



Årets vislare
hyllades i Malmö

Sidorna 6-11

Stor framgång
för sjukvårdspartier

Sidorna 32-36

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA NR 4/2018

SKL bluffade med väntetider

Sidorna 12-22



Patienter
bollas
mellan
akuter och
närakuter

Sidorna 48-54



Serviceavtal för
multimediat...

Löne-
kostnader...

Utbildningsfilm
i mindfulness...

Specialutbildning
sjuksköterskor...

IT-
projekt...

Regional tjänst
för sterilhantering...

Var hamnade professionsmiljarden?

Sidorna 24-31



NYHET!

Ny behandlingsmöjlighet för patienter med kronisk kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom

NY INDIKATION: »Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga aterosklerotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser.«



Dosering är Xarelto 2,5 mg^a två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 75–100 mg en gång om dagen.

Godkännande bygger på data från **COMPASS-studien**¹, den största fas III-studien med rivaroxaban (27 395 patienter). Den visade att rivaroxaban i dosen 2,5 mg två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen **minskade risken för hjärt-kärlöd, hjärtinfarkt och stroke med 24 %** (relativ riskminskning, ARR 1,3 %, p = 0,00004) jämfört med enbart acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen som är standardbehandlingen för patienter med kranskärslsjukdom eller perifer kärlsjukdom.

a. Rekommenderas inte hos patienter med CrCl < 15 ml/min; använd med försiktighet hos patienter med CrCl 15–29 ml/min och hos patienter med CrCl 30–49 ml/min som samtidigt behandlas med andra läkemedel som ökar plasmakoncentrationen av rivaroxaban.

Referens: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg (F). **Indikation:** Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga aterosklerotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symptomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen, i kombination med en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra. Behandlingslängden ska fastställas för varje enskild patient baserat på regelbundna utvärderingar med hänsyn tagen till risken för trombotiska händelser kontra blödningsrisk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia. Samtidig behandling av akut koronart syndrom i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Samtidig behandling av kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom med acetylsalicylsyra hos patienter med tidigare hemorragisk eller lakunär stroke, eller någon form av stroke inom en månad. Leversjukdom förknippade med

koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Vid tillstånd med ökad blödningsrisk bör Xarelto användas med försiktighet. Administrering av Xarelto bör avbrytas om svår blödning uppstår. Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Xarelto bör användas med försiktighet hos patienter med kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom som är ≥ 75 år och samtidigt tar enbart acetylsalicylsyra eller acetylsalicylsyra och klopido­gre­l eller tiklopidin. Nyttan och risken med behandlingen ska regelbundet utvärderas för varje enskild individ. Datum för senaste översynen av produktresumén augusti 2018. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

✓ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.



Xarelto[®]
rivaroxaban

OECD-siffror behöver kvalitetssäkras och användas ärligt

I detta nummer ser vi återigen avståndet mellan de som borde var med och styra sjukvården, alltså aktiv och insatt profession, kontra ekonomer, politiker och administratörer.

▼ OECD är "organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling" och Sjukhusläkaren har granskat den data vi ger och får från organisationen. Resultat från OECD är med i någon form vid varje föreläsning om sjukvård på Europa-nivå och i Sverige och något som vi som finns på en övergripande nivå ständigt möts av och ombeds bemöta.

Att man inte helt kan jämföra siffror förs ofta fram med lite ursäktande, men bilderna visas ändå och tas trots allt som intäkt för en sanning. Men om OECD:s siffror visar på något politiskt önskvärt resultat kan de å andra sidan slås upp hur stort som helst. Så skedde med Sveriges placering om medicinska resultat och att vi var rankade fyra på väntetidslistan. Men att de insamlade data om väntetider skulle vara så här uselt insamlade och dåligt underbyggda är häpnadsväckande och det ger en stor olustkänsla.

SKL är en intresseorganisation och omfattas inte av offentlighetsprincipen och har alltså inga krav på dokumentation eller öppenhet, men behandlas ändå av regeringen som en myndighet och motpart. Detta har också kritiserats av Riksrevisionen. När SKL har denna säregna särställning är det av yttersta vikt att de hanterar sin makt på rätt sätt. När de då gå går ut precis innan ett val och markerar våra förträffliga väntetider blir det väldigt ihåligt.

Detta görs alltså, enligt Sjukhusläka-

rens granskning, trots att statistiken är ofullständig, att de inrapporterade väntetiderna från olika länder inte har samma definition och inte räknas ens från samma startdatum, men ändå jämförs, att de endast omfattar enstaka diagnoser men ändå tas till intäkt för stora svepande sanningar, att man blandar olika åtgärder av både av elektiv och mer akut art som cancer och att man inte gjort någon som helst kvalitetsgranskning.

Efter att Sjukhusläkarens reporter ställt frågor till ansvarige chefen på OECD-kontoret har uppgifter dessutom lagts till och ändrats allteftersom. Att SKL är just en intresseorganisation kan ändå förklara att de har intresse av att försköna sanningen, men Sjukhusläkarens intervjuer påvisar att vissa ansvariga inte ens verkar vara medvetna om sina grova förenklingar.

Folkhälsomyndigheten är den som skickar in uppgifter om väntetider och statistik om hälso- och sjukvård till OECD efter att myndigheten begärt in dem från SKL.

OECD-resultaten används sedan både av regering, riksdag och SKL till långtgående slutsatser och tvärsäkra uttalanden om att vi är bäst i världen eller sämst, vilket som passar just för stunden. När ett pressmeddelande skickas ut, sker heller ingen vidare granskning eller kritisk analys av journalister och media utan det bara publiceras vidare. Det enda gemensamma när det gäller väntetidsinformationen från de olika länderna verkar vara att aktiva läkare som har expertkunskaper inte varit tillfrågade i att se vad som skickas iväg, hur data värderats eller vad som egentligen ligger bakom olika länders uppgifter.

Jämförelse är bra, benchmarking är viktigt och rätt utfört är det ett användbart verktyg för oss i vården och för

beslutsfattare och tjänstemän vid styrning och ledning.

Men ekonomer är inte tillräckligt kunniga att samla in och utvärdera medicinsk data och än mindre att jämföra dem med andra länders sjukvårdssystem.

Medicinska jämförelser och jämförelser av sjukvårdssystem bör ske via läkarkåren nationellt och internationellt. Vi vill se att professionen med specialitetsföreningarna i spetsen ska vara delaktiga i nationella och internationella jämförelser av sjukvårdens innehåll. Vidare att den regering vi får nu måste kräva att kompetens i form av aktiva läkare finns inom Folkhälsomyndigheten, vi har ju också ett ansvar för vad vi tillför till andra länder. I redovisningen måste man sen vara tydlig vad man vet egentligen, dvs redovisa antalet länder, antalet diagnoser, och inte försöka ta billiga poäng med för långtgående slutsatser.

Vi får nu en ny hälsosjukvårdsdirektör på SKL med kunskap om utredningar och hoppas att det innebär en säkrare redovisning. Den nya regeringen bör ser till att specialitetsföreningarna är delaktiga i insamlandet och analysen av data till Folkhälsomyndigheten. Och om dessa data överhuvudtaget ska rapporteras till OECD bör krav ställas på medicinsk kompetens i processen både inhemsk och inom OECD:s politiskt styrda organisation för ekonomiskt samarbete.

Sker inte detta bör vi inte vara med.



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Sjukhusläkarens redaktion

Christer Bark
Chefredaktör, redigerare, reporter
christer.bark@sjukhuslakaren.se
+46 709 634 062



▼ Christer har varit chefredaktör, redigerare och reporter på tidningen Sjukhusläkaren sedan 2001. Dessförinnan jobbade han under många år på dagstidningen Arbetet som reporter, redigerare, nattchef och redaktionssekreterare. Christer har även under många år frilansat åt en rad tidningar, tidskrifter och organisationer som journalist och webb och tidsningsdesigner.

Anna Sofia Dahl
Redaktionschef, reporter
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 441



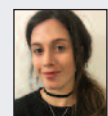
▼ Anna Sofia är journalist med mångårig erfarenhet från lokaltidningen TTELA. Anställdes på Sjukhusläkaren 2016, dessförinnan hade hon ett vikariat på Läkartidningen. Anna Sofia har hand om sjukhuslakaren.se och våra konton på sociala medier. Brinner för fackliga frågor och vill gärna komma ut i verkligheten så ofta som möjligt.

Ebba Blume
Webbredaktör/reporter
ebba.blume@sjukhuslakaren.se



▼ Ebba Blume är reporter med mångårig erfarenhet som journalist. Hon har arbetat som reporter på bland annat Svenska Dagbladet, TT, DN, Dagens Medicin samt som fast anställd journalist vid flera lokaltidningar, däribland Katrineholms-Kuriren och Sydöstran. En av hennes drivkrafter är att med grundlig research bevaka, belysa och granska vården, helst genom att i mesta möjliga mån vara på plats ute på fältet.

Veronica Lindström
Reporter/webbredaktör
veronica.lindstrom@sjukhuslakaren.se



▼ Veronica Lindström har tidigare arbetat på SVT, SR, Lokaltidningen Mitt i, Nya Wermlands-tidningen och Feministiskt perspektiv. Hon är intresserad av webb- och datajournalistik och har ett stort intresse av sjukvårdspolitiska frågor.

Övrigt:

Annonser: Bengtsson & Sundström Media.
Kontakta Peter Sundström.
Tel: 08-10 39 20. E-post: sjukhuslakaren@bs-media.se
Prenumeration 320 kronor/helår
TS-upplaga: 20.800 ex.

ISSN 1651-2715. Medlem i SVERIGES TIDSKRIFTER

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@sif.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

Sjukhusläkarnas ägarpolicy för tidningen Sjukhusläkaren

- Sjukhusläkaren ska skapa sjukvårdspolitisk debatt kring Sjukhusläkarnas frågor, förmedla nyheter i hälso- och sjukvårdspolitiska frågor och frågor som rör läkarrollen ur medicinskt, etiskt, fackligt samt samhällsligt perspektiv.
- Sjukhusläkaren i tryckt form och på webbplatser har publicistisk självständighet.
- Se hela policyn på: sjukhuslakaren.se/kontakta-oss/om-oss/

I DETTA NUMMER:

- Ledaren 3
- "Årets visslare" 6-11
- SKL:S BLUFF MED VÄNTETIDER** 12-22



TEMA PROFESSIONSMILJARDEN



Var hamnade pengarna? 24-31

TEMA VALET 2018..... 32-37

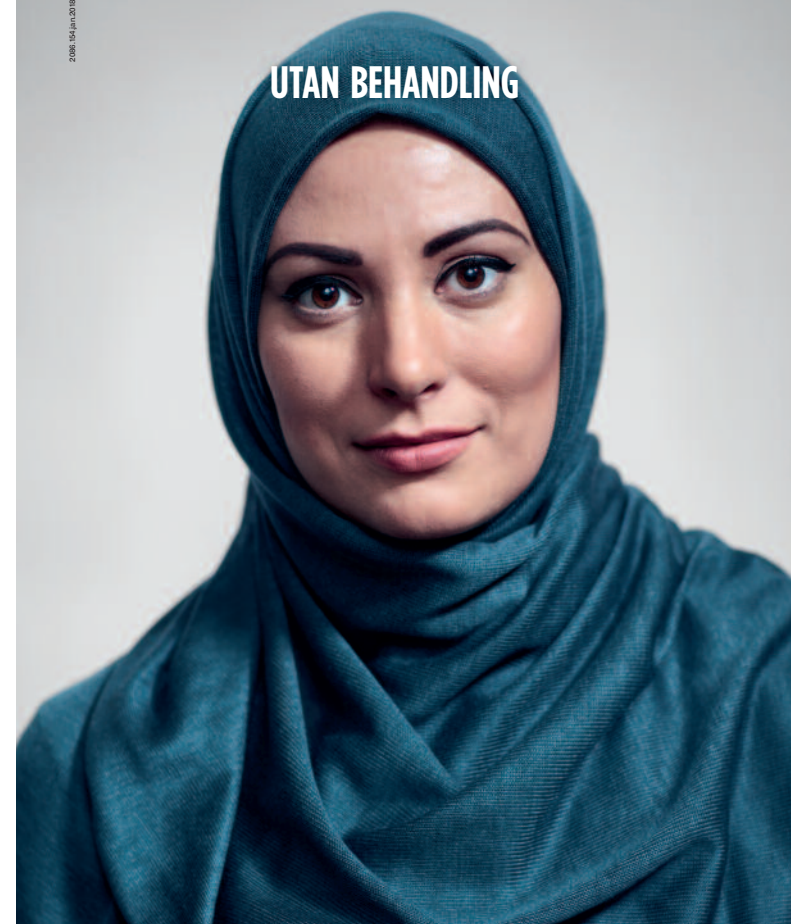
- Krönikan | Björn Ekman..... 45
- Jouren 46-47
- TEMA AKUTSJUKVÅRD**..... 48-54
- TEMA CENTRALISERINGEN AV SJUKVÅRDEN**..... 56-65
- MEDLEM | Föreningsnytt från Sjukhusläkarna..... 66

PORTRÄTTET | Margaretha Stenmarker



38-44

UTAN BEHANDLING



MED BEHANDLING



D-vitaminbrist syns oftast inte och är sannolikt underdiagnostiserat.

Var därför uppmärksam på om din patient tillhör någon av riskgrupperna:

- Personer med låg solexponering, t ex som ofta bär heltäckande klädsel eller som sällan vistas utomhus
- Personer med mörk hudpigmentering
- Äldre personer
- Patienter med malabsorption t ex pga celiaki eller gastric bypass-kirurgi
- Patienter med lever- eller njursvikt.

Divisun är Sveriges mest förskrivna läkemedel med D-vitamin och förebygger och behandlar D-vitaminbrist.

Divisun® (kolekalciferol). Rx. F. Beredningsform: Tablett. ATC kod: A11C C05. Indikation (800 IE): Profylax och behandling av D-vitaminbrist hos vuxna och ungdomar. Indikation (2000 IE): Behandling av D-vitaminbrist hos vuxna och ungdomar. Rekommenderad dosering: 1 tablett dagligen. Innehåll: 1 tablett innehåller: kolekalciferol 800 IE respektive 2000 IE. Förpackningsstorlekar (800 IE): 90 tabletter i blister, 250 tabletter i plastburk. Förpackningsstorlekar (2000 IE): 90 tabletter i blister. Datum för översyn av produktresumé: 2017-02-27 samt 2016-06-09. För ytterligare information och pris se www.fass.se



ÅRETS
VISSLARE:

” Något liknande kan hända igen.
Det finns samma grupper kvar
som styr och ställer. ”

” Forskningen i Sverige är oerhört korrupt.
Det räcker inte att Karolinska har skydd för egna
visselblåsare, det måste finnas externa granskningssystem. ”

”Det känns som om trakasserierna aldrig tar slut”

■ Från att ha mötts av isande tystnad, utfrysning och ryktesspridning när de först presenterade sin rapport om kirurgen Paolo Macchiarinis ingrepp, blev de omtalade och prisbelönda.

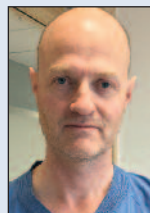
■ Men läkarna har ännu inte fått någon offentlig ursäkt från vare sig KS eller KI, som i stället har riktat klander mot dem.

■ – Det känns som om trakasserierna aldrig tar slut, säger Karl-Henrik Grinnemo till Sjukhusläkaren.

Årets Visslare 2018



Karl-Henrik Grinnemo.
Thoraxkirurg och forskare.
Arbetar i dag på Akademiska sjukhuset i Uppsala.



Matthias Corbascio.
Thoraxkirurg, Nya Karolinska, Solna.



Oscar Simonson.
Läkare och forskare.
Arbetar i dag på Akademiska sjukhuset i Uppsala.



Thomas Fux.
Intensivvårdsläkare på Karolinska sjukhuset.

▼ Sjukhusläkarnas pris Årets Visslare gick i år till läkarna Karl-Henrik Grinnemo, Matthias Corbascio, Oscar Simonson och Thomas Fux, med motiveringen:

”Årets Visslare har med stort mod, envishet och välgrundade fakta lyckats stoppa en plågsam och dödlig operationsmetod och därmed drabbats personligen i sina yrkeskarriärer. De har förhindrat att fler patienter skulle möta samma öde men också visat på att ett nytt granskningssystem vid misstänkt forskningsfusk måste skapas”.

Det var till stor del tack vare de fyra läkarnas envetna arbete och mod som sanningen till slut uppdagades om konsekvenserna av kirurgen Paolo Macchiarinis experimentella operationer med syntetiska luftstrupar, som började för sju år sedan.

Av de fyra pristagarna var det Karl-Henrik Grinnemo, thoraxkirurg och forskare, som var på plats vid prisutdelningen, som ägde rum i samband med årets invigning av kongressen Framtidens Specialistläkare i Malmö på onsdagskvällen (de övriga pristagarna kunde vid tillfället inte komma ifrån sina arbeten).

Vad betyder detta pris för dig?



Karl-Henrik Grinnemo tar emot priset som Årets Visslare av Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson vid invigningen av Framtidens Specialistläkare i Malmö.

Foto: Li Fernstedt.

– Det betyder jättemycket, det visar att vi har ett stöd av kollegor och personer inom skräet. För oss är det oerhört viktigt att vi kämpar för det som är patientens rätt i sjukvården och inom forskningen, säger Karl-Henrik Grinnemo, som i dag arbetar vid Akade-

miska sjukhuset i Uppsala, till Sjukhusläkaren.

Han kom i kontakt med den världsberömda kirurgen Paolo Macchiarini för åtta år sedan, när Macchiarini rekryterats till Karolinska institutet. Han närvarade även som observatör under ett av

Macchiarinis första ingrepp, när en patient fick syntetisk luftstrupe på Karolinska universitetssjukhuset under våren 2011 och sydde ihop patientens bröstkorg i slutet av operationen.

Under Macchiarinis andra ingrepp stod Karl-Henrik Grinnemo vid opera-

tionsbordet och höll i sugen. Men det var långt senare, efter Macchiarinis tredje operation med konstgjord luftstrupe, som Karl-Henrik Grinnemo och hans tre kollegor började fatta misstan-

Fortsättning nästa uppslag >>>

kar om att allt inte stod rätt till.

Patienten Yesim Cetir, en ung kvinna från Turkiet, fick en rad komplikationer efter ingreppet och hon hamnade i en direkt livshotande situation. Den unga kvinnan vårdades på intensivvården på thoraxavdelningen vid Karolinska universitetssjukhuset, där de fyra läkarna på nära håll följde hennes plågsamma lidande.

När den unga kvinnan under våren 2013 fick så svåra komplikationer att hon riskerade att dö, fattade Paolo Macchiarini beslut om att hon skulle få en ny syntetisk luftstrupe. Även detta ingrepp följdes av komplikationer. I samma veva kom den isländska patient som först hade genomgått operation med syntetisk luftstrupe tillbaka till sjukhuset i Huddinge.

Och det var när de fyra läkarna blev kontaktade angående denna patient som de insåg att han hade liknande komplikationer som den turkiska kvinnan. De såg ett samband, de började gå igenom litteratur kring syntetiska luftstrupar och gick till botten med Macchiarinis forskningsdata.

Paolo Macchiarini var då en världsauktoritet. För att då kunna ifrågasätta honom för att ha ljugit, måste de ha väldigt mycket på fötterna, konstaterar Karl-Henrik Grinnemo.

Möttes av isande tystnad

Redan våren 2014 försökte de fyra läkarna muntligt informera högsta ledningen vid Karolinska sjukhuset, men möttes av tystnad; ingen ville ta i problemet, utan bollade över ansvaret på någon annan.

– Då bestämde vi att vi får göra allt själva, säger Karl-Henrik Grinnemo till Sjukhusläkaren.

De fyra läkarna började sammanställa en utredning med över 500 sidor, där de med sakliga fakta som grund redogjorde för sina misstankar om manipulerade provsvar och belägg för att patienter farit illa. (Deras anmälan kom senare att publiceras för första gången i tidningen Sjukhusläkaren).

De överlämnade rapporten till ledningarna för KI och KS, som ansvarade för att anmäla misstanke om forskningsfusk, men möttes återigen av tystnad.



KARL-HENRIK GRINNEMO

” Forskningsteamet blev en sektliknande miljö i form av en inre grupp som fick ett väldigt starkt driv och Macchiarini tillbads som ledare ”

– Vi fick inte ens meddelande om att man mottagit anmälan, vi fick maila och fråga om de hade fått den, berättar Karl-Henrik Grinnemo.

Under två års tid möttes de fyra läkarna av isande tystnad. Kollegor slutade hälsa och de blev även utfrysade rent ekonomiskt; de fyra läkarna, som under flera år hade varit en stark forskningsgrupp och hela tiden fått stabilt med forskningsanslag fick nu nej från alla anslagsgivare.

– Det skedde över en natt, säger Karl-Henrik Grinnemo och säger att han då förstod vilken förödande makt det kan finnas i drev riktade mot enskilda personer.

– De som hade stöttat och finansierat Macchiarini slöt upp på båda sidor och bildade ett nätverk i syfte att göra livet hårt för oss, så att vi inte skulle fortsätta driva ärendet. I den kampanjen drevs även en ryktesspridningskampanj om att vi gjorde detta på grund av kamp om forskningsmedel. Det spreds rykten om oss att vi var galna och under en längre tid beskrevs vi som paria, säger Karl-Henrik Grinnemo, som i samband med utfrysningen lämnade Karolinska och

nu arbetar som läkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

– Det jobbiga är att vi indirekt angrep både sjukhuset och KI i och med att implantationerna skedde på sjukhuset, men var pådrivet av KI. Så båda sidor kände sig attackerade, säger Karl-Henrik Grinnemo.

Läkarna, som dels hade fasta tjänster på Karolinska Universitetssjukhuset, dels var kopplade till KI via sin forskning, trodde sig i alla fall sitta på säkra tjänster.

Nära tappa tron

– Det som fick oss att nästan tappa tron på allt var när vi var på väg att avskedas 2014. Då trodde vi att världen skulle rasa samman, säger Karl-Henrik Grinnemo, som hotats med omedelbart avsked med hänvisning till att han utan tillstånd läst i journalerna för Macchiarinis patienter, vilket inte stämde. Han plockades bort från operationer och missgynnades i tjänstetillsättningar.

När Karolinska Institutets före rektor Anders Hamsten sedan friade Macchiarini från misstanke om forskningsfusk och man på så sätt visade att man inte trodde på de fyra läkarna, kände de sig hjälplösa och visste inte hur de skulle gå vidare, berättar Karl-Henrik Grinnemo.

– Det kändes helmörkt, säger han och betonar att deras syfte med rapporten aldrig var att kräva Macchiarinis avgång.

– Vi ville bara bromsa operationerna med luftstrupar, säger han.

Men hösten 2015 kontaktades Karl-Henrik Grinnemo av journalisten Bosse Lindquist, som då jobbade med en tv-dokumentär om Macchiarini.

Tvekade ni någon gång till att medverka i dokumentären?

– Ja, absolut. Först trodde vi att Bosse gjorde ännu en hyllningsdokumentär om Macchiarini. Men när Bosse sedan frågade, ”vad har ni att förlora”, funderade vi en halv dag innan vi bestämde oss för att ställa upp, berättar Karl-Henrik Grinnemo.

Efter att SVT-dokumentären, som till stor del grundade sig på de uppgifter som läkarna presenterat i sin rapport hade sänts i januari 2016 följde en

helomvändning. Från att ha varit totalt utfrysade blev de fyra läkarna uppmärksammade och prisbelönta.

– Om jag ska vara ärlig så tror jag inte att vi hade klarat att genomdriva detta utan hjälp av media. Tack vare media fick detta spridning från en inre krets som ville tysta, säger Karl-Henrik Grinnemo.

Dåvarande rektor vid KI tvingades avgå och utredningen mot Macchiarini drog igång. De fyra läkarna fick pris av Transparency International, en organisation mot korruption.

– Plötsligt började folk att hälsa och vi blev inbjudna att prata på olika sammankomster. Det var en tydlig vändning. Men grupperingarna bakom Macchiarini jobbar ännu kvar och av dem får vi fortfarande inga forskningsanslag, påpekar Karl-Henrik Grinnemo.

Han har tänkt mycket på de patienter som lidit sedan ingreppen med syntetiska luftstrupar, särskilt på den tredje patienten, som han under lång tid såg på nära håll.

– Hennes lidande var så omätligt plågsamt, det har jag hela tiden på näthinnan. Det kommer aldrig att släppa, säger Karl-Henrik Grinnemo.

Men Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset är knappast ensamma om att präglas av tystnads-kultur, maktspråk och starka hierarkier, menar Karl-Henrik Grinnemo.

– Inom sjukvård och forskning har man av tradition byggt upp en väldigt stark hierarkisk kultur, som kan liknas vid den inom Svenska Akademien. Det handlar om starka grupperingar som styr och ställer. Det finns ett inofficiellt regelverk som man ska följa och börjar man opponera sig mot detta så sätts försvarsmekanismerna in för att skydda redan uppbyggda maktstrukturer, säger han.

Har du alltid haft mod att ifrågasätta auktoriteter?

– Nej. Ingen av oss fyra skulle ha vågat göra detta själva. Men att vi var flera stärkte oss i att känna oss tvungna att göra det enda rätta, säger Karl-Henrik Grinnemo.

Du har beskrivit den kultur som bildades i gruppen kring Macchi-

arini som närmast sektliknande. Drogs du själv till en början med i detta?

– Ja, forskningsteamet blev en sektliknande miljö i form av en inre grupp som fick ett väldigt starkt driv. Det var som om man försökte förmedla att man nästan kunde trotsa biologiska mekanismer för att kunna nå dit man ville och Macchiarini tillbads som ledare. Det finns en positiv energi i en sådan drivkraft; man vill inte kliva ur den bubblan och man vill tro att det är sant. När man sedan kliver ur och ser nyktert på det, inser man hur sjukt det är.

Känner du ilska över det som skett?

– Vi är inte bittra och vi driver inte process mot Macchiarini. Det vi har vänt oss mot är att man inte kan lyfta sådana problem och få stopp på det, utan att det blir en oändlig process. Det jag är ledsen över är att KI och KS inte tog sitt ansvar; det var de som rekryterade Macchiarini, de som skrev i hans avtal att han skulle få skapa ett luftstrupecentrum.

Och något liknande kan återigen hända på Karolinska, menar Karl-Henrik Grinnemo.

– Där finns samma grupper kvar som styr och ställer. Ända upp i Nobel-församlingen finns starka grupperingar, som så sent som i våras gjorde en skrivelse som i princip öppnar upp för att motsvarande hemskheter kan provas på patienter, säger han.

Trots att de fyra visselblåsarna larmade om Macchiarinis ingrepp, har de inte fått någon offentlig ursäkt, vare sig från KI eller KS. I stället har Karolinska institutets nye rektor riktat ”kländer” mot två av visselblåsarna och fällt en av dem för oredlighet i forskning. Detta på grund av att de tidigare varit medförfattare till forskningsartiklar där Paolo Macchiarini var en av huvudförfattarna; artiklar som beskriver det kliniska förloppet för de patienter som genomgick operation med transplantation av syntetiska luftstrupar vid Karolinska universitetssjukhuset. Ett beslut som läkarna har överklagat till förvaltningsrätten.

Fortsättning nästa uppslag >>>

FAKTA | BAKGRUND

Samtliga patienter avled efter ingreppen

▼ Den världsberömda kirurgen Paolo Macchiarini rekryterades hösten 2010 till Karolinska institutet för att utveckla laboratorietillverkade organ.

Mellan 2011 och 2013 opererade han in plaststrupar på tre patienter på Karolinska universitetssjukhuset. Syftet var att dessa plaststrupar med hjälp av stamceller skulle växa fast och fungera som levande organ.

Metoden fungerade inte och samtliga



tre patienter har avlidit efter ingreppen. Macchiarini delgavs misstanke för vållande till annans död alternativt vållande till kroppsskada, men har bestridit misstankarna.

Paolo Macchiarini och ytterligare sex medförfattare fälldes tidigare i år för oredlighet i forskning, enligt beslut av Karolinska institutets rektor Ole Petter Ottersen. Bland de medförfattare som fälls återfanns en av de fyra visselblåsarna. Beslutet är överklagat till förvaltningsrätten.

Förundersökningen mot Paolo Macchiarini lades ned förra året. Åklagarna ansåg att det inte gick att styrka misstankar om vållande till annans död, men ansåg att Macchiarini tagit risker. De tre struptransplantationerna har inte varit förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men åklagarna menar att det inte går att bevisa att andra metoder eller palliativ vård skulle ha förlängt patienternas liv.

FAKTA | VISSLARPRISET

▼ Sedan 2008 har yrkesföreningen Sjukhusläkarna delat ut priset Årets Visslare till ”den eller de som stått upp för demokrati och yttrandefrihet i vården till gagn för patienter och läkare”.

Är du besviken?

– Jag är oerhört besviken. Detta är ett fortsatt led i de trakasserier som har pågått sedan 2013. I stället för att fokusera på att utreda oredligheter kring Paolo Macchiarini, lägger man allt fokus på att stoppa oss på alla möjliga vis. Det känns som om trakasserierna aldrig tar slut. I och med de inte erkänner att de gjorde fel försöker de också att undvika att ge den ersättning som vi tycker att anhöriga till dem som utsattes för Macchiarinis ingrepp har rätt till, säger Karl-Henrik Grinnemo.

Behöver visselblåsare ett bättre skydd?

– Ja. Skyddet av visselblåsare är enormt dåligt. Man borde garantera personer som är visselblåsare ekonomiskt skydd under den period som de är utsatta. Forskare som exempelvis inte har annan lön än forskningsanslag kunde få erbjudande om centrala medel så att man inte påverkas ekonomiskt under den tid man står upp för något.

Som visselblåsare ska man alltid vara beredd på att möta motangrepp, att man kan anmälas och misskrediteras och en viktig lärdom jag har fått, är att man inte skyldig bara för att man är anmäld.

Det som har hänt nu är att personer kring Macchiarini har blivit bortplockade från utvärderingsgrupper, deras forskningsanslag har blivit frysta, endast genom guilt by association. Det är jätteallvarligt att man dömer personer innan de visat sig vara skyldiga.

Vad har du för råd till andra visselblåsare?

– Till att börja med måste den miljö man befinner sig i vara öppen för konstruktiva diskussioner. Sen ska man se till att inte vara ensam och gärna också vara med i sin fackförening, säger Karl-Henrik Grinnemo, som anser att ordet visselblåsare bör bytas ut till något som klingar mer positivt.

Det har väl redan en positiv klang?

– Nja, nu låter det i för hög grad som en rättshaveristisk handling, när det i själva verket handlar om att man vill förhindra något skadligt och förändra något till det bättre, säger han.

En av de andra pristagarna av Årets Visslare är Matthias Corbascio, thorax-



MATTHIAS CORBASCIO:

”

Man måste ha externa system som reglerar denna industri, där det inte finns inavel mellan systemen.”

kirurg vid Nya Karolinska, Solna. En svidande lärdom han säger sig ha fått från tiden som visselblåsare är insikten om att en utbredd korruption råder inom svensk forskning.

– Forskningen i Sverige är oerhört korrupt. Vi i Sverige tror att vi är förskonade från korruption. Men efter att ha jobbat i landet i 18 år, vet jag att det inte är så, säger Matthias Corbascio till Sjukhusläkaren.

Liksom Karl-Henrik Grinnemo ser han inte den tystnadskultur och det maktspråk som han och hans tre kollegor utsattes för som något specifikt utmärkande för KI eller KS.

– Tystnadskultur existerar i alla större organisationer, från katolska kyrkan till FN och KI, konstaterar han.

Hur ska visselblåsare som törs avslöja missförhållanden i en sådan miljö få bättre skydd?

– Man måste ha externa system som reglerar denna industri, där det inte finns inavel mellan systemen. Man kan inte ha folk som sitter på flera stolar samtidigt. De räcker inte att Karolinska har skydd för egna visselblåsare, det måste finnas externa gransknings-

system, säger Matthias Corbascio, som också framhåller något som han inte tycker har kommit fram i samband med Macchiarini-skandalen:

Familjerna till patienterna har inte fått någon typ av upprättelse eller ursäkt; i stället har de uppmanats att vända sig till en patientnämnd.

– Att säga en sådan sak när de har utsatts för sådana experiment är så cyniskt, så sorgligt. Familjerna bor ju dessutom inte ens i Sverige och kan inte veta var de ska göra ansökan. Där väntar vi fortfarande på att Karolinska ska krypa till korset och göra något annat än att hänvisa till patientskade-försäkringen, säger Matthias Corbascio.

I utredningen har man också bara tittat på hur Macchiarini rekryterades och inte hur de fyra läkarnas anmälan hanterades när den kom in till ledningarna för KI och KS.

– Den hanteringen är i sig kriminell, säger Matthias Corbascio.

Men det som framför allt väcker hans vrede och sorg är inte i första hand den utfrysning och de repressalier som han och hans tre kollegor utsattes för till följd av sitt avslöjande av Macchiarinis experiment. Det är ingenting mot det lidande som de människor genomgick som utsattes för Macchiarinis ingrepp, betonar han.

– Den turkiska kvinnan Yesim Cetir genomgick hundratals operationer. En tortyr utan like, säger Matthias Corbascio.

”Karolinska har slagit ut egenkontrollen”

Oscar Simonson och Thomas Fux meddelar i sin tur i en skriftlig kommentar att de är ”oerhört tacksamma över priset”.

Felaktigheter måste rapporteras in av personer med insyn i verksamheten, betonar Oscar Simonson och fortsätter:

”Vad Karolinska nu har gjort är att de har slagit ut den egenkontrollen då ingen vill hamna i vår situation igen, vilket medför att inga avslöjar vare sig patientövergrepp eller forskningsfusk. Det är en mycket farlig situation som är svår att vända”.

– Ebba Blume

Skärpt repressalieskydd för visselblåsare

Begreppet Visselblåsare kommer från England, där poliser som upptäckte brott blåste i sina visselpipor för att varna allmänheten.

▼ En reglering finns som skyddar arbetstagare som slår larm, exempelvis den yttrandefrihet som följer av grundlagarna och

Europakonventionen. Enligt en ny lag som trädde i kraft förra året förstärks skyddet av visselblåsare genom att en visselblåsare som utsätts för en repressalie av sin arbetsgivare ska ha rätt till skadestånd.

Lagen gäller samtliga arbetsgivare i både offentlig och privat sektor och omfattar även inhyrda arbetstagare.

Repressalieskyddet för visselblåsare gäller dock bara larm vid allvarliga missförhållanden.

Nya lagen får särskild betydelse inom privat sektor, där arbetstagarna tidigare inte skyddats av grundlagarna i förhållande till arbetsgivaren på samma sätt som i offentlig sektor.

Bättre skydd för anställda som arbetar i privata företag inom den offentliga välfärdssektorn

Sedan den 1 juli 2017 har den som arbetar i privat, skattefinansierad verksamhet inom vård, skola och omsorg ett skärpt meddelarskydd. Detta innebär att de, liksom offentligt anställda rätt har rätt att berätta om missförhållanden till media.

▼ Det är då förbjudet för den som driver företaget, eller någon som har högre befattning än den anställda, att efterforska vem som har utnyttjat sin meddelarfrihet, eller att utsätta den anställda för negativa åtgärder

till följd av detta.

För privat, skattefinansierad verksamhet gäller förbud mot efterforskning av källa dock inte om den anställda lämnat ut uppgifter som omfattas av tystnadsplikt.

Påföljden för den som efterforskat källa är böter eller upp till ett års fängelse.

Men enligt lagen ska anställda utan risk för repressalier även kunna lämna information som är skyddad genom lagen om skydd för företagshemligheter till medier som omfattas av tryckfrihetsförordningen eller yttrandefrihetsgrundlagen.

Enligt Jens Kallmin, jurist på Justitiekanslern, betyder det att det faktiskt råder meddelarfrihet även för utlämnande av uppgifter som innefattar företagshemligheter.

– Det är dock viktigt att poängtera att utlämnande av handlingar inte omfattas av det förstärkta meddelarskyddet, utan det är endast lämnandet av uppgifter som skyddas. Lagen hindrar alltså inte en verksamhetsutövare från att efterforska vem som har lämnat ut en handling eller att utsätta denne för repressalier.

Pregabalin Orion (pregabalin) antiepileptika (F) ⚡ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Indikationer: Perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. Som tilläggsbehandling vid epilepsi för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. Behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. Subventioneras vid: 1) epilepsi. 2) neuropatisk smärta endast för de patienter som inte nått behandlingsmålet med vare sig TCA eller gabapentin, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. 3) generellt ångestsyndrom endast för de patienter som inte nått behandlingsmålet med antingen SSRI eller SNRI, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrådas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. Försiktighet bör iaktas hos patienter med tidigare missbruksproblem och patienten bör följas upp för symtom av felaktig användning, missbruk eller beroende av pregabalin. Hårda kapslar 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2018-06-01. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
WWW.ORIONPHARMA.SE

Pregabalin Orion
pregabalin 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg, hårda kapslar

Lågt pris*

Välj
Pregabalin Orion
– lågprisgenerika

* jämfört med originalläkemedlet Lyrica®, för aktuella priser se www.fass.se

■ En ny internationell jämförelse av sjukvården i tolv EU-länder visar att Sverige är i topp när det gäller medicinska resultat och effektivitet! **Väntetiderna är på fjärde plats!**

■ Så inleddes pressmeddelandet från SKL i juni i år då rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" hyllade svensk sjukvård.

■ En rapport som fick stor spridning i media och ofta citeras i sjukvårdsdebatten av krönikörer, politiker, journalister och beslutsfattare, som en etablerad sanning.

■ Men SKL:s jämförelse av väntetider var en statistik bluff som gav en fejkad bild av verkligheten och de hårda fakta om medicinska resultat grundade sig inte på 13 diagnoser som SKL framställde det som, utan fem. Resten var enkla hälsodata.



Så skönmålades Sveriges väntetider

▼ I SKL:s väntetidsindex jämförs Sverige med några få av OECD:s 36 medlemsstater för sex kirurgiska ingrepp. Men indexet grundar sig på jämförelser mellan päron och äpplen. Till exempel uppges Danmarks faktiska väntetid för protesoperation höft vara 55,2 dagar mot Sveriges 82 dagar. För borttagande av livmoder 48,8 dagar i Danmark och 45 dagar i Sverige. För operation vid prostataförstoring 44,5 dagar i Danmark och 71 i Sverige.

Men Danmarks väntetider i indexet är väntetider från det att remissen anländer till specialistsjukvården tills operationen sker. Sveriges väntetider beräknas från det att beslut att operera tas tills operationen.

Skulle de svenska väntetiderna beräknas som de danska skulle de förmodligen bli veckor och månader längre beroende på ingrepp. I indexet jämförs även Sveriges väntetider för 2017, som då inte var publicerade av OECD, mot övriga länders väntetider under 2015 utan att det anges i rapporten.

SKL:s statistik var ren bluff

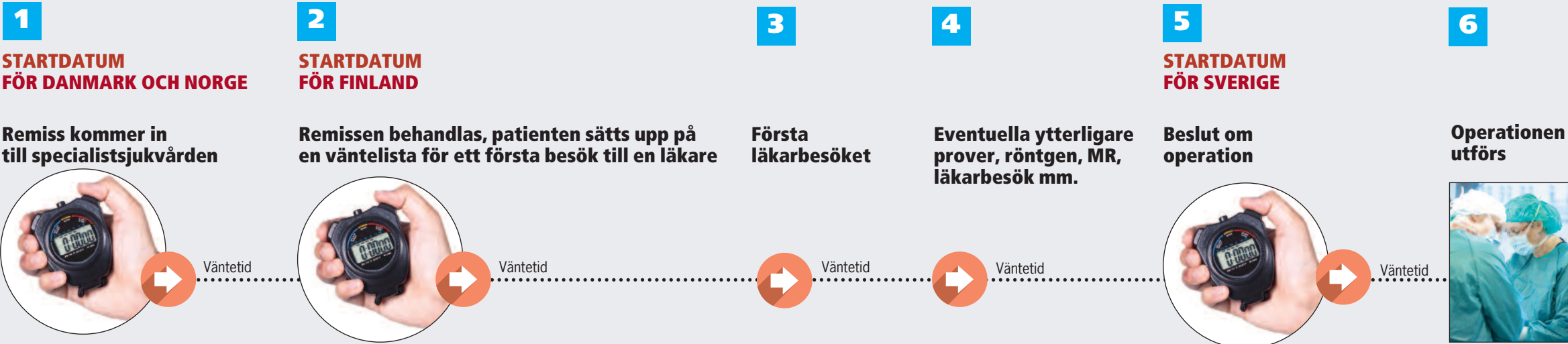
AV CHRISTER BARK

▼ Sjukhusläkaren har granskat rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" och OECD:s databas som ligger till grund för statistiken bakom SKL:s eget påhittade "väntetidsindex" som påstås visa att Sverige är fyra i Europa i en jämförelse mellan jämförbara länder.

Vår granskning visar att statistiken som SKL grundar sitt "väntetidsindex" på består av väntetider med olika startdatum i vårdprocessen, där de svenska väntetiderna skulle bli veckor och månader längre för vissa diagnoser om SKL rapporterat de svenska väntetiderna till OECD på samma sätt som Danmark, Norge och Finland.

Danmark och Norge börjar mäta väntetiden från den dag remissen kommer in till specialistsjukvården, före första läkarbesöket, före prover och undersökningar och eventuella ytterligare läkarbesök före det slutliga beslutet att operera. Finland har rapporterat väntetiden från den dag remissen behandlats inom specialistsjukvården och patienten sätts upp på en väntelista för ett första läkarbesök fram till det att operationen sker.

Hittade på ett eget "väntetidsindex" där väntetider från olika startdatum i vårdprocessen likställdes



Sveriges väntetider är däremot beräknade från den dag beslutet att operera tas. Alltså långt senare i vårdprocessen.

Detta mörkar SKL i rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse". Istället presenteras och jämförs väntetiderna som om de var likvärdiga.

I SKL:s index rankas Sverige mot åtta

OECD-länder utifrån sex kirurgiska ingrepp; grå starr, protesoperation höft, protesoperation knä, borttagande av livmoder, operation vid prostataförstoring och hjärtskirurgi CABG (bypass).

I topp hamnar Nederländerna med ett index på 0,95 på en skala 0-1.

Men Nederländernas statistik grundar sig på en nationell beräkning av sjukhu-

sens förväntade väntetider och inte faktiska väntetider. (Se sidan 22).

• Danmark rankas tvåa med ett index på 0,8. Italien trea med 0,79. Sverige fyra med 0,73. Inte långt efter Danmark, trots att Danmark i den mest genomgripande undersökningen av väntetider "Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries"

gjord 2013, sägs sticka ut exeptionellt gentemot alla andra OECD-länder förutom Nederländerna.

Finland rankas femma med 0,56 och Norge sist med det häpnadsväckande låga indexet 0,04.

SKL:s väntetidsindex som påstås visa att Sverige hamnar på fjärde plats bland jämförande länder i OECD mörkar inte

bara att man jämfört väntetider med olika startdatum, utan även att länder som Sverige bör jämföras med som Tyskland, Frankrike, Schweiz, Österrike, Belgien, med flera inte rapporterar väntetider till OECD. Länder som i andra internationella jämförelser rankas som de länder som har kortast väntetider.

Fortsättning nästa uppslag >>>

SKL kontrollerade aldrig att statistiken var jämförbar

■ SKL gjorde aldrig någon kvalitetsgranskning för att säkerställa att man jämfört väntetider med samma startdatum och att länderna rapporterat in jämförbara medicinska diagnoskoder.

■ SKL tog inte heller någon hänsyn till att OECD:s databas är uppbyggd så att länderna tillåts rapportera in avvikelser, vilket gör att statistik från databasen inte kan jämföras rakt upp och ner.

▼ Rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" som är en uppdatering av en tidigare rapport, är framtagen av SKL:s avdelning för Ekonomi och Styrning och skriven av ekonomen Roger Molin som tagit hjälp av Einar Sjölund på samma avdelning för datainsamling och statistisk analys.

Sveriges faktiska väntetider är hämtade från SKL:s databas "Väntetider.se".

Väntetiderna i de länder som SKL jämfört Sverige med togs direkt ur OECD:s databas.

Kvalitetsgranskade ni vilken statistik de andra länderna rapporterat till OECD?

– Nej, vi utgick från det faktum att

om OECD har publicerat dem så har vi antagit att de har tillräckligt god kvalitet, säger Einar Sjölund.

Men i OECD:s databas framgår att många länder har rapporterat in olika medicinska diagnoskoder.

– Ja, så kan det kanske vara. Jag kan inte detaljerna, men ICD-10 använder väl de flesta, även om det nog kan finnas skillnader också.

Varför har ni jämfört väntetider med olika startpunkter i vårdprocessen?

– Det är inget jag kommer ihåg att vi tittat på.

Men i OECD:s databas var Norges väntetider tydligt utmärkta som avvikande med ett D (difference in met-

hodology) när ni hämtade dem.

– Okey, jag är faktiskt inte insatt i de här måtten. Jag fick allting i en fil från väntetidsgänget på Väntetider.se och från en kollega som hämtat de andra ländernas tider i OECD:s databas.

När ni gjorde ert eget index, hur såg ni på att det skiljer rätt mycket mellan startpunkterna för Norge, Danmark och Finland jämfört med Sverige och att även Nederländerna rapporterat in avvikande statistik eftersom man angett sjukhusens förväntade väntetider?

– Vi hade ingen djupare diskussion om det. Det här med väntetider var en bonus som vi slängde in i och med att det fanns väntetider för medelvärden för första gången. Det var inget som vi djupgranskade.

Men det blir ju en bluff med statistik om man jämför olika saker?

– Ja det blir ju lite så när man har internationell statistik. Det är samma sak som det här kostnads måttet egentligen, man har ändrat definitionen vad som ingår i hälso- och sjukvården, vilket gjort att Sveriges kostnad för hälso- och sjukvårdens andel av BNP gått upp ganska mycket när man gjorde om definitionen. Man organiserar sig olika så det slår igenom och då blir det aldrig riktigt jämförbart.

Jo, men indexet blir ju en lek med siffror, eftersom ni jämför päron med äpplen.

– Ja det låter ju som det blir missvisande som du förklarar det, men jag är inte insatt i hur man fått fram måtten. Jag har mest satt ihop siffrorna bara.

Som expert på internationella jämförelser tog SKL:s avdelning för Ekonomi och Styrning även hjälp av Fredrik Westander, analytiker på SKL:s avdelning för "Vård och omsorg". Han var också den person på SKL som hade kontakt med Folkhälsomyndigheten som

samlar in data till OECD.

OECD:s databas när det gäller väntetider är ju oerhört liten. Tycker du att det går att dra några jämförande slutsatser om hur bra ett sjukvårdssystem väntetider är utifrån endast sex kirurgiska ingrepp?

– Nej, det går inte att med hjälp av fem-sex diagnoser dra slutsatser om tillgänglighet om hela vårdssystem. Absolut inte. Man kan titta på statistiken och förhålla sig till den, men man ska närma sig den med försiktighet.

Ingen av oss tror jag har överblick av kvaliteten i respektive länders väntetidsdatabaser. OECD använder ett uttryck att de mäter tiden från "specialist assessment" till operation och det har vi tolkat som att det är tidpunkten för beslut om operation till genomförandet. Sedan hur väl länderna kan följa det vet inte jag.

Fredrik Westander säger att han ändå tycker att man ska ha koll på vad som

finns i de internationella vårddatabaserna.

– Det är bara detta som finns om faktiska väntetider och jämförelser, annars är man ju hänvisad till patientenkäter, säger han.

I ett mejl till Sjukhusläkaren förtydligar Fredrik Westander senare sin åsikt

om väntetidsstatistiken.

– I debatten sägs att svensk tillgänglighet till sjukvård är låg med långa väntetider, men min observation är egentligen en annan och att OECD:s databas fungerar bra som en påminnelse om hur lite vi vet om detta.

Christer Bark

Bara fem av 13 indikatorer handlade om hårda medicinska data

I SKL:s presentation av rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" sägs att hårda medicinska data utifrån 13 indikationer visar att Sveriges sjukvård är i topp när det gäller medicinska resultat och effektivitet.

▼ Men bara fem av dem, de som kablats ut som exempel till media, handlar om hårda medicinska data. De övriga indikatorerna är mest hälsodata som:

- Vaccination mot mässling.

- Antibiotikaförskrivning inom primärvården.
- Vaccination mot difteri, smittkoppor och stelkramp.
- Andelen i befolkningen som har högt blodtryck.
- Andelen i befolkningen som har förhöjt blodsocker.
- Spädbarnsdödlighet (per 1000 levande födda).
- Amputationer på grund av diabetes (per 100 000 inv.)
- Och den udda indikatorn kallad: Potentiellt förlorade levnadsår.

Pregabalin Orion (pregabalin) antiepileptika (F) ⚡ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Indikationer: Perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. Som tilläggsbehandling vid epilepsi för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. Behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. Subventioneras vid: 1) epilepsi. 2) neuropatisk smärta endast för de patienter som inte nått behandlingsmålet med vare sig TCA eller gabapentin, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. 3) generellt ångestsyndrom endast för de patienter som inte nått behandlingsmålet med antingen SSRI eller SNRI, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrådas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. Försiktighet bör iaktas hos patienter med tidigare missbruksproblem och patienten bör följas upp för symtom av felaktig användning, missbruk eller beroende av pregabalin. Hårda kapslar 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2018-06-01. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
WWW.ORIONPHARMA.SE

Pregabalin Orion
pregabalin 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg, hårda kapslar

Måste väljas aktivt på recept
– byts inte automatiskt på apotek.

Välj Pregabalin Orion – lågprisgenerika

SVENSK UROLOGISK FÖRENING
OCH SVENSKA HÖFTPROTESREGISTRET

Sveriges inrapporterade operationer inte jämförbara med Norges och Danmarks

– Sverige har bara rapporterat benign kirurgi. Danmark och Norge har räknat in cancerkirurgi. Så jämför man Sverige med Norge och Danmark blir det en jämförelse mellan äpplen och päron som inte är jämförbar överhuvudtaget.

Så svarar Svensk urologisk förening på Sjukhusläkarens fråga om den statistik länderna rapporterar till OECD:s databas är jämförbar när det gäller prostatectomy.

▼ Sjukhusläkaren har granskat om medlemsstaterna rapporterar enligt de ICD-koder (medicinska diagnoskoder) OECD efterfrågar och det visar sig att så sällan är fallet.

I databasen finns ett myller av både flaggade och oflaggade avvikelser från OECD:s ICD-koder.

Nederländerna som rankas bäst i SKL:s väntetidsindex anger exempelvis i sin rapport till OECD att statistiken förmodligen inkluderar mer än det OECD efterfrågar för prostatectomy, men att statistiken för protesoperation höft endast inkluderar total höftprotesoperation och inte partiell som OECD också efterfrågar och när det gäller knäproteskirurgin så inkluderar statistiken inte revisioner.

För att se om Sverige, Danmark och Norge rapporterar in jämförande statistik bad Sjukhusläkaren Svensk urologisk förening, Svenska höftprotesregistret och Nationella kataraktregistret att titta på vilka ICD-koder OECD efterfrågar och om Sveriges, Norges och Danmarks inrapporterade data är jämförbara.

De ICD-koder OECD vill ha inrapporterade väntetider till är:

Prostatectomy: (SKL:s benämning är operation vid prostataförstoring) ICD-9-CM (1996): 60.2, 60.3--60.6

Hip replacement: (Protesoperation höft) Total and partial, including the revision of hip replacement. ICD-9-CM (1996): 81.51-81.53

Knee replacement: (Protesoperation knä) Including the revision of knee replacement. ICD-9-CM (1996): 81.54

Här är de svar vi fick:

Svenska Höftprotesregistret

Ola Rolfson, docent, överläkare, registerhållare:

▼ Det finns skillnad beträffande de åtgärder för höft- och knäproteskirurgi som inkluderas i väntetidsrapporteringen till OECD mellan Sverige, Norge och Danmark.

Höftproteskirurgi

▼ Norge och Danmark inkluderar i princip all höftproteskirurgi vilket inbegriper primär total höftprotesoperation, primär halvprotesoperation (görs nästan uteslutande för höftfrakturer som akut ingrepp), ytersättningsproteser och

nästa alla höftprotesrevisioner (dvs sekundära protesoperationer där man byter ut hela eller delar av implantat). Sverige inkluderar bara primär total höftprotesoperation inklusive ytersättningsproteser.

Knäproteskirurgi

▼ Danmark inkluderar alla primära totala knäprotesoperationer, alla primära unikompartmentell knäprotesoperationer (halvprotes), primära ytersättningsvarinater, och alla sekundära knäprotesoperationer där hela eller delar av protesens byts ut samt sekundära ingrepp där man adderar t ex en patellakomponent.

Norge och Sverige inkluderar alla primära knäprotesoperationer enligt liknande definition som Danmark, men har inga sekundära ingrepp (NFC) förutom att Sverige rapporterar sekundär operation där man adderar patellakomponent (utgörs av cirka 20 procent av alla sekundära ingrepp i Sverige). Oklart om Norge har med sekundär patellaoperation i sin statistik.

Kommentar till OECD:s norm

▼ När det gäller att definiera vilka åtgärder som ska jämföras inom höftproteskirurgi bedömer jag att Sveriges definition är mest representativ. Att blanda primära och sekundära ingrepp gör analysen mycket mer komplicerad. Dessutom missar man omoperationer som inte innebär byte av komponenter eller operationer där hela implantatet tas bort utan att någon ny höftprotes sätts in.

Halvprotesoperationer bör inte vara med i den här sammanställningen

eftersom det används vid höftfraktur och i enstaka fall för andra indikationer som till exempel vid tumörer som engagerar lårbenshuvudet eller halsen.

Samma gäller knäproteskirurgi – primära och sekundära bör inte blandas. Att inkludera sekundär addering av patellakomponent ger inte en korrekt bild av väntetid för primär knäprotesoperation.

Svensk urologisk förening

Johan Styrke, läkare och vetenskaplig sekreterare:

▼ När det gäller prostatectomi har Sverige bara rapporterat benign kirurgi medan Danmark och Norge även räknat in cancerkirurgi som OECD efterfrågar.

Så jämför man Sverige med Norge och Danmark blir det en jämförelse mellan äpplen och päron som inte är jämförbar överhuvudtaget.

Nationella Kataraktregistret

Anders Behndig, professor, registerhållare:

▼ Väntetider är svårare än man skulle kunna tro – inte ens inom landet blir jämförelser riktigt rättvisa. Jag såg att man i vissa länder endast redovisar "offentliga" katarakter (ej privata) vilket sannolikt ger en väldigt skev bild av förhållandena. Däremot kan jag inte se att diagnostiken ska utgöra någon större felkälla. Det finns bara en behandling för katarakt (kirurgi), och detta ingrepp används inte heller för andra diagnoser, med få undantag.

Få länder rapporterar enligt OECD:s efterfrågade diagnoskoder
Ett exempel: Protesoperation höft

OECD:s efterfrågade ICD-koder för protesoperation höft:

ICD-9-CM (1996) 81.51-81.53

81.51 Total hip replacement
81.52 Partial hip replacement
81.53 Revision of hip replacement

Inrapporterade diagnoskoder för protesoperation höft från några medlemsstater:

Storbritannien: Anger att man inte kan erbjuda någon exakt matchning till ICD-9-CM utan använt OPCS4/ICD-10-koderna: 2006-2011: W37.1, W37.2, W37.3, W37.4, W37.8, W37.9, W38.1, W38.2, W38.3, W38.4, W38.8, W38.9, W39.1, W39.2, W39.3, W39.5, W39.8, W39.9, W46.1, W46.2, W46.3, W46.8, W46.9, W47.1, W47.2, W47.3, W47.8, W47.9, W48.1, W48.2, W48.3, W48.8, W48.9, W93.1, W93.2, W93.3, W93.8, W93.9, W94.1, W94.2, W94.3, W94.8, W94.9, W95.1, W95.2, W95.3, W95.8, W95.9. (Prosthetic replacement of hip joint (total or hybrid) or head of femur); 2000-2005: W37-W39, W46-W48.

Danmark: Rapporterar enligt ICD-10: KNFB, KNFC.

Sverige: Rapporterar ICD-9-CM (1996) 81.5 men inte efterfrågade 81.52 och 81.53. De kirurgiska ingrepp som man mätt väntetider på är NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

Nederländerna: Rapporterar inga ICD-koder överhuvudtaget då landet inte använder OECD:s efterfrågade ICD-koder utan har ett eget system kallat Diagnosis Treatment Combination (DBC). När det gäller protesoperation skriver Nederländerna: "Data only include total hip replacement, not partial replacements".

Finland: Anger att man använder NCSP-koder: (Nomesco Classification for Surgical Procedures) och rapporterar bara NFB (primära ledprotesoperationer).

Ungern: Rapporterar att landet varken använder ICD-9-CM, eller ICD-10-CM-koder utan ett eget nationellt system kallat OENO baserat på en WHO-klassifikation från 1978 kallad ICPM.

Island: Rapporterar att landet använt NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP) som inte har konverterats till ICD-9-CM-koder och därför inte helt överensstämmer med OECD/Eurostat/WHO:s lista på kirurgiska procedurer. De kirurgiska ingreppen som rapporterats väntetider för är: NFB20, NFB30, NFB40, NFB59, NFB62, NFB99 och alla NFC (sekundära ledprotesoperationer).

Italien: Anger att landet avviker från OECD:s ICD-koder och använder ICD-9-CM från 2007: 81.51-81.53 plus revisioner enligt 00.70, 00.71, 00.72, 00.73

Norge: Levererar statistik enligt ICD-10 NCSP: NFB0y, NFB1y, NFB20, NFB30, NFB40, NFB59, NFB62, NFB99, NFC0y, NFC1y, NFC2y, NFC3y, NFC4y, NFC59, NFC99.

OECD:s databas fylld med äpplen och päron i en salig röra



Statistik från OECD låter stort och strukturerat.

Men stämmer det när det gäller medicinska data och väntetider inom sjukvården? Sjukhusläkaren har gått igenom OECD:s databas för väntetider inom sjukvården och intervjuat ekonomen Gaetan Lafortune som är huvudansvarig för databasen. En databas som medlemsländer fyllt med äpplen och päron i en salig röra.

▼ Sjukhusläkarens granskning visar att OECD:s väntetidsdatabas, som sköts av ekonomer i stort sett utan inblandning av läkarprofessionen, är en mycket liten databas.

I databasen finns bara sju operativa ingrepp som grund för att jämföra

OECD:s medlemsstaters väntetider.

Grå starr, ballongvidgning i kranskärlet (PTCA), bypass-operationer (CABG), prostatektomi, borttagande av livmoder, protesoperation knä och protesoperation höft.

Det är allt.

Av OECD:s 36 medlemsstater rapporterar bara cirka hälften in väntetider till OECD och av dem är det flera som endast har statistik för några få av de sju operativa ingrepp som ingår i databasen.

OECD har ingen strukturerad kvalitetskontroll av läkarprofessionen som säkerställer att medlemsstaternas statistik är jämförbar.

I ett mejl till Sjukhusläkaren svarar databasens huvudansvarige, ekonomen Gaetan Lafortune, att inom OECD:s hälsodivision finns några läkarutbildade, men att man "inte nödvändigtvis involverar dem i processen därför att man bara behöver tydlig information från länderna hur väntetiderna mäts".



OECD:s huvudkontor i Paris.

Foto: OECD/Victor Tonelli

I stort sett består kvalitetskontrollen av medlemsstaternas "självkontroll", där OECD förutsätter att länderna lämnar korrekt information som följer OECD:s efterfrågade definitioner och medicinska diagnoskoder.

Granskningen visar att inga länder klarar detta. Idag är databasen fylld med äpplen och päron i en salig röra.

Om länderna saknar eller har avvikande statistik från OECD:s definitioner ska de i sina rapporter ange vad som avviker och OECD ska då markera avviken med ett D (difference in methodology), E (estimated value) eller P

(provisional value) i databasen. Vad som avviker ska vara utförligare beskrivet i ett pdf-dokument som kan laddas ner.

Men här råder mindre kaos. Vissa länder hänvisar endast med länkar till dokument på det egna språket, andra är mer precisa.

I databasen kryllar det av avvikelser som flaggats och som inte flaggats med ett D, E, eller P, både när det gäller hur länderna mäter väntetider och vad som faktiskt mäts.

I databasen har OECD också släppt igenom mängder av otydliga formuleringar som är omöjliga att

uttolka, till och med för databasens ansvariga. Ett exempel är Finlands beskrivning av hur landet mäter sina väntetider där det kort och gott står att man "beräknat väntetiderna för all elektiv kirurgi utifrån känd information om väntetider".

Vad det betyder kan Gaetan Lafortune, huvudansvarig för databasen, inte svara på när Sjukhusläkaren intervjuar honom. Det visar sig också att när vi vill ha klarlägganden om hur de länder SKL jämfört Sverige med så kan han inte ge oss några besked om det heller. (Se nästa uppslag).

I SKL:s väntetidsindex jämförs Sveriges väntetider med Nederländernas, Danmarks, Norges, Italiens, Finlands, Storbritanniens, Spaniens och Portugals.

Bara bland dessa länder finns en uppsjö av olika sätt att mäta väntetider och ottydliga beskrivningar hur länderna mäter.

För att reda ut begreppen ställde Sjukhusläkaren en rad frågor i mejl och intervjuade den 3 juli Gaetan Lafortune, huvudansvarig för databasen, som borde kunna ge tydliga svar.

Av de länder som SKL jämfört Sveriges väntetider med var det den 3 juli endast Norge som flaggats med ett D som betyder att landet mäter väntetider på ett sätt som avviker från OECD:s efterfrågade definition.

Danmark

Danmark mäter väntetider som Norge, från det att remissen kommer in till specialistsjukvården, så vi ställer frågan till Gaetan Lafortune varför det inte framgår i databasen och varför inte Danmark flaggats med ett D.

Först ställer han sig frågande till påståendet och ber att få återkomma med ett svar.

I ett mejl svarar han senare att om det visar sig att Danmark också använder en bredare definition än OECD:s efterfrågade, så kommer man även att flagga Danmark.

Den 5 juli två dagar efter vår intervju flaggas Danmarks rapportering som avvikande.

Finland

När Sjukhusläkaren ber om en förklaring på vad Finlands kryptiska formulering att "väntetiderna beräknats utifrån känd information om väntetider" svarar Gaetan Lafortune att han inte vet, men återkommer senare med mejladressen till Finlands kontaktperson, Mika Gissler, som i ett mejl klargör efter att ha svarat på ett logistiskt exempel från Sjukhusläkaren att Finland börjar mäta väntetiden då remissen behandlas och patienten sätts

upp på en väntelista för ett första läkarbesök.

Vilket innebär att även Finland avviker från OECD:s definition.

Tre dagar efter Sjukhusläkarens intervju med Gaetan Lafortune tydliggörs Finlands mätmetod, men markeras inte som en avvikande.

Spanien och Portugal

Hur Spanien och Portugal mäter sina väntetider är omöjligt att förstå utifrån ländernas beskrivningar i databasen.

Spaniens väntetider är uppskattade utifrån beräkningar av väntetider i 15 autonoma regioner och två autonoma städer vid en viss dag. När i vårdprocessen man börjar mäta väntetiden framgår inte.

Portugal anger att de data man rapporterar är hämtade från sjukhusens "operational systems" som är integrerade med den centrala databasen SIGLIC. För vidare information hänvisas till en länk till ett dokument på portugisiska. Det framgår inte från vilket startdatum väntetiderna är beräknade.

När vi ber Gaetan Lafortune klargöra vad som gäller kan han inte ge något svar, men säger att han kan ta reda på det, men att det kommer att ta tid. Senare ger han beskedet att han inte kommer att kunna ge svar alls.

När Sjukhusläkaren ber om namn på OECD:s kontaktpersoner i Spanien och Portugal får vi beskedet att OECD inte lämnar ut dessa.

Storbritannien

Storbritannien (England, Skottland och Wales) uppger att man endast kan leverera data "från specialistbedömning till operation på "Storbritannien-nivå" och inte för de enskilda länderna.

Men i OECD:s databas är det omöjligt att utläsa hur Storbritannien fått ihop statistiken från England, Wales och Skottland och hur den överensstämmer med OECD:s efterfrågade definition. Storbritannien rapporterar även till OECD att man inte använder

Fortsättning sidan 16 >>>

OECD:s definitioner hur väntetider ska mätas ger utrymme för tolkningar

▼ OECD vill att medlemsstaterna ska rapportera in väntetiden från "specialist assessment to treatment", från den dag patienten sätts upp på väntelistan för "proceduren". Men vad det exakt betyder tolkas olika av medlemsstaterna.

Betyder "assessment" den första värderingen som görs vid ett första besök hos specialistläkaren? Och vad betyder "proceduren"? Hela processen inom specialistvården till operationen?

Vissa länder tolkar definitionen som att väntetiden ska börja räknas vid det första specialistläkarbesöket. SKL har däremot valt att tolka ordet "assessment" som "beslut" och rapporterar in väntetiden från den dag det beslutas att patienten ska opereras tills operationen sker.

OECD:s definition på engelska:

▼ Waiting times from specialist assessment to treatment includes the time elapsed for patients on the non-emergency (elective) surgery waiting list from the date they were added to the waiting list for the procedure (following specialist assessment) to the date they were admitted for treatment.

Exclusion:

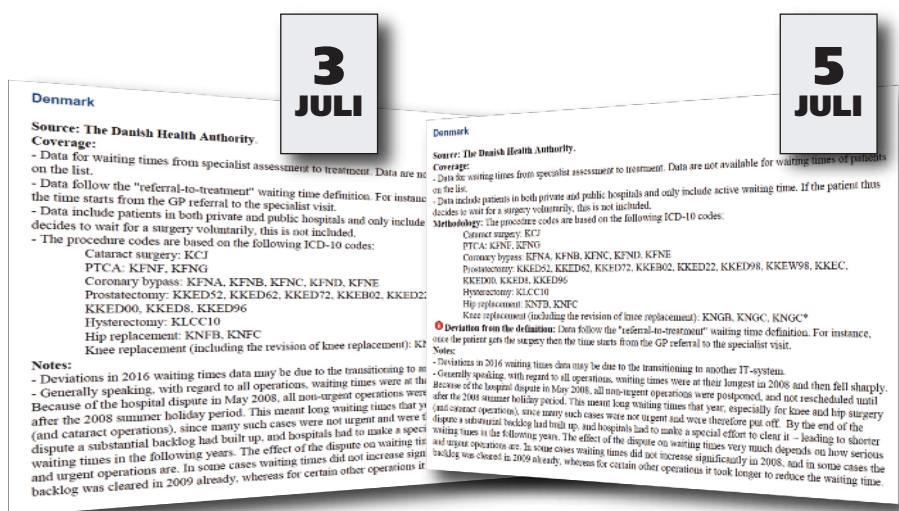
▼ The time elapsed from the date of referral of the general practitioner to the date of specialist assessment (in some countries, this is referred to as "outpatient waiting time").

Så samlar OECD in sin statistik

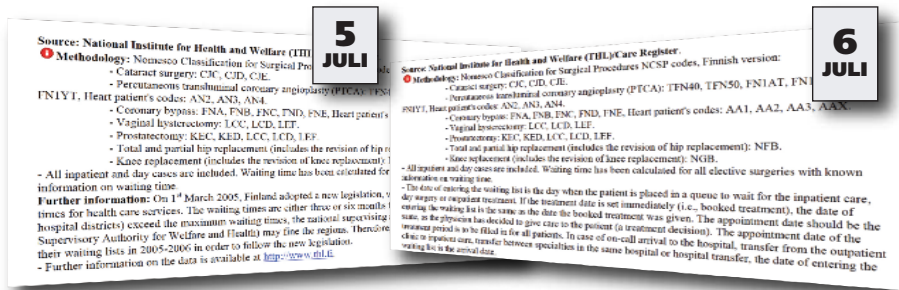
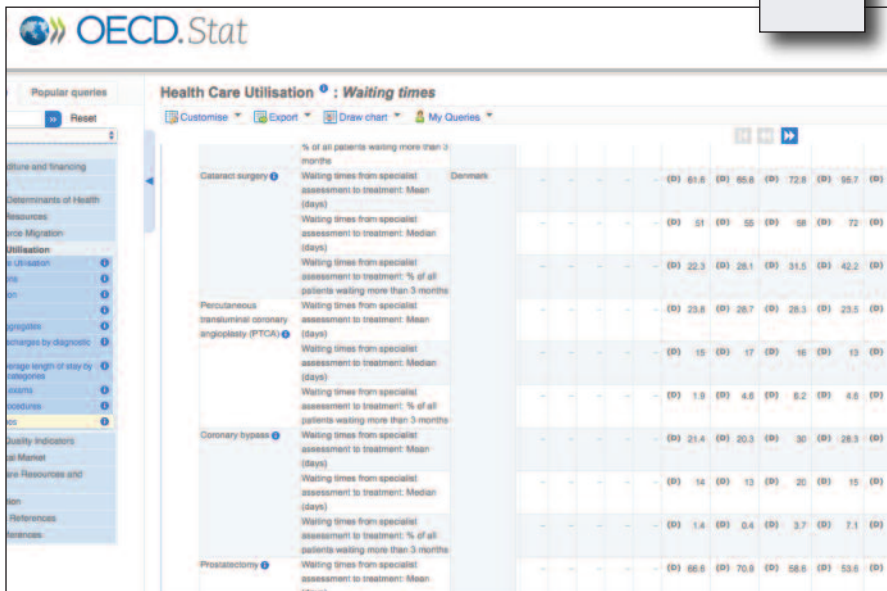
▼ För att få in statistik om hälsofrågor vänder sig OECD till myndigheterna i medlemsländerna.

I Sverige är det Folkhälsomyndigheten som levererar data till OECD.

När det gäller väntetider inom sjukvården vänder sig Folkhälsomyndigheten sig i sin tur till SKL, som levererar statistik från SKL:s databas Väntetider.se. Några direktkontakter med kvalitetsregister eller specialitetsföreningar eller motsvarande för att få fördjupad statistik för de sju ingreppen sker inte under processen från OECD:s sida



• Två dagar efter att Sjukhusläkaren intervjuat Gaetan Lafortune och påpekat att Danmarks väntetider beskrivits grovt felaktigt ändrar OECD texten och markerar även Danmarks väntetider som avvikande mot OECD:s definition i databasen.



• Efter att Sjukhusläkaren även påpekat att beskrivningen av Finlands mätning av väntetider är obegriplig och fått ett klargörande av Finlands rapportör Mika Gissler, som fått ett logistiskt exempel av Sjukhusläkaren när i vårdprocessen Finland börjar mäta väntetiden ändrar OECD texten tre dagar efter intervjun, men markerar inte rapporteringen som avvikande i databasen trots att Finland inte följer OECD:s definition. (Se sidan 6).

OM KVALITETSKONTROLL OCH LÄKARINBLANDNING:



Gaetan Lafortune, ekonom och huvudansvarig för OECD:s väntetidsdatabas:

Inom OECD:s hälso-division har vi några läkarutbildade, men vi involverar inte nödvändigtvis dem i processen att validera den data vi får från länderna, därför att vi bara behöver tydlig information från länderna hur väntetiderna har mätts.

▼ Länderna är fria att involvera läkare, eller andra intressenter på sjukhus eller andra ställen i att granska väntetider.

OECD:s datainsamling av väntetider är relativt ny. Vi började för bara några år sedan och är ännu under utveckling. Uppgiften är speciellt utmanande och svår på grund av de olika sätt som väntetider mäts i olika länder, speciellt när det gäller startpunkten.

Vi räknar med att uppnå ytterligare förbättringar både när det gäller tillgängligheten och jämförbarheten av statistiken under kommande år genom kontinuerligt arbete tillsammans med länderna.

ICD-9-CM-koder som efterfrågas och att man inte kan få ihop någon exakt matching till dessa.

När vi ställer frågan till Gaetan Lafortune svarar han att han kan ge oss mejladressen till ekonomiprofessorn Luigi Siciliani som nog vet.

Luigi Siciliani har varit medförfattare till en rad OECD-rapporter, bland annat en OECD-rapport 2013 om att mäta och jämföra väntetider, "Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries".

En rapport där en av huvudslutsatserna var att det råder avsevärda skillnader när det gäller hur medlemsstaterna mäter väntetider.

I rapporten framhölls även Nederländerna och Danmark som de länder där väntetiderna är kortast och att Danmark för de flesta diagnoser till och med har kortare väntetider än övriga länder trots att man enligt rapporten då var det enda landet som kunde leverera statistik för operativa ingrepp från det att remissen kom in till specialistsjukvården.

Men av Luigi Siciliani får vi inga klara svar på våra frågor hur man fått ihop statistiken på "Storbritannien-nivå" och vilka startdatum som gäller. På vår begäran om namn på personer som kan förklara sammanvägningen får vi aldrig svar. Vi får en rad länkar till dokument om väntetider, bland annat hur England mäter sina väntetider.

England

England har ett mycket avancerat journalbaserat system där väntetiden för

patienten mäts från "remiss till behandling" på specialitetsnivå. Tiden inkluderar undersökningar och tester och det finns ett detaljerad regelverk vilka dagar "väntetidsklockan" ska ticka. Alltså långt ifrån OECD:s definition.

Wales

Wales mäter den totala väntetiden mellan remiss från en allmänläkare eller annan praktiserande läkare och sjukhusbehandling vid NHS i Wales, vari även ingår den tid som tillbringats i väntan på konsultationer i öppenvård, diagnostiska tester, terapitjänster och intagningar till slutenvård eller endagsvård. Som remissdag räknas den dag då remissmeddelandet tas emot av sjukhuset. Också långt ifrån OECD:s definition.

Skottland

Skottland mäter väntetider på ett helt annat sätt som inte fångar upp patientens hela väg genom vårdkedjan.

Nederländerna

Nederländerna som toppar SKL:s väntetidsindex är det land som kanske avviker mest från OECD:s definition. Trots detta flaggas inte landets statistik som avvikande i OECD:s databas mer än för prostatektomi och protesoperation knä och protesoperation höft.

I sin rapport till OECD skriver Nederländerna att landets statistik grundar sig på de förväntade väntetider sjukhusen publicerar på sina

hemsidor en gång i månaden och sedan sammanställs av det privata analysföretaget Mediquest till ett nationellt medelvärde för de aktuella operativa ingreppen. Alltså inte faktiska väntetider uppmätta från ett datum då patienten bedömts av specialist och satts upp på en väntelista.

Något som i och för sig inte behöver betyda att de förväntade väntetiderna i Nederländerna inte stämmer med de faktiska, de kan till och med vara kortare. Danmark har ett liknande nationellt system som Nederländerna som heter "Mitsygehusvalg.dk" där patienter kan se förväntade väntetider till varje sjukhus och enligt Danmarks rapportör till OECD, Signe Marie Louise Schou Klausen på danska Sundhedsstatistikstyrelsen, får patienterna i de flesta fall sin operation tidigare än den förväntade väntetiden.

Men för att göra säkra jämförelser med Nederländerna går det inte att hämta landets statistik rakt upp och ner från OECD:s databas.

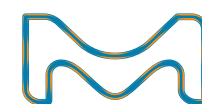
Nederländerna avviker även när det gäller de medicinska diagnoskoderna. Nederländerna rapporterar att man inte använder OECD:s efterfrågade ICD-9-CM-koder alls, utan rapporterar väntetider enligt "Diagnosis Treatment Combination (DBC)-koder" hämtade ur en databas med samma namn. Ett eget system av koder som inte specificeras i OECD:s databas. Dessa kombineras sedan ihop med Mediquests beräkningar av sjukhusen förväntade medelväntetider.

MERCK

MAVENCLAD® nu inom läkemedelsförmånen

MAVENCLAD®
kladribin tabletter

NY ORAL KORTTIDSBEHANDLING MOT MS MED EFFEKT* UPP TILL 4 ÅR¹



MAVENCLAD®
kladribin tabletter

* Effekten vad avser minskad skovfrekvens och förlängd tid till progression av funktionsnedsättning.

REFERENS: 1. MAVENCLAD® SPC 07/2018

MAVENCLAD® (kladribin), Rx, F, ATC-kod L04AA40, är en 10 mg tablett för peroral behandling. **Indikation:** Behandling av vuxna patienter med högaktiv skovvis multipel skleros (MS) som definieras av kliniska eller bilddiagnostiska fynd. **Dosering:** Rekommenderad kumulativ dos av MAVENCLAD är 3,5 mg/kg kroppsvikt under 2 år, administrerat som en behandlingskur på 1,75 mg/kg per år. Varje behandlingskur består av två behandlingsveckor, en i början av den första månaden och en i början av den andra månaden för respektive behandlingsår. Varje behandlingsvecka består av 4 eller 5 dagar under vilka en patient får 10 mg eller 20 mg (en eller två tabletter) som en daglig engångsdos, beroende på kroppsvikt. **Kontraindikationer:** HIV. Aktiv kronisk infektion (tuberkulos eller hepatit). Aktiv malignitet. Samtida immunsuppressiv behandling. Måttligt eller gravt nedsatt njurfunktion. Graviditet eller amning. För ytterligare information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén juli 2018.

Läkare är Du livet ut!

Välkommen som medlem i Seniora Läkare

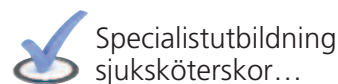
— en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund.

Seniora Läkare är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för dig som fortsätter att yrkesarbeta och för dig som slutat vara yrkesverksam.

Du behöver Seniora Läkare och vi behöver dig. Med många medlemmar kan vi göra skillnad.



Besök oss gärna på www.slf.se/senior.

Specialistutbildning
sjuksköterskor...IT-
projekt...Distansvårds-
projekt...Utbildningsfilm
i mindfulness...Löne-
kostnader...Anmälnings-
skärmar...Serviceavtal för
multimediatoolkit...Regional tjänst
för sterilhantering...

Var hamnade professionsmiljarden

AV EBBA BLUME

Flera landsting och regioner har använt stora delar av professionsmiljarden under 2017 till att utveckla digitala system, it-stöd och digitala vårdbesök. Andra har betraktat pengarna som ett generellt bidrag och använt dem där man bedömt de behövs mest.

■ Det visar statistiken som Sjukhusläkaren fått från Kammarkollegiet. Men statistiken är bristfällig.

■ Vissa landsting har inte redovisat alls, vissa bara vad bråkdelar av bidraget gått till, andra har angett totalsumman för de projekt som fått bidrag, där det inte går att utläsa hur stora summor som projektet fått av professionsmiljarden. Region Norrbotten är ett exempel. Regionen har redovisat projektkostnader på över 45 miljoner kronor, men har bara fått 16,5 miljoner kronor av professionsmiljarden.

Region Skåne

Erhållet bidrag: 126 miljoner kronor, varav dryga 86 miljoner kronor är avsedda som stimulansmedel att använda inom professionsmiljardens tre utvecklingsområden. Resterande medel, omkring 40 miljoner kronor, är avsatt för att kunna erbjuda möjlighet för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning.

Totalsumma it-stöd och processer för förenklad administration: 102 969 073 kronor

Totalsumma, smartare användning av medarbetarnas kompetens: Cirka 88,4 miljoner kronor.

Totalsumma, stöd till planering långsiktig kompetensförsörjning: Drygt 163 miljoner kronor.

Kompetensförsörjning utlandsutbildade:

4,4 miljoner kronor.

Jobsatsning långtidsarbetslösa unga samt extratjänster: 28,6 miljoner kronor.

Kompetensutveckling sjuksköterskor: 727 000 kronor.

Framtagande utbildningsfilm Mindfulness: 250 000 kronor

Framtagande av diagnosutbildning, utbildningsfilm för föräldrar om autism och intellektuell funktionsnedsättning: Drygt 1,2 miljoner kronor.

It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information till vårdens medarbetare. Minska dubbelarbete i systemet för medarbetaren: 270 000 kronor.

E-learning: Utbildning läkemedelsmodulen

KRONOBERG

Läkare om it-satsning: "Har inneburit mer administrativt arbete"

▼ I Kronoberg visar en fallstudie som Socialstyrelsen gjort att pengar från professionsmiljarden bland annat lagts på utvecklingsarbeten inom datasystemet "Cambio Cosmic".

Men hur märker regionens läkare av professionsmiljarden?

Inte mycket, i alla fall inte enligt Edvard Lekås, läkare på kirurgavdelningen Centrallasarettet i Växjö.

– Jag kan inte påminna mig om att vi lokalt har hört talats om någon professionsmiljard, vare sig på klinikchefsnivå eller annan chefsnivå.

Har till exempel utvecklingen av Cambio Cosmic inte underlättat för er?

– Nej, jag tycker inte det, säger Edvard Lekås.

En del av utvecklingen av datasystemet har bland annat resulterat i en ny modul, som innebär att läkare ska registrera orsaker till varför de har satt ut medicin till patienter.

Det låter i och för sig som viktig information?

– Jo, men detta registrerades bland annat i journalen redan innan det nya systemet infördes. Och sättet som det nu utförs på täcker ändå inte alla situationer, säger Edvard Lekås och knäpper på datorskärmen i sitt mot-tagningsrum.

Som läkare kan man till exempel i det utvecklade datasystemet välja mellan åtta orsaker till att en patient har slutat att ta en medicin.

Som att effekten är uppnådd eller att situationen har förändrats. Ett alternativ är också att välja "annan orsak".

– Det blir lätt så att man väljer just "annan orsak", eftersom det finns flera olika orsaker till att en patient slutar ta ett läkemedel och att det sätts ut, säger Edvard Lekås, (bilden) som därför ifrågasätter nyttan i momentet.



För att fylla i uppgifter i systemet krävs många knapptryckningar. Även om de i sig

Fortsättning nästa uppslag >>>

Utvecklade beslutsstöd:

Cirka 600 000 kronor

Införande kostnad per patient:

Cirka 980 000 kronor.

Införande regional tjänst för sterilhantering:

Drygt 2,8 miljoner kronor.

Förstudie för nytt system för gemensam sammanhållen vårdokumentation:

Drygt 130 000 kronor.

E-hälsa; applikationen Hälsa på plats

som medger mobil tillgänglighet för journalföring. Appen ska pilotas på enheter i Region Skåne för att utvärderas och sedan breddas. Projekt pågår: 3 855 238 kronor.

Läkemedelsomställning införande IT:

Cirka 2 miljoner kronor.

Informationsplattform som samordnar data:

Cirka 6 miljoner kronor.

Förstudie vårdanpassad smartphone:

Cirka 140 000 kronor

Förstudie system,

förstudie

SMS-påminnelser

och digitala kallelser:

Cirka 137 000 kronor.

Appfunktionalitet för 1177 Vårdguiden

tidbok och videofunktionalitet:

7 miljoner kronor.

Stöd och behandlingsplattform:

2,5 miljoner kronor.

Planerade distansmöten

för besök/återbesök: 1,5 miljoner

kronor.

Digitala läkarresurser:

(En läkarresurs kan bemanna flera vårdcentraler, oberoende geografisk planering): 2 miljoner kronor.

Symptomvägledning och digitalt stöd för triagering:

900 000 kronor.

Tjänster för kroniker inom KOL och

hjärtsvikt: 2,5 miljoner kronor.



...Landstingens
svarta hål

Region Kronoberg

Erhållet bidrag: 18 578 147 kronor.

Statsbidraget har betraktats som en generell finansiering. Utvecklingsinsatser har inte projekt-redovisats.

Fortsättning nästa uppslag >>>

EDVARD LEKÅS OM DEN ADMINISTRATIVA BÖRDAN:

”Vart och ett av dessa arbetsmoment är inte så stort, men det byggs på som ett korallrev”



kanske inte tar mycket tid i anspråk, så blir det tidsödande om man betänker att varje patient har uppåt 20-30 mediciner, resonerar Edvard Lekås.

– Det känns som om fokus inte ligger på lättanvändbarhet, utan på grafiska finesser. Informationsteknologi har en tendens att svälla ut och i detta fall sväller mängden information på bekostnad av användbarhet och blir ytterligare en administrativ börda för läkarna. Vart och ett av dessa arbetsmoment är inte så stort, men det byggs på som ett korallrev. Och om man kontinuerligt stoppar in fler arbetsmoment för läkarna så är det klart att det går ut över patienttiden, säger han.

Edvard Lekås är däremot positiv till en nu pågående satsning med att utveckla Cambio Cosmic, som innebär att vårdpersonal får med sig läsplatta ute på rond i stället för rullbord med dator.

– Men som läkare på golvet tycker jag generellt inte att satsningar inom professionsmiljarden blir särskilt spörande. I och med att kraven på resultat från professionsmiljarden är mer diffusa än när det gäller den tidigare kömiljarden, blir det mer en fråga om att lita på ledningen, säger han.

Gör man inte det, litar på ledningen?

– Nja, säger han och skrattar lite. Det hade varit bra om professionsmiljarden hade haft de största problemen i vården som fokus; som exempelvis vård-

platser och tillgänglighet inom primärvården, svarar han i stället.

It-stöd är väl viktigt det också?

– It-stöd behövs, absolut. Men vi som jobbar inom vården vill att it-stödet ska vara lättanvändligt och överskådligt, och det är det inte, säger Edvard Lekås, som anser att landstingen generellt har för stort fokus på digital vård.

Region Kronoberg satte i fjol målet att bli riksledande på digital hälsa och e-hälsa.

Visst är det viktigt, men det är fel fokus, tycker Edvard Lekås. Med den lilla beskärda del av professionsmiljarden som regionen får, borde den användas bättre, anser han.

– Vi borde i stället bli riksledande på att rekrytera tillbaka sjuksköterskor.

Ledningen nöjd

Jens Karlsson, ekonomidirektör vid Region Kronoberg, är däremot nöjd med satsningarna på utveckling av data-systemen. Stolt berättar han att Region Kronoberg tillsammans med åtta andra landsting nu utökar den årliga satsningen på att utveckla systemet Cambio Cosmic.

Medan man tidigare år investerade 100 miljoner årligen i Cosmic, utökas nu denna summa till 500 miljoner, fördelat på de åtta landstingen.

Visst kan ett så stort och omfattande system skapa en del onödigt administrativt arbete för läkarna, medger han.

– Samtidigt har vi en gemensam kundgrupp med övriga landsting och regioner som har Cosmic. Den är starkt representerad av läkare för att utveckla systemet för att förbättra det för både patient och medarbetare, säger Jens Karlsson till Sjukhusläkaren.

Jens Karlsson kan inte säga hur stor del av professionsmiljarden som går till nya investeringar och till nuvarande drift i och med att pengar från statsbidraget införlivas i den löpande verksamheten.

– Men professionsmiljardens intentioner ligger väl i linje med det utvecklingsarbete som bedrivs i Region Kronoberg och som är nödvändigt för att regionen ska kunna möta och göra en omställning inför framtida behov, uppger han.

På vilket sätt förbättrar då dessa satsningar professionens arbete?

– När man får teknik för detta handlar det framför allt om tidsbesparing. Har du exempelvis med dig en platta kan du göra arbetet direkt på den i stället för att gå till en arbetsstation, säger Jens Karlsson, men menar att det är för tidigt att säga vad effekterna av just professionsmiljardens satsningar blir.

I och med att bidraget har redovisats som en generell finansiering finns ingen särskild projektredovisning kopplad till själva bidraget.

Men sammantaget överstiger utvecklingskostnaderna det erhållna bidraget, konstaterar Jens Karlsson.

Region Norrbotten

Erhållet bidrag: 16,5 miljoner kronor.

Vårdnära service: omkring 24 miljoner kronor.

Språkutbildning, vårdpersonal: Cirka 600 000 kronor.

Processledartjänst för oberoende av inhyrd bemanning: 770 000 kronor.

Distansvårdsprojekt: cirka 2 miljoner kronor.

Specialistutbildning för sjuksköterskor: Cirka 7,5 miljoner kronor. (Totalt investerade regionen 10,4 miljoner kronor i vidareutbildning av sjuksköterskor).

Utbildningstjänster: Cirka 5,4 miljoner kronor.

Studieförmåner: Cirka 5 miljoner kronor.

Stockholms läns landsting

Erhållet bidrag: Cirka 217 miljoner kronor (148,7 miljoner kronor i stimulansmedel och 68,1 miljoner kronor för att erbjuda möjlighet att genomgå specialistutbildning).

Kostnader e-hälso-tjänster: Cirka 150 miljoner kronor. (Exempelvis patientens egen provtagning och videokommunikation).

Kostnader för bibehållen lön vid utbildning till specialist-sjuksköterska: 68 300 kronor.

Region Östergötland

Erhållet bidrag: 43,2 miljoner kronor.

It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare:

(varav en del handlar om införande av teknik och arbetsmetoder för distansmöten, webbtidbok samt digitala besök, uppföljningsbesök): 15,3 miljoner kronor.

Smartare användning av medarbetarnas kompetens: 25,3 miljoner kronor.

Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning: 50,4 miljoner kronor.

Möjliggörande för sjuksköterskor att specialistutbilda sig: 32,2 miljoner kronor.

Feraccru.

Ett nytt oralt järnalternativ.

Feraccru® är ett nytt oralt läkemedel för behandling av järnbrist.¹

Subventioneras endast till patienter som inte uppnått tillräcklig effekt av behandling med perorala tvåvärda järnpreparat.

Unikt aktivt
upptag av
trevärt järn²

Bra
säkerhets-
profil²

Ingen
rapporterad
missfärgning
av faeces³

1. Feraccru®. Produktresumé. Mars 2018. 2. EPAR, 22 feb 2018. 3. PSUR 2018.

www.aoporphan.com

Förskrivningsinformation för Feraccru 30 mg hårda kapslar.
Se produktresumé (SPC) för förskrivning.
Hälsa- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkan.
FERACCRU (järnmaltol). Hård kapsel, B03AB10, Rx, (F). **FARMAKOLOGISK GRUPP:** Trevärt järn, perorala preparat. **STYRKA:** Feraccru finns i en stycka som innehåller 30 mg järn som järnmaltol. **INDIKATION:** Feraccru är avsett för behandling av järnbrist hos vuxna. **DOSERING:** Rekommenderad dos Feraccru är en kapsel två gånger dagligen, morgon och kväll, på fastande mage. Behandlingens varaktighet beror på hur svår järnbristanemin är men oftast behövs minst 12 veckors behandling. Behandlingen ska pågå så länge som krävs för att återställa järndepåerna, påvisat med blodprover.

Administrering av Feraccru enligt produktresumé. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Feraccru ska inte ges till patienter med pågående skov av inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) eller till IBD-patienter med hemoglobinnivåer (Hb) under 9,5 g/dl. Allför stora mängder järnpreparat kan ha toxisk verkan, särskilt hos barn. Feraccru får inte ges till barn. Särskild försiktighet ska iaktas om andra kosttillskott och/eller tillskott av jäsnsalter används samtidigt. Diagnosen järnbrist eller järnbristanemi ska fastställas baserat på blodprover. Det är viktigt att utreda orsaken till järnbristen och att utesluta andra underliggande orsaker till anemi än järnbrist. Feraccru har inte studerats på patienter med nedsatt njur- och leverfunktion. Detta läkemedel innehåller laktos: patienter med något av de sällsynta ärftliga problemen galaktosintolerans, total laktas-

brist eller glukos-galaktosmalabsorption ska inte använda detta läkemedel. Feraccru innehåller också allurarätt AC (E129) och para-orange (E110), som kan orsaka allergiska reaktioner. **FÖRPACKNINGAR:** HDPE-burk med barnskyddat trycklock av polypropen. Varje burk innehåller 56 kapslar. **ÖVRIG INFORMATION:** Feraccru subventioneras endast till patienter som inte har uppnått tillräcklig effekt av behandling med perorala tvåvärda järnpreparat. För fullständig information se www.foss.se. Texten är baserad på produktresumé: 23 mars 2018.

Distributör: AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Viridings Allé 32B, 750 54 Uppsala, +46 70 631 87 00, office.se@aoporphan.com, www.aoporphan.com


AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

FERC06_18SE

DALARNA

Drygt två miljoner gick till att utveckla den digitala vårdcentralen

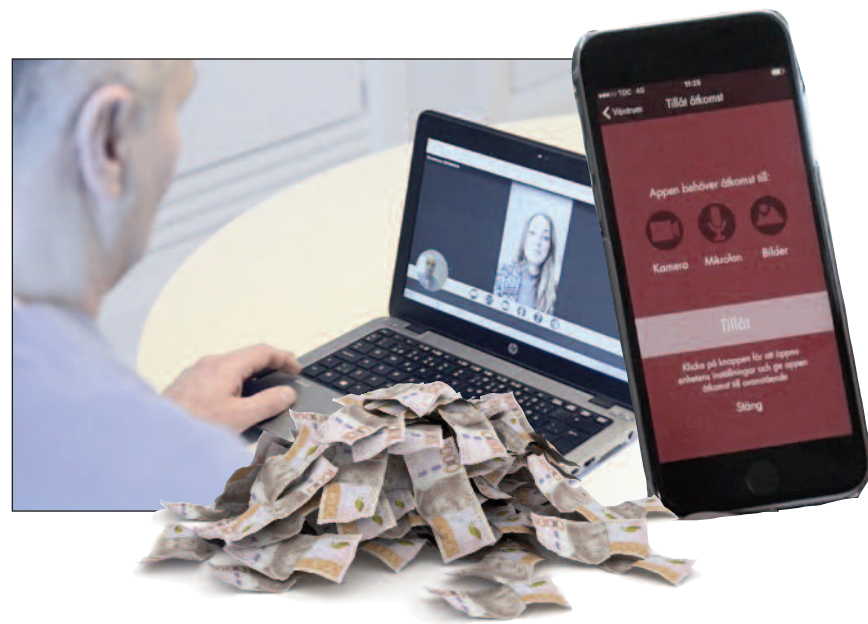
Digitala vårdbesök erbjuds numera i över hälften av landets regioner och landsting. Flera av dem har använt en stor del av statsbidraget professionsmiljarden till att utveckla dessa digitala vårdtjänster.

▼ Landstinget Dalarna är ett av de landsting som har valt att satsa 2,3 av sina beskärda miljoner ur professionsmiljarden på att utveckla sin digitala vårdcentral. Här kan patienten exempelvis få ett förstagångsbesök via videolänk eller app i mobiltelefon.

När den digitala vårdcentralen först skapades i Dalarna för två år sedan hämtade man inspiration från liknande utvecklingsarbeten som gjorts i Region Jönköpings län, som Bra Liv nära-Läkare i mobilen och från ett antal digitala vårdcentraler som drivs i privat regi.

Vid de digitala vårdcentralerna kan diagnos ställas digitalt vid förstagångsbesök. Ett tiotal läkare är för närvarande anknutna till den digitala vårdcentralen och flera av dem arbetar också på andra vårdcentraler. Som läkare kan man i snitt träffa åtta patienter på en dag för ett fysiskt möte med patient. Att i stället möta patienten genom videobesök gör det möjligt för läkaren att under en dag möta upp till 20 patienter, konstaterar Socialstyrelsen i sin rapport.

Enligt Matts Lindgren, projektledare för digital vård, Landstinget Dalarna, är det dock för tidigt att säga på vilket sätt de digitala vårdcentralerna har påverkat vårdtyngden på vanliga vårdcentraler eller i övrig sjukvård.



– Det vi sett är att vi har en väldigt hög procent avslutade möten, att patienter som har sökt för en åkomma vid en digital vårdcentral inte har sökt till den vanliga vården igen, säger Matts Lindgren till Sjukhusläkaren.

Vilken är den största patientgruppen som söker vård vid den digitala vårdcentralen?

– Den största gruppen är personer mellan 40 år och 60 år och bland de vanligaste problem man söker för är exempelvis hudproblem och hudallergier säger Matts Lindgren.

Vad är det för läkare som jobbar åt den digitala vårdcentralen?

De doktorer som jobbar vid den digitala vårdcentralen jobbar annars även i den vanliga primärvården i Dalarna, berättar Matts Lindgren.

Till skillnad från en vanlig vårdcentral, där patienten bokas in av personal, bokar patienten själv in sig vid en digital vårdcentral. Något som har väckt en oro för att det kan leda till att vården måste lägga tid på "fel" patienter

eller för att människor bokar in onödiga läkarbesök.

Enligt Socialstyrelsens rapport har omkring 85 procent av videobesöken dock bedömts som relevanta. En oro har också funnits för att videobesöken riskerar att leda till felbehandling, men enligt Socialstyrelsen tycks inte heller detta hittills ha varit något problem. Om det råder osäkerhet utifrån den bedömning som kan ske under ett videobesök, så skickas en remiss för vidare utredning.

Den digitala vårdcentralen har i princip haft full beläggning sedan maj förra året, enligt Socialstyrelsens rapport.

Däremot har det varit svårare att få unga att hitta till kurator vid ungdomsmottagning via appen, enligt rapporten, och landstinget satsar nu på att sprida information om denna via sociala medier.

Hade ni inte genomfört dessa satsningar även utan pengar från professionsmiljarden?

– De pengarna betyder väldigt

mycket, med hjälp av dem kan vi ta ett steg till och göra det enklare för patienter att komma i kontakt med oss, säger Matts Lindgren.

Pengar från professionsmiljarden har också fått landstinget att satsa på en bredare digitaliseringsstrategi, vilket bland annat innebär mer digitalisering även i sjukhusvården.

Kroniskt sjuka patienter ska via digitala verktyg exempelvis bli medskapare i sin egen vård och själva välja när de behöver stöd från läkare eller sjuksköterska och enheter som vill och behöver ska kunna få tillgång till videolänk för återbesök i sjukhusvården.

– För en patient som har diabetes typ 1, går på sin specialistmottagning, vill ha uppföljning men bor 10 mil bort, kan det återbesöket ske via videolänk. Likaså kan unga via videolänk få tillgång till kurator på Ungdomsmottagningen, säger Matts Lindgren.

De möjligheter som kan skapas med hjälp av digitalisering och e-hälsa ses i Landstinget Dalarna enligt rapporten också som en möjlighet att möta framtida brister på fysisk arbetskraft och behov av kompetensförsörjning.

Men vissa läkare och forskare är tveksamma till att landstingen är så ivriga i att

införa digital vård, inte när det gäller uppföljande besök, utan diagnostisering vid förstagångsbesök.

Tidigare i år kom forskare vid HTA-enheten, Camtö på Örebro Universitetssjukhus, som utvärderar vetenskapligt underlag för olika hälso- och sjukvårdsmetoder, fram till slutsatsen att det inte finns någon forskning till stöd för att diagnoser kan ställas endast utifrån ett digitalt vårdbesök. Det behövs mer vetenskaplig utvärdering innan sådan diagnostik på allvar implementeras i vården, anser Louise Olsson, docent och överläkare vid Örebro universitetssjukhus.

Risk för felaktiga diagnoser kan i sin tur öka kostnaderna för sjukvården och orsaka lidande hos de patienter som drabbas, menar hon.

– Det saknas kunskap om både nytta,

risk och inte minst hälsoekonomiska konsekvenser. Det är intressant att landstingen lägger en så stor andel pengar på att utveckla en verksamhet utan att först vara säkra på att den bottnar i en vetenskaplig grund, säger Louise Olsson till Sjukhusläkaren. Men lägger man så mycket pengar på det kunde man åtminstone ha sett till att beforska området samtidigt, resonerar hon.

Det första besöket, där patienten söker med nya symptom, bör vara ett riktigt besök där patient och läkare möts och läkaren gör en kroppsundersökning, anser Louise Olsson.

– Uppföljning är en annan situation, betonar hon.

Men digitala vårdbesök kan ju, särskilt i glesbygd, göra det lättare för patienten att snabbt nå en doktor. Har landstingen med sin brist på vårdpersonal råd att invänta forskning på området?

– Jag undrar tvärtom om man har råd att inte forska på det. Och även när det gäller glesbygd kan man ändå fundera över om den digitala vården för diagnostik är lika säker, säger Louise Olsson.

Även om några landsting och regioner har gjort olika sammanställningar på området, ska detta inte

tas för forskning, framhåller Louise Olsson.

Matts Lindgren håller med om att mer forskning och utveckling behövs på området. Därför är det viktigt att följa upp verksamheten, menar han.

– Men i den form vi bedriver den digitala vårdcentralen har det hittills fungerat bra, säger han.

Hur ser du på risken för fel ställda diagnoser?

– All personal är anställd av vårdcentralen i länet, så vi vet vilka rutiner som gäller för primärvården och den specialiserade vården. Detta gör att vi kan följa patienten snabbt och effektivt flytta över patienter till fysiskt besök om så behövs, säger Matts Lindgren.

Ebba Blume

Region Västmanland

Erhållet bidrag: **25,5 miljoner kronor.**

Specialistutbildning sjuksköterskor: 91 500 kronor.

IT-stöd och processer: (exempelvis webbtidbokning, självbetjäningstjänster, sammanhållen journal, etc): 198 000 kronor.

Region Jönköpings län

Erhållet bidrag: **33,7 miljoner kronor.**

"E-hälsa, licenser, konsulter, intern tid": 22 miljoner kronor.

Utbildningslön/utbildningstjänster för sjuksköterskor i specialistutbildning: 22,5 miljoner kronor.

Region Gotland

Erhållet bidrag: **5,5 miljoner kronor.**

Specialistutbildning sjuksköterskor: 1,9 miljoner kronor.

Lönekostnad: 1,8 miljoner kronor.

Kompetensutveckling: 1,4 miljoner kronor.

Landstinget Blekinge

Erhållet bidrag: **Cirka 15 miljoner kronor.**

Projektledare framtidens hälso- och sjukvård, snabbspår, personal it-ronder, etc: Cirka 10 miljoner kronor.

Utbildningsanställningar för akademisk specialisttjänstgöring, it-ronder, utbildningsvårdcentral: 13,3 miljoner kronor.

Landstinget i Kalmar län

Erhållet bidrag: **23 miljoner kronor.**

Projektledare, verksamhetsutvecklare, verksamhetsrepresentanter: Cirka 15 miljoner kronor.

Specialistutbildning sjuksköterskor: 7,2 miljoner kronor.

Serviceavtal för multimediapaket, anmälningsskärmar, etc: 500 000 kronor.

Landstinget Dalarna

Erhållet bidrag: **27 miljoner kronor.**

Införande av digital vårdcentral: 2,3 miljoner kronor.

Utveckling och implementering av it-stöd för patientinformation, erbjuda sjuksköterskor utbildningstjänst med bibehållen lön, etc: 1,6 miljoner kronor.

Utbildningssatsning specialistutbildning sjuksköterskor: 8,5 miljoner kronor.

Utbildning övrigt sjuksköterskor, AT, ST: 7,8 miljoner kronor.

Region Uppsala

Erhållet bidrag: **Drygt 34, 5 miljoner kronor.**

Specialistutbildning sjuksköterskor studielön: 19,5 miljoner kronor.

Insatser utländsk personal: 3,7 miljoner Kliniskt utvecklingsår, förstärkt yrkesintro: 10,3 miljoner

Insatser e-hälsa och digitalisering: 7,7 miljoner kronor.

Region Västernorrland

Erhållet bidrag: **23,5 miljoner kronor.**

IT-satsningar: 6,3 miljoner kronor.

Utvecklingsprojekt specialistvård: 5 miljoner.

Utvecklingsprojekt primärvård: 3,9 miljoner.

Utbildning av specialistsjuksköterskor: 7,3 miljoner kronor.

Tandvårdsprojekt: 700 000 kronor.

Västra Götalandsregionen**Erhållet bidrag: 159,8 miljoner kronor.**

Siffror saknas över hur mycket regionen satsat på olika områden, men enligt uppgift till Kammarkollegiet är exempel på aktiviteter som genomförts 2017 inom ramen för professionsmiljarden: Digitala vårdmöten där VGR startat Närhälsan Online och en virtuell ungdomsmottagning. Distansövervakning med hjälp av sensorteknik, internetbaserat stöd och behandling (exempelvis har KBT via nätet implementerats) och digital kommunikation med vården.

Vidare har resurser bland annat gått till introduktionsprogram för utlandsutbildade läkare.

Region Halland**Erhållet bidrag: 30,5 miljoner kronor.****Sjuksköterskor utbildning:** 12,5 miljoner kronor.**Licenser, konsulter, etc:** Cirka 8 miljoner kronor.**Jämtland/Härjedalen****Erhållet bidrag: 12,2 miljoner kronor.****Handläggare:** 4,3 miljoner kronor.**Sjuksköterskor:** 1,3 miljoner kronor.**Läkare och övrig personal:** 2,8 miljoner kronor.**Studielön:** 4,5 miljoner kronor.**Data, telefoni och IT:** 1,3 miljoner kronor.**Region Gävleborg****Erhållet bidrag: 27,2 miljoner kronor.****Specialistutbildning sjuksköterskor:**

8,5 miljoner kronor.

Lönekostnad: 16,8 miljoner kronor.**Utbildningskostnad:** 1,1 miljoner kronor.**Landstinget Sörmland****Erhållet bidrag: 27,5 miljoner kronor.****Projektledare, sjuksköterskeutbildning, AT-läkare, konsulter:** 19 700 kronor.**Landstinget i Värmland****Erhållet bidrag: Cirka 26,7 miljoner kronor.****Specialistutbildning sjuksköterskor, digital****samordnare, projektledare, verksamhet-****utvecklare, med mera:** 24,3 miljoner kronor.**IT-utrustning, utbildning, etc:** 2,3 miljoner

kronor.

Region Örebro**Erhållet bidrag: Cirka 28 miljoner kronor.****Projektledare "oberoende hyrpersonal":**

450 000 kronor.

Två projektledare halvtid,**"vårdplatsutredning":** Cirka en miljon kronor.**60 nya utbildningstjänster:** Cirka 30 miljoner

kronor.

Subvention för vårdnära service och kost-**nader för digitalisering:** 3,6 miljoner kronor.**Västerbottens läns landsting****Erhållet bidrag: 25,4 miljoner.****Projektledning, produktions- och****kapacitetsstyrning samt vårdnära service:**

1,6 miljoner kronor.

Distansmötesplattform: Cirka 800 000 kronor.**Validering av hälsa- och sjukvårdspersonal:**

1,6 miljoner kronor.

Utbildningsförmåner: 8 miljoner kronor.**Infrastruktur:** 10,5 miljoner kronor.**Distansmötesplattform:** 403 369 kronor.**Vårdnära service:** 2,4 miljoner kronor.

"Vilseledande att kalla bidragen professionsmiljard"

Av landets regioner och landsting är det inte bara Region Kronoberg som väljer att lägga miljoner från professionsmiljarden till att bedriva redan pågående projekt. Stockholms läns landsting lade exempelvis i fjol 150 miljoner kronor på e-hälsotjänster, en satsning som landstinget påbörjade långt innan professionsmiljarden tillkom.

▼ "Professionsmiljarden har bidragit till finansieringen och därmed till att vi kan fortsätta bedriva arbetet", uppger Gabriella Norén, verksamhetsstrateg, Stockholms läns landsting, i ett mail svar till Sjukhusläkaren.

Men Karin Båtelson, ordförande Sjukhusläkarna, är kritisk till statsbidraget går till pågående projekt som redan är en del av utvecklingen ute i landstingen. Hon tycker att beteckningen "professionsmiljard" är vilseledande.

– Först blir man väldigt glad. Man väntar sig att pengarna ska gå till professionen för att utveckla arbetssätt, att se över hämmande ersättnings-system, sen går en stor del av det till IT-utveckling i projekt i verksamheten som redan är igång eller borde vara färdiga för länge sedan, säger hon.

Landsting och regioner har dock rätt att låta miljoner från statsstödet strömma in i den löpande verksamheten. Enligt överenskommelsen finns inga prestationskrav för att få ta del av professionsmiljardens pengar. Däremot måste landstingen redovisa vilka åtgärder de har vidtagit inom de tre fokusområdena "bättre it-stöd och processer för att

förenkla administrationen, smartare användning av medarbetarnas kompetens och planering av långsiktig kompetensförsörjning".

Och just i år har 300 öronmärkta miljoner kronor från professionsmiljarden vikts just till att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor.

Även denna riktade satsning kritiserar av Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson, som anser det vara fel att lägga så mycket pengar på specialistsjuksköterskeutbildning.

Är det inte viktigt att satsa på dem när det råder en sådan brist på dem i vården?

– Jo, vi behöver absolut fler specialistsjuksköterskor, men det hör ju inte alls till professionsmiljarden. Dessutom måste man satsa på arbetsmiljön. Både erfarna och nyutbildade specialistsjuksköterskor säger i dag upp sig och går till kommunen

eller till privata arbetsgivare eller gör något helt annat. Det hjälper inte att utbilda nya om man inte gör något konkret för att förbättra arbetsmiljön. Nu lappar man bara ett trasigt system och försöker få fram nya sjuksköterskor i stället för dem som sagt upp sig. Det är ingen idé, vi måste börja i andra änden, säger Karin Båtelson.

Vad borde man då göra i stället?

– Till exempel skapa ett chefskap som förstår vad jobbet går ut på,

arbetsscheman som gör att man kan leva ett vanligt liv, utforma bra och regelbunden kompetensutveckling, underlätta kommunikationen mellan oss och patienterna och utvärdera olika ersättningssystem och se vilket som ger bäst kvalitet, säger hon.

Men Niklas Larsson, tillförordnad personalchef vid Landstinget Värmland, uppskattar satsningen.

I Landstinget Värmland är fler än 40 personer nu inne i specialistutbildningen till sjuksköterska inom områden som bland annat psykiatri, IVA och operation.

Visst fanns utbildningstjänster redan tidigare, konstaterar han, men då fick man själv finansiera dem med studiestöd.

Nu kan en sjuksköterska läsa på halvtid och jobba på halvtid och samtidigt få full lön, medan statsbidrag även täcker upp för den vikarie man måste ta in på dennes plats.

Lyckas ni täcka upp för de sjuksköterskor som försvinner för att de vidareutbildar sig?

– Till viss del. Vi har fler sjuksköterskor nu än för två år sedan. Men det handlar om nyutbildad personal, det är svårt att få tag i erfaren personal, säger Niklas Larsson.

Kommer professionsmiljarden läkarna till del i ert landsting?

– Specialisttjänsterna berör inte läkarna, men digitaliseringsarbetet påverkar alla yrkesgrupper, säger Niklas Larsson.

När det gäller den digitala biten har Landstinget Värmland redan självcheckning till sjukhus. Nu tittar man, liksom i Region Kronoberg, bland annat på samarbete med en systemleverantör för att personal ska kunna använda läsplattor på ronder.

Men riktade statsbidrag har även en baksida, menar Niklas Larsson; generellt innebär de mer administration. Inte bara för landstingets ekonomer, utan även för verksamhetschefer i vården, som måste återrapportera hur pengarna används.

– Det är väldigt mycket administration runt de delarna. Det tar arbetstid till viss del också för verksamhetschefer, säger Niklas Larsson.

Ebba Blume



WORLD FORUM FOR MEDICINE



Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
12–15 NOVEMBER 2018

www.medica.de

Member of  MEDICAlliance

- Medicintekniken på väg in i den digitala framtiden
- Global överblick: Enbart på MEDICA 2018

BE PART OF THE NO.1!

Stora framgångar för sjukvårdspartier i landstingsvalen

SÖRMLAND

De vill ta pengar från politiken och ge till sjukvårdens fotfolk

Med Robin Hood-liknande ambitioner vill det nya partiet Vård för pengarna röra om i den politiska grytan i Sörmland. Frågan är vilka partier som är villiga att samarbeta på premissen att skära ned resurserna i toppen för att ge till personal på golvet.

▼ – Vi ska göra Sörmland till ett pilotlän för andra styrelseformer, säger Jonas Lindeberg, partiledare för Vård för pengarna.

Partiet startades 2013 och kom in i landstingsfullmäktige året därpå. Efter valet 2018 blir Vård för pengarna det nästa största partiet i Sörmland och med en vågmästarroll att påverka sjukvården i länet. Med 18,6 procent kniper de ytterligare sju mandat i landstingsfullmäktige.

– De flesta sjukvårdspartier startas för att rädda ett sjukhus. Vi har startat med avsikt att ändra hur vården leds och styrs, det är en helt annan infallsvinkel. Vi ska göra Sörmland till ett pilotlän för andra styrelseformer, säger Jonas Lindeberg, partiledare för Vård för pengarna.

Vård för pengarna beskrivs av dem själva som ett unikt parti när det kommer till sjukvård och politiskt styre. Och tittat man närmare på deras vallöften så är det inte svårt att undgå de Robin Hood-liknande ambitionerna. Partiet vill se en annan styrmodell och organisationsmodell som tar pengar från toppskiktet och ger till arbetarna på golvet. I stort vill de minska de politiska utgifterna, halvera partistödet, avskaffa politiska sekreterare och

minska antal politiska nämnder och landstingsråd. De vill också centralisera administrationen och inte ge några så kallade ekonomiska "fallskärmar".

– Det störta problemet är att om den politiska styrningen blir för klåfingrig så kostar det väldigt mycket resurs nedåt i organisationen. De största sparbetingen ser vi på den centrala administrationen, tjänstemannasidan, som inte är nära vårdgolvet. Det är där vi ska se till att det blir fokus på produktionsnivån och inte uppåt.

Partiets framgång avgjordes på grund av två olika faktorer, enligt Lindeberg. Dels för att invånarna både ser och erfar problemen inom vården. De ser arbetssituationen och arbetsmiljön för sjukvårdspersonal och de känner själva av köerna menar Lindeberg.

– För det andra så har vi under de senaste fyra åren som vi funnits i lands-

tingsfullmäktige visat att vi står för vad vi säger och vi lever som vi lär. Vi har betalat tillbaka partistöd och vi har låtit bli att ha politisk sekreterare.

I den nya styrmodellen sätts patienten och personalen i fokus. Väntetiderna och vårdköerna ska minska, samtidigt som fler vårdplatser ska till i Eskilstuna, Katrineholm och Nyköping. Kullbergsska sjukhuset ska bevaras och utvecklas. De vill också öka resurserna till primärvården och se en förstärkt rehabilitering och palliativ vård.

Personalorganisationen ska bli mer lyhörd och flexibel. Beroendet av hyrpersonal ska minska genom att skapa attraktiva arbetsplatser för fler undersköterskor, sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor. De vill även minimera det administrativa arbetet för vårdpersonalen och införa användarvänliga IT-system.

Hur de ska få igenom sina vallöften återstår att se. Nu väntas förhandlingar om vilka partier som bildar majoritet i landstingsfullmäktige. Under den gångna mandatperioden har länet styrts av en koalition mellan S + L + MP + C, med 33 av 71 totala mandat. Efter årets val ligger Moderaterna med sina 14 mandat hack i häll på VåfP som har endast ett mandat mer. Flest mandat fick Socialdemokraterna, 23 stycken, lika många som under den sensate mandatperioden.

Som näst största parti, och som blockpolitiskt oberoende, är den heta frågan nu om de väljer samarbete med vänster eller höger sida. Majoritet kan bildas med Alliansen eller Socialdemokraterna plus ett annat parti.

– Det finns flera möjliga konstellationer så vi får se vilken förhandling som tar oss närmare våra vallöften och den här förändringen som behöver göras.

Vilka detaljer kommer avgöra om ni



Vård för pengarnas landstingskandidater: Från vänster: Partiledaren Jonas Lindeberg, Tomas Borin, psykiatriskötare, Madelene Andersson, undersköterska, Kirsi Fransson, rehab-koordinator, Tobias Eriksson, specialist sjuksköterska, Veronica Duån, undersköterska, Gunilla Ogenborg, sjuksköterska, Lorena Ramos, undersköterska, Madelene Forsberg, läkare. Foto: Therese Jansson

väljer ett parti till höger eller vänster?

– Det parti eller den konstellation som mest förstår att man behöver fokusera mer resurser på vårdgolvet. Att man behöver skära i toppstyret och centrala administrationen.

Monica Johansson (S), landstingsstyrelsens ordförande i Sörmland meddelar att förhandlingarna är i gång för att ta reda på vilka styrande konstellationer som kan bli möjliga. I nuläget har hon inga invändningar mot ett eventuellt samarbete med Vård för pengarna.

– Vår dörr står öppen för alla partier förutom för Sverigedemokraterna. Men det som är viktigt är att vi får igenom så mycket som möjligt av vår politik. Det är vårt uppdrag. Men det finns ingenting som säger att det inte skulle gå.

Passar Vård för pengarnas politik ihop med er politik?

– Vår politik passar ihop med en mängd andra partier också, kanske inte

Sverigedemokraterna. Det är en hel del saker som passar ihop. Men det handlar inte bara om att räkna mandat, det handlar om andra saker också, hur samarbetet ska gå till och så vidare. Givetvis är det ju ett givande och tagande i en förhandlingsprocess men dit har vi inte kommit än.

Vård för pengarna vill dra ned på mycket av resurserna till den politiska organisationen och administrationen, vad tycker ni om det?

– Jag har alltid sagt att vi ska inte ha mer administration än vad vi behöver. Varje person ska vara på rätt plats. Däremot så blir det många gånger lite missvisande för vi har också personer som sorterar under administration men som ser till att vårdpersonal kan utföra ännu mera vård, exempelvis medicinska sekreterare som vi anställt en hel del av. Så man måste nyansera bilden.

Sjukvårdspartierna runt om i Sverige har flyttat fram sina spelplaner. I Västernorrland och Jönköpings län har två nya partier med sjukvården i fokus tagit plats i regionfullmäktige.

▼ Det blev ett kanonval för de nya partierna Bevara akutsjukhusen (BA) och Sjukvårdspartiet Västernorrland (SJVP). Med sju mandat vardera tar de plats i respektive fullmäktige för första gången.

I Jönköping är man förvånade över den stora genomslagskraften, men invånarnas vilja talar för sig själv.

– Viktiga faktorer har ju varit att man inte har lyckats värna alla tre akutsjukhusen på ett bra sätt i regionen, det ser man lite grann på hur stödet är fördelat. Vi är klart största parti i Eksjö och Värnamo, säger Martin Nedergaard-Hansen, ST-läkare på ortopedien vid Höglandssjukhuset i Eksjö och förstanamnet på partiets lista.

Arbetslivserfarenhet från sjukvården har varit en merit vid partibildningen av Bevara akutsjukhusen. I partistyrelsen sitter fyra läkare och på vallistorna fanns även sjuksköterskor och en förvaltningschef. Partiet tror på att verksamheter måste få större inflytande över sin egen utformning, och att politikerna ska hålla fingrarna borta från detaljstyrning. Med BA i regionfullmäktige tror Nedergaard-Hansen att läkare kommer uppleva att de får ett större inflytande över sjukvården.

– Jag tror att vi har möjlighet att ha en förståelse för vad läkare och chefer ger för input på ett annat sätt. Vi kan ha en mer tydlig och rak kommunikation med verksamheterna. Om de ser problem så kan vi ha lättare att förstå och se konsekvenserna av deras problem.

Övriga sjukvårdspartier tog blygsamma steg framåt. Sjukvårdspartiet Värmland ökade svängrummet och gick från fem till sju mandat. I grannlandet fick Dalarnas Sjukvårdsparti liknande framgång men landade på totalt sex mandat. I Blekinge gick det inge vidare för SoL-partiet som med 0,3 procent röster uteblev från mandatfördelningen och Sjukvårdpartiet i Gävleborg förlorade ett mandat.

Veronica Lindström

NORRBOTTEN

Efter 84 år vid makten måste Socialdemokraterna lämna över facklan till Sjukvårdspartiet

"Varje röst är en röst mot centralisering"

När makten flyttas för första gången på över åtta decennier skapas höga förväntningar på politiken i Norrbotten. Sjukvårdspartiet vill utmana bemanningsföretagen, skapa konkurrenskraftiga löner, och eventuellt återupprätta BB och förlossningsvården vid Kiruna sjukhus.

▼ Vilka beslut som än tas så hoppas Norrbottens läkarförening att besluten i större utsträckning grundar sig i medicinsk kompetens.

Det blev ett rungande ja från norrbottningarna. Efter 84 år vid makten måste Socialdemokraterna lämna över facklan till Sjukvårdspartiet i Norrbotten. Längtan efter omdaning handlar enligt partiets ordförande om att väljarna inte längre tror på det

tidigare systemet. Och att varje röst är en röst mot centralisering av hälso- och sjukvården.

– Vi står ju för en decentraliserad sjukvård, till skillnad från nuvarande ledning som har centraliserat allt från distriktssköterskor, flyttat allmänkirurgi, och överhuvudtaget satt vårderna på hjul. Det här oroar befolkningen, man tror inte längre på systemet. Man ser att det försvinner verksamheter från närområdet hela tiden. Vi driver ju den motsatta politiken, det har gett resultat, säger psykologen och oppositionsrådet i landstinget Kenneth Backgård, som är partiledare för Sjukvårdspartiet Norrbotten (SJV).

– Oavsett partifärg så hoppas vi att de är intresserade av vad professionen har att säga om utformningen av vården och att man prioriterar sjukvården. Det finns stora brister inom primärvården i Norrbotten och det behövs mycket arbete med första linjens sjukvård. Vi hoppas också på en högre grad av professionellt inflytande som vi tror gagnar befolkningen, säger Peter Johansson, ordförande i Norrbottens läkarförening.



"Väljarna tror inte på det tidigare systemet och har längtat efter omdaning, säger Kenneth Backgård som är partiledare för Sjukvårdspartiet Norrbotten.

Foto: Simon Eliasson.

Frågan är i vilken utsträckning som Sjukvårdspartiets politiker kommer lyssna till professionen. Partiet är inte, likt "Bevara akutsjukhusen" i Region Jönköping, ett läkarlett parti. Totalt finns 21 kandidater på SJV:s kandidatlista som arbetar inom hälso- och sjukvården. Den naturliga frågan blir således om politikernas förslag kommer

tålas att synas av sakkunniga och erfarna läkare och sjukvårdspersonal. Och kommer professionens åsikter kring politiska förslag spela någon roll i beslutsfattandet?

– Jag tycker det är en självklarhet att man ska lyssna på professionen. Det måste finnas medicinsk sakkunskap i vissa ledningsfunktioner, och då tror jag

också att man lyssnar på ett annat sätt, säger Kenneth Backgård.

Kommer professionens ord spela roll i beslutsfattandet?

– Med den bakgrund som jag har så kommer det professionen säger spela roll, säger Kenneth Backgård.

SJV har gått till val med löfte om att decentralisera vården i Norrbotten. Mer

konkret så handlar det om att förstärka närsjukvården och hälsocentralerna och återföring av tidigare stängda distriktssköterskemottagningar.

För att få ned vissa undersökningsköer så ska MR-kameror införas på sjukhusen i Kiruna och Kalix.

Fortsättning nästa uppslag >>>

– Patienterna i Kiruna får åka väldigt långt, det handlar om hela dagar som går åt för undersökningar som kanske tar 20 minuter, det är helt orimligt. Det är inte bara patienten som får betala priset i form av ledighet från arbetet, utan också svårigheter att hinna i tid till visa undersökningar, speciellt om det handlar om stroke, säger han.

Sjukvårdspartiet vill också få fler händer på golvet. Enligt Kenneth Backgård är konkurrenskraftiga löner en viktig aspekt, och dragkampen står mellan regionen och bemanningsföretagen.

Kommer ni verkligen kunna matcha bemanningsföretagens lönenivåer?

– Det är omöjligt för mig att säga. Det är en diskussion som vi måste ta med respektive fackförening, att man når en nivå som blir konkurrenskraftig, den behöver inte bli lika, men vi har sagt att vi måste möta det här.

Hur ska ni kunna bekosta den löneökningen?

– Vi lägger ut runt 300 miljoner kronor i år på hyrpersonal. Om man skulle lägga det på egen personal så skulle man få ett mycket bättre konkurrensläge.

Peter Johansson håller med om att lönen är viktig för rekryteringen, men att det måste gå hand i hand med egeninflytande för att skapa en bra arbetsmiljö. Regionen måste enligt Peter Johansson jobba mer med att göra de mindre sjukhusen mer attraktiva som arbetsplats.

– Man ska inte vara så centralstyrd utan ha lov att jobba lite olika, för det ser inte likadant ut att jobba i Kiruna som att jobba i Luleå. Man måste också hitta på saker som attraherar personal till svår bemannade sjukhus, kanske förbättra schemat, korta arbetstiderna, och ge möjlighet till återhämtning. Det måste också vara en viss löneskillnad att arbeta på de mindre och svår bemannade sjukhusen, säger han.

Han betonar också att fokus på kvalitativ vård skapar nöjda och välmående läkare.

– Jag tror att vi som jobbar inom



Peter Johansson, ordförande i Norrbottens läkarförening håller med om att lönen är viktig för rekryteringen, men att det måste gå hand i hand med egeninflytande för att skapa en bra arbetsmiljö. Regionen måste också jobba mer med att göra de mindre sjukhusen mer attraktiva som arbetsplats, tycker han.

sjukvården mår bra om vi kan ge patienterna en vård av hög kvalitet med hög internationell standard. Då blir vi stolta över det vi gör och det stärker oss. Det gör oss mindre sjuka och vi blir mer benägna att stanna kvar.

Störst stöd för Sjukvårdspartiet i landstingsvalet gav kirunaborna. Med ett 70-procentigt stöd fick Socialdemokraterna erkänna sig besegrade i sin röda hemstad. Orsaken tror Dick Vånsjö, ordförande för Sjukvårdspartiet i Kiruna, beror på att både makten och sjukvården under många år centraliserats till kustområdet.

– Vi har haft problem med socialdemokratin som befinner sig i Luleå, de plockar ju bort alla faciliteterna som vi haft här uppe, det köpte inte folket. Därför har vi fått de här rösterna, säger han.

Den avgörande frågan för kirunaborna är enligt Dick Vånsjö sjukhusets framtid. Lokalpartiet i Kiruna är väldigt tydligt med att partiet vill återupprätta förlossningsverksamheten och BB vid Kiruna sjukhus. En dröm som de hoppas går i uppfyllelse när sjukhuset byggs upp på nytt, i och med flytten av staden.

– Vi vill ha BB och allt omhändertagande så vi överlever här. Jag vill inte skicka mammor till Gällivare, barn dör ju längs vägen. Så här får det inte vara, säger Dick Vånsjö.

På den regionala nivån finns en ambition att på lång sikt återupprätta verksamheter som tidigare tagits bort från Kiruna sjukhus. Att ha anesthesi, radiologi, och akutkirurgi med enklare ingrepp är enligt Kenneth Backgård rimligt vid byggandet av ett nytt sjukhus. Han uttrycker sig dock en aning försiktigare än Vånsjö angående förlossningsvården.

– Vi säger så här, ja, man kanske ska börja planera också för en förlossningsavdelning och utreda konsekvenserna av det. Men det är lätt att riva ned och det är mycket svårare att återupprätta.

Även om Sjukvårdspartiet i Norrbotten på både regional och lokal nivå kommer överens om en satsning på BB så påpekar Peter Johansson att den styrande koalitionen måste komma överens om ett förslag. Oavsett vilket beslut det blir så hoppas Norrbottens läkarförening att det tas utifrån medicinsk grund.

– Vi ska se till att tillhandahålla trygg vård med hög kvalitet. Om det är möjligt att återupprätta förlossningen i Kiruna så får de komma med skarpa förslag på det. Vi hoppas att politikerna lyssnar på professionen i de här frågorna, säger Peter Johansson.

Veronica Lindström

Veteran med stort inflytande i Alliansen



VILL UNDER MANDATPERIODEN:

- ✓ Öka möjligheten för privat etablering i primärvården
- ✓ Skärpa rätten till fast läkarkontakt
- ✓ Stoppa klappjakten på privata vårdgivare

Tre läkare tar plats i riksdagen

Nu står det klart att läkarna Barbro Westerholm (L) och Anders W Jonsson (C) behåller sina riksdagsplatser, medan Marie-Louise Hänel Sandström (M), tar steget in i riksdagen.

▼ Med sin tredjeplacering på Moderaternas riksdagslista i Västra Götaland blev Marie-Louise Hänel Sandström, specialist i allmänmedicin vid en vårdcentral utanför Göteborg, en av dem som nu för första gången tar plats i riksdagen. Nu riktar hon in sig på ett liv med pendlande mellan Stockholm och Göteborg.

– Detta känns oerhört spännande, säger Marie-Louise Hänel Sandström, men uppger att hon känner oro över att SD får så stort inflytande.

Vilken fråga som hon kommer att



Här intervjuad av Sjukhusläkarens reporter Ebba Blume i Almedalen.

VILL UNDER MANDATPERIODEN:

- ✓ "Beror på vilket utskott jag hamnar i"

driva beror på vilket utskott hon hamnar i, konstaterar hon, men hon hoppas på en plats i antingen socialutskottet, civilutskottet eller socialförsäkringsutskottet.

Läkarna Barbro Westerholm (L) och Anders W Jonsson (C), som båda redan sitter i riksdagen, behåller sina riksdagsplatser.

– Jag är oerhört stolt för att än en gång få detta förtroende, säger Anders W Jonsson, barnläkare och förstanamn för Centerpartiet i Gävleborg.

Han har suttit i riksdagen under två mandatperioder och är partiets sjukvårdspolitiska talesperson, samt vice partiledare.

Under kommande mandatperiod vill han bland annat jobba för att öka möjligheten för privat etablering i primärvården och skärpa rätten till fast läkarkontakt. För att korta köerna i vården bör man återinföra riktat ersättningsbidrag i form av kömiljard, en förstärkt vårdgaranti och att sätta stopp för klappjakten på privata vårdgivare, anser Anders W Jonsson, som tror på en blocköverskridande politik, i synnerhet när det gäller sjukvårdsfrågor.

Barbro Westerholm (L), läkare och professor emeritus, som stod på tredjeplats på Liberalernas Stockholmslistor, ser politiken som "ett maratonlopp" och är med sina 85 år riksdagens äldsta ledamot. Men hon låter knappast åldern, eller som hon själv kallar det, årsrikedom, bromsa drivkraften och den politiska viljan.

– Jag har gått till val på att bekämpa åldersrasism och den åldersdiskriminering den för med sig, inte minst inom hälso- och sjukvården och omsorgerna, uppger hon för Sjukhusläkaren.

Under kommande mandatperiod



VILL UNDER MANDATPERIODEN:

- ✓ Bekämpa åldersrasism
- ✓ Stärka tandvårdsförsäkringen
- ✓ Stärka fortbildningen inom geriatrik

skulle Barbro Westerholm gärna se en utredning för att se om man kan slopa åldersgränserna för LSS, LASS och bilstöd. Hon tycker också att man bör se över hur tandvårdsförsäkringen kan förändras.

– Många årsrika personer har svårt få fram de pengar som behövs för implanterat och andra tandvårdsinsatser, säger Barbro Westerholm.

Hon vill också stärka fortbildningen – inte minst inom områdena geriatrik och läkemedelsbehandling – för läkarna, samt öka möjligheten till att delta i klinisk forskning.

Vid en tillbakablick på föregående mandatperiod är Barbro Westerholm mest nöjd med att riksdagen beslutade om en lag om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor 2016.

Ebba Blume



MARGARETHA STENMARKER

Längtade efter att få stå vid sjuksängen, i stället för att ligga i den

FAKTA |

▼ **Ålder:** 58 år.

▼ **Yrke:** Biträdande verksamhetschef på Region Jönköpings läns forskningsenhet Futurum. Överläkare på Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping. Även timanställd som läkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets specialistmottagning för unga vuxna som i barn- och ungdomsmedicinska kliniken behandlades för tumörsjukdomar. Ordförande i Region Jönköpings läns etikråd. Utbildar läkare och sjuksköterskor i barnonkologi via Barncancerfonden och Karolinska Institutet.

▼ **Bor:** I Mulsjö, född i Falköping.

▼ **Familj:** Maken Ingemar, läkare, och de vuxna barnen Emelie och Daniel, den ena läkare, den andre verksam vid ett dataföretag.

När Margaretha Stenmarker, barnonkolog, drabbades av skelett cancer i tonåren, växte hennes vilja att bli läkare.

– Jag hade en längtan att stå intill en säng i stället för att ligga i den, säger hon.

Men valet handlade inte om behovet av att älta något, utan föddes ur ett genuint intresse för läkaryrket. Trots att hon är van vid att ge barn och unga svåra besked, ser hon sig aldrig som fullärd.

Energiskt och målmedvetet tar sig överläkare Margaretha Stenmarker fram på två kryckor i korridoren till barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, Länssjukhuset Ryhov. Trots sin späda gestalt, utstrålar hon på samma gång en envis styrka och en öppen generositet.

Hon ska snart träffa en av sina patienter för samtal, men tar sig tid för de personer hon möter på vägen, lyssnar uppmärksamt då en sjuksköterska hejdar henne för en fråga och brister ut i ett igenkännande, varmt skratt när hon springer på ett par av sjukhusclownerna på väg mot barnmottagningens väntrum.

I väntrummet sitter en av Margarethas patienter, Saga Pettersson, 17 år, som har behandlats för en njurtumör som hon fick när hon var sex år.

Sjukhusclownen väcker minnen från behandlingstiden, berättar Saga Pettersson sedan under samtalet i Margarethas mottagningsrum.

Fortsättning nästa uppslag >>>



PERSONLIGT |

▼ **Det gör mig arg:** Uppenbara oförrätter. Som att barn i vissa delar av världen inte får tillgång till läkemedel, trots att de har sjukdomar som går att bota.

Människor som är sjuka, men som inte får samma förutsättningar för vård och rehabilitering som till exempel jag hade tillgång till. Jag har också haft förmånen att ha chefer som har gett mig stöd och kollegor, som har gått in och tagit jouter. När jag ser hur olika villkoren är för människor, kan jag bli upprörd.

▼ **Det gör mig glad:** Min familj, att umgås med vänner och den kristna tro jag bär, som ger trygghet under olika omständigheter i livet.

▼ **Förebilder:** En förebild är för mig någon som har både starka och svaga sidor, men som förmår parera mellan dessa med ett bra slutresultat. Min mamma är en förebild, hon står för styrkan att med stort engagemang och enkla medel kunna göra mycket nytta.

En annan förebild är Ildikó Márky, professor emerita i barnonkologi och överläkare, som tidigare var verksam vid avdelningen för barncancersjukdomar vid Östra sjukhuset i Göteborg. Hon var min läkare på 70-talet, blev min chef i Göteborg på 90-talet och min handledare i mitt forskningsarbete. Hon är en förebild rent professionellt medicinskt, men även i mötet med människor och hon har format mig i min yrkesroll.

▼ **Motto:** "Vart du än går ta med dig hela ditt hjärta". Att inte vara en person när man sitter i budgetmöte och en annan när man lämnar det rummet för att möta patienter, utan bära med sig hela hjärtat mellan de olika rummen, våga ta tillvara alla delar av sin erfarenhet.

▼ **Fritidsintressen:** Musik (klassisk musik, gospel och jazz) och att läsa skönlitteratur. Jag tycker om böcker av Alice Munro och Tomas Tranströmer.

▼ Vad vill du föra vidare till dina barn?

Att våga bejaka andra människor. Att se att mänskligheten växer när vi vågar ta hjälp av varandra och att det finns en styrka i att be om hjälp.

Att man ska vara rädd om sitt mänskliga kapital. För livet är väldigt oförutsägbart, men det du kan ha kvar är goda relationer till människor. Har du byggt på dem har du en god grund. Vad man sedan gör i livet är inte det viktigaste. Det finns genom livet en möjlighet att påverka sin situation och det vill jag gärna förmedla. Att starten i livet inte blev bra är inte detsamma som att allt annat också blir elände. Det finns val att göra och människor som är beredda att stötta dig i det.

I dag säger sig Saga Pettersson må bra. Hon blev friskförklarad för ett par år sedan, men tycker ändå att det kan vara svårt att tala om sjukdomsperioden.

– När kompisar väl frågar om det, svarar jag. Men det är inget jag känner att jag vill ta upp själv eller tycker om att prata om, säger Saga Pettersson.

Trots att Sagas mamma Carina också finns med under samtalet, är det hela tiden Saga som Margaretha fokuserar på och vänder sig till.

De talar lite om framtiden, om kommande utmaningar till följd av njurcancer, om ärr från tidigare operationer och om prover som ska tas innan de kommer överens om ett uppföljande möte igen vid årsskiftet.

– Vi är noga med att inte släppa patienter, säger Margaretha Stenmarker sedan.

Även om det, som i detta fall, handlar om en patient som behandlats för en njurtumör, kan åren av behandling ändå ha gjort att barnet kommer efter i skolan eller behöver stöd på annat sätt och det är mycket viktigt med en medicinsk uppföljning.

Vid Ryhovs barnklinik släpper man inte kontakten förrän patienten är 18 år. Därefter lägger man upp en plan för sådant som kontroller i eftervård ur ett livslångt perspektiv.

Med närvaro lyssnar Margaretha Stenmarker när hennes unga patient ställer frågor och berättar om sin vardag.

Margaretha har lång erfarenhet av att ge barn svåra besked om cancersjukdomar och hennes avhandling handlade också om hur barncancerläkare agerar i sitt möte med svårt sjuka barn och deras familjer; vilka drivkrafterna och svårigheterna är.

Men en gång var hon också själv en tonåring som tog emot ett allvarligt cancerbesked.

När Margaretha Stenmarker skulle fylla 16 år, drabbades hon av en allvarlig skelett cancer.

Från att ha varit en frisk tonåring som kunde röra sig fullt ut fick hon genomgå en amputation av sitt ena ben, blev beroende av hjälpmedel, benprotes och sedan även cytostatikabehandling, som hon i sin tur blev sjuk av.

På 70-talet hade man inte effektiva



Glädjrikt patientengagemang. Margaretha Stenmarker i samtal med Saga Pettersson, 17 år, som behandlats för njurtumör. Carina mamma Carina Pettersson är med under samtalet.

medel mot illamående och kräkningar och inte de subkutana venportar som man har i dag, konstaterar hon.

– Det blev väldigt mycket stick och nålsättning, jag blev mer eller mindre sönderstucken, säger Margaretha och berättar om en gymnasietid, som fick växla mellan det friska i skolan och att vara sjuk.

På den tiden rådde inte heller samma öppna klimat som i dag när det gäller att tala om sjukdom och död och varken Margaretha själv eller hennes omgivning vågade ställa frågor kring sjukdomen.

– Jag vågade inte, jag vet inte varför. Jag möttes av god vård på många sätt, men förstod att det rörde sig om ett allvarligt område, att fråga om det kunde upplevas som hotfullt, säger Margaretha Stenmarker.

Majoriteten av dem som drabbades av

cancersjukdomar på 70-talet överlevde inte.

– Flera av dem jag lärde känna som patient förlorade livet, berättar hon.

Själv hade hon inte kunskap om vad hon hade för prognos och i sitt behov av att veta mer vände sig Margaretha till bibliotekarien vid sin gymnasieskola och bad om hjälp att leta upp den diagnos hon hade. När hon väl fick kunskap om sin sjukdom förstod hon att läget var allvarligt.

– Det var väldigt skrämmande. Jag läste att en av tio överlevde. Först tänkte jag att det jag går igenom måste vara meningslöst om jag ändå ska dö, berättar Margaretha Stenmarker.

Hon tystnar och säger sedan med eftertryck:

– Jag kan ännu inte fatta att jag var en av dem som fick möjlighet att leva.

När hon tagit sig över den första rädslan och känslan av "detta aldrig kommer att gå", växte i stället en stark målstyrning fram hos Margaretha.

– Steg ett var att bara överleva, sedan att komma igenom gymnasiet. Sedan förstärktes även min gamla dröm om att bli barnläkare, berättar hon.

En dröm, som hade börjat gro redan när hon var yngre och under uppväxten i Liberia, där föräldrarna arbetade som missionärer i drygt tre år. I och med moderns arbete som sjuksköterska såg Margaretha på nära håll svåra infektioner bland befolkningen.

– Det var jätteviktiga år i min uppväxt. Jag hade klasskompisar som blev med barn, jag såg svår fattigdom och det uppenbara behovet av insatser. Men också hur man med ganska enkla medel, som genom att rengöra sår och

lägga förband, kan göra mycket nytta.

Det var också där som min mor blev min förebild. Jag tyckte att hon hade ett spännande jobb, säger Margaretha Stenmarker, vars dröm om att bli barnläkare alltså blommade ut i en stark vilja och ett konkret mål sedan hon drabbats av skelett cancer.

– Jag hade en längtan efter att stå intill en säng i stället för att ligga i den, både bildligt talat, inom mig och rent kroppsligt, berättar hon.

Samtidigt betonar Margaretha Stenmarker att drivkraften bakom hennes yrkesval inte handlar om något behov av att älta något livslångt privat, som behövde bli färdigt.

– Detta är ett professionellt val jag

Fortsättning nästa uppslag >>>

har gjort, framför allt för att jag tycker att yrket är spännande och intressant, säger hon, och framhåller att det i en vårdrelation ska vara tydligt vem i rummet som är patient.

När hon sedan som barnläkare via Barncancerfonden fick möjlighet att vara vid Barncancercentrum i Göteborg, ränkte hon först att den tiden var ett kvitto på att hon var klar. I stället blev detta början på ett fortsatt engagemang: Här kunde hon kombinera medicin med psykosocialt tänkande och mötet med människor.

Margaretha Stenmarker talar med ett lågt och eftertänksamt allvar, samtidigt som hon hela tiden har nära till skratt.

I dag är hennes hälsoläge ofröst stabilt, även om hon under vissa perioder måste genomgå operationer på grund av komplikationer till följd av amputationen.

– På arbetet är de vana vid att jag går in och ut ur verksamheten och ibland försvinner några dagar. Sedan är det en glädje att komma tillbaka, säger hon.

Förutom att i dag arbeta som barnonkolog vid Länssjukhuset Ryhov är Margaretha Stenmarker även timanställd som läkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets specialistmottagning för unga vuxna, som i barndomen behandlades för tumörsjukdomar. Samtidigt är hon biträdande verksamhetschef på regionens forskningsenhet Futurum, ordförande i Region Jönköpings läns etikråd, samt utbildar läkare och sjuksköterskor i barnonkologi via Barncancerfonden och Karolinska Institutet.

– Jag tycker om variationen. Mycket av det jag gör är också sammanvävt, så det är inte så att jag klipper banden när jag går mellan de olika rollerna, säger Margaretha Stenmarker, som även framhåller att goda medarbetare är en viktig förutsättning för att kunna jobba på detta sätt.

– Jag har ett team inom varje område, utan det teamet skulle det aldrig fungera, säger hon.

Utanför mottagningsrummet hejdas hon av sjuksköterska Inga-Lena Hultman, som ber henne om att, när hon får tillfälle, ta hand om ett recept till en patient.

Inga-Lena Hultman beskriver Mar-



OM EXPERIMENTELLA BEHANDLINGAR:

”Jag respekterar föräldrars beslut att göra allt som står i ens makt”

garetha som ”omtänksam och mån om sina patienter” och tillägger efter en stund:

– Men jag tror att hon sliter ut sig själv lite också på grund av det.

Margaretha Stenmarker viftar bort det hela med ett skratt, men medger sedan att hon ibland kan ha svårt att sätta gränser och att hon stundtals först i efterhand kan inse att hon i vissa situationer kunnat be om hjälp.

– För mig har det friska livet varit så starkt kopplat till rörligheten. Men i situationer som inte fungerar kan ju att be om hjälp vara ett sätt att snabbare komma tillbaka till det friska, resonerar hon.

Hennes djupa engagemang i såväl sina patientkontakter, sitt kliniska arbete, som sin roll i etikrådet och i sin egen forskning bottnar i ett genuint intresse och i att hon tycker att mycket av det är väldigt roligt, framhåller hon. – Men jag är ganska medveten om att det kan gå för långt, säger hon när vi tagit oss ut i sensommarljuset bland äppelträden på en av sjukhusets bakgårdar.

Hon funderar en stund, innan hon tillägger:

– Jag talar ibland med unga vuxna patienter om det..att det kanske kan bli så, att du hela livet står i ett slags tack-

samhetsskuld för att du överlevde. Och att du då kan känna att du alltid måste göra så gott du kan för att du faktiskt lever. Jag kan inte säga att det är en fråga som rullar i mitt huvud. Men det kanske är omedvetet.

Samtidigt som Margaretha Stenmarker tycks räcka till för allt och alla, säger hon sig ödmjukt veta att hon inte gör det. Men att det ändå är tillräckligt.

– Inget av det jag gör beror bara på min insats. I alla mina arbetsuppgifter och engagemang i etikuppgifterna så handlar det om att vara en del i ett större sammanhang, säger Margaretha Stenmarker, som säger känna sig trygg med känslan av att få ”spela sin del i dramet”.

– Du behöver inte behärska allt och det är skönt att erkänna. Det är också skönt att känna att de jag en gång har handlett, som har blivit barnläkare har gått om mig i dag och gör jobbet bättre.

Numera arbetar Margaretha Stenmarker inte längre med akut barncancervård, utan med uppföljningar och palliativ vård.

Hennes arbete innebär stundtals att ge barn, unga och familjer svåra cancerbesked.

Och hon vet, delvis av egen erfarenhet, att barn klarar av att höra mycket, säger hon.

Ändå kan hon aldrig bli ”van” vid att ge de svåra beskederna.

– Det går aldrig att bli fullärd. Det går aldrig att gå in i rummet och känna att det här har jag gjort förut. Varje situation är unik. Det som har hänt med åren är kanske att jag inte längre är så orolig över reaktionerna i rummet. Jag vet att det kan finnas lika många reaktioner som människor och ändå vara förvissad om att vi kommer att kunna ta oss ut därifrån.

Margaretha Stenmarker betonar ändå vikten av en sorts struktur för de möten då hon ger tunga besked.

– A och O är att ha en plan. Du behöver veta vad du vill ha sagt innan mötet är över och ändå vara beredd på att det kan hända vad som helst på vägen. Du måste också ha en plan för vad som ska hända när ni går ut ur rummet. Man ska inte gå därifrån i något slags ”vi hör av oss”- känsla.

Visst kan det vara svårt att i ett arbete som detta låta bli att ta med sig jobbet hem, medger Margaretha Stenmarker.

– Ibland får du en känsla av förtvivlan som inte släpper för att du byter kläder. Samtidigt tror jag att det är så för många av oss som jobbar med människor inom vården. Du vet någonstans att livet inte är rättvist, du ser det. Du vet att du kan vara med och bota många, men också att du kan vara kvar när du inte kan bota. Då kan det handla om att inte gå ut ur rummet, utan stanna kvar några minuter extra hos barnet eller familjen. Och det kan vara tillräckligt, säger hon.

I Sverige har överlevnaden för barn med cancertumörer förbättrats och sedan 1980-talet stigit till 80 procent.

Men barnonkologins pionjärer i Sverige började sitt arbete på 1950-60-talet, framhåller Margaretha Stenmarker. Eftersom man då förstod vikten av att dela sällsynta och ovanliga resultat med varandra och försökte skapa konsensus på väldigt små patientmaterial ledde det successivt till ett lyckat nordiskt samarbete inom barnonkologin, som enligt Margaretha Stenmarker nu ligger i framkant även ur ett internationellt perspektiv.

– Vi har inom barnonkologin även starka internationella samarbetspartners inom olika diagnosgrupper, säger hon.

På vilket sätt behöver man då bli bättre inom svensk barnonkologi?

– Vi behöver fortfarande bli bättre på att lära oss hur barn tänker och fungerar i olika åldrar. Vi behöver också vara med i spetsforskning kring framtidens behandlingar, säger Margaretha Stenmarker, som också efterlyser en större öppenhet inom vården inför nya rön och behandlingar.

– Vi kan vara avvaktande därför att vi inte vet, eller för att vi inte är beredda att göra en förändring.

Därför kan det inom vården finnas en benägenhet att inte pröva nya metoder eller att inte ta in information om vad man skulle kunna göra, säger Margaretha Stenmarker, men betonar att man samtidigt måste känna en gräns för när man går över från en behandling till en mer experimentell sådan.

Föräldrar till barn som drabbats av cancer är i dag väldigt pålästa, menar Margaretha Stenmarker.

Och det händer även att föräldrar, efter att ha försökt uttömma både sin egen och sjukvårdens kunskap om bot, i sin kamp för barnet är beredda att söka sig utomlands för mer experimentella behandlingar. Dessa kliniker tar i regel väldigt mycket betalt, vilket får en del föräldrar därför att samla in pengar till behandlingen via kampanjer i sociala medier.

Svenska barnonkologer har uttryckt farhågor för att familjer på detta sätt blir lurade.

Margaretha Stenmarker delar den oron, men uttrycker samtidigt en stor försiktighet och förståelse inför sådana val.

– Jag respekterar föräldrars beslut att göra allt som står i ens makt. När föräldrar vill gå vidare till andra vårdnivåer med sina sjuka barn är jag mån om att försöka behålla en god relation till familjen, att finnas där utan att vara fördomande eller skuldbeläggande, så att de kan bolla frågor. I det läget är det ännu viktigare att man inte sviker, utan är närvarande, betonar Margaretha Stenmarker.

Kan man avfärda de så kallade experimentella behandlingar som ges vid dessa kliniker, eller vet man helt enkelt inte?

– Man vet inte. Det är inte så att vi avfärdar metoderna, utan det är bristen på öppenhet vid dessa kliniker, att de vägrar delge information om sina metoder, som gör att det är så svårt; vi vet ju inte vad som görs, svarar Margaretha Stenmarker.

Klinisk, god forskning karakteriseras av transparens, det är förutsättningen för att man ska kunna uppmontra en metod, göra på motsvarande sätt och uppnå de resultaten, resonerar hon.

– Men i en sluten värld, där vi inte vet vad som händer kan vi ju inte föra kunskapen vidare på något sätt. Då är det ju bara ett begränsat antal människor som över huvud taget kan få tillgång till något, som kanske är väldigt bra. I stället borde man i så fall

Fortsättning nästa uppslag >>>

MARGARETHA STENMARKER OM:

Att växla mellan kliniskt arbete, forskning och undervisning

”Egentligen gjorde jag det valet för att inte vara så beroende av min kropp. Jag hade svårt att fysiskt orka jobba nätter och jour som barnläkare och tänkte att det kommer en dag när jag inte längre kan arbeta så, att kroppen kommer att säga stopp. Jag blev nyfiken på att forska och se om jag skulle kunna bidra genom att föreläsa. Sedan insåg jag hur det berikar att jobba på detta sätt; hur du exempelvis kan koppla patientfrågor som du inte kan svara på till forskningsvärlden. Och nu skulle jag inte kunna vara utan de här kombinationerna.”

Den egna forskningen och sitt engagemang för etikfrågor

”Jag har alltid haft ett intresse för professionella aspekter i mötet med människor. Själva mötet är dessutom alltid en form av etiskt samtal. Etiken finns också hela tiden med i de val vi gör i vardagen. Men ibland hamnar vi i frågeställningar där det inte finns rätt eller fel och när det är oerhört svårt att veta vilken väg vi ska välja. Då behöver vi ett mer professionellt, etiskt tänkande i något slags riktlinje för att vi ska känna oss trygga i det vi förmedlar till familjerna. Men också för att vi själva ska orka arbeta vidare. Vi behöver falla tillbaka i hur vi viktade våra argument för hur vi agerade i en viss situation. När man vänder sig till ett etiskt råd får man inte svar på hur man ska göra i en viss situation, utan just det vägandet för och emot. I regionens etikråd jobbar vi även med att skapa riktlinjer inom olika områden och att utbilda vårdpersonal.”

Att det kan ta lång tid innan man i vården upptäcker hjärntumör hos barn

”På senare år har man jobbat mycket med hur man ska kunna upptäcka hjärntumörer tidigare och på ett schematiskt sätt försökt både tillämpa och lära ut vaksamhet på vaga tecken på tumorsjukdomar. Det kan verkligen vara svårt att vid ett första besök i öppenvården bedöma sådant om patienten inte har ytterst grava symtom. Men det är en grundläggande princip att du ska erbjudas möjlighet att komma tillbaka för en uppföljning. Det är viktigt att ge tydliga signaler om att man följer upp detta. Om du släpper för snabbt och om steget blir för stort för patienten till ny kontakt med vården, kan det dra ut på tiden.”

delat erfarenheter och resultat och bredda studierna, så att fler kan ingå och göra det med en etik som bär genom alla de här stegen; av respekt för barnet, familjen och av respekt för att det är forskning det handlar om.

Just etiken är ett återkommande ämne i Margaretha Stenmarkers resonemang.

I regionens etikråd arbetar hon också med frågeställningar om hur man lämnar svåra besked till barn, ungdomar och vuxna. Rutiner för detta finns, men behöver uppdateras och väcker nya frågeställningar i en tid när vi i så hög grad använder nätet.

– Man kan också fundera över hur det är att lyfta telefonen och inte veta var den person är som jag ska lämna besked till. Hur kan det landa och hur gör jag mig tillgänglig för uppföljning?

Lämnar du alltid besked ansikte mot ansikte?

– Nej, jag har tagit det på telefon också. Men då är det med en familj som jag känner och där vi har överenskom-melse gällande telefonkontakt. Är det en alldeles ny situation ska man så långt det går försöka skapa en fysisk mötesplats för att lämna besked, säger Margaretha Stenmarker.

För en del människor kan det däremot kännas bättre att få besked på telefon eller via nät för att kunna vara själv med sina känslor ett tag och inte direkt konfronteras med läkaren, poängterar hon.

I sitt arbete vid uppföljningsmottagningen för unga vuxna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, träffar hon unga, som tidigare behandlats för cancer. Hon håller även, om än glest, kontakt med familjer, som förlorat sitt barn i cancersjukdom.

Borde onkologer samarbeta mer med psykologer?

– Ja, och ett sådant samarbete finns redan. I Göteborg på uppföljningsmottagningen möter vi patienter tillsammans både läkare, sjuksköterska, socionom och kurator. Det har jag lärt mig så mycket på. Då blir det väldigt tydligt vems ansvar det är att något blir gjort, vad som är din roll och att du inte behöver vara allt i sammanhanget. Sedan tror jag också att det är bra för patienten att se att uppföljningen är så viktig att vi är beredda att avsätta resurser för detta.

Behöver man mer stöd för unga som drabbas av depression till följd av cancersjukdom?

– Ja. Där tror jag inte alltid att vi är tillräckligt lyhörda. Ett vanligt beteende för en tonåring som är sjuk i cancer är ju att ”skärma”, antingen med täcket eller med hjälp av padda, berättar Margaretha Stenmarker.

En del är måna om sin integritet, att dra en klar gräns mellan sjukhuset, behandlingen och det vanliga livet.

– Jag har träffat många tonåringar, som är väldigt tydliga med det, säger Margaretha Stenmarker.

Ser du det som ett sunt tecken eller ett problem?

– Det är just det som är frågan ibland. Många gånger är det bra och sunt. Men jag vet ju inte när det inte är det. Det kan ju stå för att personen mår på gränsen till fullständigt odrägligt, har mörka tankar och inte vill vara med om detta. Där kan vi göra mycket mer för att ta reda på det, säger Margaretha Stenmarker, som själv hanterar sådana situationer, till exempel med att försöka kolla av patienternas nätverk; att namngivna, riktiga vänner finns, inte bara virtuella kontakter.

Samtidigt kan nätrelationer vara en enorm tillgång för många patienter, betonar hon.

I dag uppmuntrar man också i högre grad än tidigare sjuka barn till socialt liv och är inte lika försiktig med att låta cancersjuka barn vara i skolan.

Medan man på 70-talet inte visste hur det stod till med infektionsrisker, så har man i dag mer kunskap om att de största hoten ofta utgörs av de egna bakterierna och sällan förkylningar som andra har, konstaterar Margaretha Stenmarker.

Själv ville hon som cancersjuk tonåring inte heller prata i skolan om vad hon gjorde när hon var på sjukhuset.

– Det har med ungdomstiden att göra. Man vill kunna leva i sin vardag, det är det som är målet. Det är därför det är så härligt att jobba med barn och ungdomar. Det är sällan så mycket pålagringar; det är i stället en väldigt stark vilja att komma tillbaka till det som andra kallar vardagen; till det som är deras liv.

Ebba Blume

”Allt av relevans kommer att ske långt utanför de 21 svenska kakistokratierna”

Tidigare i år skrev jag en kommentar i Project Syndicate om den då nyligen bildade alliansen mellan Amazon, Birkshire Hathaway och JPMorgan Chase, tre gigantiska, mäktiga och stenrika amerikanska företag långt utanför hälsosektorn. De hade gått ihop för att försöka skapa ett nytt hälso- och sjukvårdssystem. Eller som de anspråkslöst kallade det – health care at reasonable cost.

I min kommentar beskrev jag tre saker som jag tror att ett sådant nytt system måste fokusera på – mindre överflödig byråkrati, mindre onödigt dyr och ineffektiv vård och, kanske viktigast av allt, mer (och bättre, oändligt mycket bättre) preventivt och hälsofrämjande arbete.

Man kan tycka att det här inte rör Sverige för vi har ju redan en sjukvård i världsklass. Och visst, det är ett amerikanskt initiativ som till stor del kommer att behöva tampas med amerikanska problem.

Men åtminstone tre saker gör att det kan finnas anledning att hålla ett öga på det här. För det första så tenderar nästan allt som de tar fram i Amerika att så småningom hamna här, i en eller annan form. Det gäller som bekant också inom hälso- och sjukvården. Törs jag nämna värdebaserad vård, en konsultfluga från Harvard.

För det andra så har en viss Atul Gawande nyligen utsetts till chef för den nya organisationen. Namnet kanske inte låter så bekant, men de hittade honom knappast genom en slumpsökning på LinkedIn. Förutom att jobba som kirurg i Boston så skriver han några av dem mest tänkvärda texterna om medicin och sjukvård i tidskriften *The*



AV BJÖRN EKMEN • Hälsoekonom

New Yorker. Till mina personliga favoriter hör *The Cost Conundrum* och *Letting Go*.

Och för det tredje så har faktiskt något liknande redan skett i Sverige, om än i något mindre skala. För några år sedan började plötsligt två nya, privata aktörer att leverera primärvård över nätet på ett sätt som inte skådats tidigare. Det här tog fart just när planerna på SKL tycks ha suttit och sovit som allra djupast. Sedan de väl vaknat och ruskat ur sig den värsta segheten har de mest ägnat sig åt att promulgera ut den ena panikåtgärden efter den andra för att på olika sätt försöka att stävja utvecklingen.

När jag jämför det som SKL lyckats få ur sig med det som NHS England gjort på samma område blir det nästan genant. De har inte bara tillsatt en mycket seriös utvärdering av ett digitalt vårdprogram (GP-at-Hand). De har också bjudit in till en bred konsulta-



Kakistokrati: Styre av de minst kvalificerade

tionsprocess via ett s.k. ”Engagement paper”.

Samtidigt har en upphetsad debatt rasat på Dagens Skvaller om den digitala primärvårdens syndafördärv, också med deltagande av personer som man annars kunde förvänta sig ha ett mer seriöst förhållningssätt till verkligheten och fakta.

Men det är ofta så det faktiskt går till. Mitt bland alla utredningar och samverkansplattformar och frukosthubbar gläntar plötsligt någon på sidodörren, ser en skevhet i skrytbygget och innoverar på ett sätt som ingen tidigare gjort.

Men i stället för att försöka kunskapsstyra en verksamhet som har fjärrat sig alltför långt från patienternas och personalens verkligheter är det myndigheternas ansvar att bedöma vad i allt det nya som är relevant. Det är en av svensk vårds riktigt stora svagheter att det ansvaret så sällan axlas av kompetenta personer.

Jag vet inte om något liknande som hänt inom primärvården kommer att ske även inom annan typ av vård, säg, sjukhusbaserad sådan. Ingen vet ju heller om det blir just de tre amerikanska jättarna som lyckas förnya en bransch som tycks nästan immun mot yttre påverkan. Men jag tror mig ana att mycket kommer att ske inom klustret teknik-medicin-innovation-affärsmodell och att det mesta för att inte säga allt av relevans kommer att ske långt utanför de 21 svenska kakistokratierna. Och resten, som de säger, kommer att vara historia.

Tuffa jourregler tvingade Heba Shemais, 61 år, att gå ned till 70 procents arbetstid

I brist på rättighet till jourbefrielse väljer nu anestesiläkaren Heba Shemais, 61, att gå ned ytterligare i arbetstid. Orsaken är tunga jourpass och somatiska stresssymptom som konsekvens.

▼ Enligt Läkarförbundets policy ska seniora läkare slippa jour om så önskas, men i verkligheten är det bemannings-situationen som avgör. Stockholms läns landsting ser dock inget behov av att införa en åldersgräns för jourbefrielse.

En tidig sommarmorgon i slutet av ett 16-timmarspass sökte förlossningen henne för en epidural. Heba stannade upp. Yrsel, hjärtklappning.

Sommarens arbetsschema har varit extremt påfrestande för Heba Shemais, överläkare i anesthesi vid Södertälje sjukhus. Under fem veckor arbetade hon sex jourpass utöver dagarbetet samt helger.

De somatiska stresssymptomen fortsatte tills dagarna före semestern.

– Vid ett av de sista jourpassen ville jag bara dö, jag visste inte hur jag skulle klara det. Men så ringde en kollega som ville byta, så jag fick två dagpass sista dagarna före semestern och min dotters bröllop, säger Heba Shemais.

Efter de tuffa sommarmånaderna har Heba bestämt sig för att gå ned ytterligare i arbetstid, från 80 till 70 procent. Allting ställdes på sin spets den där morgonen när hjärtklappningarna kom.

– Jag tycker att man ska kunna säga ifrån, utan att få dåligt samvete, när man känner att återhämtningstiden är längre och sömnen sämre. Om jag ska fortsätta att jobba så här måste jag gå ned i tid, jag måste på något sätt få vilotid, säger hon och fortsätter:

– Ska jag välja nu eller i framtiden? Jag måste välja nu, och jag tror många



– Jag har verkligen gjort mina nätter under alla år. Jag skulle kunna göra ett mycket bättre jobb på dagtid, säger Heba Shemais, som på grund av de tuffa jourreglerna för seniora läkare i Sverige nu tvingas gå ned i arbetstid för att orka med. Foto: Veronica Lindström.

börjar tänka så, säger hon.

Varför tror du att många börjar tänka så?

– Därför att många är så trötta, det är så tungt och tufft. Och älskar man inte sitt jobb, då lämnar man läkaryrket helt och hållet, eller om inte kroppen hänger med. Tyvärr är det också många fler kvinnor som lämnar än män, säger Heba Shemais.

Hon upplever att arbetsbelastningen för anestesiläkare på Södertälje sjukhus ökat kraftigt under de senaste åren. Hon förklarar att en av orsakerna är ett ökat patienttryck sedan omorganiseringen av akuten på Karolinska i Solna. Men framförallt har hon märkt av ett ökat tryck på förlossningsvården sedan BB Sophia lades ned 2016.

Den här sommaren har hon lagt minst dubbelt så många epiduraler per natt än tidigare år. Något som ökat arbetsbelastningen och minskat chanserna för paus och återhämtning.

– Du är på benen hela jouren, du knappt äter och dricker eller går på toaletten. Tyngden på narkosläkare är väldigt hög, oavsett var i landet du jobbar och oavsett storlek på sjukhuset, säger Shemais.

Anders Dahlqvist, ordförande för intresseföreningen Seniora läkare, håller med om att arbetsbelastningen och påfrestandet på seniora läkare generellt sett blivit högre under de senaste åren.

– Jourarbetet har blivit tyngre eftersom de patienter som ligger inne är mycket sjukare, de är de absolut sjukaste. Och med så få vårdplatser som vi har i Sverige så blir det väldigt jobbigt för både primär- och bakjour. Många orkar inte. De medicinska problemen är inte så stora, men belägningsproblemen är desto större, säger han.

Sedan Heba började på Södertälje sjukhus har hon arbetat dagtid samt primärjour, eftersom hon bor långt bort ifrån arbetsplatsen har hon inte kunnat åta sig pass i bakjour. Men när hon passerade 55 års ålder började kroppen må allt sämre av de sömnlösa nätterna med hård arbetsbelastning. Därför gick hon ned i arbetstid och har under ett år arbetat endast 80 procent.

– Jag känner att jag åldrats, naturen har sin gång. Jag känner att jag inte har någon ork längre, och det måste jag bejaka och tänka på mig själv. Så länge jag orkar så tänker jag jobba, men inte

på det här sättet. Jag vet kollegor som fortsätter att gå jour till 65 år, men de kanske inte har det lika tungt, säger hon.

– Vi vill naturligtvis få till en central reglering som just kan hjälpa medlemmar som i Hebas fall, säger Karin Rhenman, chefsförhandlare Läkarförbundet.

I Sverige har inte läkare någon rätt att vägra jourpass när de uppnått en viss ålder, något som skiljer sig från hur kollektivavtalen ser ut i andra nordiska länder. Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har inte kommit fram till någon överenskommelse trots att det tagits upp i flera avtalsrörelser tidigare.

I brist på en central reglering har Läkarförbundet sedan länge en policy som går ut på att läkare som fyllt 55 år ska på egen begäran kunna befrias från jour nattetid, samt att läkare som fyllt 60 år ska kunna befrias från beredskap nattetid om de så önskar.

– Många mindre arbetsplatser har svårt att klara av jour och beredskapsåtagandet så där kan det vara svårt för äldre läkare att bli befriade från nattarbete, säger Karin Rhenman.

Heba kan inte undgå primärjour på grund av liten arbetsstyrka och få narkosläkare på sjukhuset. Är hennes fall ett undantag?

– Vi har inte gjort någon kartläggning så vi vet inte hur pass vanligt det är, vi förlitar oss på vad lokalföreningarna säger, att vid små arbetsplatser är det många gånger svårt för äldre läkare som önskar befrielse från nattarbete att få det. Vi vill naturligtvis få till en central reglering som just kan hjälpa medlemmar som i Hebas fall säger Karin Rhenman.

Ordförande för Stockholms läkarförening, Johan Styrd, bekräftat att det är de jourtunga verksamheterna anesthesi och gyn som har svårast att efterleva policyn i länet.

– De flesta arbetsgivare brukar anpassa sig efter arbetstagarna. Jag har ett antal fall på narkos och gyn där medlemmar inte orkar, men arbetsgivaren har ett sånt extremt behov av att ha medlemmar i jourverksamheten, säger Johan Styrd, ordförande i Stockholms läkarförening.

Vad har ni gjort för att hjälpa de seniora läkarna?

– Vi har en kontinuerlig förhandling och diskussion med personalenheterna på

landstingen och sjukhusen. Den nuvarande personalchefen på landstinget är införstådd att det här är ett bekymmer, men det är svårt för det är en personalbrist på narkos och gyn, så landstingen är pressade åt andra hållet också. Men det finns en stark drivkraft att fortsätta driva den här frågan för oss.

Johan Styrd håller med Heba Shemais om att policyn är tandlös och att det istället borde vara en inskriven rättighet i kollektivavtalet.

– Det här är ett jättekämbekymmer som vi behöver fortsätta driva. Det ska bli en rättighet, om man inte vill vara jour efter 55 år så ska man inte behöva det, men det ska man få avgöra själv, säger Johan Styrd.

Ulf Åkesson, förhandlingschef vid Stockholms läns landsting, berättar att de inte ser några starka argument för att en åldersgräns skulle underlätta, eller på något sätt vara mer fördelaktig, framför att göra individuella bedömningar. Han pekar på att det kan finnas skäl redan när en läkare är yngre, och att de som arbetsgivare måste se till hela människan och vilka förutsättningar individen har.

– Alla fixa gränser har en tröskeleffekt. Att man blir äldre vet vi att det påverkar de fysiska förutsättningar olika på olika människor, då kanske en fix ålder inte passar alla så då får man göra individuella bedömningar, säger han och fortsätter:

– Sen finns det också verksamhetsmässiga skäl. Vi har en brist på läkare inom vissa specialiteter, vilket skulle göra att vi skulle få problem inom vissa jourlinjer, säger Ulf Åkesson.

Men om verksamheten inte kan tillåta en läkare att gå ned i tid på grund av personalbrist, blir det då inte personalen som får ta smällen?

– Ja absolut, men vi har också patienter som måste hanteras. Jag kan inte uttala mig i vilken utsträckning det finns problem som inte har beaktats, det skulle kräva en undersökning.

Veronica Lindström

Fotnot: Inför tidigare avtalsrörelser har Läkarförbundet ställt frågan till lokalföreningarna om förbundet ska yrka på jourbefrielse och svaren har enligt Karin Rhenman inte varit samstämmiga. Flera av de större lokalföreningarna ansåg 2017 att förbundet skulle prioritera andra frågor. Trots splittringen tog Läkarförbundet upp frågan med arbetsgivaren.

Fördelaktigare jourregler för seniora läkare i övriga Norden

Seniora läkare i Sverige har ingen rätt att vägra varken primär- eller bakjour, något som sliter mer på läkare inom vissa specialiteter än inom andra. Men i de nordiska grannländerna Norge, Danmark och Island finns fördelaktiga avtal för äldre läkare.

Island. Läkare över 55 år har enligt kollektivavtalet rätt till jourbefrielse på egen begäran.

Norge. I det centrala avtalet har läkare på offentliga sjukhus rätt att undgå jour vid 58 års ålder, för de som har jour och beredskap i hemmet är åldersgränsen 60 år. I särskilt belastande jurer kan undantag göras vid lägre ålder. Detta ger inte rätt till ekonomisk kompensation för bortfallet av jourtimmars, vilket enligt Den norske legesforening innebär att många inte utnyttjar rättigheten. I vissa lokala avtal finns överenskommelser om bibehållen lön och undantag för jour redan vid 55 år.

Danmark. Enligt kollektivavtalet ska arbetsgivaren se till att de blir så få jourpass som möjligt för de över 62 år. Tills dess kan arbetsgivaren förvänta sig att läkaren ställer upp för primärjour, samt för bakjour till 64-års ålder. De över 60 år kompenseras med två veckors betald ledighet varje år för primärjournarbete, samt de över 62 år som går bakjour.

Finland. I kollektivavtalet finns inga regler som ger seniora läkare rättighet att vägra jour. På vissa arbetsplatser finns dock lokala överenskommelser.

• Källa: Danska Lægeforeningen, Norska Legeforeningen, Island Medical Associates, Finnish Medical Association, samt Sveriges Läkarförbund.

Patienter bollas mellan akut och närakut

■ Syftet med närakuterna i Stockholms läns landsting är att avlasta akutmottagningarna. Men i dagsläget hänvisas många patienter tillbaka från närakut till akutmottagning. Det uppger både akutläkare och närakutläkare vid sjukhus i Stockholm.

■ – Det är väldigt många patienter som vi måste skicka tillbaka till akutmottagningen, trots att de genomgått en triagering där, säger Benny Söderqvist, närakutläkare, till Sjukhusläkaren.

▼ Väntrummet vid närakuten vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge är så gott som fullsatt den onsdagsförmiddag som Sjukhusläkaren kommer dit.

Vid receptionen uppmanar en sjuk-sköterska besökare att ta en nummer-

lapp, läkare och sjuk-sköterskor skyndar in och ut ur sina mottagningsrum för att ta hand om patienter.

Benny Söderqvist (bilden), en av överläkarna vid närakuten, har jobbat som allmänläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge i över ett decennium; först på lättakuten och nu på närakuten.

Han har bara en liten stund över till samtal, och har just kommit fram till att ännu en patient måste skickas tillbaka till akutmottagningen.

– Det är väldigt hektiskt just nu och mycket för alla personalgrupper. Och väldigt många patienter som vi måste skicka tillbaka till akutmottagningen, trots att de genomgått en triagering där, berättar han.

Vad behöver göras för att förändra den situationen?

– Man behöver ha kompetent personal, som sitter där borta och triagerar. Sen behöver vi ha ett mycket bättre samarbete med andra mottagningar på sjukhuset, som öron och ögon-mottagningen, säger Benny Söderqvist.

Tidigare räckte det nämligen om patienter hade en remiss till en viss avdelning eller mottagning. Men numera måste personalen vid närakuten först ringa och kontrollera om mottagningen i fråga godtar remissen i fråga.

– Det kan vara väldigt frustrerande och tidsödande. Man ringer ett nummer som de kanske inte svarar på. Sedan ringer man nästa nummer, där de kanske inte heller svarar. Ofta ringer de sedan upp och säger att vi lika gärna kan behandla patienten, berättar Benny Söderqvist.

Det kan handla om en patient som känner yrsel på grund av kristaller i balansorganen. Detta kan man behandla på olika sätt för att få kristallerna att hoppa rätt. Något som de från öronmottagningen kan tycka att närakutläkarna ska göra.

– Men väldigt många här kan inte det. Och man ska ha kunskap om det man gör, annars blir det inte bra för patienten, säger Benny Söderqvist, och konstaterar att det är sådana små saker som gör att systemet går trögt.

Arbetet som närakutläkare är långt

mer hektiskt än hans tidigare arbete vid lättakuten, konstaterar Benny Söderqvist, och ett skäl till detta är just att så pass stor del av patienterna måste skickas tillbaka till akutmottagningen.

– Det kanske inte är något problem i sig. Men patienterna som sitter här kan bli sjukare och det är inte så patientsäkert, säger han och nämner det han menar endast är ett av mängden exempel på att för sjuka patienter skickas till närakuten:

En patient sökte till akutmottagningen. Han hade sluddrigt tal och fick inte fram orden.

– Då borde det ringa en klocka även hos en vanlig människa, att det där låter konstigt, det måste man söka akut för. Men den patienten skickas i stället från akutmottagningen, hit till närakuten, där vi i vår tur måste skicka tillbaka patienten till akutmottagningen för att personen sedan ska kunna läggas in på sjukhuset. Det blir en omväg, till ingen nytta, säger Benny Söderqvist.

Även vid Danderyds sjukhus händer det inte sällan att patienter som borde hanteras på akutmottagningen i stället sorteras till närakuten, och sedan måste skickas tillbaka till akuten, uppger Anette Hein, överläkare och medicinskt ledningsansvarig, obstetrisk anesthesi vid Danderyds sjukhus, för Sjukhusläkaren.

Här bemannas reception och pre-triage av undersköterskor som saknar kompetens att avgöra hur sjuk patienten är, menar hon. Även om icke-legitimerad personal inte självständigt får hänvisa patienter till närakuten eller till någon annan vårdinstans utan att, i dessa fall, först fråga legitimerad sjuk-sköterska, så präglas också själva formuleringen av dessa frågor av begränsad erfarenhet och förutfattade meningar, uppger Anette Hein.

I dagsläget händer det att närakuterna får ta emot patienter, som är för sjuka och måste skickas till akutmottagningen, medger Jörgen Sälde, överläkare och medicinskt ansvarig för närakuterna



– Det är inte så lätt att med ett enkelt hänvisningsstöd skilja helt ofarliga symptom från livshotande tillstånd, menar Katrin Hruska som tycker att man ska inte skylla på oerfaren personal när för sjuka patienter hänvisas till närakuter. Foto: Ebba Blume

i Stockholms läns sjukvårdsområde.

– Men det beror på att vi så pass ny vårdform, man har inte riktigt hunnit landa i hänvisningsstödet. Det handlar egentligen om en misstolkning av flödesstyrningen, säger Jörgen Sälde, som under det senaste året deltagit i en arbetsgrupp med läkare och sjuksköterskor från akutmottagningar, närakutvård och primärvård för att arbeta fram Hänvisningsstöd Stockholms läns landsting, en ny generell riktlinje för prehospital bedömning inom landstinget.

Tittar man på det nya hänvisningsstöd som sedan april i år införts i Stockholms läns landsting, skulle symtom som exempelvis sluddrigt tal, att inte få fram orden och allt som ger misstanke om stroke, styra patienten mot akutmottagningen direkt, betonar han.

Närakutens uppdrag är att även ta tyngre patienter, men de "rätta" tyngre

patienterna, uppger Jörgen Sälde, som hävdar att själva hänvisningsstödet är tillräckligt tydligt.

– Problem uppstår när personal i första ledet inte följer grundprinciperna för en första bedömning. Från akutmottagningen har nya sjuksköterskor ibland skickat för sjuka patienter till närakuten, uppger han.

Även Annika Jonasson, enhetschef vid Närakuten, Huddinge, säger sig vara medveten om det problem som närakutläkare Benny Söderqvist beskriver. Men i likhet med Jörgen Sälde anger hon oerfaren personal som ett skäl till detta.

– Från ledningen är vi överens om fördelningen av patienter, men det måste sippra ner. En ny, oerfaren sjuk-sköterska vid akutmottagningen kanske bara ser ett svullet ben och fokuserar på det i stället för att även se att det kan vara en patient som även har cancer,

diabetes eller nedsatt njurfunktion, det vill säga en multisjuk patient. En sådan patient kan sällan slutbehandlas på en närakut, säger hon.

Är det inte för enkelt att lägga skulden på nya sjuksköterskor? Har inte även ledningen ett ansvar att få systemet att fungera smidigare?

– Vi arbetar för att alla ska ta ett tydligare ansvar för att använda hänvisningsstödet och håller nu till exempel på att förbättra webbinformationen. Därför bör man se dessa problem vid närakuterna som barnsjukdomar, säger Jörgen Sälde.

Men Katrin Hruska, akutläkare vid akutmottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, ger en annan bild.

Hon medger visserligen att det kan finnas en tendens att skicka alla patienter

Fortsättning nästa uppslag >>>

KATRIN HRUSKA, AKUTLÄKARE:

” En sådan omvälvande förändring som hänvisningsstödet innebär kräver ett större förarbete ”

ter som sjuksköterskan bedömer inte är uppenbart akut sjuka från akutmottagning till närakut, i stället för att slaviskt följa hänvisningsstödet.

Men i stället för att skuldbelägga oerfaren personal för detta menar hon att detta beror på brister i själva principerna för hänvisning.

För att kunna hänvisa måste man göra en medicinsk bedömning, som ofta är avancerad, menar hon.

– Men det är inte så lätt att med ett enkelt hänvisningsstöd skilja helt ofarliga symptom från livshotande tillstånd. En del patienter kommer att hamna fel och man måste ha beredskap för hur man ska identifiera dem i tid och skicka dem rätt, om man ska bedriva akutsjukvård, säger hon.

Om en patient till exempel har domningar eller känselbortfall i armen, kan det vara ett tecken på stroke. Men om symtomen har gått över ”för mindre än en vecka sedan”, ska patienten enligt hänvisningsstödet bedömas på närakuten. Har symtomen ”pågått en tid, eller kommit och gått” ska patienten däremot bedömas på akutmottagningen. Och om besvären har kommit ”plötsligt” ska man enligt hänvisningsstödet styras till intensivvårdsakut.

När patienten kommer till närakuten med övergående bortfallssymtom kan läkaren inte utesluta att det skett en stroke och att detta måste utredas vidare, resonerar Katrin Hruska.

– Men härifrån har man ingen vägledning av hänvisningsstödet. Patienten skickas i stället till en akutmottagning och hamnar sist i kön, säger hon och framhåller att akutmottagningen också används som enda väg in i specialistvården, även när patienten inte har behov av akut omhändertagande.

Något som hon menar leder till dubbelarbete och fulla akutmottagningar.

Enligt Katrin Hruska finns ett bety-

dande patientflöde från närakut till akutmottagning, som inte beskrivs i styrdokumentet. Enligt avtalet ska närakuten exempelvis ha tillgång till ortopedkonsult.

– Men hos oss blir det tyvärr så att ortopedkonsulten på sjukhuset i sin tur hänvisar till akutmottagningen, där akutläkarna får ta hand om patienten, säger hon.

Medan närakuten har ett mer väldefinierat uppdrag, får akutmottagningen ta sådant som ingen annan vill ta, enligt Katrin Hruska.

– Problemet är att hela systemet använder akuten som en servicemottagning, säger hon.

Det nya hänvisningsstödet innebär även att länets akutmottagningar nu ska kunna neka den patient, som inte uppfyller kriterierna för att söka vård på akuten, att komma in där. I stället ska de hänvisa till annan vårdnivå, som exempelvis vårdcentral.

Akutmottagningens personal har sedan hänvisningsstödet trätt i kraft gått från att inte ha fått vägra någon som vill komma in på akuten till att plötsligt höra att de nu ska hänvisa folk enligt ett nytt hänvisningssystem, oavsett vad patienten säger, framhåller Katrin Hruska.

– En sådan omvälvande förändring som hänvisningsstödet innebär, kräver ett större förarbete, säger hon.

Visst har närakuten även avlastat akutmottagningen, medger Katrin Hruska.

– Men vissa patientgrupper som kommer i kläm. Och skulle vi följa hänvisningsstödet fullt ut vore det rent farligt för patienten, säger hon.

Varför?

– En patient med bröstsmärtor ska till exempel enligt hänvisningsstödet inte till närakut (om det inte rör sig om andningskorrelerade smärtor utan tecken på infektion). Däremot kan de

hänvisas till egenvård eller husläkarmottagning. En patient som exempelvis har en känd kärlkramp och har haft en bröstsmärteepisod som gått över inom 15 minuter utreds på akuten med noggrann anamnes, EKG och provtagning. Enligt hänvisningsstödet ska de avvakta och hänvisas till egenvård. Poängen är att du måste ha gjort en ordentlig bedömning innan du hänvisar. Den processen måste enligt hänvisningsdokumentet kvalitetssäkras, säger Katrin Hruska och menar att det inte blir lättare av att dokumenten inte stämmer överens. Enligt stödet ska bröstsmärtor inte till närakuten. Men i vårdgivarguidens dokument med exempel på diagnoser och sökorsaker som ska handläggas på närakuten står ”Bröstsmärta” som inte är förenlig med kardiell orsak eller ny eller förvärrad kärlkramp.

– Ska man kunna hänvisa bröstsmärtor till närakuten måste man veta att EKG kommer att tas inom 10 minuter och att någon med erfarenhet av hjärtinfarkter och arytmier kommer att bedöma hur patienten ska övervakas, säger Katrin Hruska.

Men enligt Jörgen Sälde och Annika Jonasson har närakuterna tillräcklig beredskap för att identifiera även svårt sjuka patienter i tid.

Om sjuksköterskan på närakuten ser att en patient är i ett allvarligt tillstånd, tar man omedelbart in patienten i fråga för att ta vitalparametrar och hämta en doktor, uppger Annika Jonasson.

– Blir en patient akut dålig, kan en doktor på närakuten få avbryta en annan patientkonsultation och ta hand om detta på en gång, säger hon.

Om en patient exempelvis kommer in på närakuten med mer diffusa problem, som andfåddhet och om man, när man djupdyker i anamnesen, kommer fram till att denna patient är jättesjuk, har man vid närakuten en för-

LEDNINGEN TILLBAKAVISAR KRITIKEN

” Närakuterna har tillräcklig beredskap för att även identifiera svårt sjuka patienter i tid ”

beredelse för att ringa in problemet, uppger i sin tur Jörgen Sälde.

– Och kommer man fram till att patienten i fråga behöver en datortomografi och en bred provtagning för att exempelvis utesluta en propp i lungan, då flyttar man över patienten från närakut till akutmottagningen, säger han.

Hur säkrar man då att denna patient får hjälp i tid vid närakuten?

– En sådan patient prioriteras för en bedömning hos oss, den går före andra.

Vi har en bas och kompetens att ta emot patienter i ett allvarligt, akut kristillstånd som en första hantering, säger Jörgen Sälde.

På akutmottagningen finns tillgång till breda provtagningsrutiner och enligt Jörgen Sälde kan även närakuten använda sådana rutiner.

– Basen och utgångspunkten i det medicinska arbetet är patientens sjukdomshistoria och den kliniska undersökningen. Vid behov kan provtagning samt vidare utredning med datortomografi, ultraljud eller magnetkamera ofta bekräfta eller avskräva en diagnos, säger Jörgen Sälde.

Närakutens uppgift är att lösa ett akut medicinskt problem och sedan fundera på om patienten behöver uppföljning någonstans, klargör Jörgen Sälde..

Vad säger du om kritiken när det gäller närakutens beredskap för uppföljning?

– Just nu arbetar vi centralt på att försöka uppgradera mer specifika kanaler för den typen av uppföljning. Men det är inte vi som beslutar om patienter, som behöver sjukhusvård, ska läggas in på vårdavdelning. Vårt beslut är att lyfta detta ärende till en annan vårdform. Sedan fattar akutmottagningen beslut om patienten ska vidare. Annars skulle det bli en knepig konkurrerande situation mellan akutmottag-



Jörgen Sälde och Annika Jonasson menar att närakuterna har en bas och kompetens att ta emot patienter i ett allvarligt, akut kristillstånd som en första hantering, Foto: Ebba Blume

ning och närakut, säger Jörgen Sälde, men utesluter inte att man i framtiden kan komma att fatta beslut om en ökad medicinsk service, till exempel att det ska göras en ordentlig utredning för lungemboli.

I dagsläget tar närakuten hand om proppar i benen, men inte om lungembolier, därför att det är ett mer potentiellt allvarligt tillstånd som kan behöva en högre grad av övervakning.

Skulle man vid närakuten ha precis den utrustning som akutmottagningen har, då skulle man ha två akutmottagningar, resonerar Annika Jonasson.

– Det skulle bli väldigt dyrt och det skulle inte vara att använda skattepeng-

arna rätt, säger Annika Jonasson, som även jobbar kliniskt på mottagningen.

Patientflödet på närakuten är betydligt större än det på akutmottagningen, uppger hon.

– Jag skulle inte vilja säga att närakuten är lugnare än akutmottagningen. Tvärtom är flödet in mycket högre, men utan trauman och riktigt svårt sjuka patienter, säger Annika Jonasson.

Vid närakuten i Huddinge finns fem fasta läkare, som även jobbar kvällar, samt ett antal jourläkare som är anställda på visstid och ett ST-läkar-system. Hyrläkare har närakuten endast semestertid, enligt Annika Jonasson.

Är ni fullt bemannade?

– Det kan man diskutera. Ingen hade från början trott att vi skulle ha så många patienter, säger hon.

Men nu med facit i hand, behöver ni fler?

– Vi har inte ens funnits i ett år, vi vet inte än. Det värsta som kan hända är ju att gå upp i bemanning, anställa folk, och sen visar det sig att det inte behövs. För man har ju ett ekonomiskt ansvar också, det måste man alltid ha med, säger Annika Jonasson.

Även till Södersjukhusets akutmottagning hänvisas många patienter tillbaka från Rosenlunds närakut, uppger Klara Strömberg, överläkare och specialist i allmänmedicin och akutsjukvård.

Avlastningen från den närakut som ligger i anslutning till Södersjukhuset i Stockholm (i detta fall Rosenlunds närakut) är inte så stor som förväntat, och genererar ”nya” patienter, menar hon.

”Många hänvisas tillbaka till akutmottagningen, då man vid närakuten inte har rätt provtagning och ibland inte fullödlig kompetens” skriver Klara Strömberg i ett mail svar till Sjukhusläkaren.

TROTS FÄRRE BESÖK

Ökad andel "tyngre" patienter till akutmottagningarna

Antalet besök vid flera akutmottagningar i Stockholms län har minskat det senaste året, jämfört med i fjol.

Något som chefläkare Johan Bratt menar är närakuternas förtjänst.

Samtidigt växer andelen "tyngre" patienter vid akutmottagningarna. På Danderyds sjukhus har arbetsbelastning och antalet larm ökat avsevärt jämfört med föregående år.

▼ De nya närakuterna i Stockholms läns landsting har avlastat akutmottagningarna när det gäller patienter som exempelvis misstänker att de har brutit något och behöver röntgas. Det totalt minskade antalet besök vid akutmottagningarna är alltså



närakuternas förtjänst, hävdar Johan Bratt, chefläkare (bilden), Stockholms läns landsting.

– När närakuten till Danderyds sjukhus startade i februari såg man omgående en minskning av antalet besök till sjukhusets akutmottagning, motsvarande en ökning av besök till närakuten, uppger han.

Samtidigt har andelen svårt sjuka patienter vid akutmottagningarna ökat, bekräftar Johan Bratt och menar att detta beror på att akutmottagningen tack vare närakuterna nu i högre grad kan ta hand om patienter som verkligen behöver akutsjukvårdens resurser.



"Visst avlastar närakuterna med vad de kan, enligt Sarah Jevrém, biträdande överläkare vid anestesikliniken, Danderyds sjukhus. Men inte när det gäller de vårdtunga patienter som behöver sjukhusvård och riskerar att bli sjukare av att ligga för länge på akutmottagningarna på grund av vårdplatsbrist."

Foto: Danderyds sjukhus.

Men närakuterna är inte till stor hjälp just när det gäller de mer vårdtunga patienter på akutmottagningarna, enligt Sarah Jevrém, biträdande överläkare vid anestesikliniken, Danderyds sjukhus.

– Visst avlastar närakuterna med det de förmår. Men detta handlar om patienter som behöver sjukhusvård och måste läggas in på vårdplats, konstaterar hon.

Till akutmottagningen vid Danderyds sjukhus har det i år kommit väldigt sjuka patienter jämfört med tidigare år, patienter med exempelvis infektioner eller hjärtinfarkter, uppger Sarah Jevrém.

Konsekvenserna av det ansträngda läget på sjukhuset har också visat sig i form av avvikelserapporter, där det gått fel på grund av lång väntetid, menar hon.

– Patienter kan bli sjukare av att ligga på akutmottagningar för länge, då

finns risk för sämre övervakning och försenad medicinsk behandling, påpekar hon.

Vad ska man då göra för att komma tillrätta med situationen?

– Vi behöver fler vårdplatser för att kunna klara vårt uppdrag. Antalet bemannade vårdplatser är underdimensionerat i förhållande till patienter och vi har inte fått kapacitet för det uppdrag som omställningen av NKS intensivakut innebär. Vi skulle behöva utnyttja de resurser som finns på NKS, säger Sarah Jevrém.

Vid Danderyds sjukhus dokumenterar man inte hur stor del av patienterna som hänvisas över korridoren till närakuten, men även närakuten har ofta fullt med patienter, enligt Anette Hein, överläkare och medicinskt ledningsansvarig, obstetrisk anestesi vid Danderyds sjukhus.

Det faktum att närakuten ligger i samma lokaler öppnar visserligen upp

för avlastning av fler patientkategorier, men det totala antalet patienter är trots detta i princip oförändrat jämfört med föregående år, uppger hon.

Den ökade andelen "tyngre", sjukare patienter kräver också mer tid, fler åtgärder på akuten och fler plaster på sjukhuset, konstaterar Anette Hein.

Sedan NKS med sitt förändrade uppdrag under de senaste månaderna har dirigerat patienter mot akutmottagningen vid Danderyds sjukhus har antalet larm, alltså patienter som kräver mottagande på akutrum av hela larmteam, ökat med omkring 25 procent, berättar hon för Sjukhusläkaren.

Ett larm binder 1-3 läkare, en eller ett par sjuksköterskor och dessutom en eller två undersköterskor. Personal, som under de 30-120 minuter som det tar att hantera ett larm binds upp och inte



kan arbeta med något annat. Under ett dygn hade akutmottagningen 33 larm och dygnet därpå 30 larm, berättar Anette Hein (bilden). Den viktade arbetsbelastningen på akuten vid Danderyds sjukhus ökade under augusti månad i år med 38 procent jämfört med samma period under föregående år.

"Det händer att larm pågår på samtliga fyra larmrum, så att nästa larm får omhändertas i korridor eller på vanlig avlastningsplats", uppger Anette Hein i ett mailsvar till Sjukhusläkaren.

Tidigare i år anmälde också Vårdförbundet Danderyds sjukhus till Arbetsmiljöverket, efter att många anställda under sommaren arbetat 15-timmarspass, fått sina lunchraster indragna och haft svårt att hinna med patienterna.

Enligt Johan Bratt har man dock skapat en viss beredskap vid Danderyds

sjukhus i samband med införandet av NKS intensivakut. För att jämna ut trycket på akutmottagningarna har man exempelvis omdirigerat en del av ambulansstrafiken från Danderyds sjukhus till Karolinska sjukhuset i Solna.

Även vid akutmottagningen vid Capio S:t Görans sjukhus har antalet



patienter ökat med fem procent de senaste åren och

flödet fortsätter att öka, uppger Lennart Wennerström, chefläkare och vice VD på sjukhuset (bilden), för Sjukhusläkaren. Också här är det framför allt andelen "tyngre" patienter i behov av inläggning på sjukhuset som ökar, som medicinpatienter och kirurgipatienter, medan ortopedpatienterna däremot minskat på grund av avlastning från närakuten i Haga, menar han.

Totalt ökade andelen patienter vid akutmottagningen med 15 procent i juli, jämfört med samma period i fjol och med 10 procent i augusti, berättar Lennart Wennerström. När det gäller medicinpatienter rör det sig om en ökning med 20 procent i juli och 18 i augusti.

En förklaring till ökningen är enligt Lennart Wennerström att även patienter från Danderyds sjukhus och Södersjukhuset styrs mot Sankt Görans.

Vad gör ni för att möta det ökade trycket?

– Vi försöker anpassa resurserna på akutmottagningen efter detta med fler vårdlag, som försöker ta hand om fler. Caring S:t Görans har som flera andra sjukhus problem med brist på vårdplatser, men här är orsaken inte personalbrist utan brist på rent fysiska vårdplatser, uppger Lennart Wennerström.

Den ombyggnad som sker av sjukhuset kommer att innebära fler vårdplatser först år 2021, då sjukhuset ska få upp

till 96 fler platser.

– Samtidigt går bygglov för våra tillgängliga vårdplatser i paviljongerna ut, så det är svårt att säga hur många fler vårdplatser vi i själva verket får framöver, säger Lennart Wennerström.

Även vid akutmottagningen vid Sankt Görans sjukhus förekommer det att patienter hänvisas tillbaka från närakut till akutmottagningen, medger han, men uppger att man i så fall alltid tar hand om patienter, även i de fall de enligt hänvisningsstödet hör till närakuten.

– Om en patient väl har hänvisats hit men egentligen hör till närakut, bollar vi inte den patienten vidare, säger Lennart Wennerström, som dock gärna skulle se en närakut som ligger närmare sjukhuset än närakuten vid Haga Norra.

Planen på en närakut vid Sabbatsbergs sjukhus övergavs dock tidigare i år. Lokalerna vid Sabbatsbergs sjukhus ska nämligen stamrenoveras och står färdiga först år 2020.

– Lokalerna var i sämre skick än vi visste från början, konstaterar Anna Ingmanson, avdelningschef Närsjukvården vid Stockholms läns landsting, till Sjukhusläkaren.

Tomten vid sjukhuset är för närvarande mycket av en byggarbetsplats och hittills har man inte anvisat till någon annan lokal i närheten.

En närakut på sjukhusområdet skulle i så fall dessutom tvingas bygga upp en egen röntgenavdelning, eftersom den rent avtalsmässigt inte kan använda sig av den röntgenavdelning som redan finns på Sankt Görans sjukhus. Och ett krav på närakuterna är just att de ska ha en röntgenavdelning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har nu gett hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att upphandla om en närakut som ska ligga relativt nära Sankt Görans sjukhus.

Ebba Blume

I Göteborg fungerar närakuten som en avlastande akutmottagning för sjukhuset

Den närakut som just nu testas som ett pilotprojekt vid Östra sjukhuset i Göteborg har däremot inte samma problem med att behöva skicka tillbaka patienter till akutmottagningen. I stället fungerar den som en avlastande akutmottagning, enligt Christina Sjöberg, överläkare och ordförande Läkarföreningar i Väst.

▼ – Men den borde utgå mer ifrån gemene mans behov av akut primärvård i regionen, säger hon.

Närakuten vid Östra sjukhuset i Göteborg drog igång som ett pilotprojekt i slutet av förra året och har successivt och i samarbete med akutmottagningen byggt upp ett system för vilka patienter de ska ta över.

Till skillnad från i Stockholms läns landsting är det inte något nytt hänvisningsstöd som dirigerar patienter till närakuten. Här har akutmottagningarna och närakuten under våren i stället arbetat med att definiera ett gränssnitt, som motsvarar "närakut", vilket innebär akutsjukhusets fulla resurser, men samtidigt är akuta på så sätt att de inte kan vänta på en läkarbedömning på vårdcentralen".

Utöver åkommor som normalt hamnar på primärvårdsnivå, handlar det om en del frakturer hos barn, eller djup ventrombos, misstanke om blodpropp i benet. Till denna närakut hänvisas patienter inte direkt, utan först efter att ha sökt som vanligt till sjukhusets akutmottagning.

Enligt en utvärdering av närakuten som Västra Götalandsregionen presente-



CHRISTINA SJÖBERG,
FACKLIG ORDFÖRANDE
KRITISK TILL UPPLÄGGET:

"Man har missat befolkningens behov av akutsjukvård på primärvårdsnivå"

rade tidigare i år har de förväntade resultaten på denna närakut uppnått.

Under maj månad i år hänvisades 15 procent av alla sökande till akutmottagningarna på Östra sjukhuset (vuxenakuten) och Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus (barnakuten) till närakuten. Bland dessa räknas inte de patienter, som från akutmottagningarna hänvisats till vårdcentral eller egenvård. Tanken var dock att närakuten skulle ta hand om 30 procent av de patienter som sökte till akutmottagningen.

Visst visar rapporten att närakuten fungerar som ren avlastningsakut för sjukhusakuten, konstaterar Christina Sjöberg, specialistläkare i geriatrik, ordförande Läkarföreningar i Väst och vice ordförande i Göteborgs läkarförening. Men hon önskar, att man kunde organi-

sera arbetet vid närakuten genom att identifiera vilka behov av akutsjukvård på primärvårdsnivå, som befolkningen egentligen har. I första hand har regionen behov av att stödja vårdcentraler, som ska kunna hjälpa så många som möjligt, menar hon.

– Den variant av närakut som testats nu handlar mer om att avlasta sjukhuset och lösa problemet med att akutmottagningen har för mycket. Det gör att man har tappat bort inriktningen mot primärvården, säger Christina Sjöberg till Sjukhusläkaren.

Tanken med närakuten var att erbjuda primärvårdskompetens, menar hon.

– Men närakuten utgår inte alls från gemene mans behov av akut primärvård och har haft låg bemanning av specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Vi vänder oss dock inte emot att placera en primärvårdsakut i närheten av en sjukhusakut, men de ska ha separata, tydliga uppdrag, säger Christina Sjöberg.

Vid närakuten vid Östra sjukhuset tycks det heller inte finnas samma problem med patienter som måste hänvisas tillbaka till akutmottagningen.

Av de 363 besök som närakuten fick i januari månad i år, då närakuten var nyöppnad, skickades endast 9 procent (32 stycken) av de patienter som kom till närakuten tillbaka till akutmottagningen för vuxna och motsvarande siffra för barnakuten var 5 procent (15 hänvisningar av 301 patienter).

Någon utvärdering av just den medicinska kvaliteten har man dock inte.

Personal på akutmottagningarna har meddelat att det inte varit svårt att hänvisa patienter från akutmottagning till närakut, enligt utvärderingen som också hänvisar till enkätsvar där patienter överlag uppgett sig vara nöjda med närakuten.

Ebba Blume

ORIGINALKURSEN

Gör som 467 848 andra – säkra din kompetensutveckling hos Confex

ATT LEDA ANDRA UTAN ATT VARA CHEF

STOCKHOLM GÖTEBORG MALMÖ VÄXJÖ VISBY ÖREBRO UMEÅ NORRKÖPING
UPPSALA HALMSTAD VÄSTERÅS JÖNKÖPING SUNDSVALL LINKÖPING LULEÅ KARLSTAD GÄVLE

Hitta ditt kursstillfälle på [confex.se/leda-andra](https://www.confex.se/leda-andra)

Vad är bra ledarskap
– och vilket ledarskap passar dig

Så får du ut maximalt av alla individer
i en grupp

Så hanterar du personer som påverkar
negativt

Kommunikation för ledare – så skapar
du engagemang och ett positivt driv
bland medarbetarna

Våra föreläsare
får i snitt
4.8 av 5 i betyg

Sveriges största
ledarskapskurs

– 12 046
deltagare hittills

Man behöver inte vara chef för att vara en ledare

Det här är kursen för dig som leder andra på jobbet utan att för den skull formellt vara chef. Det kan handla om att du leder vissa projekt, att du har hand om en speciell arbetsgrupp, att du är samordnare, koordinator eller att du är den som kliver in som ställföreträdande chef när det behövs.

Ledande i Skandinavien
på företagsutbildningar

i Confex

Vi tar kompetens på allvar

Var bedrivs den bästa vården?

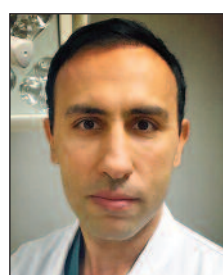
Inga färdiga medicinska resultat till stöd för fortsatt centralisering, men nu ska mer vård definieras som högspecialiserad

Var bedrivs den bästa vården, och varför? När Sjukhusläkaren ställer frågan till olika företrädare för professionen blir svaren motstridiga.

▼ Än så länge finns heller inga färdiga medicinska resultat till stöd för att pådriva centraliseringen, enligt Per-Henrik Zingmark, biträdande enhetschef vid Socialstyrelsens enhet för högspecialiserad vård.

Ändå har Socialstyrelsen nu börjat gå igenom all hälso- och sjukvård för att se vad mer som kan definieras som nationell, högspecialiserad vård.

Alla svar när det gäller var just akutkirurgi bedrivs bäst, kommer att vara



rent tyckande, varnar **Shahin Mohseni (bilden)**, vetenskaplig sekreterare för Svensk Förening för Akutkirurgi och Traumatologi,

som svar på Sjukhusläkarens fråga.

"De kommer i grunden att handla om revirtänkande och regionala politiska konflikter. Idag är akutkirurgin bland de få kirurgiska subspecialiteter i Sverige där inget kvalitetsregister finns och därmed borde ingen uttala sig om

var den bästa eller sämsta vården bedrivs", skriver Shahin Mohseni, i sitt mailsvar till Sjukhusläkaren.

Denna patientgrupp är också väldigt komplex, eftersom man, förutom teoretiskt skickliga kirurger, behöver ha kirurger som är skickliga på att operera, menar han, och betonar vikten av att kringliggande specialiteter, som radiologer, anestesiloger och IVA-läkare också måste ha en volym av riktigt sjuka patienter för att upprätthålla en hög kompetens.

När det gäller trauma, leder centralisering däremot utan tvekan till bättre överlevnad och mindre komplikationer. Det finns robust data för traumakirurgin, där centralisering visat ha positiva effekter, uppger Shahin Mohseni.

"Hos dessa patienter behövs klara organisationer, ett välfungerande team bestående av experter från sjuksköterskor till kirurger, samt fungerande eftervård. För att bygga dessa organisationer och upprätthålla kompetens behövs volym och kontinuerlig utbildning", uppger han.

Eftersom detta är väldigt dyrt, leder det i sin tur till att denna verksamhet inte kan och inte heller borde bedrivas på alla sjukhus i Sverige, resonerar Shahin Mohseni.

Vid sjukhuset där han arbetar i Region Örebro Län, har centralisering av trauma tydligt visat på vilka förbättringar det har medfört för patienter, genom att de möts av ett team av hög kompetens redan från skadeplats till

traumarum och efterföljande omhändertagande, meddelar han.

Även när det gäller andra diagnoser, visar studier bättre resultat vid större volymer, enligt några av de andra företrädare för olika specialiteter som har svarat på Sjukhusläkarens fråga om var vård bedrivs bäst, och varför.



Enligt **Pär Myrelid (bilden)**, universitetsöverläkare och tidigare ordförande för Svensk förening för Kolorektalkirurgi, så finns inget enkelt svar på var

den bästa vården sker. Det beror på hur vanligt förekommande det aktuella tillståndet är, hur komplex utredningen och åtgärden är, samt vilken kompetens som finns lokalt, menar han.

Men en viktig fråga som han tycker ofta glöms bort i debatten, är utbildning och fortbildning av kirurger.

"Det finns idag svårigheter att utbilda nya kirurger inom områden med mer komplexa och sällan förekommande operationer, vilket kan förbättras av att dessa operationer görs på färre enheter", skriver Pär Myrelid i sitt mailsvar.

Samtidigt skapar en sådan flytt i sin tur nya problem för de sjukhus som får dessa fall, som ju ofta kräver såväl lång operationstid som vårdtid. Om dessa sjukhus av resursskäl då måste skicka ifrån sig den basala kirurgin till andra sjukhus eller privata enheter, kan de



Per-Henrik Zingmark, biträdande enhetschef vid Socialstyrelsens enhet för högspecialiserad vård, säger att än så länge finns inga färdiga medicinska resultat till stöd för att pådriva centraliseringen, men att underlag för beslut kommer att arbetas fram av experter inom vårdprofessionen framöver.

inte utbilda nya kirurger på den mest basala nivån av kirurgi, resonerar han.

När det gäller värdet av centralisering är bilden inte helt tydlig, konstaterar Pär Myrelid.

"Men det finns studier som visar, att när komplikationer uppstår efter mer ovanliga ingrepp handläggs dessa snabbare och bättre vid enheter som har högre operationsvolymer".

Inom området inflammatorisk tarm-sjukdom finns visserligen flera internationella studier som visar att kirurgi för dessa diagnoser går bättre när den utförs vid enheter med större volymer, påpekar Pär Myrelid, men tillägger att man då även har vägt in volymen av patienter med dessa diagnoser på sjukhuset som helhet, vilket visar att samarbetet med gastroenterologerna är av mycket stor vikt.

"Det handlar inte bara om operationens utförande, utan när och på vem den görs. Men även den kirurgiska volymen är här av vikt", skriver han, men hänvisar samtidigt till resultat i andra

länder, där centralisering av vissa diagnoser visat sig ha positiv effekt:

I Danmark fattade man för några år sedan ett nationellt beslut om att halvera antalet enheter som gör rekonstruktiv kirurgi med bäckenreservoar efter kolektomi. Nyligen publicerade data därifrån visar ett tydligt förbättrat resultat efter denna förändring och liknande data finns även från England, berättar Pär Myrelid.

När det gäller bukväggs- och bräckkirurgi blir resultaten helt klart bättre om ingreppen utförs av kirurger som gör samma ingrepp med hög volym och är motiverade till att göra det med hög kvalitet, enligt **Gabriel Sandblom (bilden)**, ordförande för Svensk Förening för Inno-



vativ Kirurgisk Teknologi, (en förening dedicerad åt bukväggskirurgi och laparoskopi).

Han hänvisar också till Svenskt Bräckregisters årsrapporter, där betydelsen av bräckkirurgi finns dokumenterad.

Bräckkirurgin är dock inte lika beroende av kringresurser som till exempel cancerkirurgin och kan därför med fördel utföras på små sjukhus, påpekar Gabriel Sandblom i sitt mailsvar till Sjukhusläkaren.

"Recidivfrekvens skiljer sig med en faktor på två mellan de som opererar med hög respektive låg volym", uppger han.



Claes Jönsson (bilden), ordförande Svensk kirurgisk förening, uppger i sin tur att det allmänt sett finns ett samband finns mellan "volym" och

kvalitet, men att detta bara är en av flera parametrar som är viktiga för patientnyttan.

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Och när man gör en beräkning av volym och kvalitet måste man utgå från vad professionen säger är lämpligt inte bara från diagnos- och operationskoder. Ingrepp inom olika specialiteter skiljer sig åt”, betonar Claes Jönsson, som konstaterar att det finns åsiktsskillnader mellan olika kirurger.

”En del förespråkar en hårdare centralisering, men många andra tycker att det har gått för långt”.

Intensivvården är i sin tur en av de svårare delarna i svensk sjukvård att jämföra, i och med att patientgruppen är så heterogen, konstaterar **Johnny Hillgren (bilden)**, ordförande, Svenska intensivvårdsregistret.

– Det handlar om allt från små spädbarn till geriatrisk vård, och intensivvården beror också ofta på vårdstrukturen omkring själva intensivvården. Så vi är väldigt försiktiga med att dra för stora växlar på var vården ges, säger han till Sjukhusläkaren.

Men i sin roll som verksamhetschef vid anesthesi- och op- IVA i Region Gävleborg säger han sig se utmaningar med att ta bort vissa diagnoser och ingrepp. Skulle man exempelvis ta bort colorectalkirurgin på ett litet sjukhus, så äventyras också kompetensen för akut buk- kirurgi, resonerar Johnny Hillgren.

– Det kan få stora konsekvenser för helheten, som svårighet att hålla kvar läkarkompetens. Man bör vara väldigt ödmjuk och eftertänksam inför en fortsatt centralisering, säger han.

Egentligen anser ingen att volym och träning är något fel i vård, och att man behöver centralisera för att få upp volymen till en rimlig nivå är inte

underligt, konstaterar i sin tur **Martin Holmer (bilden)**, ordförande i Svensk förening för anesthesi och intensivvård.

– Problemet är, att när det görs på detta sätt, för snabbt och utan riskanalys, så får det konsekvenser även för verksamheter i andra delar av vårdked-

jan. När kirurgi flyttas från ett sjukhus till ett annat riskerar till exempel den intensivvård som blir kvar att bli för beskuren. Det gör det svårt att upprätthålla kompetens på sikt, säger han, och tillägger:

– I och med för hastiga flyttar, av exempelvis kirurgi, kan också köer skapas och med det kommer nya risker.

Enligt svenska intensivvårdsregistret har alla intensivvårdsavdelningar i Sverige blivit bättre, inte specifikt de stora, meddelar Martin Holmer, och det är för tidigt att säga om nivåstruktureringen har gjort skillnad. Det finns inga resultat som visar så stora skillnader att man med emfas kan säga att små sjukhus är bättre eller sämre än stora, konstaterar han.

– Men i professionen finns skyddsmekanismer gentemot det lilla sjukhuset, som man kanske vill behålla till varje pris. Även där kan argumentationen bli onyanserad och det bidrar inte till konstruktiva förändringar, säger Martin Holmer, som tycker att det är olyckligt att tonläget i diskussionen ofta blir lätt irriterat.

– Egentligen vill vi väl alla samma sak; bästa möjliga vård för våra patienter, säger han.

När det gäller vissa områden är det däremot tydligt att centralisering krävs, enligt Martin Holmer. Komplexa thorax- och neuroingrepp kan man inte göra på mindre sjukhus och att de koncentreras till större sjukhus är inte underligt, konstaterar han.

– Det är när man vill flytta ingrepp som mer rör sig i gråzonen, som gall-operation, som frågan blir klurigare. Här är det för tidigt att dra slutsatsen om det är gynnsamt att centralisera dessa ingrepp. I stället har man fullt upp att mäka med all administration som förändringen innebär, uppger Martin Holmer, som även tror att en av drivkrafterna bakom centraliserings- iver är ekonomi och effektivitetstanken.

– Någonstans tror man att man ska spara pengar på detta. Och visst finns det mycket gott i effektivitetstanken, men inte om det bara är ekonomi som driver, säger han.

Finns det enligt dig något område som man absolut inte bör centralisera?

– Nej, det är livsfarligt att peka ut ett område. Men trauma är ett område, som med dagens organisation och struktur är svårt att centralisera. Generellt anser jag att vi på många områden behöver en kirurgi som är mer ”allround”, inte minst när man ska upprätthålla verksamhet på ett akutsjukhus dygnet runt, året om, säger Martin Holmer.

Inom den plastikkirurgiska specialiteten har hittills två områden (brännskadevård och kraniofacial kirurgi) centraliserats inom ramen för rikssjukvården som nu gått över till det nya systemet,

Nationell högspecialiserad vård, berättar **Daniel Nowinski (bilden)**, vetenskaplig sekreterare vid Svensk plastikkirurgisk förening.

De utvärderingar som hittills gjorts av de två rikssjukvårdsuppdragen visar att vårdkvaliteten är hög och likvärdig hos de olika utförarna.

Men det har inte gjorts någon utvärdering av hur införandet av tillståndspliktig vård inom dessa två områden påverkat vårdkvaliteten inom respektive område.

För övrigt har det inom plastikkirurgin inte gjorts några jämförelser som kan svara på frågan om var den plastikkirurgiska vårdkvaliteten är högst, enligt Daniel Nowinski.

Trots stark kritik av centraliseringsprocessen, inte minst efter de brister i Måns Roséns utredning ”Träning ger färdighet” som SVT:s Dokument Inifrån avslöjade tidigare i år, fortskrider regeringens plan på att fler diagnoser och mer vård ska centraliseras.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att gå igenom all hälso- och sjukvård för att se vilken vård som ska vara nationell, högspecialiserad vård.

– Syftet är att mer av den högspecialiserade vården, inte bara kirurgi som i dagens rikssjukvård, ska kunna utgöra nationell, högspecialiserad vård, säger Per-Henrik Zingmark, biträdande enhetschef vid Socialstyrelsens enhet för högspecialiserad vård, till Sjukhusläkaren.

Nya nämnden för nationell högspecialiserad vård påbörjade sitt arbete med ett första möte för några veckor sedan, berättar han.

Under de senaste tio åren har 15 vårdområden definierats som rikssjukvård och ambitionen är alltså att de ska bli fler.

Ser du ingen risk i en fortsatt snabb centralisering, som att detta avlövar akutsjukvården vid de mindre sjukhusen?

– Vi är väl medvetna om de röster och den kritik som framförts. Men för vår del handlar det om att göra konsekvensanalyser inför ett beslut och beakta den typ av möjliga konsekvenser innan beslut sedan fattas, säger Per-Henrik Zingmark, och tillägger att en av dessa viktiga analyser är just vad besluten får för inverkan på akutsjukvården.

Anser du inte att centraliseringen redan har fått inverkan på akutsjukvården?

– Socialstyrelsen ansvarar för arbetet med nationell högspecialiserad vård och det handlar framför allt om vård som i dag endast bedrivs vid universitetssjukhusen. Många landsting jobbar i dag med att regionalt nivåstrukturerar vården. Dessa beslut påverkar akutsjukvården mer än Socialstyrelsens arbete.

Hur ska man kunna bromsa centraliseringen regionalt – flera landsting har ju hänvisat till just ett nationellt pådrivande i sina beslut om att centralisera vissa ingrepp?

– Det finns goda skäl till att samla vissa ingrepp till vissa center. Få tycker väl till exempel att barnhjärtkirurgi ska bedrivas på annat sätt än det gör i dag. Och rikssjukvården utgör endast en promille av all hälso- och sjukvård.

Men om högspecialiserad vård kommer att omfatta allt fler diagnoser – hur ska mindre sjukhus regionalt kunna argumentera för att ändå ha denna vård kvar?

– I nya systemet för nationell, högspecialiserad vård kommer experter att genomlysas all hälso- och sjukvård utifrån nya definitionen. Det kommer framför allt att handla om vård som i dag bedrivs på universitetssjukhusen. Och att koncentrera en viss åtgärd från

exempelvis fem universitetssjukhus till tre påverkar inte de mindre sjukhusen.

Vad är huvudskälet för ännu mer centralisering?

– För att upprätthålla vårdkvalitet och möjliggöra en mer jämlik tillgång till de främsta experterna behöver fler ingrepp göras på färre ställen.

Men vad lutar ni er mot för medicinska resultat när det gäller era argument för att pådriva centraliseringen?

– Det finns inga sådana färdiga resultat. Utgångspunkten för arbetet är att skapa bättre förutsättningar för en god och jämlik vård och möta framtidens utmaningar med en allt snabbare teknisk och vetenskaplig utveckling.

Underlag för beslut kommer att arbetas fram av experter inom vårdprofessionen.

Hur ska ni undvika att begå samma misstag som skedde när det gäller Måns Roséns utredning där den önskade slutsatsen kommer först, sedan försök att hitta argument för den?

– Jag kan bara uttala mig om vårt arbete på Socialstyrelsen och Socialstyrelsen har tagit fram en arbetsprocess för nationell, högspecialiserad vård som bygger på öppenhet och samverkan. Den prövas nu i sex pilotgrupper med sakkunniga som får göra en bedömning, bland annat utifrån internationell forskning.

Den typen av expertbedömning kommer att ligga till grund för beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård inom dessa ämnesområden, det vill säga vård som ska bedrivas på 1-5 enheter i Sverige. Men än så länge har vi inga färdiga underlag att diskutera kring, säger Per-Henrik Zingmark.

Dagens system för att bestämma vem som ska få bedriva högspecialiserad vård ska fasas ut

Hösten 2017 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturerar den högspecialiserade vården på nationell nivå och ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård.

▼ Arbetet med att centralisera den högspecialiserade sjukvården har mött stark kritik sedan SVT:s Dokument Inifrån avslöjade att den utredning som ligger till grund för lagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården till stor del bygger på felaktig sammanräkning och slutsatser.

Utredaren Måns Rosén har i sin tur tillbakavisat kritiken och hävdar att beräkningen inte påverkat utredningens slutsatser – att dagens system för rikssjukvård bör ersättas av en ny process, där Socialstyrelsen med hjälp av sakkunniga ska besluta om vad som ska betraktas som nationell, högspecialiserad vård.

I juni 2018 fattade regeringen beslut om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra och återrapportera arbetet med nivåstrukturerar av den högspecialiserade vården och bland annat analysera konsekvenserna för akutsjukvården.

Den 1 juli i år trädde även ändringar i hälso- och sjukvårdslagen i kraft. I samband med detta kommer den nuvarande rikssjukvården att övergå i nationell, högspecialiserad vård.

Socialstyrelsen ska med hjälp av grupper med sakkunniga genomlysas ett 20-tal nationella vårdområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå.

Därefter ska myndigheten fatta beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget.

En särskild nämnd som utsetts av regeringen ska sedan fatta beslut om var denna vård ska bedrivas.

Kirurger slutade på grund av centraliseringen: "Akutsjukvården hotad"

■ Sedan cancerkirurgin i Jönköpings län centraliserades till Länssjukhuset Ryhov har flera specialistläkare slutat till följd av detta. Nu är akutverksamheten vid sjukhusen i både Eksjö och Värnamo hotad, enligt Anders Ramsing, kirurg och urolog vid Värnamo sjukhus.

■ Tomas Ohrlander, i dag överläkare på Rigshospitalet i Köpenhamn, var en av de kirurger som valde att lämna Höglandssjukhuset i Eksjö till följd av centraliseringsbeslutet.



– Beslutet om centralisering skedde på ett så oerhört fult sätt, där ledningen gick bakom ryggen på oss, säger Tomas Ohrlander, som valt att arbeta i Danmark i stället.

▼ Bit för bit har kirurgin i Region Jönköpings län centraliserats under de senaste åren.

För fyra år sedan började landstinget i Region Jönköpings län att fatta beslut om en omfördelning av den operativa verksamheten i länet. Den gick ut på att cancerkirurgin, förutom coloncancerkirurgi, skulle flyttas till Jönköping.

All bröstcancerkirurgi flyttades från Eksjö och Värnamo till Jönköping och kärlkirurgin flyttades i flera omgångar och hamnade till slut i Jönköping.

Även rektalcancerkirurgin har centraliserats.

Sedan beslut om centralisering genomfördes, har ett flertal specialister vid sjukhusen i Eksjö och Värnamo slutat, flera av dem till följd av centrali-

seringen, enligt Anders Ramsing, kirurg på Värnamo sjukhus.

I Värnamo och Eksjö har sex specialister med inriktning grovtarm- och ändtarmskirurgi slutat, samt fyra kärlkirurger, två bröstcancerkirurger och tre kirurger för magoperation (galla och magsäck), berättar han.

– När man tog bort aortakirurgin från Eksjö, slutade exempelvis tre kärlkirurger. Till slut fanns bara en kvar, som i sin tur till slut flyttade till Tyskland, säger Anders Ramsing.

Att tre kärlkirurger slutade just till följd av centraliseringsbeslutet bekräftas även av Kjell Ivarsson, sjukvårdsdirektör, verksamhetsområde Kirurgisk vård och Karsten Offenbartl, verksamhetschef Kirurgkliniken, Region Jönköpings län.

Eksjö och Värnamo nu beroende av hyrläkare

Samtliga av de läkare som slutat var en del av den kirurgiska akutsjukvård som Anders Ramsing nu menar är hotad. Bristen på specialister har också gjort att akutkirurgin i Eksjö sedan ett par år tillbaka är helt beroende av hyrläkare.

Nu i höst måste även jourbakjouren vid Värnamo sjukhus för första gången använda sig av hyrläkare. Och när de fast anställda läkare som återstår i jouren nu snart går i pension, finns inga nya att ersätta dem med, uppger Anders Ramsing.

– Nya läkare lockas inte av en osäker tillvaro och vill ha mer utmaningar och kirurgi än vad som finns kvar vid sjukhusen i Eksjö och Värnamo. Vi har inte

problem med att rekrytera ST-läkare, det vill säga de som börjar sin kirurgkarriär. Vårt problem är att behålla dem när de lärt sig grunderna och vill ha mer utmaningar, säger han.

Då finns heller ingen som kan gå kirurgbakjour vid dessa sjukhus, som till slut riskerar att tvingas lägga ned den akutverksamhet som är öppen dygnet runt, befarar Anders Ramsing, och menar att detta får konsekvenser för patienterna.

– Inte för att de då måste transporteras fram och tillbaka över regionen – det gör de redan i dag på grund av vårdplatsbrist. Risker ur patientsynpunkt är att det vid sjukhusen inte längre kommer att finnas någon som tar hand om trafikolyckor, arbetsplatsolyckor och andra akutpatienter. Det bygger ju på att det finns en bakjour med bred kompetens, som kan operera det mesta, säger Anders Ramsing.

Tomas Ohrlander, som numera arbetar som överläkare på Rigshospitalet i Köpenhamn, var en av de kärlkirurger som valde att lämna sin arbetsplats på grund av beslutet om centralisering. Han arbetade som överläkare vid kärlsektionen på kirurgkliniken vid Höglandssjukhuset i Eksjö när han för fyra år sedan fick beskedet om sammanslagningen av kirurgklinikerna i Eksjö och Jönköping.

Ett besked som väckte vrede och stark kritik bland de anställda på Höglandssjukhusets kirurgklinik, där man såg det som liktydigt med ett successivt nedbrytande av akutsjukhuset i Eksjö.

– Beslutet om centralisering skedde på ett så oerhört fult sätt. Ledningen vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping hade direkta kanaler in till den politiska ledningen, medan de gick bakom ryggen på oss, säger Tomas Ohrlander till Sjukhusläkaren.

Något fullgott skäl för denna centralisering fanns heller inte, menar han.

– Vi producerade nästan lika mycket kirurgi som de gjorde i Jönköping i förhållande till de resurser vi hade och de bästa resultaten för väntetider för opera-

tion fanns i Eksjö. Ändå valde de att flytta kirurgin, säger Tomas Ohrlander.

Vid denna tid hade Höglandssjukhuset i Eksjö dessutom investerat omkring 45 miljoner kronor i en hybridisal för aortal kärlkirurgi, som enligt Tomas Ohrlander nu bara står där utan att användas.

– Vi hade påbörjat anställningsintervjuer för att bygga ett hybridteam, men detta besked lade locket på. Kapitalförstörelsen var ett faktum, säger han.

Tomas Ohrlander träffade landstingsledningen för att framföra sin kritik, men utan att få gehör. Då valde han att avsluta sin tjänst på Höglandssjukhuset.

Visst var det ett svårt beslut eftersom han brann för sin klinik, medger han.

– Men de som skulle vara min framtida ledning och regionledning lyssnade ju inte på mig. Varför skulle

jag lägga all denna energi och vision på några som inte önskade den?

Hur bemöter du argumentet att centraliseringen ändå ger bättre vård för patienten?

– Det är sant att resultaten blir bättre i och med centralisering. Men vad som då kan ske är en dränering på kompetens på de ställen som inte bedriver centraliserad kirurgi. Som en följd av detta blir akutsjukvården lidande, säger Tomas Ohrlander, och menar att man såg detta scenario direkt efter att beskedet om omorganisationen kom.

– Man kan inte upprätthålla akutsjukvårdskompetens samtidigt som man saknar specialistkompetens i huset, säger han.

Men i Danmark, där du nu arbetar, har man ju genomdrivit en ännu större centralisering?

– Ja, här är centraliseringen driven

hårt. Men de gör det bra, det är ett litet land och har fullgoda förutsättningar för att kunna ha en bra akutsjukvård ändå. Dels på grund av geografiska förhållanden men också för att de har ett helt annat synsätt och politisk styrning i det hela. Men motsvarande förändringar och organisationsbeslut är på intet sätt problemfria här heller, säger Tomas Ohrlander.

Under ett flertal tillfällen har han fått mail från personaluthyrningsföretag som vill att han kommer och arbetar som hyrläkare vid sin gamla arbetsplats i Eksjö, berättar Tomas Ohrlander, som dock alltid har tackat nej till erbjudandet.

– Jag trivs utmärkt i min roll som kärlkirurgisk överläkare på Rigshospitalet och min gamla arbetsplats är inte vad den en gång var, säger han.

Läs vad sjukhusledningen och politikerna säger på nästa uppslag >>>

Webbstöd för vårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor

Webbstöd för vården riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Det har utarbetats av Nationellt centrum för kvinnofrid i samverkan med Socialstyrelsen.

Många våldsutsatta kvinnor söker vård, både för akuta besvär och mer diffusa symtom. Genom att ställa frågor om våld kan personalen upptäcka patienter som utsätts för våld och ge dem ett professionellt omhändertagande.

För att ge personalen den kunskap som behövs i det arbetet har ett webbaserat stöd anpassat efter hälso- och sjukvården och tandvårdens behov utvecklats. Här hittar du information om allt från att ställa frågor om våld till det medicinska omhändertagandet, att dokumentera och följa upp samt att samverka med andra aktörer.

Webbstödet är kopplat till NCK:s kunskapsbank och innehåller faktatexter, expertintervjuer, fördjupningsfilmer och reportage från verksamheter runt om i landet.

www.nck.uu.se/webbstodforvarden



NCK NATIONELLT CENTRUM FÖR KVINNOFRID



UPPSALA
UNIVERSITET



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Sjukhusledningen försvarar centraliseringen "De medicinska resultaten har blivit bättre"

Några av de kirurger som slutat gjorde det till följd av beslutet om centralisering, bekräftar Kjell Ivarsson, sjukvårdsdirektör, Kirurgisk vård och Karsten Offenbartl, verksamhetschef Kirurgkliniken i region Jönköpings län. Men liksom länets styrande politiker försvarar de centraliseringen och menar att förändringarna har lett till bättre medicinska resultat.

▼ Från ledningsnivå inom regionens sjukvård försvarar man centraliseringen i Region Jönköpings län.

"Fördelningen av de kirurgiska verksamheterna vid de kirurgiska klinikerna på länets tre sjukhus hade sin bakgrund i en vilja att bevara akutsjukhuskompetensen och akutverksamheterna i kirurgin", skriver Kjell Ivarsson,

sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård och Karsten Offenbartl, verksamhetschef Kirurgkliniken Jönköpings län, i ett gemensamt mailsvar till Sjukhusläkaren.

De akutkirurgiska uppdragen kvarstår på de tre sjukhusen, framhåller de, samtidigt som arbetet med att utveckla akutkirurgin inom den regionövergripande kirurgkliniken pågår. Och det politiska beslutet om fördelningen av vården vid länets tre sjukhus föregicks av ett arbete som förbereddes av verksamhetschefer och företrädare för professionen, uppger Kjell Ivarsson och Karsten Offenbartl.

Medicinska registerresultat för exempelvis bröstcancer och rektal- och aortakirurgi visar på förbättrade medicinska resultat av dessa förändringar, menar de och framhåller att fördelningen av kirurgiska verksamheter

mellan länets sjukhus påbörjades före Måns Roséns utredning.

"Det har sin bakgrund i den specialiseringsprocess som syftar till utveckling och säkerställande av medicinska resultat för länets invånare", uppger de.

Planerar ni att centralisera även coloncancerkirurgin?

"Inga planer finns på några ytterligare förändringar av fördelningen av den kirurgiska verksamheten", svarar Kjell Ivarsson och Karsten Offenbartl, som bedömer att tre kärllkirurger av de omkring 15 kirurger som slutat sedan beslutet om centralisering fattades för tre år sedan har gjort det som direkt följd av detta beslut. "Hos de övriga som har sökt sig till andra tjänster är det fler faktorer som samverkar", uppger de.

Ebba Blume

Politikerna står fast vid beslutet trots kirurgflykten

Argumenten för centraliseringen ute i landsting och regioner har legat i linje med slutsatsen i den utredning som regeringens utredare Måns Rosén presenterade för tre år sedan; att "övning ger färdighet" och att en centralisering ger effektivare verksamhet och är bättre för patienten.

▼ I fjol kom regeringen med ett lagförslag om att utöka den högspecialiserade vården. Trots att Roséns utredning har varit föremål för stark kritik sedan SVT:s Dokument Inifrån tidigare i år avslöjade att utredningen till stor del utgått från felräkningar, trädde lagen om utökad högspecialiserad vård i kraft nu under sommaren. Det är dock Socialstyrelsen som ska avgöra vilka diagnoser som ska ingå i högspecialiserad vård.

Alliansen i Region Jönköpings län har drivit på centraliseringen i länet. Varför?

I ett mailsvar till Sjukhusläkaren skriver regionstyrelsens ordförande Malin Wengholm (M):

"Vi har tagit detta beslut med den tydliga inriktningen att göra de bästa resultaten för våra invånare och vara en intressant arbetsplats för våra medarbetare så att vi kan behålla våra tre akutsjukhus. Hur arbetsfördelningen ska se ut är framtagen av våra professionella grupper".

Vad anser då den politiska oppositionen i länet om saken?

När frågan om länsklirik för kirurgi för första gången dök upp i landstingsstyrelsen var man från Socialdemokraterna väldigt tveksam, och ställde krav på att en väl genomförd förankringsprocess skulle ske i verksamheten, menar Marcus Eskdahl (S), regionråd i Jönköpings län.

I Jönköpings län startade diskussionen om centralisering av högspecialiserad vård innan Måns Roséns utredning, framhåller han.

– Vi kunde se att resultaten på våra tre sjukhus såg olika ut. Målet var att vården i stället skulle bli så jämlik som möjligt. En annan fördelning av vården

var ett sätt att komma tillrätta med detta, säger han till Sjukhusläkaren.

Andra krav som fanns med i beslutet om den opererande verksamheten var att länet skulle ha kvar tre akutsjukhus och att attraktiv verksamhet skulle finnas på varje ort, enligt Marcus Eskdahl. Det fanns också en plan på en tydlig fördelning för den opererande verksamheten som innebar att det på länets alla tre sjukhus skulle göras: akut gallkirurgi, akut bräckkirurgi, akuta bukingrepp, proktologi, benign tarmkirurgi, endoskopi och coloncancerkirurgi.

Skulle ni vilja återföra den kirurgi som flyttats från Värnamo och Eksjö?

– Jag tror inte att en tillbakagång till det gamla är något som vi kan förhålla oss till. Men om det finns en stor risk med att en fortsatt centralisering avlövar sjukhusen, kan vi tänka oss att gå in och föreslå politiskt beslut om att bromsa detta, säger Marcus Eskdahl.

Ebba Blume

Trots goda resultat – Uppsala och Göteborg fråntas barnkirurgin

Trots redan goda medicinska resultat i Uppsala och Göteborg centraliseras nu fler diagnoser inom landets barnkirurgi därifrån till Stockholm och Lund. Men Socialstyrelsens utredning som ligger till grund för detta beslut är bristfällig. Nu utreder JO ärendet.

▼ I Sverige har den avancerade barnkirurgin varit centraliserad i många år och Sverige har endast fyra barnkirurgikliniker; Akademiska sjukhuset i Uppsala, en vid Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, en vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och en vid Skånes Universitetssjukhus.

Men för drygt en månad sedan började ytterligare ett antal diagnoser inom barnkirurgin att centraliseras, enligt ett beslut som Socialstyrelsens rikssjukvårdsnämnd (i dag Nämnden för nationell högspecialiserad vård) fattade i december förra året.

Det handlar om matstrupsmissbildning och ändtarmsmissbildning, specifika missbildningar i bäckenbotten, öppen urinblåsa (blåsextrofi) och stopp i tarmens utflöde (analatresi), som nu har flyttats från Akademiska sjukhuset i Uppsala och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg till Karolinska Universitetssjukhuset (Astrid Lindgrens barnsjukhus) och Skånes universitetssjukhus i Lund.

När de fyra barnkirurgiska enheterna sökte rikssjukvårdsnämndens tillstånd för rikssjukvård av dessa diagnoser förloade klinikerna i Uppsala och Göteborg sitt tillstånd att utföra ingrepp för dem. Detta trots att klinikerna visade goda resultat och kvalitet när det gäller denna kirurgi, bekräftar Per-Henrik Zingmark,



Socialstyrelsens generaldirektör Olivia Wigzell var ordförande för Rikssjukvårdsnämndens utredning och är nu ordförande för Nämnden för Nationell högspecialiserad vård. Hon medger att Socialstyrelsens rapport innehöll felaktigheter, men menar att synpunkterna inte påverkade helhetsbedömningen.

biträdande enhetschef vid Enheten för högspecialiserad vård, Socialstyrelsen.

– Det var inget fel på de resultat som redan fanns. Alla enheter som ansökte om rikssjukvård för dessa diagnoser visade goda resultat, säger Per-Henrik

Zingmark till Sjukhusläkaren.

Besluten att definiera just dessa områden som rikssjukvård fattades 2016 av Rikssjukvårdsnämnden efter en omfattande definitionsutredning, framhåller han.

Vad var då skälet till att flytta dem?

– När det gäller rikssjukvård är det bättre att samla alla ingrepp på färre ställen. Då ges bättre förutsättningar för att de verksamheterna att få fler patienter och därmed även bättre möjlighet att bedriva vård och forskning, svarar Per-Henrik Zingmark.

De åtgärder inom barnkirurgin som nu räknas som rikssjukvård utgör en liten del av all avancerad barnkirurgi, menar han.

– Just dessa åtgärder ansågs inte ha så stor inverkan för kringverksamheter vid de berörda sjukhusen, säger Per-Henrik Zingmark.

Från de barnkirurgiska enheterna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset ger man dock en annan bild.

Såväl Sahlgrenska Universitetssjukhuset som Akademiska sjukhuset har begärt omprövning av beslutet att flytta diagnoserna, ett beslut som grundades på underlag som enheten för rikssjukvård på Socialstyrelsen tagit fram.

Men Socialstyrelsens utredning av de barnkirurgiska enheternas ansökningshandlingar för rikssjukvård av de aktuella diagnoserna har stora brister och innehåller rena felaktigheter, enligt de inlagor från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset

Fortsättning nästa uppslag >>>

ERIK SKÖLDENBERG,
ÖVERLÄKARE OCH SEKTIONSCHEF:

” Flytten bryter upp väletablerade vårdkedjor och det är en obevisad tes att detta skulle gynna patienterna ”

som Sjukhusläkaren har tagit del av.

I sin sammanställning uppger Socialstyrelsen exempelvis att Västra Götalandsregionen inte har tillräckligt med operatörer för att bedriva en komplett jourlinje för ett par av tillstånden i riks-sjukvårdsutredningen, en jourlinje som enligt arbetstidslagen kräver 3-5 barnkirurger.

Men enligt Sahlgreiska Universitetssjukhuset har Västra Götalandsregionen fyra subspecialiserade barnkirurger. Det är därför orimligt att regionen inte skulle bedriva en komplett jourlinje, uppger Sahlgreiska i en inläga.

I Socialstyrelsens rapport beskrivs Sahlgreiska Universitetssjukhusets nya barnsjukhus också endast ligga på planeringsstadiet, trots att sjukhusbyggnaden redan är uppförd och tas i drift år 2020. Socialstyrelsen nämner inte heller i sin rapport att Sahlgreiska har en av landets två självständigt opererande kirurger för blåsextrofi.

”Det som är obehagligt är att man inte presenterar korrekt beslutsunderlag. Det gör att man förlorar respekt för de demokratiska processer som ska se till att patienten får god vård”.

Socialstyrelsen har erkänt att rapporten innehåller felaktigheter, men inte gjort några korrigeringar av det innehåll som ligger till grund för rikssjukvårdsnämndens beslut.

Varför tog ni inte hänsyn till rapportens brister?

– Den skrivelse som Sahlgreiska och Västra Götalandsregionen skickade oss inför nämndens beslut där de kritiserade utredningen fick rikssjukvårdsnämnden ta del av innan de fattade beslutet.

Socialstyrelsen bedömde att synpunkterna som framfördes inte påverkade helhetsbedömningen. Sedan är det nämnden som fattar beslut, uppger Per-Henrik Zingmark.

Förutom att i sina inlagor påpeka en rad felaktigheter i Socialstyrelsens rapport, anklagar både Akademiska sjukhuset och Sahlgreiska Universitetssjukhuset, genom Västra Götalandsregionen, flera av utredningens deltagare för jävsförbindelse med de sökande som fick tillstånd att bedriva riks-sjukvård i särskild barnkirurgi.

En av dem som deltog i utredningen avlade exempelvis sin avhandling vid Skånes universitetssjukhus i Lund för fyra år sedan, alltså mindre än fem år före rikssjukvårdsutredningen. Personen har forskningsanslag vid Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus, uppger Akademiska sjukhuset i en inläga och framhåller den femårsregel för jäv som tillämpas när det gäller expertbedömningar till myndigheter och bedömning av tilldelning av forskningsanslag.

En annan av utredningens deltagare är professor vid Helsingfors Universitetssjukhus, som sedan flera år samarbetar med Barnkirurgiska enheten vid Stockholms läns landsting, påpekar Akademiska i sin inläga.

Per-Henrik Zingmark kommenterar inte i detalj anklagelserna mot utredningens deltagare om jäv.

– Från vår sida har vi hanterat frågor om jäv enligt gällande regler och bedömt att jäv inte föreligger, säger han.

Rikssjukvårdsnämnden gav avslag på Sahlgreiska Universitetssjukhusets begäran om omprövning av beslutet i mars i år. Sedan dess har Socialstyrelsens utredning även anmälts till JO.

Klas Johansson, handläggare vid JO, uppger för Sjukhusläkaren att han ännu



– Det jag är orolig för är att det på sikt kan bli svårt att upprätthålla övrig kirurgisk verksamhet, samt risken för att specialiteten delas upp i ett A-eller B-lag, säger Erik Sköldenberg, överläkare och sektionschef för Barnkirurgi vid Akademiska barnsjukhuset i Uppsala och ordförande i Svensk barnkirurgisk förening. Foto: Johan Wahlgren

inte kan kommentera det pågående ärendet eller ange någon tidpunkt för när det kommer att utmynna i beslut eller remiss.

Socialstyrelsens generaldirektör Olivia Wigzell var ordförande för Rikssjukvårdsnämndens utredning och är nu ordförande för Nämnden för Nationell högspecialiserad vård.

På frågan om varför rikssjukvårdsnämnden i sitt beslut inte tog hänsyn till att Socialstyrelsens utredning innehöll brister svarar hon i ett mail till Sjukhusläkaren:

”Rikssjukvårdsnämnden tog del av skrivelser och synpunkter som inkom inför nämndens sammanträde. Enheten som bereder rikssjukvårdsfrågor gjorde också en bedömning av huruvida kommentarer och synpunkter var av en sådan omfattning och tyngd att de påverkade den sammantagna analysen och de sammantagna slutsatserna i beslutsunderlaget”.

När det gäller anklagelserna mot flera av utredningens deltagare om jävs-

förbindelse har Socialstyrelsen anledning att avvakta JO:s handläggning och eventuella begäran om yttrande och kan därför inte ge någon kommentar, uppger Olivia Wigzell i sitt mail svar.

Att vissa åtgärder vid dessa diagnoser skulle koncentreras till färre ställen beslutade Rikssjukvårdsnämnden om redan i samband med att viss barn- och ungdomskirurgi definierades som riks-sjukvård för två år sedan, meddelar hon.

Men flytten av dessa barnkirurgiska diagnoser bryter upp väletablerade vårdkedjor inom Uppsala och Västra Götalandsregionen, enligt Erik Sköldenberg, överläkare och sektionschef för Barnkirurgi vid Akademiska barnsjukhuset i Uppsala och ordförande i Svensk barnkirurgisk förening.

– Det är en obevisad tes att detta skulle gynna patienterna. Sverige har sedan tidigare mycket goda resultat vid de fyra barnkirurgiska klinikerna, vilket visas av utredningen, säger han.

Erik Sköldenberg är oroad över vad som på sikt kan ske med kompetensför-

sörjningen vid de kliniker som nu frångår rätten att behandla dessa diagnoser.

– Det jag är orolig för är att det på sikt kan bli svårt att upprätthålla övrig kirurgisk verksamhet, samt risken för att specialiteten delas upp i ett A-eller B-lag, säger han.

Tanken bakom centraliseringen är att med mer volym ska kirurger bli duktigare på att operera.

– Men just barnkirurgin har vi lyckats klara av att sköta trots att vi inte har stora volymer. Det beror på att det finns en kontinuitet på varje enhet. Vi har redan system som gör att dessa patienter sköts på ett bra sätt. Vi är lojala mot de beslut som fattats och ska göra allt som går för att patienter inte ska drabbas. Men jag önskar att man framgent tar större hänsyn till helheten för de övriga patienter med etablerade vårdkedjor som berörs, säger Erik Sköldenberg och framhåller att de flesta ovanliga diagnoser inte är definierade som rikssjukvård, eller nationell

högspecialiserad vård som det numera heter.

För Sahlgreiska Universitetssjukhuset utgör de diagnoser som nu flyttas till Stockholm och Lund en väsentlig del av missbildningskirurgin, enligt Kate Abrahamsson, verksamhetschef Barnkirurgi och akutsjukvård, Sahlgreiska Universitetssjukhuset och Östra sjukhuset.

– Det som är obehagligt är att man inte presenterar korrekt beslutsunderlag för politiker i rikssjukvårdsnämnden, utan ett felaktigt utredningsresultat. Detta gör att man förlorar respekt för de demokratiska processer som ska se till att patienten får god vård, säger hon.

Kate Abrahamsson säger sig framför allt vara orolig för de patienter som berörs av förändringarna, som enligt henne innebär en sämre vård.

– I Stockholm saknas tillräckligt med operationsutrymme och vårdplatser och i Lund saknar man kompetens inom delar av rikssjukvårdsuppdraget, säger hon.

Ebba Blume

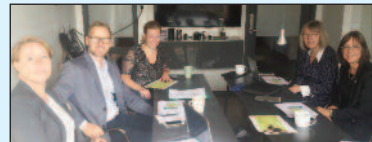
medlem | föreningsnytt från Sjukhusläkarna

För införande av material kontakta:
karolina.olofsson@slf.se / 08-790 34 51

Sjukhusläkarna har träffat IVO

▼ 24 augusti besökte Karin Båtelson Inspektionen för Vård och Omsorg för samtal med Joakim Sebring, projektledare för studien när myndigheten ska göra en nationell tillsyn av vårdplats- och personalbristen.

...och myndigheten för Vårdanalys



▼ Ordförande Karin Båtelson och andre vice ordförande Elin Karlsson på möte den 30 augusti då Myndigheten för vård- och omsorgsanalys besökte Sjukhusläkarna. Effekter av lagen om samverkan vid utskrivning från slutensjukvården diskuterades.

Sjukhusläkarna på webben har en ny hemsida:

slf.se/sjukhuslakarna.
Följ oss gärna också på
www.facebook.com/sjukhuslakarna
och twitter.com/sjukhuslakarna.

Representantskap
fredag 9 november

Tid: 10.00-16.30.

Plats: Läkarförbundet konferens,
Villagatan 5 i Stockholm.

Kallelse och dagordning kommer!

Sjukhusläkarna Stockholm bjuder in
till föreläsningsserien "Torsdagspunch".

▼ Temat är hot, våld och konflikt-
hantering. Olika föreläsare har bjudits in
på temat. Först ut är Carl Finnborg, som
sedan 2010 arbetar för Scandinavian
Risk Solutions AB (SRS) med personsä-
kerhet, personskydd och konflikt-
hantering.

18/10: Rygggraden. 14/11: Klubbvå-
ningen.

20/11: Klubbvåningen.

5/12: Klubbvåningen.

Samtliga föreläsningar ger på Villagatan
5, Stockholm. Föreläsningen den 18
oktober börjar kl. 18 och därefter bjuds
det på ärtsoppa, pannkakor, punsch,
Baileys och mingel med föreläsarna.

• För information och anmälan:

gunnar.soderqvist@outlook.com

Sjukhusläkarnas kansli flyttar till

Danderyd 8 oktober 2018 – 31

december 2019 eftersom Läkarförbun-
dets fastighet på Villagatan 5 ska reno-
veras. Konferensavdelningen och klubb-
våningen på Villagatan kommer vara
öppna som vanligt, så se till att boka
dina föreningsmöten där!

▼ Kongressen Framtidens specialistläkare

Sjukhusläkarna delade ut priset "Årets visslare"

• Sjukhusläkarnas pris Årets Visslare
går till läkarna Karl-Henrik
Grinnemo, Matthias Corbascio,
Oscar Simonson och Thomas Fux,
som uppdagade sanningen om
kirurgen Paolo Macchiarini.

– Det var helt otroligt att dela ut
priset i år. Värmen i kongressalen
var fantastisk och applåderorna gick
inte att få stopp på, säger Karin
Båtelson, ordförande i Sjukhuslä-
karna. Priset delades ut under kon-
gressen "Framtidens Specialistlä-
kare" i Malmö den 5 september.

– Årets Visslare har visat oerhört
stort mod och riskerat sina karriärer,
men de har även visat att det krävs
större förändringar än att byta ut



Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson
och Karl-Henrik Grinnemo som mottog priset
"Årets Visslare" på Malmö Arena.

enskilda individer och att det behövs
skapas nya externa regelverk,
poängterade Karin Båtelson under
den bejublade utdelningen.

• Läs mer på sidorna 6-11

Hur löser vi vårdplatsbristen?

• Under FSL-kongressen höll Sjuk-
husläkarna ett seminarium med
rubriken "Ståplats i sjukvården".

I många sammanhang framhålls
de positiva effekterna av teknik och
digital vård, som är bra på många
sätt och kan frigöra vårdplatser –
men detta är inte svaret när akut
sjuka eller äldre multisjuka behöver

vårdplatser på sjukhus.

Svaret från Sjukhusläkarna är:

1. Bättre personalpolitik.
2. Vårdplatsdimensionering utifrån
behov.
3. En primärvårdsreform med ökad
medicinsk kompetens och kontinui-
tet i både primärvård och
kommunal vård.

Vinnaren i "Spelet om sjukvården"

• I Sjukhusläkarnas monter på FSL-
kongressen fick besökarna informa-
tion om Sjukhusläkarna, och kansli-
ansvarig Wendela Zetterberg och
deltagande styrelsemedlemmar
hälsade snart nya medlemmar
välkomna. I montern kunde man
även tävla i det populära "Spelet
om sjukvården", och första pris
vanns av Nicole Gustavsson (bilden),
AT-läkare inom Skånevård Sund.



Grattis till de nya hörlurarna!

Klimatgruppen engagerade deltagarna på FSL

• Sofia Hammarstrand, ST-läkare på
Sahlgrenska och Vindar Fritzell,
läkarstudent Lund, från Sjukhuslä-
karnas klimatgrupp höll i seminari-
et "Är läkare framtidens klimat-
hjältar?".

De förklarade varför man som
läkare ska engagera sig i miljöfrå-
gor. "Sjukvården och klimatet är två
av de frågor som engagerar mest,
och klart att vi läkare ska arbeta för
båda."

VAD SKULLE
DU SKRIVA UT
TILL DIG SJÄLV?

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

- Bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism**
jämfört med warfarin¹
- Bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning**
jämfört med warfarin¹

Ref: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAf) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 19 okt 2017. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



*



*Maximal tolererbar dos statin + ezetimib

Till patienter med mycket hög kardiovaskulär risk

TA NÄSTA STEG

- **Repatha®** sänker LDL-kolesterolet med upp till 75% **
- **Repatha®** minskar den kardiovaskulära risken hos patienter med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom.

Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som har ett kvarstående LDL-kolesterol ≥ 4 mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib. Repatha® subventioneras också som tilläggsbehandling för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Se www.fass.se

Repatha® (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha® är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen maj 2018, se www.fass.se



**Patienter med hyperkolesterolemi som fick Repatha® 140 mg varannan vecka, i tillägg till atorvastatin 80 mg