uppfattade händelsen som allvarlig, men **19 procent** för att de är oroliga för repressalier, och **30 procent** för att de uppfattar att personen som har begått övergreppet är oantastlig.
- I de fall då händelsen har rapporterats har **22 procent** lett till sanktioner mot förövaren, och i **12 procent** av fallen har sjukhusledningen beslutat om nya åtgärder för att bekämpa sexuella övergrepp.

FOTO GETTY IMAGES

uppges där att de har blivit diskriminerade på grund av sitt kön. 16 procent säger att de inte har fått en befordran för att de är kvinnor, ofta med motiveringen att de är olämpliga för posten på grund av att de har barn eller riskerar att få barn.

– Det är ju egentligen illegalt. Och en graviditet ska ju inte vara ett problem. Man är borta från jobbet i några månader.

KVINNORNA ÄR underrepresenterade som klinikchefer, men framför allt är de få bland professorerna på medicinutbildningarna, säger Marie-France Olieric. Hon förklarar det med att männen utser personer som liknar dem själva, alltså andra män.

– Ännu fler kvinnor borde också söka platserna. Det är sannolikt vanligt att kvinnor under-skattar sig själva, säger hon.

Men problemen finns också på ett annat plan.

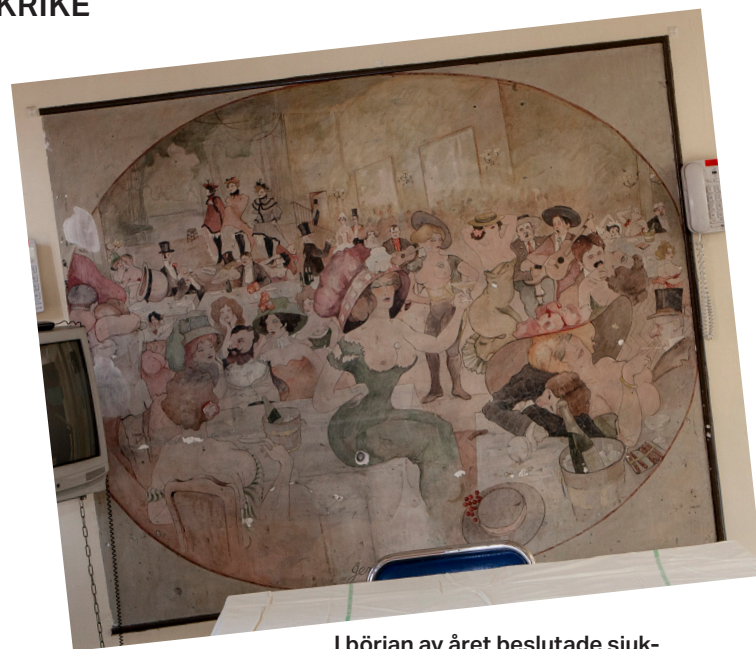
30 procent av kvinnorna uppges att de har utsatts för tafsande, och 17 procent för regelrätta övergrepp. 36 procent av de utsatta säger att de inte har talat med någon om det inträffade.

– Det är skrämmande. Jag tror att det i vissa fall beror på att de utsatta tror att det inte tjänar något till att anmäla saken. Ibland beror det på att sexismen är banaliserad. Vi som jobbar inom den här miljön är till exempel vana vid en viss jargong, som inte skulle accepteras på andra arbetsplatser idag, säger Marie-France Olieric.

Ett uttryck för den råa jargongen, ofta med sexuella inslag, säger hon är de väggmålningar som har funnits i AT-läkarnas matsalar på de offentliga sjukhusen.

I BÖRJAN AV ÅRET beslutade sjukvårdsministern att freskerna skulle målas över. Motivet var att de ofta har pornografiska inslag, och bygger på stereotypa föreställningar om könen.

Ämnet är omstritt inom Läkarkåren. Fotografen Gilles Tondini, som åker land och rike runt för att dokumentera väggmålningarna, anser att det är en feltolkning att se dem som sexistiska. Han säger att det handlar om en över hundra år gammal tradition bland "les carabines", läkar-



I början av året beslutade sjukvårdsministern att freskerna med pornografiskt innehåll ska målas över. FOTO GILLES TONDINI



82

procent av de kvinnliga sjukhusläkarna säger att det har diskriminerats på grund av sitt kön.

praktikanterna, och att freskerna har ett kulturhistoriskt värde. Tillsammans med en rad andra personer försöker han nu ändra beslutet, bland annat genom att vända sig till UNESCO för att få väggmålningarna klassade som världskulturarv.

Ett vanligt försvar för de sexuella inslagen både i freskerna och i språket i Frankrike är att läkarna arbetar under hård press, och ofta möter olycka och död i sina arbeten.

– Det finns många arbeten som är tunga. Jag vet inte om läkarna har större behov av att släppa på trycket än andra yrkesgrupper. Vi möter ju inte bara döden, utan också livet, säger Marie-France Olieric.

HON TROR ATT DET Finns flera förklaringar till att fördomarna om kön är seglivade inom vården. En kan vara att läkarna med sina långa utbildningar uppfattar att de står över den typen av problem. En annan att bilden av att doktorn är en man fortfarande är levande i samhället.

– Även om en manlig läkarpraktikant är tjugo år yngre än jag, tror patienterna att det är han som är chefen, och jag som är hans assistent.

Marie-France Olieric är dessutom övertygad om att fenomenet också beror på att en del män håller fast vid sina positioner.

Men situationen håller på att förändras, bland annat tack vare rörelser som MeToo.

– Yngre nyutbildade kollegor accepterar inte

alls samma saker, som vi som har jobbat länge.

Donner des Elles à la Santé, föreningen där hon själv är ordförande, har också drivit igenom konkreta förändringar. Nyligen fick medlemmarna de offentliga sjukhusens centrala organisation att upprätta ett nytt jämställdhetsavtal. De har också övertygat ett 60-tal sjukhusledningar att bilda kommittéer som arbetar för att förbättra situationen.

Mycket av arbetet handlar om att medvetandegöra.

– Det finns arbetsgivare som påstår att det inte finns några jämställdhetsproblem på deras sjukhus, och som blir förvånade när de upprättar statistik och ser att könsfördelningen är snedvriden.

MARIE-FRANCE OLIERIC säger också att föreningen arbetar med att sjukhusen ska förbättra stödet till personer som utsätts för trakasserier eller sexuella övergrepp.

Själv förespråkar hon också könskvotering för chefsposter och för styrelseuppdrag.

Trots de dystra siffrorna är hon optimistisk, säger hon med eftertryck innan hon rusar i väg till eftermiddagens arbetspass.

– Jag tror faktiskt att situationen kommer att vara helt annorlunda om vi gör om den här intervjun om tio år. Kanske redan om fem. Äntligen har det börjat röra på sig. ◀



DONNER DES ELLES À LA SANTÉ

- ▶ Den nationella föreningen bildades för fyra år sedan och arbetar för jämställdhet mellan könen och för nolltolerans mot diskriminering och sexism inom vården.
- ▶ Namnet går inte att översätta, eftersom det bygger på en fonetisk ordlek, som handlar om att ge vården vingar/honor. "Ge vingar/honor åt vården"

FRANSKA LÄKARE:

- ▶ Frankrike har 198 000 aktiva läkare (plus 35 000, bland annat pensionerade läkare som arbetar då och då).
- ▶ 2022 var det första året då andelen kvinnor inom yrket är högre än andelen män.
- ▶ Kvinnornas andel av läkarkåren uppgår idag till 50,5 procent, och över 70 procent av studenterna på medicinutbildningen är kvinnor.
- ▶ 48,1 procent av läkarna är enbart löntagare, och arbetar framför allt på sjukhusen.
- ▶ Resten arbetar som fria yrkesutövare, eller kombinerar en anställning med ett arbete på egen praktik.
- ▶ 42,5 procent av läkarna är "allmänläkare", ofta med en egen praktik. Av dem är 52,5 procent kvinnor.
- ▶ Kvinnorna utgör 53,3 procent av de övriga medicinska specialistläkarna, och 34,1 procent av kirurgerna.

KÄLLA: CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, DE FRANSKA LÄKARNAS OBLIGATORISKA YRKESFÖRBUND

HÄR TJÄNAR ST-LÄKARNA MEST OCH MINST I SVERIGE

I Region Skåne tjänar den sämst betalda ST-läkaren hela 10 000 kronor mindre i månaden än sin motsvarighet i Region Halland. Sjukhusläkarens kartläggning av medel- och minilönerna för ST-läkarna runt om i landet visar på stora skillnader som långt ifrån alltid hänger ihop med vald specialitet.

SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

Observera att det i medellönerna inkluderas dubbelspecialister eftersom regionernas system i vissa fall inte kunde exkludera dem.

Snittlön för ST-läkare i primärvården

REGION	MEDEL- & MINILÖNEN FÖR ST-LÄKARE Medel (kr/mån)	Mini (kr/mån)	VILKEN SPECIALITET TILLHÖR LÄKAREN med minilön?	Snittlön för ST-läkare i primärvården
Uppsala län	54 254	44 700	Klinisk mikrobiologi	51 970
Västmanland	54 089	49 700	Hud	55 439
Västernorrland	52 432	48 400	Barn-och ungdomsmedicin	51 946
Blekinge	51 985	48 000	Kardiologi	54 426
Sörmland	51 959	47 800	Internmedicin	54 479
Gotland	51 770	48 300	Ortopedi	54 830
Halland	51 602	49 000	Anestesi/Intensivvård	52 488
Dalarna	51 182	48 700	Geriatrisk	55 940
Örebro län	51 200	47 000	Ortopedi, kirurgi och internmedicin	55 500
Norrbottnen	51 048	47 000	16 läkare inom en rad olika specialiteter	54 290
Gävleborg	50 955	46 500	Arbetar på Röntgen Gävle	55 573
Västerbotten	50 383	43 000	Reumatologi	53 028
Östergötland	49 351	43 800	Öron-, näs- och halssjukdomar	50 236
Jönköpings län	48 950	44 000	Ortopedi	53 850
Stockholm	48 800	43 000	Internmedicin	50 200*
Värmland	48 730	45 800	Radiologi	51 949
Kalmar län	48 675	44 500	Internmedicin	49 496
Skåne	48 247	39 200	Anestesi/intensivvård	48 392
Jämtland Härjedalen	47 125	44 000	Barn och ungdomsmedicin	53 825
Kronoberg	47 105	44 000	Kirurgi	50 416
Västra Götaland	45 756	40 800	Internmedicin	52 245



FLER LÖNER!
I nästa nummer kikar vi närmare på de färdiga specialis-
ternas löner.

BLICKA FRAMÅT

Minska försämringen av lungfunktionen och bromsa sjukdomsutvecklingen nu^{1,2}

OFEV® (nintedanib) – det första och enda läkemedlet godkänt för lungfibros av autoimmun orsak såsom RA-ILD och SSc-ILD.*

Sedan 2015 har OFEV® varit godkänt för idiopatisk lungfibros.¹

*Interstitiell lungsjukdom vid reumatoid artrit respektive systemisk skleros.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé. Fass.se.
2. Flaherty KR, et al. N Engl J Med 2019;381(18):1718–27.

Förskrivningsinformation: Ofev® (nintedanib) mjuk kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. **Indikationer:** Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF), andra kroniska fibrotiserande interstitiella lungsjukdomar (ILD-sjukdomar) med en progressiv fenotyp och systemisk sklerosassocierad interstitiell lungsjukdom (SScILD) hos vuxna. **Kontraindikationer:** Graviditet. Överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. **Varningar och försiktighet:** Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Blödning och tromboemboliska händelser. Amning ska avbrytas. Boehringer Ingelheim AB, tel: 08-721 21 00. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 07/2023.

Boehringer
Ingelheim

OFEV®
nintedanib

Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

NYA REGLER KRING DYNGNSVILA – VAD GÄLLER?

Från den 1 februari 2024 kommer de nya reglerna för dygnsvila att gälla även för läkare. Kortfattat handlar bestämmelserna om att alla medarbetare som huvudregel ska ha minst elva timmars sammanhängande dygnsvila under varje enskild 24-timmarsperiod. Efter varje arbetspass ska det följa dygnsvila. För många inom sjukvården kommer de nya direktiven att skapa stor förändring. Vi har ställt 16 frågor till Läkarförbundet för att reda ut en del av frågetecknen.

SAMMANSTÄLLNING ANNA SOFIA DAHL ILLUSTRATIONER GETTY IMAGES

? Varför kommer de här nya reglerna nu? Och vad vill man uppnå med dem?

EU ansåg att det tidigare kollektivavtalet inom region och kommun (som omfattar alla anställda inom sektorn) inte följde reglerna i EU:s arbetstidsdirektiv. Om ett kollektivavtal inte uppfyller minimikraven kan det ogiltigförklaras. Den svenska regeringen gav därför parterna i uppdrag att förhandla fram nya regleringar om dygnsvila som skulle leva upp till minimikraven enligt EU:s arbetstidsdirektiv.

Reglerna om dygnsvila är skyddslagstiftning och syftet med arbetstidsdirektivet är att säkerställa att alla får minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila. Det är en viktig förutsättning för vila, återhämtning, långsiktig hälsa och möjlighet till ett hållbart arbetsliv.

Läkarförbundet har konstaterat att för vissa verksamheter/läkare (ex. läkare utanför storstäder, transplantationsläkare och internationella flygtransporter) är det omöjligt med 11 timmars dygnsvila och krävde därför och fick igenom ett antal undantag i avtalet

? Finns det några oklarheter som behöver lösas innan 1 februari?

Förbundet och SKR har olika syn på hantering av jourkompledighet och veckovila. Mer specifikt rör det jourkompledighet i förhållande till kompenserande vila samt veckovila som separat rättighet på 36 timmar i förhållande till dygnsvila på 11 timmar.

? Vilka undantag kan göras?

Det finns ett antal tillfällen när undantag är tillåtna. Generellt gäller att det ska finnas särskilda skäl och gälla verksamhet som har ansvar för liv, hälsa och säkerhet.

? Vem beslutar om undantag? Var vänder jag mig för att diskutera undantag?

För att undantag ska kunna göras måste arbetsgivaren förhandla med den lokala arbetstagarorganisationen, dvs lokalföreningen i respektive region. Det är i slutändan arbetsgivaren som beslutar om undantag ska tillämpas i verksamheten. Det är inget man som anställd kan bestämma.

Det är planerade undantag som måste förhandlas. Oförutsedda händelser (inklusive störningar under beredskap) är av förklarliga skäl inte möjliga att förhandla i förväg eftersom det är något som arbetsgivaren inte kan förutse.

? Räknas jourkompledighet som vila?

Förbundet anser att jourkompledighet inte ska användas för att uppnå dygnsvila, veckovila eller kompenserande vila eftersom det var en av de saker som EU-kommissionen kritiserade vårt kollektivavtal för att det inte följde Arbetstidsdirektivet. Det vill säga att arbetstagararen ska kompenseras om att den inte får sina



LITEN ORDLISTA:

Dygnsvila – Du ska under ett dygn ha minst 11 timmars sammanhängande vila. .

Veckovila – Du ska under en arbetsvecka en sjudagarsperiod ha minst 36 timmars sammanhängande veckovila.

Dygnsbryt/brytpunkt – Tidpunkten då ditt arbetsdygn startar. Det kan vara när som helst på dygnet. Den kan skilja sig från dina kolleger, men du ska ha samma brytpunkt under hela schemaperioden.

11 timmars sammanhängande dygnsvila och i förhandlingarna var parterna överens om att medlemmarna själva inte skulle betala för den vilotiden.

? Hur får man ut en 40-timmarsvecka om jourkompledighet inte får användas för att få kompenserande vila?

Jourkompledighet som läggs ut annan tid förutsätter att ordinarie arbetstid läggs ut först och detta är möjligt att göra under hela schemaperioden. 40 timmar i genomsnitt per helgfri vecka är ett genomsnitt för hela schemaperioden. Det kan tex innebära att en vecka bara har 35 timmar ordinarie arbetstid utlagd men en annan vecka har 45 timmar utlagd.

? Ska kompenserande vila ges som betald arbetstid?

Ja.

? Hur räknas störningar under beredskap (bakjour) och hur ska de kompenseras?

Om störningarna under beredskapen gör att du inte får 11 timmars sammanhängande dygnsvila ska du ges kompenserande vila för den faktiska arbetade tiden som bröt dygnsvilan. Kompenserande vila för störningar under beredskap ska som huvudregel förläggas till efterföljande dygnsvila, men går att skjuta på i upp till 14 kalenderdagar om det finns objektiva skäl. Läs mer om detta på Läkarförbundets hemsida.

? Vad händer om exempelvis en operation drar ut på tiden och jag måste jobba över?

En operation som drar ut på tiden och som innebär att man jobbar över är att betrakta som en oförutsedd händelse enligt kollektivavtalets mening. Om den oförutsedda händelsen gör att du inte får 11

timmars sammanhängande dygnsvila ska du ges kompenserande vila för den faktiska arbetade tiden som bröt dygnsvilan. Kompenserande vila för en oförutsedd händelse ska som huvudregel förläggas till efterföljande dygnsvila, men går att skjuta på i upp till 14 kalenderdagar om det finns objektiva skäl. Läs mer om detta på Läkarförbundets hemsida.

? Om det inte går att få ihop bemanningen, vad händer då?

Läkarförbundet har förhandlat fram möjlighet till dispens och undantag i vissa typer av verksamheter där man har sett att det inte är möjligt att kunna efterfölja det nya regelverket. Förbundets bedömning är att både arbetsgivarna och ansvariga politiker kommer att behöva göra extra satsningar för att få tillämpningen av de nya reglerna att fungera. Kompetensbrist kan vara skäl för att göra avsteg från reglerna. Men det förutsätter att arbetsgiva-

ren prövat alla andra möjligheter att bemanna verksamheten. Användning av planerade undantag från bestämmelser om dygnsvila ska dock årligen följas upp och kan då diskuteras i samverkan mellan parterna på lokal nivå. Syftet med den årliga uppföljningen är bl.a. att man ska se om det går att lösa bemanningen på annat vis och att man inte bara fortsätter tillämpa undantagen slentrianmässigt.

? Kan man komma överens om lokala avsteg?

! Nej, inte gällande dygnsvila

? Vad händer om jag inte registrerar min arbetstid och istället skriver upp den likt "samvetsflex"?

! För att hantering av både arbetstid, vila och ersättningar ska bli rätt är det viktigt att all arbetstid registreras rätt.

? Gäller det alla, även hyrpersonal?

! Ja, alla omfattas av reglerna

? Vad händer om jag har olika arbetsgivare, vilken dygnsvila räknas?

! Det är arbetsgivarens ansvar att se till att du får det skydd som arbetstidslagen och EU:s arbetstidsdirektiv ger eftersom denne är ytterst ansvarig för din arbetsmiljö. Det innebär att arbetsgivaren är skyldig att samordna och hålla koll så att de inte bryter mot dygnsvilo-reglerna eller andra arbetstidsregler då du tar extra arbetspass i annan

verksamhet hos samma arbetsgivare. Har du olika arbetsgivare ska respektive arbetsgivare hålla koll på dygnsvila i sina verksamheter – de har ingen skyldighet att ansvara för arbetstid hos annan arbetsgivare.

? Vad händer om man bryter mot reglerna?

! EU-rätt är överordnad svensk rätt vilket

innebär att Sverige är skyldiga att införliva och följa EU-lagstiftningen. Det är alltså inte möjligt att säga nej till att följa EU-lagstiftning, i det här fallet arbetstidsdirektivet.

Att fortsätta på de gamla reglerna hade inneburit ett brott mot EU-lagstiftningen. Då hade regeringen tvingats ingripa och lagstifta i frågan i stället.

Detta skulle med all sannolikhet innebära regler som var dåligt anpassade till läkarnas arbetstider och Läkarförbundet skulle fått mycket svårt att påverka reglerna framöver.

? Hur långt får ett arbetspass vara?

! Ett arbets- eller jourpass kan som huvudregel vara max 13 timmar långt. Detta för att 11 timmars dygnsvila ska erhållas per 24-timmarsperiod. Vissa undantag från huvudregeln kan göras och det är i vissa fall möjligt med arbetspass på 15 timmar. För mer information om när det är möjligt att göra avsteg från huvudregeln, läs mer på Läkarförbundets hemsida.



LÄS MER!
Mer information om dygnsvila hittar du på Sveriges läkarförbunds hemsida: slf.se



Mesalazin Orion
mesalazin

Vid behandling av
ulcerös kolit

Enterotablett och suppositorium 500 mg och 1000 mg

Välj Mesalazin Orion

– ett generiskt alternativ

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

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



LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



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

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx]. (F). Enterotabletter, Indikation och subvention: Behandling av akut fas av mild till måttlig ulcerös kolit, underhållsbehandling vid remission av ulcerös kolit. Säkerhet och effekt för barn och ungdomar <18 år har inte fastställts, ska inte ges till barn <5 år. **Försiktighet:** Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Ska inte användas under graviditet och amning såvida inte den potentiella nyttan av behandlingen överväger de möjliga riskerna enligt läkarens bedömning. **Suppositorier, Indikation och subvention:** Behandling av distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) vid lindriga eller måttliga akuta exacerbationer, underhållsbehandling vid remission. Det finns begränsat med information för användning hos barn mellan 6–18 år, rekommenderas inte för användning hos barn <6 år. **Försiktighet:** Utöver vad som gäller för enterotabletter, ska kontroll av blodprover (fullständig blodstatus) och urinprover utföras två veckor efter påbörjad behandling och med 4 veckors intervall. Om proverna är normala ska uppföljningsproven tas var 3:e månad. **Senaste översyn av produktresumé:** Enterotabletter 500 och 1000 mg och Suppositorium 500 och 1000 mg: 2023-01-25. För priser och ytterligare information se www.fass.se. mesa-4(8)/2023.09.30

"Det tar tid att inse den fulla vidden av meningslösheter"

1 Varför valde du att skriva den här boken?

– Jag har varit i chef i 18 år och under den tiden har jag succesivt lagt märke till den funktionella dumhetens utbredning. Det tar tid att inse den fulla vidden av meningslösheter – särskilt när alla omkring dig påstår att det är rätt och riktigt. Ifrågasätter man det som ses som etablerad sanning blir man också förminskad. Det är oftast en kombination av att folk tror att det påbudna är det enda rimliga och att de inte vill störa ordning och sammanhållning. När det är riktigt illa så kan man även undvika att granska direkta lögner eller acceptera problematiska aktiviteter och individer.

– Det är inget unikt för Örebro där jag jobbar utan det är så här det ser ut på många håll idag. En orsak kan vara att det har funnits för mycket pengar i systemet och mycket konstigheter har fått utvecklas utan krav på berättigande. När även fel chefer rekryteras, låtsastjänster skapas, bullshit-prat och floskler expanderar och byråkratier växer så hinner folk inte göra sitt jobb. Man vänjer sig också vid att det inte ställs några krav på effektivitet, mening och omdöme.

– Inom sjukvården har det bland annat resulterat i en katastrofalt dålig tillgänglighet i relation till de pengar som östs över oss.

– För min del, så tog det tid – men när jag märkte att det gick att styra en verksamhet utan alltför mycket funktionell dumhet blev jag modigare och detta utmynnade i att jag och Mats Alvesson skrev den här boken tillsammans.



FOTO FREDRIK KARLSSON

STELLA CIZINSKY

är överläkare i kardiologi och verksamhetschef vid Universitetssjukhuset i Örebro. Hennes förhoppning är att Dumhetsbekämpning bland annat ska leda till en diskussion som gör att människor på arbetsplatser inser behovet av eget ansvar för att saker blir rätt och rimligt utförda.



2 Vilka dumheter har du själv valt att bekämpa i din organisation?

– Vi har inga heltidsadministratörer, inga strategier och ingen vårdutvecklare som är sjukvårdsutbildad. Överhuvudtaget har vi inga sjukvårdsutbildade personer med fantasititlar. I stället ägnar vi oss åt kärnuppdraget i form av patientvård, utbildning och forskning. Självklart finns det lite administration kring det som till exempel schemaläggning, men det är inget som någon ägnar sig åt på heltid.

3 Vad är det mest kontroversiella du lyfter i boken, tror du?

– Förmodligen att en del av dagens arbetsmiljörisker drivs av människor som kräver ständiga hänsyn till den egna personen och de egna åsikterna, samtidigt som de gör allt mindre substansiellt på jobbet. De kräver till exempel en massa coaching, mentorskap, ständigt mer regelverk, värdegrundsarbeten, hbtq-certifieringar, barnrättsombud med mera. Många vill hellre syssla med sånt än kärnuppdraget som ses som komplex och ansvarsfyllt. Och ifrågasättande och krav på visad nytta ses som konflikter och anklagelser om dålig människosyn. Det gör att chefer och andra medarbetare duckar för dessa individer, vilka får tolkningsföreträde och kan dominera en hel arbetsplats. Förutom dysfunktionell verksamhet, så lägger det också mer börda på övriga i verksamheten som får ta merparten av det vardagliga arbetet. ◀

TEXT MALIN GAVELIN



Elin Karlsson, ordförande i Sjukhusläkarna, höll i mötet som pågick i två dagar.

Inspirerande samtal på Sjukhusläkarnas repskap

Sambandet mellan antal vårdplatser och dödsfall, EU-direktiv för dygnsvila och vikten av att läkare är chefer i sjukvården. Sjukhusläkarnas representantskap i Stockholm bjöd in till initierade och engagerade samtal i flera brännande sjukvårdspolitiska frågor.

Representskapet, eller repskapet som det ofta kallas, är ett rådgivande sammanträde som anordnas en gång per år. Mötet är ett tillfälle för styrelse och representanter för lokalavdelningar att träffas, utbyta idéer och erfarenheter och ta del av olika dragningar från inbjudna gäster.

Jonathan Siverskog, hälsoekonom och forskare på Uppsala universitet, gjorde en presentation om en ny studie, som visar att en extra vårdplats leder till plus tre år i full hälsa (QALYs), samtidigt som tre neddragna vårdplatser medför ett dödsfall mer per år.

– Vi har inte en studiedesign som gör att vi kan se en kausal effekt, men baserat på observationer är sambandet ändå tydligt.

Han redogjorde för olika beräk-

ningar på hur personalens tid för patientarbete trängs undan av byråkrati och dokumentation.

– Vi måste veta vilken nytta nya rutiner har innan de införs, så att nyttan kan ställas mot kostnaden.

Matilda Edrén och Ann Garö, som arbetar med förhandlingsfrågor på Läkarförbundets avdelning för arbetsliv och juridik, besökte mötet och informerade om de nya reglerna för läkarnas dygnsvila. Från och med den 1 februari ska medarbetare ha elva timmar sammanhängande vila under varje 24-timmarsperiod, och arbete och vila ska alterneras. Det finns dock möjligheter att göra vissa undantag, exempelvis vid störningar under beredskap och oförutsedda händelser.

Grundregeln är att det ska finnas särskilda skäl. Arbetsgivaren ska först ha prövat alla andra tänkbara lösningar.

– En central del som inte har funnits på samma sätt tidigare är den kompenserande vilan, som man ska få ut om man inte får sin elva timmar långa dygnsvila, säger Matilda Edrén.

Stella Cizinsky, överläkare, verksamhetschef och författare, föreläste på temat ledarskap och vikten av att sjukvårdens verksamheter leds av närvarande medicinskt kompetenta chefer. Hon betonade att läkare har ett stort ansvar i sjukvården och måste få mer inflytande.

– Ansvar för organisation måste kopplas till kunskap, tydliga uppdrag och rätt kompetens, säger hon.

/Sjukhusläkarna

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

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

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbasbeloppet för 2023 är 52 500 kronor.

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

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

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

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

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

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



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

Sjukhusläkarna



FOTO MOHAMMAD GHANNAM/LÄKARE UTAN GRÄNSER

"VI HAR SETT FANTASTISKA FRAMSTEG INOM VISS KIRURGI"

ENT Plus är en organisation som Sjukhusläkarna samarbetar med och ger stöd till. Projektet syftar till att stärka öron-, näs- och halssjukvård i Etiopien.

Hjälpprogrammet jobbar tillsammans med universitetssjukhuset Yekatit 12 i Addis Abeba. De mest prioriterade frågorna är att föra över klinisk kunskap till lokala kollegor vad gäller kirurgi, hygien och omvårdnad av ÖNH-patienter.

– En av de största utmaningarna är att få det praktiska kring operationerna att fungera. Det finns stora brister i omhändertagande och skötsel av utrustning och instrument. Det medför att det är svårt att driva utvecklingen framåt, då utrustning ständigt går sönder, säger **Malin Svensson**, till vardags överläkare vid verksamhetsområde öron-, näs- och halssjukdomar på Akademiska sjukhuset och en av de drivande krafterna i ENT PLUS.

Föreningen, vars verksamhet är helt ideell, har sedan 2012 gjort regelbundna resor till Addis Abeba en till två gånger per år med något undantag. Sjukhusläkarnas stöd används inte minst till att delfinansiera resor för deltagare och frakt av utrustning.

– Vi har sett fantastiska framsteg inom viss kirurgi. Vi kommer fortsätta åka till Addis för att delta i operationer och utredningar framöver, men det finns stora begränsningar vad det gäller att utveckla mer teknikkrävande kirurgi. Vägen framåt här är något ovisst, säger **Malin Svensson**. /Sjukhusläkarna



"VI HAR UPPMANAT TILL SKYDD FÖR CIVILA MOT ATTACKERNA"

Sjukhusläkarna informerar i en serie om hjälporganisationer som föreningen gillar och på olika sätt stöttar. För Läkare utan gränser är stridigheterna i Israel och Palestina och konflikten i Sudan två exempel på kriser som organisationen just nu arbetar i.

Läkare utan gränser har tydligt markerat mot både Hamas brutala och dödliga attacker mot civila och Israels omfattande attacker mot Gaza, och kräver att dödandet upphör.

Cirka 2,2 miljoner människor är för närvarande instängda på Gaza-remsan, där bombningar har förvandlat en kronisk humanitär kris till en katastrof, enligt Läkare utan gränser, som har omkring 300 medarbetare i Gaza.

Ett annat konfliktområde som organisationen just nu verkar i är alltså Sudan, där intensiva strider mellan sudanesiska väpnade styrkor (SAF) och Rapid support forces

(RSF) har lett till tusentals civila dödsoffer och skadade.

– Vi arbetar med att stötta sjukvården och få in viktigt material i landet. Vi har uppmanat till omedelbart skydd för civila mot det

urskillningslösa våldet och attackerna, framhåller **Christopher Westerland**, som är ansvarig för stiftelser hos Läkare utan gränser.



– Vi uppmanar alla parter i konflikten att garantera och skydda vårdinrättningar, inklusive sjukhus, kliniker, lager och ambulanser. Detta skydd ska även inkludera civila, sjukvårdspersonal och hjälparbetare. /Sjukhusläkarna

HAR DU FRÅGOR OM DITT MEDLEMSKAP?

Se hemsidan sjukhuslakarna.se eller kontakta Läkarförbundets medlemsadministration på medlem@slf.se eller 08-790 35 70.

Sjukhusläkarna

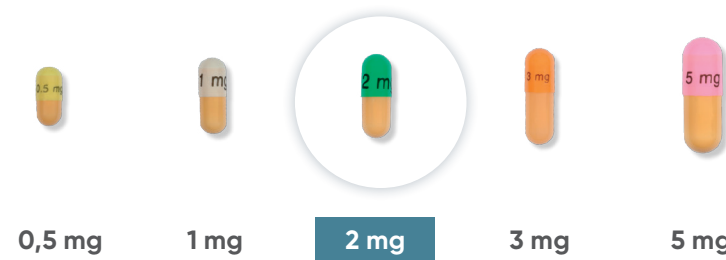
EN SMIDIG VARDAG TILLSAMMANS



Dailiport® (takrolimus depotkapsel)

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

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



Referenser: 1. Dailiport® produktresumé. 2. Stegemann, Eur J Pharmaceutical Sciences 2011;44:447-54. 3. TLV.se 3 okt 2023. 4. Advagraf® produktresumé.

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

SANDOZ

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

dailiport®
TACROLIMUS
depotkapsel

Jardiance[®]
(empagliflozin)



STEGET FÖRE ^{*1-5}



Trippelt skydd i en tablett*

JARDIANCE[®] skyddar patienter med:

Typ 2-diabetes

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

Hjärtsvikt

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

Kronisk njursjukdom - NYHET!

minskad risk för CV-död eller njursjukdomsprogression^{†1,2}



Etablerad säkerhets- och toleransprofil^{§1}



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

REFERENSER

1. JARDIANCE[®] produktresumé, se FASS.se. **2.** Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.) **3.** Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) **4.** Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.) **5.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME results and the publication's Supplementary Appendix.)

JARDIANCE[®] (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. Behandling av vuxna med kronisk njursjukdom. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; Initiering rekommenderas inte vid eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Vid DM typ 2 bör ytterligare glukossänkande behandling övervägas om eGFR sjunker under 45 ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08 721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 07/2023. ***Subventioneras endast vid 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg) och 2) för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt (gäller 10 mg).**