

TIDSKRIFT FÖR ÖVER 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA

NR7/2014



Här är sanningen om vårdplatsbristen som inte syns i SKL:s statistik

100-tals kliniker är alltid överfulla

Svensk läkare har suttit fängslad i Etiopien i 19 månader utan dom

- Sidan 6

S för Spontanitet i stunden

nyhet:

Vitaros[®] – den första krämen
för topikal behandling av
erektil dysfunktion^{1,2}

vitaros[®]
(alprostadil kräm)



SNABBVERKANDE¹
(5–30 MIN)



NÄR DET BEHÖVS¹



DÄR DET BEHÖVS¹

Enkel topikal applicering med innovativ kombination av alprostadil och DDAIP

- Ingen kontraindikation för nitrater.¹
- Inga förväntade interaktioner med läkemedel eller föda.¹
- Visad effekt i flera patientgrupper. Förbättringar liknande de som gällde alla patienter observerades generellt inom subpopulationerna (diabetes-, hjärt-, prostatektomi- och hypertoni-patienter samt patienter vars tidigare Viagrabehandling misslyckats).¹

Verkningsmekanism^{1,2}

DDAIP förbättrar hudgenomträngligheten.

Dynamiken i hudbarriären ändras tillfälligt för att öppna de täta förbindelserna mellan hudcellerna. Detta medger att läkemedlet snabbt absorberas genom huden i höga koncentrationer direkt till målstället.

Alprostadil är kemiskt identiskt med prostaglandin E₁, vars effekter innefattar vasodilatation av blodkärl i den erektila vävnaden vilket sammantaget framkallar styvhet i penis.

Om ni har frågor eller önskar mer information kontakta oss på info.sverige@sandoz.com



► Se instruktionsfilmen på
medicininstruktioner.se

Förkortad förskrivningsinformation, för fullständig information se Vitaros produktresumé: fass.se

Läkemedlets namn: Vitaros (alprostadil) 3 mg/g kräm ATC-kod G04BE01. (Rx/EF). **Kvalitativ och kvantitativ sammansättning:** Varje engångsapplicator innehåller 300 mikrogram alprostadil i 100 mg kräm (3 mg/g). **Läkemedelsform:** Kräm. **Förpackningstyp och innehåll:** Vitaros levereras i kartonger innehållande fyra (4) engångsapplicatorer. **Terapeutiska indikationer:** Behandling av män ≥18 års ålder med erektil dysfunktion, vilket är oförmåga att uppnå eller bibehålla en erektion som är tillräcklig för en tillfredsställande sexuell funktion. **Administreringsätt:** Vitaros appliceras på spetsen av penis (meatus). Observera: För inte in spetsen av applicatorn i mynningen av penis. Effekten blir

märkbar inom 5 till 30 minuter efter administrering.

Effektdurationen är cirka 1 till 2 timmar. **Varningar och försiktighet:** Om förlängda erektioner >4 timmar (priapism) uppträder, skall patienten omedelbart söka läkare. Om priapism inte omedelbart behandlas, kan resultatet bli skada på penisvävnaden och permanent förlust av potensen. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Sandoz A/S.

Datum för översyn av produktresumén: 2014-09-04. För aktuellt pris se www.fass.se

Referenser: 1) Becher E. et al. 2004 Expert Opin. Läkemedelsbehandling; 5 (3) :623-632.
2) Vitaros[®] produktresumé 2014.

Vitaros är ett registrerat varumärke av NexMed international Limited.

Därför får du Sjukhusläkaren

Tidningen Sjukhusläkaren

ges ut av Sjukhusläkarna, som är den största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund, med drygt 18.000 medlemmar.

• Tidningen bevakar fackliga och sjukvårdspolitiska frågor.

SJUKHUSLÄKARNA

organiserar hälften av Läkarförbundets medlemmar. Vi organiserar alla specialister på sjukhus samt professorer, docenter och högskolelektorer vid universiteten.

Riskera inte att bli utan Sjukhusläkaren – anmäl din nya adress när du flyttar!

Enklast gör du det genom att skicka ett e-mail till: medlem@slf.se

Du kan också skicka ett vanligt brev med din nya adress till
Medlemsadministrationen,
Box 5610, 114 86 Stockholm
eller ringa Läkarförbundets
medlemsregister. Tel: 08-790 35 70.
Fax: 08-790 33 25

Kontaktuppgifter | Sjukhusläkaren

Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm

Besöksadress: Villagatan 5

Tel: Sjukhusläkarnas kansli: 08-790 33 00

Fax: 08-411 56 67

E-post: madeleine.blomquist@slf.se

Postgiro: 71019-4 Bankgiro 152-9452

Redaktör: Christer Bark, 0709-634062
christer.bark@sjukhuslakaren.se

Ansvarig utgivare: Karin.batelson@slf.se

Redigering/layout: Christer Bark.

Annonser: Pia Gelhaar, Mosstorpavägen 47,
181 56 Lidingö

Tel 08-765 81 66, 070-747 86 87.

pia.gelhaar@telia.com

Prenumeration 300 kronor/helår

TS-upplaga: 20.700 ex ISSN 1100-2913

Vi vill skapa debatt, opinion och belysa sjukhusläkarnas frågor

Sjukhusläkarens reportrar

Christer Bark

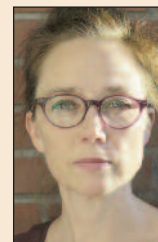
▼ Har varit chefredaktör för tidningen Sjukhusläkaren sedan 2001. Arbetade under många år på dagstidningen Arbetet till och från som reporter, förstasidesredigerare, redaktionssekreterare och nattchef.

Startade nätportalen Ditt Österlen och har i journalistiska nätverk frilansat åt en rad tidningar och tidskrifter.



Sara Gunnarsdotter

▼ Frilansjournalist med inriktning mot medicin, hälsa och sjukvård. Har arbetat i mer än tio år på Läkartidningen som reporter, de senaste åren med inriktning på patientsäkerhet. Har skrivit boken "3 ml – Om ett blodprov och ett åtal" om fallet på Astrid Lindgrens barnsjukhus. Har bland annat skrivit för TCO-tidningen, Hälsa & Vetenskap, Logopednytt och Medicinsk vetenskap.



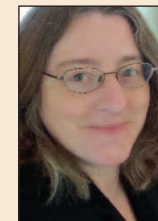
Malin Lindgren

▼ Malin Lindgren är nybliven frilansande journalist efter sex år som researcher, redaktör och dagchef på TV4:as lokala nyheter. Dessförinnan har hon arbetat som skrivande reporter på Helsingborgs dagblad och som multijournalist på tidningen City Helsingborg. I grunden har Malin Lindgren en sjuksköterskelegitimation och har bland annat tjänstgjort på onkologen och förlossningen på UMAS innan hon sadlade om till journalist.



Helene Thornblad, Sjukhusläkarens webbredaktör.

▼ Helene Thornblad är Sjukhusläkarens webbredaktör sedan 2010. Hon har arbetat som reporter och redaktör sedan 1987, med arbetsmiljö som huvudområde. Helene Thornblad har skrivit flera reportage- och fackböcker om bland annat ergonomi och ledarskap och har varit fast medarbetare för tidningen Arbetsliv. Hon har även varit redaktör för tidningen Författaren.

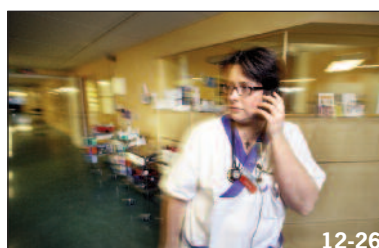


ISSN 1651-2715. Medlem i

SVERIGES
TIDSKRIFTER

I detta nummer

Ledaren.....	4-5
Mänskliga rättigheter.....	6-10
Bristen på vårdplatser	12-26
Debatt Kjell Olof Feldt	28-30
Krönikan Mikael Hoffman	31
Debatt Den sjuka vården 2.0	32-33
Smått & gott	34



Öka antalet vårdplats



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

*"Vi skulle
kunna göra
ännu mer och
ännu bättre med
fler tillgängliga
vårdplatser"*

Önskelista för vården under 2015

1. Lägre belägningsgrad på vårdplatserna, ner mot 85 procent.
2. Öka antalet IVA- och intermedjärvårdsplatser.
3. Ta tillvara professionernas kompetens och värdera utbildning och erfarenhet.
4. Inför patientsvarig läkare med vårdlag/team och med befogenheter!
5. Belöna kontinuitet och kvalitet i ersättningsystemen.
6. Bättre IT-system med användarfokus
7. Skarp betalningsansvarslagen för kommunens färdigbehandlade patienter.
8. Öka antalet specialiserade rehabplatser.
9. Se till att landstingen budgeterar för fortbildning.
10. **Lyssna på din lokala läkare** och – tänk på helheten!

De första önskingarna kan vara förenade med en initial kostnad som vi i så fall snabbt sparar in. Den sista är gratis!

En kollega berättar att hon bara opererat fem elektiva patienter på fem månader. Fem patienter! En annan säger argt: – Jag tänker inte meddela fler patienter att de är strukna, sjukhusdirektören kan säga det själv. En tredje berättar att sjuksköterskan desperat vädjat i telefonen: – Läger du in en till så går vi hem.

▼ Diskussionen om vårdplatser är infekterad. I en enkät till Läkarförbundets lokalföreningsordföranden angavs samstämmigt vårdplatsbristen som den viktigaste frågan inför valet. Alla partier lovade också fler vårdplatser under förra valkampanjen.

Flera ledande inom vården har däremot uttalat att botten inte är nådd eller att man bör minska ännu mer. Andra säger att det finns ingen brist bara kommunen tar hem sina patienter. Varför går debatten så fullständigt isär?

Att ha ett lågt antal vårdplatser i jämförelse kan vara ett bra tecken. I Sverige har vi betydligt kortare vårdtid än i många andra länder, mycket dagkirurgi och många behandlingar som till stor del, och med stor fördel, kan ske polikliniskt.

Men är nivån vi har nu bra? I detta julnummer har läkare från hela landet gett sin bild av vardagen utifrån vårdplatssituationen – och vad det innebär för patienterna. Sjukhusläkaren har också granskat belägningsgraden nedbrutet på kliniknivå och här kommer det fram siffror som en hotellägare aldrig skulle tillåta, åtminstone inte om hon vill tjäna pengar.

En för hög belägningsgrad ger inflexibilitet, dålig effektivitet och skapar längre vårdtider. Nu är det dags att sluta släta över de negativa effekterna och istället få kläm på lösningar. Det vill jag ha i julklapp!

Först: En vårdplats är inte bara en sängplats

Sjukhusläkaren har genom sin granskning av lex marior och intervjuer av chefläkare visat att bristen på IVA- och mer högspecialiserade vårdplatser har lett till onödiga dödsfall. Mörkertalet är sannolikt stort och en gråzon finns. Många läkare har vittnat om att komplikationer uppstått då patienter på grund av platsbrist skrivits ut för tidigt från IVA till en lägre vårdnivå. Komplikationer ger längre vårdtider.

På sjukhusen ligger patienterna huller om buller beroende på var det för stunden finns en lucka för en sjuk patient.

Omvårdnadspersonal har profilerat medicinsk kompetens vilket ger risk för fel vid utlokaliseringar. Även i de fall det inte begås några uppenbara misstag är det tidslöseri att låta läkare ronda sina patienter på olika avdelningar.

På kirurgen i Västerås har verksamhetschefen räknat ut att det kostar kliniken drygt en läkartjänst i onödan i månaden med ronder för utlokaliserade patienter och den tid det tar att hitta ansvariga och säkerställa kompetensen hos patientens sjuksköterska.

Enligt många läkare får de flesta utlokaliserade patienterna minst ett extra vårddygn.

Flyttas patienterna dessutom runt flera gånger blir det ännu mer tidsåtgång för all personal. Dessutom ökar risken för förvirringstillstånd, informationsmissar och spridning av vårdrelaterade infektioner. Utlokalisering ökar alltså vårdtiden.

Sedan: Belägningsgrad spelar roll

Överbeläggningar ökar antalet vårdrelaterade infektioner, där sköra patienter drabbas värst. Ett exempel är den smittspridning av bakterier som vi sett på flera neonatalavdelningar i landet, med ökad vårdtid och flera tragiska dödsfall.

Ofta får man ställa in planerade operationer på operationsdagens morgon. Detta gäller både subakuta operationer som får längre vårdtid, som elektiva som är planerade sedan tidigare då patienten anländer på morgonen. Detta kan drabba samma patient flera gånger.

Även om man försökt operera de akuta patienterna under natten kan det bli stopp eftersom platserna på uppvaket eller avdelningen är upptagna. Förutom lidande och osäkerhet och risk för komplikationer innebär detta ökat arbete med administration

er så behöver vi färre

där behoven finns

och in- och utskrivning av patienter.

Patienter som skrivs ut för tidigt riskerar att komma tillbaka i sämre skick. En kollega uttrycker det så här: "Vårdkedjan har blivit en vårdcirkel. Patienterna bara snurrar runt".

Vetskapen om väntetider och platsbrist gör också att många patienter drar sig för att söka och kommer in onödigt sjuka.

Sist: Andra risker

När man har en anorektisk vårdapparat är det inte bara risk för infektioner, ökad vårdtid och felbehandling. Det är också större risk för att patienter skadas, på grund av fall eller uppkomna trycksår eller bristande mobilisering.

Så tillbaka till kollegan jag nämnde i början, som bara fått operera fem av sina patienter på fem månader.

Hennes patientgrupp har en diagnos som alltid får stryka på foten för operationer av cancer och frakturer vid platsbrist. Det är naturligtvis rätt i en medicinsk prioritering men det orsakar lidande hos patienten och kostar samhället i form av uteblivna besparingar då patienten förhindras ett bättre och mer självständigt liv. Dessa patienter som inte måste opereras akut idag, men som i väntan på operation får leva med försämrad hälsa, prioriteras alltså bort.

Sjuksköterskebristen ny faktor

Även om många sjukhus skulle ha möjlighet till fler platser så har sjuksköterskebristen nu antagit sådana nivåer att det är vad vi kallar sommarstängning året runt. En sjukhusdirektör anger att alla akutsjukhus har 10 procent färre platser än förra året, men sannolikt är det lågt räknat.

Att hundratals sjuksköterskor på sjukhus, trots sitt fascinerande yrke, valt bort arbetsmiljön, lönerna och scheman är en redan halvbriserad bomb.

Att man inte värderat erfarenhet straffar sig nu. Att många sjuksköterskor är nya, med hög omsättning på avdelningar som vårdar vitt skilda och svårt sjuka patienter, är en stor osäkerhetsfaktor med tanke på det ansvar de förutsätts ta. Tunga arbetsförhållanden och bristande handledning skapar en ond cirkel.

För läkare innebär det betydligt mer ansvar och oro, bristande översikt, mer arbete med alla patienter, fler störningar under dagar och nätter. Och för patienterna stor risk för fel.

Se till att färdigbehandlade patienter kommer ut

Idag kan en patient skrivas ut i princip dygnet runt, oavsett vad som sägs i debatten. Men kommunerna har fem betalningsfria dagar där helger inte räknas och det visar sig att antalet extra vårddygn ligger just på fyra – fem dagar. Detta är förstås ingen slump! Minska antalet dagar så minskar detta slöseri med vårdplatser!

Rehabiliteringsplatser har kontinuerligt nedmonterats under lång tid. Behovet är stort som exempelvis inom neurologi, ortopedi och stroke. Sjukhusläkarna gav i år Visslarpriset till två chefer som utanför budget skickade sin patient till privat rehab. En man som nu är frisk, istället för att sannolikt legat sjukvården till last under många år framåt.

Och vad mer?

Det behövs fler händer och ögon i vården. Vi behöver få tillbaka de erfarna sjuksköterskorna som i sin tur kan handleda och stötta nya. Det behövs både fler undersköterskor och läkarsekreterare så att rätt personer får göra rätt saker. Även sjukvårdsbiträden ska ha sin givna plats.

Det gäller också att förstärka andra yrkesgrupper som till exempel fysio- och arbetsterapeuter. Vi behöver patientansvariga läkare med team runt patienten.

Och så behöver förstås primärvård och kommuner förstärkas med resurser, kompetens och ges tillfälle för ökad kontinuitet så att patientens behov av sjukhusvård minskar.

Exakt hur många vårdplatser vi egentligen behöver är alltså svårt att svara på. Men med en lägre belägningsgrad skulle vi minska behovet av vårdplatser.

Trots allt fungerar oerhört mycket bra då det överallt i organisationen finns många som gör sitt yttersta med enormt engagemang och driv. Men vi skulle kunna göra ännu mer och ännu bättre med fler tillgängliga vårdplatser.

Sagan om vanten

▼ En pojke var ute och gick en vinterdag. Han hade gått runt i skogen för att samla ihop ved. Plötsligt tappade pojken sin ena vante, men det märkte han inte just då. En liten mus fick syn på vanten där den låg och lyste röd i snön. "Här kan jag krypa in och värma mig en stund", tänkte musen. Efter en stund kom en groda hoppande. "Jag skulle också vilja värma mig lite", sa grodan. "Det går väl för sig", sa musen. "Kryp in bara." Plötsligt landade en uggle utanför vanten. "Kan jag också få komma in?" undrade ugglan. "Kör till", sa musen. "Om du bara uppför dig." En kanin blev nyfiken och stannade vid vanten. "Det skulle vara skönt att värma sig lite", sa kaninen. "Prova att krypa in då", sa musen. "Det där ser mysigt ut" sa en räv som kilade förbi. "Finns det rum för en till?" "Än så länge..." svarade musen. En varg stannade vid vanten och nosade på den. "Kan man få hälsa på?" undrade han. "Visst, varför inte?" svarade musen. "Nöff, nöff, jag vill också komma in och mysa!" sa vildsvinet, som upptäckt alla djuren i vanten. "Jag tror knappt att det går", sa musen. "Men gör ett försök." Nu var det riktigt trångt i vanten. Då dök en björn upp. "Neej, björn!!! ropade djuren. "Nu är det FULLT i vanten!" "Strunt", sa björnen. "Ni får väl klämma ihop er lite till?" Björnen kom faktiskt in, men nu fanns det verkligen inte plats för ett kryp till i vanten. Men det djuren inte märkte vara att en frusen syrsa var på väga att smyga sin in till dem... POOOOOOFFFF!! ...vanten sprack med en jättesmäll och alla djuren ramlade ut!! Kvar av vanten blev bara en hög remsor och trådar. När pojken återvände hemåt med veden hittade han sin vante igen. Men han kunde inte begripa vad som hänt med den. Vanten var i tusen bitar och det var fullt med djurspår runt den.

/SLUT

Fotnot: Sagan om vanten är en klassisk folksaga som av en slump råkade hamna här. /Red.

De kom en söndag morgon. Han skulle flyga hem till Sverige. De tog honom från hans säng där han låg och sov, trettio federalpoliser med Kalasjnikovs.

Nu har den svenska kardiologen Fikru Maru suttit häktad i Etiopien i över ett och halvt år.

SVENSK HJÄRTSPECIALIST HAR
SUTTIT FÄNGSLAD I ETIOPIEN
SEDAN MAJ 2013 UTAN DOM

Gisslan i politiskt maktspel

DRÖMMEN ATT HJÄLPA DE SJUKA
I HEMLANDET BLEV MARDRÖM



Fikru Maru sitter i dag fängslad i Kilito-fängelset. Bilden togs under en kort permission för läkarbesök i somras.

Det finns inte något som helst ljus i tunneln. Ibland är jag mer uppgiven än pappa, säger Emy Maru, vikarierande underläkare på Hudiksvalls sjukhus där även hennes pappa Fikru Maru, specialist i intermedicin och kardiologi, är anställd.

Fikru Maru driver också ett specialistsjukhus för hjärtsjukvård i Etiopien huvudstad Addis Abeba (se artiklar intill).

Men han har alltså inte varit på jobbet, vare sig i Sverige eller i



Emy Maru är uppgiven. Ingen kan förutspå hur länge hen

Etiopien, sedan han bryskt blev frihetsberövad i maj 2013.

För snart 40 år sedan fick Fikru Maru asyl i Sverige efter en dramatisk flykt från Etiopien. I Etiopien hade han varit stridspilot men efter att Haile Selassie störtats fanns även Fikru Maru med på juntans dödslistor, och han beslutade sig för att fly.

I Sverige utbildade sig Fikru Maru så småningom till läkare på Karolinska institutet och har sedan framförallt riktat in sig mot hjärtsjukvård.

I slutet av 1990-talet kunde Fikru Maru börja besöka Etiopien igen. För sju år sedan startade han Addis Cardiac



Hennes pappa Fikru Maru ska behöva sitta fängslad i Etiopien.

Foto: Johanna Syrén

Hospital, Etiopien första specialistsjukhus för hjärt- och kärlsjukvård. Sjukhuset finansieras till cirka en tredjedel av Swedfund, svenska statens riskkapitalbolag för investeringar i bolag och fonder i utvecklingsländer.

Vid en av sina resor till hjärtsjukhuset i Etiopien fastnade Fikru Maru i tullen med fyra resväskor. Innehållet var handskar, slangar och annat förbrukningsmaterial som behövs till vården på ett sjukhus. Fikru Maru hade inte med sig någon faktura på utrustningen men uppskattade värdet till cirka 2000 dollar. Tullen menade att det rätta värdet borde vara cirka tio gånger

högre och krävde att Fikru Maru skulle skatta för det beloppet på plats för att få ta in väskorna i landet. Istället lämnade Fikru Maru väskorna i tullen för att kunna betala rätt belopp när han fått tillgång till fakturan.

När han skulle åka hem beslöt han sig för att ta med sig väskorna till Sverige igen för att i stället kunna börja om processen hemifrån. Men endast två väskor per person var tillåtet och Fikru Maru skulle behöva betala 1000 dollar för övervikten. Eftersom flygplatsens kortterminal var ur funktion kunde han

Fortsättning nästa uppslag >>>



Göteborgsteam räddar liv i Etiopien



ÅRET ÄR 2009

I sumagasinet, Sahlgrenska Universitetssjukhusets personaltidning, poserar stolta och glada läkare och specialistsjuksköterskor från Sahlgrenska under rubriken "Göteborgsteam räddar liv i Etiopien".

▼ Med flugorna surrande runt operationsbordet och ojämn tillgång på el och rent vatten utförde det svenska teamet bland annat Etiopiens första bypassoperation på sjukhuset Addis Cardiac Hospital som skapats av Fikru Maru. Bragden uppmärksammades i etiopiska tidningar och tv.

Förutom att det svenska operationsteamet utförde avancerad hjärtkirurgi under mycket enkla omständigheter på plats i Etiopien reste också etiopiska team till Sverige för att utbildas. De svenska hjärtkirurgerna talade i sumagasinet om att så ett frö för att den inhemska verksamheten så småningom skulle bli självgående.

Nu berättar en av de svenska hjärtkirurgerna, Lars Wiklund, att svenska ingenjörer och tekniker nyligen varit i Addis Abeba och kunnat konstatera att utrustningen tagit stor skada av att inte underhållas.

Läs intervjun med honom på sid 8 >>>

till sist inget annat göra än att återigen lämna väskorna på flygplasten. För detta blev han i stort sett omedelbart arresterad och åtalad för att ha försökt smugla in väskorna i Etiopien.

– Det är ganska typiskt Etiopien. Speciellt i tullen försöker man hitta något att sätta dit folk för. Bara för att man kan, säger Emy Maru.

Fikru Maru släpptes emellertid mot borgen och en tid senare lades åtalet ner. Det här var 2011.

Efter att den förra premiärministern dog 2012 uppstod osämja i den etiopiska regeringen, bland annat mellan den nya regeringschefen och tullministern. För att få bort tullministern arresterades han, misstänkt för korruption.

Den nya regeringen ville genom ett jättestort brottsmål visa sig handlingskraftig och meddelade att man nu skulle göra upp med korruptionen i landet. Alla som hade haft någon slags relation till tullministern greps i en gryningsräd den 12 maj 2013. Eftersom tullministern hade varit med och fattat beslutet att lägga ner det tidigare åtalet mot Fikru Maru så drogs han också med, då detta förutsattes ha skett på olovlig väg.

– Det är ett politiskt spel, ett maktspel, säger Emy Maru.

Så fort familjen förstod att Fikru Maru inte bara var tillfälligtvis frihetsberövad åkte Emy Maru, som också talar amarinja, ner till Etiopien för att försöka hjälpa sin pappa. Hon besökte honom i häktet varje dag.

Häktet hemskt

– Det var en hemsk plats. Tolv personer i ett litet rum. De får gå ut kanske fem minuter per dag, sover på golvet, äter på golvet, det finns en enda toalett. Det händer mycket hemska saker runt om, säger Emy Maru.

Eftersom det dröjde mycket länge innan det framgick vad saken gällde var det svårt för familjen att agera.

Besviken på UD

– Först försökte vi att inte skapa uppmärksamhet. Vi försökte hålla media utanför och hade bara kontakt med UD.



För två år sedan gick Emu Maru som kandidat på Hudiksvalls sjukhus där pappa Fikru Maru är överläkare.

– Vi hade en fantastisk tid då och jag är väldigt stolt över att ha fått arbeta med honom.

När inget verkade hända gick familjen, och framförallt Emy Maru ut och talade om Fikru Maru offentligt i både tidningar radio och tv. Dessutom hölls en manifestation i Stockholm i våras för att uppmärksamma årsdagen av hans gripande.

– Vi gick ut i media för att försöka få lite tryck på UD, säger Emy Maru.

Hon kan inte hålla tillbaka sin besvikelse över att utrikesdepartementet inte agerade aktivt på ett tidigt stadium och över att ambassaden inte har besökt Fikru Maru mer än ett fåtal gånger.

– Men de håller sig inom sina riktlinjer där det står ett besök per halvår, och det har han väl fått.

Hans Bagner, den svenska advokat som Swedfund anlitar för Fikru Maru, tycker också att svenska statens stöd varit sparsamt. Han menar att ambassaden inte lade många strån i kors under tiden som Emy Maru bodde i Addis Abeba.

– Fram till i somras hade ambassaden besökt honom en eller två gånger. Då kunde de trösta sig med att han var omhändertagen av dottern som besökte sin pappa varje dag.

Fikru Maru fick stanna i häktet i fem månader innan han fick veta att anklagelsen mot honom bestod i att han

skulle ha haft kännedom om att tullministern begått tjänstefel. I samband med att åtalet meddelades flyttades Fikru Maru och de övriga 65 medåtalade till Kilito-fängelset, som är en slags mellanstation där man som åtalad väntar på dom.

– De är 90 stycken i ett rum med 45 våningssängar. Där sitter han med terrorister, misstänkta våldtäktsmän, tjuvar och mördare.

Emy Maru kunde inte föreställa sig de proportioner som saken skulle ta när hon först åkte ner till Etiopien. Men efter åtta månader var hon tvungen att resa hem utan sin pappa.

Nu har Fikru Maru suttit över ett år i Kilito-fängelset. Emy Maru säger att hennes pappa behandlas bättre än i första häktet.

– Han får läsa, han får träna, han får sina mediciner och han får den mat vi släktingar och vänner lämnar till honom. Det tog lång tid, men nu får han även sjukvård.

Hans mänskliga rättigheter är inte kränkta på det sätt som de var när han var häktad. Det är så man får se det. Så länge han inte är kränkt är vi nöjda.

Gigantisk rättegång

I somras, ett drygt halvår efter att åtalet väcktes, kom rättegångsförhandlingarna igång. De åtalade är indelade i tre grupper. Emu Maru berättar att Fikru Maru tillhör en grupp med 25 åtalade för sammanlagt 94 åtalpunkter, varav en enda är hans. För varje åtalpunkt ska i genomsnitt tio vittnen höras.

För Fikru Maru har åklagaren kallat tre personer att vittna mot honom. När åklagarens alla vittnen är hörda finns möjlighet för försvaret att kalla vittnen att höras. Domarna för målet kommer samlat när allt detta är klart.

– I pappas grupp har en enda åtalpunkt tagit över tre månader. Bara att höra vittnen kan ta 7–8 år, säger Emy Maru.

Men hon säger också att det egentligen inte finns någon vilja från Etiopiens sida att komma fram till en dom eftersom det egentligen inte finns tillräckliga bevis för en fällande dom.

– Det är fabricerade vittnesupp-

”Regeringen saknar vilja att komma fram till en dom eftersom alla vet att bevisen som är fabricerade inte håller”

gifter och alla vet om det. Vi kan inte se något slut om man tänker realistiskt tidsmässigt.

– Nu är vi i det här scenariot som vi tidigare befarade och som vi försökte larma om väldigt tidigt.

Men advokaten Hans Bagner tycker ändå att svenska ambassaden i Addis Abeba blivit lite mer alert efter ett möte där synpunkter framfördes på deras engagemang.

– Vi träffade ambassadören förra veckan, han är intresserad och engagerad och betonar att han vid alla tillfällen som bjuds kommer att ta upp frågan med olika personer inom den etiopiska förvaltningen.

Emy Maru menar att svenska utrikesdepartementet (UD) hade en chans att agera innan åtalet väcktes och rättegången kom igång.

– Nu finns det ingen dörr man kan knacka på. Nu kan inte någon från svenska myndigheter officiellt göra något eftersom rättegången har inletts.

Johan Tegel, pressjour på UD ger henne rätt i sak:

– Vi kan inte gå in i en rättsprocess i ett annat land, säger han

Rättegången kan ta tio år

– Rättegången följer Etiopiens rätts-system och en rättegång i Etiopien kan ta tio år, det är inga problem. Det här är limbo, säger Emy Maru.

Hon är uppgiven, hon vet inte riktigt hur hon orkar utan kallar det mest för att överleva. Hon är mycket besviken på svenska statens passiva hållning.

– De skulle kunna gjort mer. Men jag tänker inte på det längre för det är inget man kan göra något åt nu.

Däremot påpekar Emy Maru gärna att Fikru Maru är en mycket

stark person som håller huvudet högt. Hon får medhåll av hans svenska advokat Hans Bagner.

– Han är otroligt fräsch för att ha suttit i fängelse i ett och halvt år. Han är ju läkare så han vet hur han ska ta hand om sig själv och är i god fysiskt form.

Kämpar för sitt livsverk inifrån fängelset

Hans Bagner berättar också att Fikru Maru skriver mycket, både om målet och om sjukhuset.

– Utan att vara fysiskt närvarande så är han extrem engagerad och jobbar hårt för sitt sjukhus. Det är ett sätt för honom att hålla sig igång så att han inte slappar igen totalt.

Emy Maru åker ner till Etiopien ungefär varannan månad. Hon säger att hennes arbetsgivare har varit väldigt förstående, att det går att pussla med korta perioder av tjänstgöring, något som skulle svårare med en fast tjänst. Själv är hon inte rädd när hon åker.

– Nej, men jag skulle inte bli förvånad om de skulle skada mig eller fängsla mig, jag har inget förtroende för Etiopien.

Emy Maru säger att Fikru Maru hela tiden varit medveten om risken att vem som helst, när som helst kan fängslas eller bara försvinna i Etiopien, men att han ändå inte varit särskilt orolig för sin egen del.

– Han tyckte väl att det var värt risken för att kunna bygga upp sitt sjukhus. Det blir han livsverk att efterlämna något till sitt land.

Plötsligt tänds hoppet

...men så rinner allt ut i sanden igen

När Sjukhusläkaren ringer upp Fikru Marus advokat, Hans Bagner, i mitten på november är det bråda dagar.

▼ Hans Bagner har just kommit hem från Etiopien och intensiva överläggningar med två lokala advokater som också stöds av Swedfund. Plötsligt har man fått vetat Fikru Marus åtalspunkt ska gås igenom under vecka 47.

– Åklagarna ska lägga fram den bevisning som de åberopar mot Fikru och två andra. Det är tre vittnen som ska höras. Vi får tillfälle att korsförhöra dem.

Efter förhören kommer Fikru Marus advokater att i första hand yrka att hela målet ska ogillas eftersom det inte finns någon grund för åtalet.

– Men om det ändå är något så kommer vi att yrka att brottet i så fall har en lägre dignitet än den åklagarna gjort gällande, det betyder att man kan begära att Fikru blir släppt mot borgen.

Men Emy Maru tror inte på detta. Hon är luttrad och hoppas ingenting, och meddelar att hon inte tänker åka ner till rättegången som ju pågår hela tiden även om inte just Fikru Marus punkt tas upp.

Två veckor senare visar det sig mycket riktigt att det inte blev något av saken. Något blev ändrat, uppskjutet, inställt. Ingen vet när nästa springa av hopp öppnar sig.

Regeringen rädd att målet ska falla ihop

Hans Bagner säger att hela processen är väldigt politiskt laddad och att det är en stor sak för regeringen att demonstrera både inför omvärlden och in i landet att man tar till kraftåtgärder mot korruption.

I det spelet råkar Fikru vara en liten, liten bricka. Trots hans ringa roll menar Hans Bagner att det skulle vara en prestigeförlust för regeringen att börja släppa folk.

– Släpper de en är de oroliga för att andra börjar rycka i trådarna och så blir det inget kvar av det hela. Då faller hela målet ihop.

– Det som är mest frustrerande för Fikru Maru är att inte veta när det här kommer att komma upp.

Läkare kräver att landstinget agerar

Fikru Maru är anställd på Hudiksvalls sjukhus i landstinget Gävleborg. Arbetsgivaren har gett honom tjänstledigt eftersom han sitter frihetsberövad i Etiopien men har för övrigt inte agerat i frågan.

▼ Allmänläkaren Ann-Britt Lindmark-Lagerwall (MP), sitter i landstingsfullmäktige i landstinget Gävleborg. För ungefär ett år sedan påpekade hon att landstinget borde uppmärksamma Fikru Marus ärende.

Fullmäktigeordföranden fick då protokollfört att mötet sände sina sympatier till familjen.

Därefter frågade en annan fullmäktigeledamot, Margareta Sidenvall (KD), pensionerad gynekolog, vilka insatser landstinget gör för Fikru Maru.

– Då blev svaret att man litade på att UD sköter den verksamheten. Så blev det inget mer, säger Margareta Sidenvall.

– Jag har tyckt att landstinget som arbetsgivare bör engagera sig när någon som är anställd av landstinget har kommit i trångmål, säger Margareta Sidenvall.

Hon påminner om att när någon är borta från sitt arbete i mer än en månad bör arbetsgivaren vidta åtgärder för att den personen ska komma åter i tjänst.

– Det gäller förstås främst sjukdom, men i vidare bemärkelse gäller det all frånvaro.

Sara Gunnarsdotter

200 svenskar sitter frihetsberövade utanför Norden

▼ Just nu sitter cirka 200 svenskar frihetsberövade utanför Norden. En av dem är Fikru Maru.

På frågan vilka etiopiska företrädare man haft kontakt med eller innehållit i dessa möten är UD:s besked att man aldrig svarar på frågor om enskilda ärenden.

– Stora planer fanns att bygga ett riktigt stort sjukhus för att behandla även cancer och ögonsjukdomar

Under några år åkte svenska operationsteam ner till Etiopien för att utföra thoraxkirurgi. Men sedan hjärtsjukhusets grundare fängslats har resorna upphört.

▼ Den övriga hjärtsjukvårdsverksamheten tuffar dock på, precis som grundaren Fikru Maru önskar.

Addis Cardiac Hospital grundades och byggdes upp 2006 av Fikru Maru, svensk internmedicinare och kardiolog med rötter i Etiopien. Sjukhuset är det första i Etiopien som är specialiserat på hjärtsjukvård. Den största delägaren i Addis Cardiac Hospital är Swedfund, svenska statens riskkapitalbolag för investeringar i utvecklingsländer.

Lars Wiklund (bilden) är thoraxkirurg, för närvarande är han också sjukhusdirektör i Västra Götalandsregionen. För sju år sedan blev han tillfrågad av Fikru Maru att komma till Addis Cardiac Hospital i Etiopien och hålla en föreläsning om hjärtkirurgi.



– Då var det ett sjukhus för att behandla patienter som behövde pacemaker eller ballongsprängning av kranskärl, men det fanns ingen möjlighet för öppen hjärtkirurgi. Jag såg att det fanns ett stort behov av det; unga människor låg och dog. Vi kom överens om att göra en satsning på thoraxkirurgi.

Lars Wiklund åkte hem och samlade ihop allt som behövs för en hjärtoperation.

– Det var både utrustning, begagnat och nya grejer, och mängder med engångsmaterial som vi skickade till Etiopien i en container. Sedan åkte vi ner ett team med minimibemanning och opererade de första åtta patienterna.

Lars Wiklund och teamet åkte till Etiopien ungefär åtta gånger. Parallellt åkte team från Etiopien till Sverige för att utbilda sig inom både kardiologi och hjärtkirurgi.

– Vi har haft hjärtkirurger och sköterskor både i Göteborg, Örebro och Stockholm. 2012 köptes ett litet sjukhus.

– Där byggde vi till en operationssal och en

IVA-sal med hjälp av ingenjörer från Borås sjukhus. Fullt utrustade. Etiopiens absolut modernaste. Vi invigde operationssalen i oktober 2012 med den första operationen.

I maj 2013 var Lars Wiklund i Addis Abeba för att planera nästa fas i verksamheten.

– Vi skulle bygga ett riktigt stort sjukhus, inte bara för hjärtsjukvård utan också cancersjukvård och ögonsjukvård, ja, heltäckande.

Samma helg som Lars Wiklund åkte hem greps Fikru Maru.

– Jag hörde att det var massarresteringar och lade väl ingen större vikt vid det. Men när jag inte fick tag i Fikru när jag hade kommit hem då blev jag väldigt orolig.

På måndagen fick dock Lars Wiklund kontakt med gemensam vän som kunde berätta att Fikru satt häktad.

– Första tanken är ju chock. Den andra är att det här blåser väl över, det måste ha blivit något misstag och han kommer väl ut ... Och nu har det blivit alltmer uppenbart att fallet har fastnat i en politisk låsning där han har svepts med i någon härva ministrar emellan.

Lars Wiklund säger att han själv var ganska rädd de första gångerna han var i Etiopien. Dels för ovanan inför de frekvent förekommande beväpnade militärerna, dels för regelverket kring själva den hjärtkirurgiska verksamheten.

– De här patienterna dör ju om vi inte gör något, men de kan också dö i samband med operationen, det gör de i Sverige också. Vi pratade i teamet mycket kring de frågorna och tyckte att det var obehagligt att sjukvården inte var mer reglerad. Tänk om polis eller militär stormar in och arresterar oss för att någon patient dör? Där kände vi väldigt osäkerhet.

Den internmedicinska verksamheten på Addis Cardiac Hospital fortsätter med hjälp av de vidareutbildade etiopiska läkarna och sjuksköterskorna.

Lars Wiklund berättar att svenska ingenjörer och tekniker nyligen varit i Addis Abeba. Han säger också att att chefen på plats, dr Bekele, har försökt övertala det svenska teamet att komma ner igen för att operera. Han har också försökt få löfte från de etiopiska hälsomyndigheterna att det skulle vara säkert för teamet att åka till Etiopien, men aldrig fått något sådan försäkran.

– Betyder inte det som vi har byggt upp någonting för dem som styr landet då kan det väl vara, säger Lars Wiklund.

Sara Gunnarsdotter

"Jag ser det som en patientsäkerhetsfråga."

Sandra af Winklerfelt, Medicinskt ansvarig läkare

"Vi har mellan 120 och 160 patienter inskrivna här i hemsjukvården. Och ni kan ju tänka er när sjuksköterskorna själva skulle stå och dela dosetter till över 120 patienter. Dosetterna kan åka upp och det är väldigt stor risk för förväxlingar. Vi gjorde en riskanalys tillsammans med några andra vårdcentraler där vi jämförde dosettdelning med Apodos.

Då såg vi att risken för felmedicineringar minskade radikalt med Apodos. Så jag ser det som en patientsäkerhetsfråga."
– Sandra af Winklerfelt

Apodos är Apotekets tjänst för dosförpackade läkemedel. Men det är inte bara läkemedel i påse. Apodos gör läkemedelshanteringen enklare, frigör

tid för vården och bidrar till mindre kassation av läkemedel. Ett smartare alternativ för både patient och vårdpersonal, helt enkelt.

Läs mer om Apodostjänsten på apoteket.se/apodos eller ring 0771-210 210.

100

kliniker som alltid är överfulla

På kirurgkliniken i Västerås är det vardag med 120 procents beläggning – ibland 140 procent – och vissa stunder ännu mer.

▼ Till detta ska läggas alla patienter som skulle vårdats på kirurgen men som på grund av brist på vårdplatser hamnar på andra kliniker. Hittills i år har kirurgen tvingats vårda 13 procent av sina patienter på fel klinik på grund av detta.

På lung/internmedicin på Akademiska sjukhuset i Uppsala, där Elisabeth Bernspång på bilden till höger arbetar, är det inte mycket bättre. Där har man haft cirka 105 procents beläggning i snitt och över 11 procent utlokaliserade patienter, under den period Sjukhusläkaren granskat.

På de här två klinikerna och 100-tals andra kliniker i landet är verkligheten en helt annan än den officiella statistik som SKL redovisar på landstings- och sjukhusnivå.

Här handlar det inte om en eller två procents överbeläggning och ännu färre utlokaliserade, som i den officiella statistiken, utan ofta om det tio-dubbla.

I det här numret avslutar vi 2014 års granskning av bristen på vårdplatser med en kartläggning av beläggningen på klinikenivå. En statistik som aldrig tidigare redovisats, varken av SKL eller myndigheter.

Vi har granskat beläggningen på 16 sjukhus under jan-april och september. Vi fann 100 kliniker, ja egentligen fler, som alltid är överfulla.

Efter vår granskning har sjuksköterskebristen gjort förhållandena ännu värre.

Läs vad de lokala läkarna har att berätta om hur det är att arbeta på ständigt överfulla kliniker och vilka konsekvenser det får för patienterna.

• Sidorna 14-26



"Ska man disponera sjukhusets resurser rätt så ska man ligga på 80-85 procents belägningsgrad. Över det så blir det problem och överbeläggningarna ökar exponentiellt. Och det här är inget som bara gäller vårdplatser, det vet man från all forskning kring flödesanalyser."

Margareta Berglund Rödén, SKL:s projektledare för mätningar av överbeläggningar och utlokaliseringar i Sjukhusläkaren 5/2013

Att ständigt tvingas prioritera bland svårt sjuka som alla borde få en plats tär. Efter tre veckor i följd på avdelningen är läkaren Elisabeth Bernspång helt slut



100 kliniker som alltid är överfulla

Beläggning i genomsnitt under fem månader 2014

(Januari, februari, mars, april och september)

Akademiska sjukhuset

Intern/lungmedicin.....	104,6 %
(+ 11,1 procent utlokaliserade patienter)	
Kirurgi.....	101,8 %
Kardiologi.....	98,9 %
Infektion.....	97,2 %
Ortopedi.....	96,3 %

Danderyds sjukhus

Medicin.....	101,0 %
Njurmedicin.....	98,4 %
Infektion.....	97,0 %
Hjärtkliniken.....	96,0 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Falu lasarett

Medicin.....	98,0 %
Kardiologi.....	95,2 %
Infektion.....	94,2 %
Kirurgi.....	92,8 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Gävle sjukhus

Gynekologisk vårdavdelning.....	102,0 %
Kirurgavd 11A.....	100,1 %
Njur och hematologiavdelning.....	100,0 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Helsingborgs lasarett

Kirurgi.....	97,9 %
Ortopedi.....	97,8 %
Infektion.....	96,9 %
Medicin.....	94,1 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Karolinska Universitetssjukhuset

(jan-april)	
Endokrin, metab och diabetes.....	125,8 %
Lung/allergi.....	122,3 %
Bröst och endokrin.....	117,3 %
Öron-,näs-och hals.....	111,8 %
Hematologiskt Centrum.....	106,5 %
Ortopedi.....	106,0 %
Neurokirurgi.....	105,3 %
Gastrocentrum.....	104,8 %
Onkologi.....	103,8 %
Infektion.....	102,3 %
Kliniken för stamcellstranspl.....	101,5 %
Neurologi.....	100,8 %

AKADEMISKA SJUKHUSET – UPPSALA

– "Vanliga" lungpa

Maximalt tre veckor som överläkare på avdelningen i taget. Sedan är hon helt slut på grund av den ständiga kampen med överbeläggningar och prioriteringar mellan svårt sjuka som alla borde få en plats.

▼ Elisabeth Bernspång är specialist på intern/lungmedicin på Akademiska sjukhuset – en av landets mest överbelagda kliniker enligt Sjukhusläkarens granskning.

– Det har funnits stunder när jag har känt mig nervös när telefonen ringer. Värst är det när det blir konflikter oss kollegor emellan. Folk blir så frustrerade att de skäller. Det har jag svårast att släppa när jag går hem från jobbet om kvällarna.

Elisabeth Bernspång har jobbat på lungsektionen i Uppsala i tre år och är specialist i lungmedicin sedan ett år tillbaka. Dagligen tampas hon med prioriteringar mellan "sjuk, sjukare och sjukast", som hon själv beskriver. Med en ansträngd arbetssituation och små barn där hemma har hon lärt känna sig själv så pass väl att hon vet var de mentala gränserna går.

– Mer än tre veckor på avdelningen orkar jag inte. Att arbeta med den

belastningen längre än så påverkar hur jag mår och skulle i längden kunna orsaka utmattningssymptom, det har jag drabbats av tidigare. Det är tur att jag har rätt att gå ner i arbetstid som småbarnsförälder.

De svåraste prioriteringarna kan för Elisabeth Bernspång handla om att till exempel välja mellan att lägga in en svårt lungcancersjuk patient och en patient med allvarlig KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom) och ångest över att knappt kunna andas. Båda patienterna är i stort behov av den speciala kompetens kring hemventilatorer och annan utrustning som det är långt ifrån självklart att man kan hantera om patienten placeras ut på en annan avdelning.

– Det är det jag står i varje dag. Båda dessa patienter behöver trygghet – helst ska de känna personalen på avdelningen de ligger på. Därtill kommer patienter som behöver någon form av andningsunderstöd som NIV (Non-

Utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser

Kliniker	Jan	Feb	Mars	April	Sep
Internmedicin.....	20,5	6,6	9,9	10,0	8,4
Infektion.....	15,1	9,8	2,0	3,0	5,7
Officiell statistik hela sjukhuset	2,6	1,3	1,1	1,2	1,2

På Akademiska sjukhuset är det främst den internmedicinska kliniken som tvingas utlokalisera patienter. Sjukhuset har därför beslutat att öppna en observationsavdelning med sex platser vid årsskiftet, meddelar chefläkaren Bengt Sandén, som på egen hand tagit fram statistiken om hur många utlokaliserade patienter internmedicin och infektion har har åt Sjukhusläkaren. Den administrativa rutinen är att statistikföra utlokaliserade patienter på den klinik de hamnar.

Fotnot: På internmedicin har man oftast tillgång till 46 disponibla vårdplatser och på infektion 28 platser.

patienter kvalar inte in längre

invasiv ventilation), ventilator eller tracheostomi – kompetens som nästan bara finns på lungmedicin.

Vill det sig riktigt illa hamnar den jag prioriterar bort på intensivvårdsavdelningen i slutändan för att jag inte kunde ordna en plats hos oss.

Anledningen till att just lungmedicin på Akademiska är en så hårt pressad avdelning just nu beror främst på sjuksköterskebristen, menar Elisabeth Bernspång. Den har gjort att man har tvingats dra ner på antalet vårdplatser.

För tillfället finns det tolv vårdplatser på lungavdelningen och enligt Elisabeth Bernspång hade man utan tvekan haft användning för arton stycken.

– Problemet är bara att platsbristen är så utbredd att för varje ny plats man får beläggs den snabbt av patienter från andra kliniker.

Somrarna är det som bekymrar Elisabeth Bernspång mest – det är då allting ställs på sin spets. Och hon återkommer flera gånger till ämnet stämningen och tilltalet kollegor emellan.

– En chef jag hade när jag jobbade nere i Malmö sa ofta ”man ska vara kolle-



Elisabeth Bernspång berättar att man allt oftare tvingas be cancerpatienter söka via akuten istället för att lägga in dem direkt.

gial”. På den tiden fattade jag inte riktigt varför det var så viktigt. Då tyckte jag inte att det var ett problem. Men förra sommaren hade vi god ton mot varandra här till skillnad från sommaren dessförinnan. Det gjorde stor skillnad. Jag säger ju inte nej för att vara elak utan för att någon annan behöver platsen mer. Vi sitter alla i samma båt.

Är det någon särskild patientgrupp som kommer i kläm hos er?

– Ja, våra KOL-patienter har vi svårt att ta hand om på rätt sätt. Vi har extra kompetens på det området som inte den här patientgruppen får del av när vi tvingas lägga dem på andra avdelningar i stället. Vårdtiden blir längre för dem och det är verkligen inte optimalt. Att bara befinna sig på en avdelning där en lungspecialist finns gör att besluten omkring en fattas snabbare.

Hur påverkas patientsäkerheten av det ansträngda läget?

– Prioriteringen mellan svårt sjuka patienter blir mycket tuffare. ”Vanliga” lungpatienter kvalar helt enkelt inte in på avdelningen längre. Hos oss hamnar i stort sett bara patienterna som kräver extra andningshjälp, de som på mindre sjukhus kanske ligger på en IVA-avdelning. Det är även mycket svårare att lägga in cancerpatienter direkt från mottagningen när det hade varit önskvärt, vilket är ganska ofta. I stället får vi be dem söka via akuten och det drar många patienter sig för in i det sista. Risken är att de förvärras och blir onödigt sjuka och kanske hamnar på en IVA-avdelning i stället på grund av det.

Malin Lindgren

Nästan ingen vet exakt hur många utlokaliserade patienter klinikerna har

I vår undersökning har vi även försökt att ta reda på hur många utlokaliserade patienter de 100 överfulla klinikerna har.

▼ Svaret är att ytterst få vet. På nästan samtliga av de 16 sjukhus som ingår i vår undersökning statistikförs nämligen de utlokaliserade patienterna på den klinik där de hamnar och där förs ingen statistik på varifrån de kommer.

I Sjukhusläkarens undersökning är det bara Linköping universitetssjukhus och Danderyds sjukhus som svarat att man även för statistik från vilken klinik de utlokaliserade kommer.

Från Akademiska sjukhuset fick vi manuellt uträknad statistik för två kliniker där trycket är hårt – internmedicin och infektion.

Den visar att för vissa kliniker kan det röra

sig om väldigt många utlokaliserade patienter. På intermedicin utlokaliserades exempelvis 11 procent av patienterna i snitt.

I Linköping hade kirurgen 5 procent av patienterna utlokaliserade på andra kliniker under de månader vi granskade.

Och på en av landets mest överbelagda kliniker, kirurgen i Västerås, har man hittills i år haft 200 vårddygn i snitt i månaden utlokaliserade, enligt verksamhetschefen Anders Nilsson, vilket motsvarar 13 procent av klinikkens disponibla vårdplatser.

Förutom patientsäkerhetsrisken medför utlokaliseringarna enligt honom stora arbetsmiljöproblem som tår på personalen, men även slöseri med resurser.

– Det kostar drygt en läkartjänst i onödan

har vi räknat ut. För oss innebär en utlokaliserad patient en timmes extra arbetsbörda per dag med förmiddagsrond, eftermiddagsrond, övrigt påtittande, provsvar och samtal med sköterskor. Det blir 200 timmar i månaden.

Anders Nilsson säger att sjukhus- och landstingsledningarna inte fokuserar på orsakerna till utlokaliseringar utan är nöjda om patienten kan få en vårdplats någonstans.

Men efter ett förslag från honom ska nu alla kliniker med vårdplatser på Västmanlands sjukhus Västerås mäta både hur många patienter klinikerna har utlokaliserade på andra kliniker och hur många de tar emot från andra kliniker med hjälp av en ny rapportmodul.

Christer Bark

...100 kliniker som alltid är överfulla...

...Karolinska Universitetssjukhuset

Kärlkirurgi	100,3 %
Rekonstruktion plastikkirurgi	99,5 %
Urologi.....	98,3 %
Hjärt.....	98,3 %
Geriatrisk.....	96,8 %
Reumatologi.....	96,3 %
Thorax.....	95,0 %
Kvinnokliniken.....	93,3 %
Transplantation.....	93,3 %

(+ klinikernas utlokaliserade patienter)

Landskrona lasarett

Medicin.....	101,2 %
--------------	---------

Linköpings Universitetssjukhus

(jan-april)

Njurmedicin.....	102,0 %
Kirurgi/avd 103.....	101,3 %
Kava.....	100,8 %
Ortopedi/ avd 31A.....	94,5 %

(+ klinikernas utlokaliserade patienter)

Fotnot: Kirurgen hade 4,96 % utlokaliserade i genomsnitt

Norrlands universitetssjukhus Umeå

Kvinnokliniken.....	105,0 %
Kirurgcentrum	99,6 %
Cancercentrum.....	97,8 %
Neurocentrum	97,2 %
Geriatriskt Centrum.....	97,0 %
Medicencentrum.....	96,4 %
Infektion.....	94,0 %

(+ klinikernas utlokaliserade patienter)

NU-sjukvården

(jan-april)

Specialistmedicin.....	107,8 %
Akutmedicin	105,8 %
Neurologi och rehab.....	102,3 %
Kirurgi.....	100,0 %
Infektion.....	99,8 %
Kardiologi	98,2 %
Ortopedi	96,2 %

(+ klinikernas utlokaliserade patienter)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Transplantationscentrum	103,0 %
Mölnåls sjukhus/Sahlgrenska	
Geriatrisk.....	100,8 %
Östra Sjukhuset Kirurgi	100,0 %
Neuropsykiatri.....	99,0 %
Sahlgrenska Medicin	98,0 %
Östra Sjukhuset med/ger/akut	97,7 %
Urologi.....	96,6 %

KAROLINSKA

På flertalet av Karolinska universitetssjukhusets kliniker är det alltid mer än fullbelagt.

▼ Adrian Elmi Terander, specialist i neurokirurgi, skräder inte orden när han beskriver situationen på neurokirurgiska kliniken och på sjukhuset.

– Det är vedervärdigt! Alla försöker värna om sitt. Jag kan väl leva med att behöva ringa tjugo extra telefonsamtal varje dag, men de som kommer i kläm är patienterna. Folk kan dö. Vi hanterar liv och död!

Adrian Elmi Terander beskriver ett ständigt inflöde in till neurokirurgiska kliniken men "nästan inget" utflöde. Patienter som läggs in och behandlas neurokirurgiskt får ibland ligga kvar i veckor eller till och med månader på neurokirurgen för återhämtning.

– Det är inte ovanligt att rehab, medicin eller geriatriska kliniken bara säger "nej, vi tycker inte att den här patienten är rehabklar". Jag har inget att sätta emot det.

Det finns vårdplatskoordinatorer på Karolinska universitetssjukhuset, men Adrian Elmi Terander säger att den neurokirurgiska kliniken inte kan få någon hjälp av dem.

"Andra kliniker vill inte ta över våra patienter"

– Nej, för ingen annan klinik på sjukhuset kan tänka sig att ta emot en patient med neurokirurgiskt vårdbehov. De är oftast svårt sjuka och sjuksköterskorna har inte kompetens för vår patientgrupp.

Bortsett från neurologikliniken, där neurokirurgen emellanåt har haft patienter utlokaliserade, så hävdar Adrian Elmi Terander att det inte finns någon annanstans



Adrian Elmi Terander, specialist i neurokirurgi, är trött på

"Folk kan dö. Det jag kan väl leva med varje dag, men de

där de kan lägga patienter.

Han berättar om patienter som har vårdats färdigt för sin neurokirurgiska åkomma, men till exempel haft leversvikt eller drabbats av en höftledsfraktur eller tarmvred under vårdtiden.

– Andra kliniker vill inte ta över dessa patienter för adekvat vård. Har du väl kommit in på neurokirurgen så är du där och alla andra problem du har är tydligen också neurokirurgens problem.

Adrian Elmi Terander säger att om han lyckas hitta en eller två vårdplatser efter timmar av letande och ringande så får han oftast inte behålla dem för sina patienter.

– Ser koordinatörerna att det finns en ledig säng och det kommer in någon som har brutit foten, då vill de ta den platsen. Vi får inte ens skapa



att det aldrig finns någon plats för patienterna. "Vi vänder ut och in på oss själva. Jag är en tuff människa, men jag har gett upp nu".

Foto: Stefan Nilsson

Det är vedervärdigt! Alla försöker värna om sitt. Med att behöva ringa tjugo extra telefonsamtal som kommer i kläm är patienterna."

lite arbetsro åt oss själva, så varför ska vi ägna oss åt det här sisyfosarbetet? Det finns ingen anledning att slita för att skaka fram en säng om jag inte får behålla den åt patienten som behöver neurokirurgi!

Adrian Elmi Terander säger att det framgår av medarbetarundersökningarna på neurokirurgen de senaste fem åren att personalen mår dåligt. Stressnivåerna är höga, väldigt många anser att de inte hinner med sitt arbete och många kan inte koppla av på fritiden.

– Vi vänder ut och in på oss själva. Jag trodde att det skulle krascha för länge sedan men vi har varit väldigt duktiga pojkar och flickor och inte klagat. Jag är en tuff människa men jag har gett upp nu.

Sara Gunnarsdotter

Beläggning i genomsnitt (procent)

Klinik	Jan	Feb	Mars	April
Kl f endokrin, metab o diabetes.....	141	131	130	101
Lung Allergi kliniken.....	118	122	128	121
Bröst och Endokrin	100	126	120	123
Öron-,näs- och halskliniken	105	117	109	116
Hematologiskt Centrum.....	104	108	106	108
Ortopedkliniken	105	108	105	106
Neurokirurgiska kliniken.....	102	105	109	105
Gastrocentrum	105	103	105	106
Kliniken för onkologi.....	110	105	103	97
Infektionskliniken.....	103	102	104	102
Kliniken för Stamcellstranspla	100	103	102	101
Neurologkliniken	100	103	99	101
Kärkirurgiska kliniken.....	103	101	97	100
Klin f rekonstrukt plastikkir	94	95	106	103
Urologkliniken	102	103	97	91
Hjärtkliniken	87	85	109	112
Geriatriska kliniken.....	96	96	97	98
Reumatologiska kliniken	100	98	93	94
Thoraxkliniken	93	98	98	91
Kvinnokliniken	91	93	95	94
Transplantationskliniken.....	89	90	97	97

...100 kliniker som alltid är överfulla...

...Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Möndals sjukhus Medicin och akutmottagning	96,2 %
Sahlgrenska Kirurgi	95,0 %
Neurosjukvård	92,4 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Skånes Universitetssjukhus

VO Onkologi	103,9 %
VO Kirurgi och urologi	98,4 %
Geriatrisk	98,3 %
VO Intermedicin	97,9 %
Ortopedi	97,3 %
Verksamhetsområden (VO)	
endokrinologi, reprod.med	96,7 %
VO Infektionssjukdomar	96,1 %
VO Njurmed, reuma och gastro	94,6 %
VO hjärt- och lungmedicin	93,9 %
(+ utlokaliserade patienter)	

Sundsvalls sjukhus

(jan-april)	
Medicin (avd 26B)	101,3 %
Onkologi (avd 13)	100,3 %
Hjärtmedicin (avd 27)	100%
Hematologi (avd 2)	99,8 %
Njurmedicin (avd 24)	98,5 %
Geriatrisk (avd 26A)	98,5 %
Stroke (avd 25B)	96,8 %
Ortopedi (avd 14)	96,3 %
Kirurgi (avd 15)	95,3 %
Rehabmedicin	95,3 %
Infektion (avd 1)	93,5 %
AVA/Med	92,3 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Hallands sjukhus Varberg

(jan-april)	
Kirurgi	96,5 %
Medicin	94,7 %
Ortopedi	92,3 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Västmanlands sjukhus Västerås

Kirurgen	110,6 %
Urologkliniken	101,0 %
Medicinkliniken	99,6 %
Geriatrisk och medicinsk rehabilitering	99,5 %
Kärlkirurgiska kliniken	99,2 %
Infektionskliniken	98,6 %
Ortopedkliniken	96,0 %
(+ klinikernas utlokaliserade patienter)	

Västmanlands sjukhus Köping100,6 %

Västmanlands sjukhus Sala93,4 %

Fotnot: Remitterade patienter och patienter på patienthotell är inte inräknade i beläggningstatistiken.

LÄNSSJUKHUSET RYHOV

går mot strömmen

Inte en enda klinik had

Fler vårdplatser per capita

Beläggning i genomsnitt (procent)

Klinik	Jan	Feb	Mars	April	Sep
Medicinkliniken	90	92	89	86	89
Hudkliniken	66	71	85	70	76
Infektionskliniken	92	90	80	93	80
Rehab medicinkliniken	85	85	94	71	96
Geriatriska kliniken	86	83	84	78	85
Onkologkliniken	82	69	74	73	72
Kirurgkliniken	84	88	84	89	83
Ort-reuma kliniken	74	67	66	66	71
Öron-,näs- och halskliniken	79	73	72	66	80
Kvinnokliniken	88	82	82	90	75

Genom transparens visar sig sanningen för alla. En devis från Småländska Ryhov. Då kan man inte sitta och hålla på sitt.

▼ – Vi har upptäckt vikten av att träffas varje dag.

Det säger Anette Abrahamsson, chefssjuksköterska på Länssjukhuset Ryhov. Hon är ansvarig för vårdplatsamordningen på sjukhuset tillsammans med vårdplatskoordinatorer på akuten.

Varje morgon håller Anette Abrahamsson i ett 10-minutersmöte som kallas "Daglig styrning". Då kommer vårdenhetscheferna från alla avdelningar bland annat för en uppdatering om tillgången på plaster. Vanan vid snabba möten gör också att det



Snabba morgonmöten med alla vårdenhetschefer lägger grunden för en bra dag på Ryhov.

Mötesdisciplin och transparens framgångsfaktorer

går fort att till exempel vid smitta eller ett svårt vårdplatsläge samla ihop sjukhusets alla ca 15–20 vårdenhetschefer till extra möten. Även verksamhetscheferna kommer när Anette kallar.

– Vi har hittat ett proaktivt arbetssätt med gemensam problemlösning i den här gruppen.

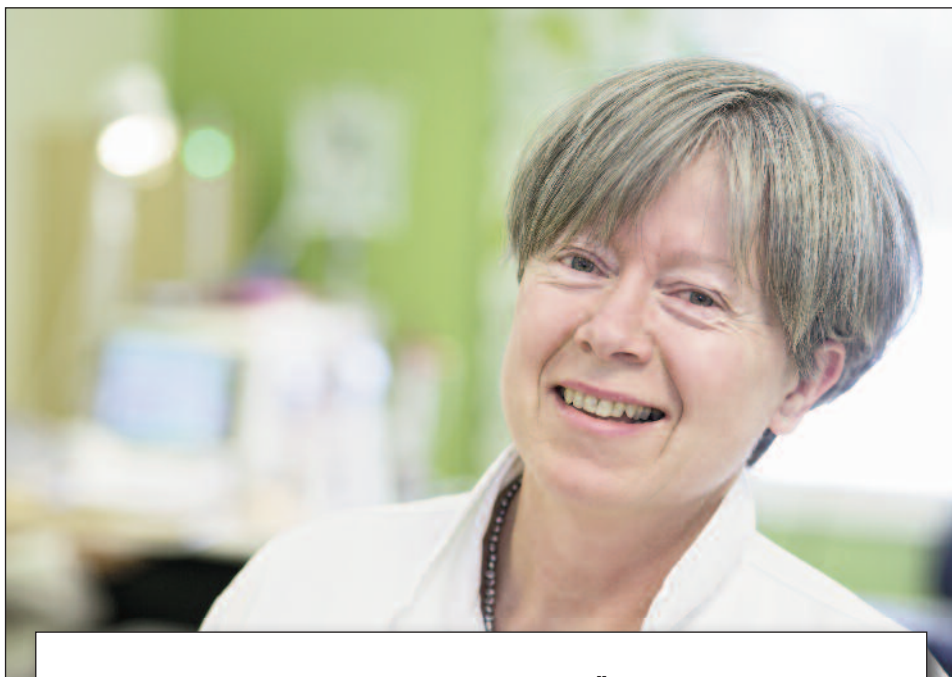
Anette Abrahamsson säger att det tidigare fanns ett tydlig revirtänkande: "ingen får lägga in andra patienter på min avdelning".

– Men med det transparenta IT-systemet så synliggör jag varje dag på mötet hur det ser ut. "Kirurgen har så här många lediga, medicin har så här många". Då blir det naturligt att hjälpas åt.

Ryhov använder sig av Dashboard, ett IT-system för att se platstillgången på hela sjukhuset.

– Man kan se vilka som är utskrivningsklara och flyttbara. Är det fullt på medicin och vi ser ett ökat flöde på akuten, då ser vårdplatskoordinatorn det och vilken klinik som har platser och då flyttar vi flyttbara och utskrivningsklara platser dit och frigör platser på medicin för patienter med

Mer än 90 procents beläggning i genomsnitt i vår granskning a är Ryhovs ess i rockärmen



ANETTE ABRAHAMSSON, CHEFSSJUKSKÖTERSKA:

Min uppgift är att bevaka att vi har rätt nivå på antalet vårdplatser så att sjukhusledningen inte tolkar de fungerande flödena som utrymme för neddragningar. Vi brottas också med ekonomin, men det finns ju andra saker att göra än att dra ner på vårdplatser.

behov av medicinsk vård.

De utskrivningsklara patienterna blir ett ansvar för avdelningen dit de flyttas. Anette Abrahamson säger det i och för sig alltid är en patientsäkerhetsrisk att flytta patienter men att målet är att fördela patienterna så att det blir plats på rätt ställe för dem med störst medicinska behov.

– Vad som är rätt antal vårdplatser är svårt att säga, men ju fler platser man har desto mer belägger man.

Controller följer beläggningen

Inga kliniker på Ryhov har en genomsnittlig beläggning på över 100 procent. De flesta långt lägre än så. Anette Abrahamsson säger att Ryhov inte har något lokalt rikt-

märke men att en controller ständigt följer beläggningen.

Ett extra ess i rockärmen är att Ryhov har något fler vårdplatser per capita än snittet för andra länssjukhus.

Anette Abrahamsson menar att man på Ryhov hittat ett arbetssätt där vårdenhetscheferna uppfattar att alla platser är sjukhusets gemensamma platser, något som bidrar till en generösare anda.

– ”Vi har sex platser lediga, vi kan ta emot patienter” kan man höra på ett ”Daglig styrning”-möte. Arbetar man transparent så blir alla möjligheter synliga och situationerna går lättare att lösa.

”Bakjourerna slipper jaga vårdplatser”

Bengt Asking är ordförande för Sjukhusläkarföreningen i Jönköpings län och själv kirurg på Ryhovs sjukhus:

▼ – Vi arbetar aktivt med att flytta färdigbehandlade patienter för att göra plats för nya. När patienterna är färdigbehandlade är det vårdplatskoordinatorernas jobb att leta reda på en plats dit patienten kan flyttas.

– Flyttningarna gäller främst äldre patienter som väntar på kommunal plats. Alla avdelningar på sjukhuset måste vara beredda att ta emot färdigbehandlade patienter.

Men Bengt Asking säger att ingen så vitt han vet känner till hur effektivt Ryhovs flyttningssystem är rent ekonomiskt och inte heller för patientsäkerheten.

Men bakjourerna slipper ägna sin tid och energi åt att leta platser och läkarna slipper springa runt sjukhuset för att ronda patienter i och med att också ansvaret för de flyttade patienterna övergår till den nya avdelningen.

Bengt Asking ser ingen överhängande risk att landstingsledningen ser den fina beläggingsstatistiken som ett utrymme för nedskärningar.

– Jag tror att alla är medvetna om faran med att använda bakjourernas kompetens för att leta platser.

– Och även om siffrorna ser bra ut och vi jobbar aktivt med patientflyttningar så är vi ju inte alls obekanta med fenomenet överbeläggningar, det förekommer här också!

NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS

UMEÅ

Hjulen snurrar bara fortare och fortare

Så fort det finns tillgång så finns det efterfrågan. Lediga vårdplatser fylls omedelbart på med nya patienter. På kirurgkliniken i Umeå har man blivit van att avdelningarna alltid är fulla. Och hjulen snurrar bara fortare och fortare.

▼ – Man kan känna lite uppgivenhet.

Det säger Malin Jansson (bilden), kirurg på kirurgkliniken i Umeå. Hon menar att situationen bildar en ond cirkel: För få vårdplatser ger en för tung arbets-situation för framförallt sjuksköterskorna som säger upp sig i strömhopp. Då blir läget ännu värre. Vakanser eller nya oerfarna sjuksköterskor innebär större tyngd för de rutinerade sjuksköterskorna, samtidigt som läkarna uppmanas att skriva ut patienterna i allt högre hastighet.



– Det är ingen som vill jobba åt oss, vilket jag förstår. Det är för tungt, säger Malin Jansson.

– Vi är ju ett regionsjukhus, så gallor och bräck flyttas till de mindre sjukhusen, medan vi istället tar stor cancerkirurgi. Det blir bara det tunga kvar men vi får inte mer resurser för det.

För sju år sedan var vårdtiden för till exempel en esofagus cancer cirka 17 dagar enligt det lokala vårdprogrammet. Nu ligger den på cirka en vecka berättar Malin Jansson.

– Så där har det sett ut för alla tyngre diagnoser.

Sara Gunnarsdotter

SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS

Möten, möten, möten...

Planeringsmöten, planeringsmöten, planeringsmöten. Som tar betydligt mer än de tunga besked och patientöden en onkolog handskas med i övrigt.

▼ Så beskriver onkologen, Thomas Relander, den ständiga kampen och pusslandet för att bereda plats åt patienterna på onkologen i Lund där han arbetar.

– Det är ett väldigt pressat läge. Ett bra hotell har inte 100 procent beläggning, men det har vi. Vi har aldrig några luckor.

Sedan i våras har antalet vårdplatser på SUS dragits ner med 10 procent, berättar Thomas Relander. Något som märks tydligt i hans vardag. De dagliga mötena tillsammans med sjuksköterskorna om hur platserna ska fördelas, som tidigare bara hölls på sommaren, hålls nu varje dag.

– Det är en slags "ständig sommar" som råder hos oss nu. Man blir mörkrädd när man tänker på hur mycket tid vi på sjukhuset lägger på det här med att planera platser. Talar man "Leanspråk" är det väldigt onödigt. De som kritiserar läkarkåren för att jobba ineffektivt just nu har delvis rätt.

Ett evighetsarbete där förutsättningarna inte är rimliga – Thomas Relander är mycket kritisk till hur situationen på avdelningen har blivit. Inte sällan tvingas man skjuta upp planerade cytostatikabehandlingar för att sängplatser saknas.

"All administration tär"

– Mitt arbete som onkolog är väldigt stimulerande, men just denna administration tär och gör mig trött. Det kan lätt infinna sig en känsla av att vara utarbetad och en känsla av meningslöshet.

I slutet på 80-talet när Thomas Relander gjorde sin AT-tjänstgöring kunde sängar stå tomma någon dag mellan patienterna, minns han. Sedan kom nästa patient in för sin planerade operation.

– Nu har vi inga fredade platser för de planerade operationerna alls. Trots att två tredjedelar av våra patienter kommer för en planerad behandling. Resten är patienter som är så sjuka av



Om man hade utökat platserna med 10-15 stycken på onkologen hade inte fler läkare behövt anställas, tror onkologen Thomas Relander: – Vi hade hunnit med mycket mer och vi hade dessutom varit mycket gladare. Det här ständiga pusslandet tar mycket kraft. Foto: André de Loisted

sin tumör eller behandlingskomplikationer att de behöver läggas in på grund av det.

När en patient skrivs ut lägger man direkt in en ny planerad patient i den sängen för att operationen ska kunna bli av, berättar Thomas Relander. Och även om man hade utökat platserna med 10-15 stycken på onkologen hade inte fler läkare behövt anställas, tror han.

– Vi hade hunnit med mycket mer och vi hade dessutom varit mycket

gladare. Det här ständiga pusslandet tar mycket kraft.

Varför just onkologen på SUS sticker ut i statistiken med så mycket överbeläggningar tror Thomas Relander beror på intensiv planering i kombination med det stora ansvar man tar för sina cancersjuka patienter. Läkarna och sjuksköterskorna vänder ut och in på sig själva för att bespara dem den väntan och det lidande det kan innebära att ständigt behöva söka vård via akuten.

– Vi vill kunna ta emot dem här på avdelningen när de blir akut sjuka i sin tumörsjukdom. Därför pusslar vi och pusslar. Traditionellt har vi klarat det, men tyvärr tvingas vi mer och mer hänvisa dem till akuten i stället när de ringer. Vi har fått börja tumma på våra viktiga principer.

Demoraliserande rundgång

Ett flertal gånger under hösten har det slutat med att patienter trots allt läggs in på avdelningen – efter en lång omväg via akutmottagningen.

– Då ringer vårdplatskoordinatoren åtta timmar senare och tvingar in dem i alla fall eftersom sjukhuset har fått gå upp i katastrofläge och alla avdelningar beordras att ta in ytterligare två patienter. För ett år sedan hände det ytterst sällan.

Orsaken till det ansträngda läget på onkologen i Lund är framför allt sjuksköterskebristen, konstaterar Thomas Relander och berättar hur självständigt sjuksköterskorna på bland annat onkologmottagningen jobbar idag med egna patientkontakter.

– Yrket har utvecklats mycket de senaste 20-30 åren. Det borde inte vara ett låglöneyrke. För att behålla de sjuksköterskor vi har måste de få vidareutbildningar som ger lönepåslag så det upplever arbetet som attraktivt. Man kan inte blunda för det här problemet längre. För att vår verksamhet skall gå att driva krävs det kvalificerade, erfarna sjuksköterskor.

Malin Lindgren

Krisen förvärrad

I Region Skåne saknas 300 sjuksköterskor

▼ Efter sommaren har SUS inte kunnat öppna 100 vårdplatser som var planerat på grund av brist på sjuksköterskor.

I Region Skåne saknas för närvarande 300 sjuksköterskor och 140 stycken bara på SUS. Se artikel på sidan 26.

SUNDSVALLS SJUKHUS

Delade vårdplatser slår mot mottagningsverksamheten

Att ta ansvar för vårdplatsbristen genom att ägna läkarresurser åt själva logistiken påverkar mottagningsverksamheten.

▼ Det menar Lars Beckman, överläkare på onkologkliniken i Sundsvall. Där har man 19 platser som kliniken ansvarar för, men bara tio av platserna är onkologens, resten disponerar lungkliniken.

– Lungkliniken patienter ligger inom medicinblocket, där är det fruktansvärt fullt och överbeläggningar jämt. Det betyder att så fort det finns en plats hos oss så fylls den på med en lungpatient. Våra onkologpatienter får ofta ligga som satellitpatienter på andra avdelningar.



Lars Beckman säger att det innebär väldigt mycket jobb med planering och logistik för dem som jobbar på avdelningen, och kräver hög bemanning av specialister, något som gör att den polikliniska verksamheten får stryka på foten.

Utlokaliseringarna ökar

Genom att samarbeta med lungkliniken menar Lars Beckman att onkologkliniken har tappat sin dragpelseffekt och alltså saknar möjlighet att överbelägga på avdelningen.

Att inte ha dragspelplatser på avdelningarna är något som har funnits i svensk sjukvård de senaste 10–15 åren, menar Lars Beckman.

– Ett vansinne som verkar öka. Utlokaliserade patienter är väldigt slitsamt för oss specialistläkare som måste springa runt på en massa andra avdelningar. Så ur läkarnas synpunkt är det bäst att ha alla patienter på avdelningen, men ur sköterskornas synpunkt är det sämre.

Sara Gunnarsdotter

VÄSTMANLANDS SJUKHUS VÄSTERÅS

Extrem belastning på kirurgen

Här är överbeläggningarna

– Ledningen har en illusion om att vi skulle kunna jobba effektivare och på det sättet få loss vårdplatser. Det är svårt att motbevisa det, men jag tror inte att man kan hinna med så mycket mer.

▼ Det säger Yvette Andersson, kirurg med inriktning mot bröstkirurgi på kirurgkliniken i Västerås. Hon menar istället att fler vårdplatser skulle göra vården effektivare.

Yvette Andersson säger att

Dagar ingen vill ha



Nästan en halv kliniks överbeläggning vissa dagar

▼ På kirurgkliniken i Västerås är beläggningsgrader på 140 procent i snitt per dag ett återkommande inslag.

Och stundtals under dessa dagar är det ännu värre tryck på kliniken. Den 9 jan, 28 jan, 30 jan, 4 feb, 16 feb, 18 feb, 6 mars, 25 mars, 3 april och 4 sept var tio sådana tuffa dagar med beläggningsgrader på mellan 130 och 140 procent i snitt. Till detta ska läggas de utlokaliserade patienterna som klinikens läkare måste runda på andra kliniker.

kirurgerna ofta uppmanas skriva hem patienter för att bereda plats åt nya.

– Då ska man skriva ut patienterna nästan innan de har skrivits in, det känns som att vi motar ut patienterna. Det är ju inte bra att ligga på sjukhus om man inte måste, men vi håller inte kvar patienter för skojs skull.

På kirurgkliniken i Västerås har man cirka 50 disponibla vårdplatser men ofta uppåt 60 inneliggande patienter. Dessutom har man hittills i år haft i snitt 6–7 patienter (drygt 13 procent) utlokaliserade varje dag. (Se artikel sidan 15).

Yvette Andersson säger att hon och kollegerna försöker ordna så att de svårare kirurgiska patienterna inte ska läggas in på andra kliniker.

– Men det är besvärlig även med de lite enklare patienterna. Personalen på till exempel gyn eller onkologen är inte vana vid att ha hand om kirurgiska patienter. Att ha utlokaliserade patienter äventyrar patientsäkerheten.

Läkarna från kirurgkliniken måste också ta sig runt på sjukhuset för att runda avdelningens patienter.

– Det blir lite olika läkare som kommer varje dag. Ronden kan bli sent på dagen, vi hinner inte, för själva logistiken tar väldigt lång tid; att förflytta sig och leta reda på rätt sköterskor. Det är inte ett särskilt effektivt sätt att jobba.

Ronder missas

Yvette Andersson säger att det till och med har hänt att ingen kirurg har rondat de utlokaliserade patienterna på en hel dag då missförstånd har uppstått om vem som är ansvarig.

Yvette Andersson jobbar också en del på akuten, hon tror att de senaste årens platsbrist på avdelningarna är orsaken till att så mycket utredande

ning

"Vi uppmanas skriva ut patienter nästan innan de skrivits in"

ningar på 20 procent vardag

verksamhet numera bedrivs på akuten.

– Istället för att lägga in patienter med till exempel ont i magen för observation, så gör man numera en datortomografi nere på akuten. Man beställer undersökning efter undersökning och patienterna får ligga och vänta.

Det är inte bara på kirurgen det är ont om platser. Till exempel medicinkliniken i Västerås ligger också ständigt kring 100 procents beläggning, något som enligt Yvette Andersson också ökar antalet utredningar på akutmottagningen.

– Man vill ju vara helt säker på att det är en kirurgpatient innan man lägger in. För om man skulle råka lägga in en medicinpatient på en kirurgavdelning, då blir den patienten kvar där. Det är svårt att flytta på dem sedan.

Patienterna drabbas

Yvette Andersson kan inte se att det nuvarande arbetssättet på något vis gagnar patienterna. De utsätts för onödig strålning, en del kan få åka hem vid okristliga tider på dygnet och det blir faktiskt i slutänden längre vårdtider för dem som trots allt skrivs in. Dels för att beslutsgångarna blir så långa när patienter ligger utlokaliserade, dels för att många patienter skickas hem för tidigt och sedan istället kommer tillbaka och behöver ligga kvar ännu längre än vad de skulle behövt göra annars.

– Om några patienter hade fått vara kvar någon eller några dagar så hade de kanske inte behövt komma tillbaka alls.

Patienterna flyttas också flitigt runt allt eftersom de blir mindre vårdkrävande, men fortfarande inte kan skrivas ut.

– Det är ofta äldre patienter som väntar på vårdplanering. Är de inte förvirrade innan så blir de det.

Yvette Andersson tycker att sjukhus-



Varje morgon får alla reda på hur det ser ut med beläggningsgraden, hur många överbeläggningar och hur många utlokaliserade patienter som finns. "Det blir nästan lite för mycket, att börja dagen med all den här nedslående informationen", säger Yvette Andersson. Foto: Per Groth

ledningen lever i sin egen värld och att den verkar misstro professionerna.

– Vi har ju påpekat det här gång på gång, men det är som att vi bara gnäller. De vill inte tro på oss.

Men Yvette Andersson trivs trots allt med sitt jobb.

– Man orkar inte gå och tänka på det här hela tiden, då blir man alldeles handlingsförlamad. Men vissa dagar blir man mer påmind än andra och då kan man ju ifrågasätta varför man valde det här yrket.

Sara Gunnarsdotter

Överbeläggningar per 100 disp vårdplatser

Den officiellt redovisade statistiken för hela sjukhuset	Jan	Feb	Mars	April	Sep
	5,8	5,1	5,1	4,7	4,6
Kliniker	Jan	Feb	Mars	April	Sep
Kirurgkliniken	16,88	21,07	21,44	15,46	15,67
Kärlkirurgiska kliniken	9,03	6,79	13,23	9,67	8,47
Urologkliniken	19,78	6,25	3,03	8,9	7,41

BRISTEN PÅ SJUKSKÖTERSKOR

"Omorganisationerna på SUS har fått sjuksköterskorna att fly"

Sommarens sjuksköterskebrist har blivit ett normalläge året runt och spiller över på läkarnas arbetssituation i form av indragna vårdplatser och ökad beläggning.

▼ Det menar Vårdförbundet södras ordförande Mats Runsten som inte vågar tänka på hur läget kommer att se ut på SUS sommaren 2015. Och Region Skånes åtgärdsplan för att bli en mer attraktiv arbetsplats för sjuksköterskorna ger han inte mycket för.

– Det finns en anledning till att fler



och fler sjuksköterskor säger upp sig från SUS, säger Mats Runsten (bilden) och berättar att han under sina år som sjuksköterska och facklig i

regionen aldrig har hört talas om en så stor brist som den som råder på sjukhuset just nu.

– Det saknas över 300 sjuksköterskor i hela regionen och 160 stycken bara på SUS. Och det här är ju ett normalläge vi pratar om. Jag vågar inte ens tänka på hur det kommer att se ut till sommaren. Det är verkligen dags att sjukhusledningen sätter sig ner med alla fackförbunden i teamet och börjar lyssna på det vi har att säga.

Omorganisationernas fel

Det som tidigare var ett "sommartillstånd" har alltså blivit ett tillstånd året runt, menar Mats Runsten. Anledningen är de många och stora omorganisationerna och effektiviseringarna som

År	Sjuksköterskor som slutat på egen begäran
2010	153
2011	177
2012	211
2013	130
2014 tom nov	141
Totalt	812

Källa: Skånes universitetssjukhus

bland annat har lett till att de lokala kollektivavtalen har förhandlats om, anser han.

– Sjuksköterskorna på bland annat BIVA gick i taket med rätta. Man har inte bara sämre betalt, man har också sämre återhämtning. De som har jobbat länge i yrket orkar inte.

Alternativen för de skånska sjuksköterskorna har också blivit betydligt fler de senaste åren när en hel bukett av alternativa arbetsgivare har vuxit fram i vårdvalets fotspar.

– Det är gyllene tider för bemanningsbolagen. Sjuksköterskor kan gå över till dem och i vissa fall återanställas på sin gamla arbetsplats med högre lön och bättre villkor. Och bemanningsbolagen hyr inte bara ut till landstinget utan även till Norge.

Kommuner ger högre lön

De skånska kommunerna har också blivit mer och mer attraktiva som arbetsgivare, menar Mats Runsten. De lockar med högre lön än landstinget och inte sällan ligger äldreomsorgen i kommunen ute på entreprenad och det privata företaget blir då ytterligare en arbetsgivare att välja mellan.

– Jag tror att många av de äldre sjuksköterskorna egentligen lämnar sjukhuset med sorg i hjärtat. Kärleken till jobbet är stark. De yngre har en annan och på vissa sätt bättre inställning. "Vi ska ha minst 25 000 kr". Nästa sommar har de höjt budet till 26 000 kr.

Åtgärderna som måste till för att

vända utvecklingen måste vara kraftfulla och de måste komma redan nu, anser Mats Runsten. Det förslag som regionledningen lagt fram sågar han vid fotknölna. Det handlar enbart om att släcka bränder, tycker han.

– Man ger utvalda anställda plåster på sårerna för den dåliga arbetsmiljön i form av 1500 kr mer i månaden. Vi på Vårdförbundet vill ha en ordentlig lönerevision. Det här är bara extrapengar, en gratifikation för att man sliter. Visst, det finns en ambition att gå ifrån varannan helgarbete också men först behöver de bemanna upp säger de.

– Gammal skåpmat från 80-talet. Som att sätta plåster på stora blödande sår.

Mats Runstens tonfall är samlat men lätt sarkastiskt när han pratar om regionledningens förslag som skulle locka fler sjuksköterskor till sjukhusen.

– Det kommer att bli oerhört tufft för dem att vända det här. Åtgärderna måste vara kraftfulla och de måste komma redan nu. Det kommer att ta längre tid för dem att bli en attraktiv arbetsplats igen än det gjorde för dem att bli en oattraktiv.

Det måste helt enkelt få kosta pengar och det måste någon våga fatta beslut om, tycker Mats Runsten.

Det knepiga parlamentariska läget i Region Skåne gör det väldigt svårt att förutspå vad som kommer att göras i de här frågorna den kommande mandatperioden.

– Brister en länk funkar inte vården. Nu är det brist på sjuksköterskor. Jag är optimist och vill tro att det löser sig men man måste också vara realist. Man kanske inte kommer att kunna ge de anställda semester alls i sommar. Det är aldrig provat rättsligt. Var står man? Vad gör man? Jag vågar inte ens gissa hur det kommer att bli.

Malin Lindgren

DE FÄRDIGBEHANDLADE PATIENTERNA

Problemet inte så stort som man trott

Kommunerna är inte riktigt en så stor bov i överbeläggningsdramat som man tidigare trott. Och betalningsansvarets avskräckande effekt är begränsad. Det konstaterar SKL-samordnaren Jan-Olov Strandell efter att ha samlat in och analyserat platsstatistik från samtliga landsting under ett års tid.

▼ – Jag kan tänka mig att man som läkare kan se dröjsmålen som ett stort irritationsmoment och att man vill skärpa regelverket kring hur länge en utskrivningsklar patient får ligga kvar innan kommunerna tar över. Men generellt är det här ett förhållandevis litet problem och jag tror faktiskt att man nå ett lika bra resultat om man tar bort kommunernas betalningsansvar helt.

Det är ett inte helt okontroversiellt



uttalande Jan-Olov Strandells (bilden) gör – kommunernas oförmåga att snabbt ta hem patienterna från landets sjukhus har länge setts som en starkt bidragande orsak till överbeläggningar och vårdplatsbrist.

Men Jan-Olov Strandell har bra på fötterna efter att under snart ett år ha samlat in det exakta antalet dagar varje kommun i landet väntar innan de hämtar hem utskrivningsklara patienter till boenden eller andra lösningar i kommunal regi.

Statistiken har han sammanställt landsting för landsting på Kvalitetsportalen på nätet, där de finns tillgängliga för alla intresserade. Ett uppdrag som hamnade på hans bord efter en överenskommelse för 2014 mellan SKL och socialdepartementen.

– Man ville veta om det här är ett stort eller litet problem. Och om det gick att mäta det här kontinuerligt och bygga sina ställningstaganden på väl underbyggda fakta i stället för punkt-

mätningar. Det trodde man inte skulle gå. Men nu har varje landsting plockat ut uppgifterna ur sitt system och levererat till mig månad för månad under lång tid och det har fungerat väldigt väl.

Det handlar om fem procent eller 1 100 vårdplatser

Under perioden januari till oktober i år tog utskrivningsklara patienter i hela landet upp ungefär fem procent av alla somatiska korttidsvårdplatser, berättar Jan-Olov Strandell. Det motsvarar allt som allt 1 100 vårdplatser.

– Det är inget jätteproblem, men det är ändå något man brottas med och fem procent blir ganska mycket när det är på marginalen, säger han.

För helt oklanderligt är inte kommunernas agerande och det finns absolut något att prata om när det gäller olikheterna i kommunernas hantering av utskrivningsklara patienter, menar Jan-Olov Strandell. För statistiken visar trots allt att det finns just stora och omotiverade skillnader på sina håll.

Stora skillnader mellan kommunerna

– Men de skillnader som finns måste man diskutera lokalt och hitta lösningar på där. Det finns lika stora skillnader inom ett enskilt län som det finns i hela landet.

Som exempel nämner Jan-Olov Strandell kommunernas beteende i Kalmar och Kronoberg jämfört med kommunerna i Örebro län. De förstnämnda landstingen har rapporterat in

siffror som visar att kommunerna agerar väldigt lika. Efter fyra till fem dagar har samtliga patienter hämtats hem.

– I dessa län har man träffat överenskommer och skapat egna regelverk för hur man ska kommunicera kring vårdplanering och annat.

I Kronoberg är man som en följd av det redan på väg att ta bort kommunernas betalningsansvar för att det helt enkelt fungerar så bra. Det innebär att man känner sig trygg.

I Örebro län däremot, råder den motsatta situationen. Där är olikheterna mellan kommunernas agerande väldigt påtagligt.

– Det visar att det gemensamma regelverket uppenbarligen inte har haft den avskräckande effekt på kommunerna som man trodde när den infördes under Äldrereformen för 20 år sedan. Det är också viktigt att betona att även sjukhusvården har en viktig roll att fylla för att utskrivningen ska bli en smidig process, menar Jan-Olov Strandell.

– Man måste exempelvis signalera i god tid till kommunerna när det handlar om patienter som kommer att behöva extra insatser när de kommer hem. Samtidigt är det ju så att stora skillnader inom ett län rimligen inte kan bero på hur man sköter utskrivningarna från sjukhusets sida utan borde ju bero på vad som sker i kommunerna.

Malin Lindgren

Riksgenomsnittet är 4 dagar

▼ Riksgenomsnittet för hur länge de färdigbehandlade patienterna ligger kvar innan kommunerna tar hem dem är cirka fyra dagar. Men det finns stora variationer. I Skinnskatteberg i Västmanland dröjer det i snitt 15,5 dagar. **Vill du veta mer** så hittar du all statistik på www.kvalitetsportal.se Gå till: Rapporter Välj kategori: Detalj Välj rapport: Utskrivningsklar

Beläggning i genomsnitt (procent)

Klinik	Jan	Feb	Mars	April
Akutmedicin	107,7	106,0	104,6	104,7
Infektionskliniken	99,6	102,2	99,2	98,3
Kardiologiklinik	95,2	103,0	96,5	98,0
Neur- och rehab	105,9	101,1	100,8	101,2
Specialistmedicin	109,1	108,8	107,2	105,9
Kirurgiklinik	104,1	101,7	99,5	94,8
Ortopedklinik	108,1	92,9	90,6	93,1

NU-SJUKVÅRDEN**Ingen rolig statistik, men verkligheten är ändå värre**

Statistiken säger inte allt – vissa överbeläggningar man dras med varje dag syns inte. Det menar Jonas Feldthusen (bilden), överläkare i NU-sjukvården.

▼ En extra patient till och så ytterligare en. Trycket på de akutmedicinska avdelningarna i NU-sjukvården är högt just nu. När måttet är rågat går Jonas Feldthusen till verksamhetschefen och säger – nu går det inte mer! Ändå upplever han att både han själv och kollegorna är väldigt tåliga.

– Man kämpar på. Ibland har jag tänkt att man borde dra ner på vårdplatser när en läkare blir sjuk för annars får de som är kvar jobba dubbelt eller utföra arbetsuppgifter man inte har kompetens för, men det har aldrig hänt.

På MAVA där Jonas Feldthusen jobbar finns en observationsavdelning.

Och när medicinavdelningen är överbelagd och "lånar" kirurgplatser syns inte det i statistiken, menar han.

– Men för läkarna känns det. Man kan komma till jobbet en dag och förvänta sig att man ska ha hand om nio patienter och så är det i själva verket 14.

Jonas Feldthusen säger att det orsakar mycket stress.

– Sedan är det lätt att känna en press att skriva ut patienter eller flytta dem vidare. Vi hade ett exempel på en patient som hade flyttats så mycket som 14 gånger.

Och mitt i stressen och pressen ökar risken för fel, menar Jonas Feldthusen. Det kan handla om det där provsvaret som upptäcks först i efterhand, som det aldrig togs hänsyn till.

– Och sedan finns det ju så klart de där felen man aldrig upptäcker. Överbeläggningarna minskar också effektiviteten i vården för det är lätt att man beställer den där onödiga röntgen för att man inte hinner prata ordentligt med patienten. Tänk om vi kunde haft någon person varje vecka som kunde täcka upp för sjukdom eller hjälpa till vid överbeläggningar – och om det inte behövs just då arbeta med medicinska utvecklingsuppgifter som utarbeta riktlinjer, kvalitetsuppföljning etc – ett annat arbete som är eftersatt.

Malin Lindgren

DET HÄR HAR VÅRA GRANSKNINGAR UNDER ÅRET VISAT

■ Brist på vårdplatser orsakar ständiga dödsfall.

■ Av de lex Maria-ärenden som avslutades 2013 var brist på vårdplatser en avgörande orsak till att 17 patienter avled. Tidigare har vi avslöjat att under 2011-2013 avled 11 patienter på Skånes Universitetssjukhus på grund av brist på vårdplatser.

■ När det gäller allvarliga vårdskador och dödsfall har svaren i en enkät till 17 chefläkare och våra granskningar visat att bristen på vårdplatser beror på anorektiska vårdplatsorganisationer på sjukhusen. Inget annat.

I dessa fall berodde vårdplatsbristen alltså inte på att färdigbehandlade patienter låg kvar på sjukhusen, dålig äldreomsorg och primärvård, sjuksköterskebrist eller läkarbrist, även om de kan orsaka omfattande vårdplatsproblem i andra situationer.

■ 100-tals kliniker är ständigt överfulla. Vissa har 20 procents överbeläggningar och över 10 procent utlokaliserade patienter.

■ IVO och landstingen saknar statistik över vilka konsekvenser bristen på vårdplatser får.

■ IVO saknar resurser för inspektioner, utredningar och uppföljningar. Idag sker exempelvis ingen systematisk granskning av Lex-Maria-ärenden värd namnet. IVO fick enligt egen utsägo överta ren "1400-tals-teknologi" från Socialstyrelsen, så det kommer att dröja flera år innan IVO kan ge sjukvården djupare analyser.



Christher Bark

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder



▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasa-
rettsläkaren Gustaf Wennerströms
donationsfond.

Fonderna delar ut medel till
behövande medlemmar i Sjukhus-
läkarna eller till medlemmars efter-
levande varje år.

I enlighet med stadgarna
prioriteras barn och behovande
änkor/änklingar till avlidna
medlemmar. För sökande med en
årsinkomst överstigande 150 000 kr
bedöms behovet av understöd från
fall till fall.

Från understödsfonden kan
understöd vidare utgå till medlem-
mar som har särskilt behov.

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

Särskild ansökningsblankett samt
riktlinjer för fondutdelningen kan
rekvireras från Sjukhusläkarna på
telefon 08-790 34 50 eller per e-post
till madeleine.blomquist@slf.se
alternativt laddas ner från hemsidan:
[http://www.slf.se/Foreningarnas-
startsidor/Yrkesforening/Sjukhus-
lakarforeningen/Fondmedel/](http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Sjukhus-lakarforeningen/Fondmedel/)

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 slutsattsedel samt om Du är
studerande en plan över utbildning
och redovisning av studieresultat.

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

Sista ansökningsdag är den 31
december.



– Även företrädare för de olika rättsliga myndigheterna måste kunna krävas på ansvar för sina handlingar. Det skriver, författaren, debattören och förre socialdemokratiska finansministern, Kjell-Olof Feldt i det här debattinlägget. Bakgrunden är hur de rättssvårdande myndigheterna agerade i fallet med narkosläkaren Viveka Lindén, som anklagades för mord på ett spädbarn. Konsekvenserna för henne blev katastrofala trots att hon frikändes. För statens representanter gick det bättre. För dem blev det inga konsekvenser alls.

Hur rättssäker är den svenska rättsstaten?

VILL DU VETA MER?

▼ I boken "Barnläkarfallet – en förnekad rättsskandal" granskar Kjell-Olof Feldt och Birgitta von Otter ingående hur rättssystemet fungerat när narkosläkaren Viveka Lindén blev åtalad för dråp av ett spädbarn. Boken utgavs av Bonniers Förlag i december 2013.

▼ I boken "3 ml – Om ett blodprov och ett åtal" går Sara Gunnarsdotter igenom fallet på Astrid Lindgrens barnsjukhus, såväl det medicinska förloppet som det juridiska. Författaren har också intervjuat flera inblandade personer och experter inom medicin och juridik. Boken gavs ut av Läkartidningen Förlag AB i december 2012.

Sveriges riksdag har under de senaste årtiondena varit flitigt sysselsatt med att inrätta myndigheter som har till uppgift att vaka över att andra myndigheter och offentliga verksamheter sköter sig.

Tjänstemän ska inte endast vara laglydiga, de ska också leva upp till ett antal etiska krav som ställs på dem. De övervakande instanserna kan inspektera, kontrollera och utvärdera vad de önskar. Anser de att någon inte sköter sig har man sanktioner till sitt förfogande, som kan ge rättsliga, disciplinära eller ekonomiska påföljder.

Under denna specialbevakning lever numera stora delar av den offentliga sektorn: sjukvården, äldreomsorgen, skolan,

arbetsförmedlingen med flera. Det som väglett riksdag och regering är uppfattningen att en effektiv tillsyn över dessa verksamheter kräver instanser som både är självständiga och har egen kompetens på de områden man ansvarar för.

De rättssvårdande myndigheterna – polisen, åklagarna och rättsmedicinalverket – har emellertid undgått denna särskilda tillsyn. Klagar någon medborgare på polisens sätt att sköta sitt arbete utreder den sig själv, så kallad internutredning.

En polismyndighet kan visserligen påkalla en extern utredning men den hamnar i så fall hos en nära granne, åklagarmyndigheten, som då kallar sig Riksenheten för polismål. Utredningar om missgrepp begångna av åklagare tar högste



Brottsbalken ger ett alltför vitt tolkningsutrymme för rättsstatens tjänare att skydda sig själva och varandra genom att klassa tjänstefel som "ringa", menar Kjell-Olof Feldt.

"Det innebär att tjänstefelen inte är straffbara eller ens åtkomliga för disciplinära åtgärder".

Foto: Lars Pehrson

chefen Riksåklagaren hand om.

Rättsmedicinalverket har lyckats hålla sig utanför alla externa ansvarssystem trots att två statliga utredningar föreslagit en förändring.

Hittar sällan fel hos sig själva

Utmärkande för dessa myndigheter, som granskar sig själva, är att de sällan hittar något fel i sin maktutövning. Och tvingas de medge att tjänstefel begåtts är det "ringa" och därmed inte leder till att någon tjänsteman ställs till ansvar. Längst går Rättsmedicinalverket som aldrig erkänner fel, inte ens när verkets medicinska utlåtande underkänns av domstol såsom skedde i det så kallade barnläkarfallet.

Men är det då så allvarligt om de rättsvårdande myndigheterna inte självant beivrar sådant som onödig polisbrutalitet, olagliga dataregister, åklagare som bryter mot objektivitetsplikten eller rättsläkare som anger fel dödsorsak och gör oskyldiga människor till mördare? Över dem finns ju två instanser med uppgift att värna rättssäkerheten i vårt land, Justitieombudsmannen (som finns i fyra upplagor) och Justitiekanslern. De ska granska om myndigheter gör rätt, det vill säga handlar i enlighet med gällande lagar och förordningar. Och medborgare som anser sig orätt behandlade kan klaga hos både JO och JK.

I bilden av den svenska rättsstaten

används dessa ämbeten som de yttersta bevisen för att den fungerar. Sant är att riksdagens (och därmed folkets) ombudsman JO kan kritisera myndigheter och enskilda tjänstemän för fel och försummelser. Men de kritiserade behöver inte rätta sig efter tillsägelser från JO. Kritiken har ingen rättsverkan.

JK, som kallar sig "regeringens advokat", kan däremot ingripa med både disciplinära och straffrättsliga åtgärder mot fel som tjänstemän begått (domstolarna undantagna).

Fast man har satt ribban högt. För att en handling ska kunna kallas tjänstefel måste den vara straffbar enligt Brottsbalken. Några sådana har JK inte påträffat under de senaste 15 åren enligt beslutsarkivet på sin hemsida.

När handlingen uppenbarligen bryter mot lagen ges förseelsen beteckningen "ringa" och då är den inte straffbar. Ordet tjänstefel finns överhuvudtaget inte i dokumenten.

Förvisso har tjänstemän (då angivna enbart med initialer) fått kritik men några spår av disciplinära åtgärder har jag inte hittat. Inte heller några redovisningar av vad kritiken lett till i form av ändrat beteende. Antagligen beror det på att JK inte vet eftersom man inte undersökt effekten av kritiken.

Lönlöst att anmäla fel

Att anmäla fel man anser att Rättsmedicinalverket begått lönar sig inte. JK (och säkerligen också JO) har nämligen ingen egen medicinsk kompetens och avstår därför från den "extraordinära tillsyn" av RMV som enligt uppdraget omfattar alla myndigheter. Den möjlighet som ändå finns att anlita extern medicinsk expertis har märkligen nog förkastats.

Denna ömsinta behandling av rättsstatens tjänare har inte hindrat så kallade rättsskandaler att uppstå. Fall som förbinds med orden Osmo Vallo, Thomas Quick, "styckmorder" eller Cathrine da Costa-fallet och "barnläkaren" lever kvar i det allmänna medvetandet som symboler för att den svenska

Fortsättning nästa uppslag >>>

rättsstaten kan fallera rejält.

Dit hör också dödsskjutningar utförda av poliser på ifrågasatta grunder, men som godkänts i polismyndigheters interna utredningar. Efter ett antal sådana fall reagerade faktiskt regeringen.

Polisorganisationskommittén (bestående av riksdagsledamöter) fick 2012 i uppdrag att överväga om en särskild tillsynsmyndighet behövdes för polisväsendet.

Redskap för att rätta till felaktiga förhållanden saknas

Jo, det behövdes, ansåg kommittén i ett betänkande som kom i fjol. Den nya myndigheten ges emellertid ytterst begränsade befogenheter. Eventuell kritik av den polisiära verksamheten får inte bygga på granskning av enskilda ärenden och utredningar utan måste vara allmänt hållen. Några redskap för att rätta till kritiserade förhållanden får myndigheten inte heller.

Förslaget utsattes för hårda omdömen. Egentligen ändrades ingenting: polisen kunde lugnt fortsätta att granska och urskulda sig själv. Vad regeringen – numera avsatt – tyckte i sakfrågan vet man inte, eftersom det enda den gjorde var att beordra Polisorganisationskommittén att föra in även Kriminalvårdsverket i den nya myndighetens tillsyn och förlänga uppdraget till augusti 2015.

Det är svårt att undgå slutsatsen att

alla skyddsvallarna runt rättsväsendet har byggts utifrån tanken att folkets förtroende för rättsstaten skadas om dess företrädare erkänner att de gjort fel, svikit idén om rättssäkerhet och oväld i behandlingen av enskilda medborgare. I så fall har lagstiftarna tänkt fel.

Ingenting skadar förtroendet så mycket som att ämbetsmän undgår ansvar för sina handlingar när de strider mot lagen eller mot de etiska normer staten åtagit sig att följa.

Värt att notera är att tillsynen av en annan verksamhetsgren som är starkt beroende av människors tillit, nämligen sjukvården, präglas av ett helt motsatt tänkande. Här ställs enskilda befattningshavare utan pardon inför ett personligt ansvar om fel begås.

I november 2013 tog regeringen ett beslut som kan uppfattas som ett större grepp över rättsstatens förtroendeproblem. Den uppdrog åt professor Daniel Tarschys att utreda om det förekommit "strukturella brister" i rättsväsendets och vårdens agerande under rättsprocesserna mot Thomas Quick, numera Sture Bergwall, mannen som dömdes skyldig till åtta mord och sedan frikändes från alla. Utredaren ska också avgöra om det är nödvändigt att genomföra förändringar "i något hänseende" och i så fall lämna konkreta förslag om sådana.

Det är emellertid svårt att förstå hur regeringen tänkt. För att upptäcka "strukturella brister" i ett system borde utredaren ha större överblick än den som

ges av ett enda rättsfall, låt vara att det är omfattande med många inblandade. Det är först när brister gång efter annan återkommer i brottsutredningar och rättsmedicinska utlåtanden som man med säkerhet kan slå fast att de är just strukturella, det vill säga betingade av systemets uppbyggnad och arbetsmetoder. Jag hoppas därför att utredaren (och hans experter) kommer att använda sig av en större referensram än enbart Quick-fallet. Det finns nämligen en hel del att ta tag i.

Först på tur borde stå behovet av att kvaliteten och ovälden i Rättsmedicinalverkets utlåtanden kan granskas och bedömas. Jag förordar inte ännu en inspektionsmyndighet. Det borde räcka med att Justitiekanslern förses med egen medicinsk kompetens så att JK kan utföra den tillsyn ämbetet är ålagt enligt lag.

För det andra borde alla rättsvärdande instanser med rätt att granska sig själva eller andra åläggas att utförligt motivera varför upptäckta tjänstefel är "ringa" och därmed inte straffbara eller ens åtkomliga med disciplinära åtgärder. Brottsbalken ger ett alltför vitt tolkningsutrymme åt denna utväg för rättsstatens tjänare att skydda sig själva och varandra.

Objektivitetsplikten behöver genomlysas

För det tredje måste den konkreta tillämpningen av åklagares så kallade objektivitetsplikt utsättas för en genomlysning. Idén att åklagare ska uppmärksamma och utreda även de omständigheter som talar för den misstänkta brottslingens oskuld är god. Men den har fått motivera att åklagaren enväldigt avgör vad som ska utredas och hur resultatet sedan beskrivs när åtal väcks.

Åklagarsidans förmenta opartiskhet har dessutom lett till att försvarssidan alltför länge är okunnig om utredningsresultat som dumpas i den så kallade slasken och om vad åklagaren trots påstötningar försummar att undersöka.

Detta har skapat en obalans i rättsprocessen som väcker frågan om hur objektiv och säker den egentligen är.

KJELL-OLOF FELDT

Viveka Lindén gästtar på Göteborgs Sjukhusläkarförenings årsmöte

Göteborgs Sjukhusläkarförening kallar till läkarkväll och årsmöte för Göteborgs Sjukhusläkarförening.

Tid: 27 januari 2015 kl 17.30.

Plats: Aulan på Sahlgrenska.

▼ Vi inleder med Viveka Lindén som talar under rubriken:

Vem garanterar rättssäkerheten för läkare i Sverige?

Efter talet bjuds alla anmälda medlemmar på bufé.

För information och anmälan mejla föreningens sekreterare:

Suzanne.e. Johansson@vgregion.se

Hjärtligt välkomna!

För GSLFs styrelse, Shokoufeh Manouchehrpour, ordförande.

DET DOFTAR JUL – MEN NÅGOT KÄNNES FALSKT

”En härlig lustkänsla hade fyllt mig; den var helt fristående och jag hade intet begrepp om vad som orsakade den. Med ens tedde sig livets växlingar betydelselösa, dess olyckor ofarliga och dess korthet inbillad, ty liksom kärleken fyllde mig nu lustkänslan med ett dyrbart innehåll.”

▼ Författaren Marcel Prousts alter-egos starka upplevelser av doft och smak i första delen av ”På spaning efter den tid som flytt” är ett utmärkt exempel på luktsinnets direkta koppling till det limbiska systemet, så viktigt för minnen och känslor.

Det är december och dofterna slår emot mig direkt jag träder in i templet. Men det är inte rökelse och myrra, inte heller säsongens dofter med kanel, saffran och citrus i centrum. Det är fel dofter. Det doftar starkt av blomster och aromatiska oljor.

Orsaken är förstås att jag – precis som så många andra vid denna årstid – träder in i den moderna tidens tempel, ett köptempel.

Alldeles innanför entrén ligger en affär som säljer tvål, parfym, badbomber och andra starkt doftande varor. Hur tänkte egentligen hyresvärderna när varje besökare skall tvingas genom ett doftmoln så starkt att jag som inte ens är överkänslig mot dofter eller har obstruktiva luftvägsbesvär ändå spontant längtar efter lite beta-2-receptorstimulering? (Jo, jag är en miljöskadad klinisk farmakolog.)

Lite längre in så vandrar jag genom en livsmedelsbutik med svaga men ändå tydliga dofter av nybakat bröd, kaffe och äpple. Är det dofterna av varorna jag känner eller är det trenden sinnesmarknadsföring importerad från USA?

Till slut får jag och mitt doftsinne ro inne i ett apotek. Här väljer jag ut kryddor och smakämnen som passar för helgen – saffran, aromatisk tinktur, senap. Samti-

digt reflekterar jag över att jag handlar något som i dag är livsmedel, men förr i tiden var delar av den medicinska behandlingen. Att det jag köper var dyrt och ofta förfalskades eller åtminstone blandades ut. Att apotek då som nu sågs som en garant för god kvalitet. För det går ju inte att värdera saffran för lockpriset 5 kr halvgrammet i livsmedelsbutiken mot det mångfaldigt dyrare på apoteket även om skillnaden ibland kan vara nog så stor i köket.

Kommen så långt så börjar oron gnaga i mig för när även vi i Sverige ska få uppleva att läkemedel är förfalskade – verkningslösa eller kanske direkt farliga. Redan finns exempel från receptfri handel och naturligtvis från oseriösa internethandlars försäljning. Vi har också fått uppleva Herceptin som stulits i Italien återfunnits i form av manipulerade förpackningar i partihandel i bland annat Finland, men som tur var inte i vården.

Att doftsinnen från början utvecklats för att det skyddade mot farliga ämnen hjälper oss inte när det gäller läkemedel. Här måste vi fortsätta med arbetet att utveckla bättre förpackningar och kontroll av distribution i samverkan mellan läkemedelsföretag, apoteksgrossister och detaljister, samt hälso- och sjukvård.

Med det vänder jag mina tankar hemåt och den stundande helgen samt reflekterar en stund över Ordspråksboken ord om dofter: ”Olja och rökelse gör hjärtat glatt, vänskapens sötma ger själen kraft.”



**MIKAEL
HOFFMANN**

Läkare, specialist i klinisk farmakologi och infektionssjukdomar, samt chef för stiftelsen NEPI – Nätverk för läkemedelsepidemiologi.

**Sjukhusläkarföreningen
Östra Skåne inbjuder
härmed till årsmöte
torsdagen den 15 januari
2015 med början kl 18.30.**

Plats: Kronohuset – Stora Torg
(2:a vån) i Kristianstad.
Mötet inleds 18.30 med
stadgeenliga årsmötesför-
handlingar.



Kvällens gäst: Henrik Widegren, ÖNH-läkare SUS underhåller på temat sjukvård/sjuk vård medan vi äter och umgås. Avslutningsvis bjuder Sjukhusläkarföreningen på buffé. För dem som önskar delta i måltiden är föranmälan obligatorisk!

**Anmälan senast
den 8 januari.**

Meddela Läkarföreningens kansli. Tel: 044-3092680 eller via e-post: margareta.danielius@skane.se

"Vår statistik över patientbesöken är korrekt"

Kommunikatören hos Sjukhusläkarna, Helene Thornblad, menar i en artikel i förra numret av Sjukhusläkaren att våra slutsatser i vår bok "Den sjuka vården 2.0" bygger på felaktig statistik.

▼ Så är inte alls fallet, utan vi har använt oss av offentlig svensk och även internationell OECD-statistik.

Den visar att svenska läkare tar emot minst antal patienter i hela världen, 862 per år. Per arbetsdag blir det i snitt 3,8 (räknat på 225 arbetsdagar för ett år) och då är såväl sjukhusläkare som primärvårdsläkare inräknade och oavsett om man arbetar offentligt eller privat. Internationellt ligger snittet oftast mellan 2 000 och 3 000 per år.

Helene Thornblad ifrågasätter inte det låga antalet patientbesök totalt sett utan ägnar sig åt en helt vilseledande beräkning av hur läkare fördelas mellan sjukhus och vårdcentraler. Syftet tycks vara att snygga till statistiken för sjukhusläkares del på bekostnad av primärvårdsläkares.

Helene Thornblad hävdar då att antal offentligt anställda sjukhusläkare inte är 23 000, utan bara drygt 13 000, vilket skulle innebära att en sjukhusläkare tar emot 3,3 patienter per dag i stället för

1,9. Då utgår hon emellertid enbart från de specialistutbildade sjukhusläkarna. Naturligtvis måste ej färdigutbildade specialister också räknas in.

Det finns visserligen en statistisk svårighet avseende hur ej specialistutbildade läkare fördelas mellan sjukhus och vårdcentraler. Men den osäkerheten i statistiken har ytterst marginell påverkan.

Det totala antalet offentligt anställda läkare uppgår till 26 063 (16 251 specialistutbildade + 9 812 ej specialistutbildade landstings/region- anställda år 2012 enligt SKL) omräknat till helårsarbetande.

I gruppen ej specialistutbildade ingår AT-läkare. Från denna siffra har vi sedan dragit de offentligt anställda primärvårdsläkarna såsom de beräknats i Läkarförbundets rapport, som bygger på en enkät till vårdcentraler från 2013.

I denna räknas endast specialistutbildade in och de uppgår då totalt till 4 784 helårsarbetande. Eftersom 36 procent anges jobba privat så återstår 3 062 helårsarbetande läkare i primärvården.

Siffran 23 000 sjukhusläkare har vi därmed fått genom att minska de 26 063 med dessa 3 062 specialistutbildade primärvårdsläkare.

Därutöver finns enligt enkäten "Primärvårdens bemanning" 1 382 offentligt anställda, ej specialistutbildade läkare som arbetar i primärvården.

Dessa är dock inte heltider utan

personer som ofta arbetar deltid på en vårdcentral.

En rimlig uppskattning kan vara att det rör sig om 700 - 1 000 heltidstjänster som då kan finnas på vårdcentraler i stället för sjukhus. Denna justering skulle öka antalet patientbesök per sjukhusläkare från 1,9 per dag till knappt 2. Eftersom det har så liten betydelse för våra slutsatser, och omräkningen till heltid är osäker valde vi att bortse från detta i vår bok.

Thornblad menar även att sjukhusläkare gör så mycket annat än tar emot patienter på mottagning som inte redovisas som patientkontakter eller patientrelaterat arbete i vår bok.

Så är det förstås – men i den rätt färskatidsanvändningsstudie från Sahlgrenska som återges i boken är även detta arbete inräknat – och den visar då att endast 28 procent av sjukhusläkares tid ägnas direkt patientarbete, bland annat består en rätt stor del av arbetet av administration och trilsande datasystem. I andra länder är även den tiden avsevärt högre.

Läkarna känner sig uppenbarligen anklagade av vår bok för att vara lata, istället för att se att de är ett ineffektivt systems fångar. Det är beklagligt att Sjukhusläkaren ägnar sig åt en oseriös statistikdiskussion i stället för att intressera sig för den förbättringspotential som många sjukhusläkare vittnar om.

Monica Renstig och Stefan Fölster

"Att först definiera ett begrepp och därefter räkna på något annat är vilseledande"

I sakfrågan om statistiken kan man konstatera att Renstig och Fölster upprepar samma felräkning igen.

▼ Definitionen sjukhusläkare är lika med specialist finns definierad i en not i boken och utgår man från den så räknar

jag rätt och de fel.

Att först definiera ett begrepp och sedan räkna utefter något helt annat är vilseledande.

Räknefelet angående ST-läkare, AT-läkare och vikarier, dvs att alla dessa är sjukhusläkare även om de är verksamma i

primärvården, kvarstår även den i repliken av Renstig och Fölster.

En felräkning blir inte mer rätt av att upprepas och en seriös diskussion gynnas inte av vilseledande och tendentiös statistik.

Helene Thornblad

"Jourernas stora ansvarsområden nattetid kan inte jämföras med schemalagt arbete"

Boken "Den sjuka vården 2.0" lyfter viktiga frågor. Precis som författarna eftersträvar vi i Sjukhusläkarna en bättre sjukvård.

Vi uppskattar att flera av våra kärnfrågor lyfts, såsom specialistläkares behov av fortbildning, tidstjuvar som ineffektiva IT-system och begreppet patientansvarig läkare.

▼ Vi ser dock stora problem i hur boken resulterat i en skev debatt, där problem-bilden banaliseras och man föreslår snabba lösningar med tveksam relevans.

Vår förhoppning är att debatten kring sjukvården förs så sakligt som möjligt, först då kan vi tillsammans hitta lösningar som leder till förbättringar.

Det är ett antal antaganden i boken som kan och bör ifrågasättas. Man skriver bland annat att vi jobbar färre timmar än våra europeiska kollegor och skyller delvis på jouravtalet.

I Sverige försöker vi anamma EU:s arbetstidsdirektiv. Denna skyddslagstiftning har tveksam efterlevnad i många EU-länder. Även hos oss förekommer att läkare arbetar mer än vad direktivet tillåter, ofta på grund av läkarbrist. Författarna verkar mena att vi ska jobba mer.

Författarna påstår vidare att jourssystemet är en huvudsak till inställda operationer och menar till och med att generösa jourersättningar ligger bakom bristen på primärvårdsläkare då läkare väljer att arbeta på sjukhus för att få högre lön. Det är en verklighet vi inte känner igen oss i. Att en specialitet är jourtung kan snarast försvåra rekrytering.

I boken grundar man sitt resonemang på uppgifter från en anonym hemlig källa, en produktionsplanerare, som uppges ha god insikt i jourssystemet. Vi undrar, vem är denna mystiska person, vars anekdoter citeras utan belegg?

Jourarbete finns för att erbjuda en så säker vård som möjligt dygnet runt. Jouravtalet är ett sätt att möjliggöra arbete utöver heltid. Exempel i boken

med långa ledigheter och ersättning x 4 känner få igen sig i, liksom antagandet att man skulle få dubbel ersättning om man beordras jour med en veckas varsel.

Sjukhusbundna jourer får på många ställen inte ens ersättning hela natten, ofta förekommer schablonersättning, där man utgår från ett antal timmars vila, oavsett om läkaren har exempelvis en hjärtstoppssökare.

Jourerna har stora ansvarsområden

Jourerna har ett stort ansvarsområde nattetid och arbetet kan inte jämföras med schemalagt arbete. En läkare kan ansvara för akutmottagning, operation, flera avdelningar samt konsultförfrågningar.

Billig spetskompetens

Vi har ett bakjourssystem där spetskompetenta läkare, mot en diskret beredskapsersättning, är beredda att omedelbart rycka in när de behövs. Detta är ett billigt sätt att skapa tillgång till specialistvård dygnet alla timmar.

Att störas kl. 03.00 på natten med förfrågningar på telefon genererar 30 minuters arbetstid, knappast värt den störda sömnen. Bakjournsuppdraget planeras utöver fullt arbete dagtid. Man skriver också att all jourkomp kan tas ut i ledig tid. På många håll tillåter verksamheten endast att en mindre del tas ut i tid.

Vidare, att tro att man genom att schemalägga läkare dygnet runt skulle öka effektiviteten är ett uttryck för okunskap. Teamarbete är nödvändigt, så förslaget kräver att hela teamet sche-

maläggs. Detta är anledningen till att läkare främst är schemalagda dagtid, trots att arbetsgivaren har möjlighet att schemalägga klockan 07-21.

Det kanske mest intressanta för att värdera författarnas förslag om ökad schemaläggning istället för jourverksamhet är att man inte ens bemödat sig om att räkna ut vad detta skulle kosta!

Att räkna mottagningspinnar är ett dåligt effektivitetsmätt

Nästa tveksamma antagande är att sjukhusläkares kärnverksamhet är att ha mottagning. Det är en viktig del av många sjukhusläkares arbete medan det över huvud taget inte förekommer för andra. Vi anser att man måste utgå från patientens behov, och istället för att räkna mottagningspinnar som mått på sjukhusets effektivitet, så bör man ta fram bättre sätt att mäta kvalitet och resultat.

Vi önskar en fortsatt debatt, men ser det som nödvändigt att börja mäta det som faktiskt bidrar till en bättre och effektivare vård, och att med korrekta underlag jämföra kostnader.

Vad är då bra sjukvård? I mätningar av sjukvårdens kvalitet med vedertagna parametrar som livslängd, barn- och mödradödlighet ligger Sverige bra till.

Vi måste dock titta bredare och djupare än så. Principen att mäta rätt måste också gälla när vi tittar på hur sjukhusläkares arbetstid används. Först då kan vi få bort tidstjuvar och förbättra användandet av läkarresursen. Vill författarna fortsätta jobba på det spåret, så rekommenderar vi att man involverar professionerna i sjukvården – varför inte följa med en sjukhusläkare och se vad era siffror faktiskt står för i praktiken?

*Karin Båtelson,
ordförande i Sjukhusläkarna,
Bengt von Zur-Mühlen, vice ordförande,
och Elin Ericsson, andre vice ordförande.*

Här blir det garanterat en **god jul**

Förra året var glädjen stor på Falu lasarett efter segern i Sjukhusläkarens tävling "Sveriges bästa sjukhusmat". I år blir det istället patienterna i Västra Götalands tur att jubla.

Dock av ett annat, men lika gott skäl. I Västra Götaland har man nämligen lyckats göra ett smaskigt klipp och enga-

gerat en riktig vinnare. För vad sägs om att bli bjuden på julmiddag skapad av stjärnkocken Gustav Trägårdh från Sjömagasinet i Göteborg – Årets kock 2010 och nyligen vinnare i Mästerkockarnas kamp i TV?

För en tid sedan var han på plats i sjukhusköket på Sahlgrenska (se bilden) och provlagade matklapparna som ska serveras 12.000 patienter på 13 av regionens sjukhus på julafton.

Några lyckliga fick provsmaka och Sjukhusläkaren kan avslöja att betyget blev femstjärnigt och att det blir både varma och kalla klassiker som sill, lax och julskinka, men att stjärnkocken naturligtvis tagit sig vissa friheter.

Så förutom vanliga köttbullar blir det dessutom torskköttbullar med torskromsås och Janssons frestelse med orökt kaviar för att få in lite havssmak a la Sjömagasinet.

Och även de anställda får en släng av slevan i demokratins anda. Redan den 17 december kan personalen avnjuta Gustav Trägårdhs julmeny.

Sjukhusläkaren gratulerar och önskar alla en riktigt, riktigt God Jul!

Christer Bark

Gustav Trägårdhs julmeny

Kalla rätter

Inlagd sill med apelsin och stjärnanis
Inlagd stekt strömming
Skagenröra
Gravad lax med hovmästarsås
Ägghalva med stenbitsrom och gräslök
Julskinka med senap
Vörtbröd och ost

Varma rätter

Torskbullar i gräddig kaviarsås
Köttbullar
Prinskorv
Rödkål
Gustavs Jansson
Sillpotatis

Dessert

Tiramisu med glögg och pepparkakor



Ny musikvideo om sex...tiotalets och 70-talets sociala spelregler

"Jag började arbeta i vården på 00-talet. En trevlig, trygg, på gränsen till spännande arbetsmiljö.

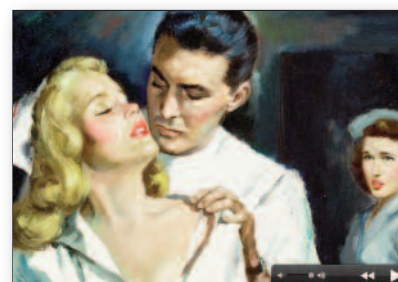
Men efterhand som jag lärde känna mina äldre kollegor och började prata om deras ungdom på sjukhuset, så fann jag minnesfossil som beskrev ett helt annat landskap.

Överläkare och äldre sköterskor

vittnade om en helt annan vård med andra värderingar och sociala spelregler.

Den här sången är en historisk dokumentär om svensk sjukvård på 60- och 70-talen. Pryda lyssnare göra sig icke besvär!"

Budskapet är tydligt från Henrik Widegren som nu släpper ännu en musikvideo på sjukhusläkaren.se



Läkare är Du livet ut!

När du fyllt 65 är Du välkommen som medlem i SÄL – Sveriges Äldre Läkare – en delförening inom Sveriges läkarförbund. SÄL är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för Dig som fortsätter att yrkesarbeta och Dig som väljer att sluta jobba. Besök oss på www.slf.se/sal för information.



BÄTTRE
reduktion av
**STROKE/
SYSTEMISK
EMBOLISM**

jämfört med warfarin²

BÄTTRE
säkerhet avseende
**ALLVARLIG
BLÖDNING**

jämfört med warfarin²

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

Eliquis®, den enda faktor Xa-hämmare som uppvisat signifikant reduktion av stroke/systemisk embolism **och** färre allvarliga blödningar jämfört med warfarin vid icke-valvulärt förmaksflimmer.²

Eliquis®
apixaban

Eliquis® (apixaban) Rx. är en direkt faktor Xa hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAE) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila

eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 ml/min, till patienter som genomgår dialys eller till patienter med mekanisk hjärtsklopp. Användning till patienter med kreatininclearance 15-29 ml/min bör ske med försiktighet. För patienter med NVAE och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 µmol/l) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min) rekommenderas en dossänkning. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Patienter kan fortsätta använda Eliquis® under konvertering (NVAE). Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Eliquis® finns

som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 28 juli 2014.

Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se

DVT = Djup ventrombos LE = Lungemboli
Referenser: 1. Eliquis® (apixaban) produktresumé. Tillgänglig på: <http://www.ema.europa.eu>. Senast läst 14 juli 2014. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992.
Publiceringsdatum: augusti 2014 **Jobbkod:** EUAPI724 www.eliquis.se



Bristol-Myers Squibb



Eliquis®
apixaban

SAMMA EFFEKT
TILL ETT
LÄGRE PRIS*

En gång i månaden
redan från start!

Aranesp® är godkänt för både korrektion
och underhållsbehandling, av renal anemi,
hos CKD-patienter (utan dialysbehandling).

Varje, varannan eller var fjärde vecka.

 **Aranesp®**
(darbepoetin alfa)

AMGEN®

08-695 11 00
www.amgen.se

* TLV har omprövat subventionen för samtliga ESL. Efter prissänkning kvarstår Aranesp® i högkostnadsskyddet med generell subvention, www.tlv.se.

Aranesp® (darbepoetin alfa) R_{XS} F, ATC: B03XA02. Indikationer: Behandling av symptomgivande anemi hos vuxna och barn med kronisk njursvikt (CRF). Behandling av symptomgivande anemi hos vuxna cancerpatienter med icke-myeloida maligniteter som behandlas med kemoterapi. Förfyllda sprutor 10 - 500 µg samt injektionspennor 20, 40, 60, 80, 100, 150, 300 samt 500 µg. För fullständig information vid förskrivning, produktresumé och aktuella priser, se www.fass.se och www.tlv.se. Datum för översyn av produktresumén: juli 2013.