

Fikru Maru lär sig
på nytt vad frihet är

Sidorna 6-8



Krönikan
av Björn Ekman

Sidan 34



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 5/2018

**Svensk sjukvård i
internationell jämförelse
2018**

Denna rapport har avpublicerats tillfälligt för att revideras. Den kommer att återpubliceras inom kort. (2018-10-05)

ISBN-nummer: 978-91-7585-542-4
Utgivningsdag: 2018-06-04

Andra har också visat intresse för:

Mest nedladdat i ekon

- Ekonomirap
maj 2018
- Svensk sjukv
internatione
jämförelse 2
- Öppna
jämförelser
Företagsklin
- Automatiser
ärendehant
- Automatiser
arbete

Nu är rapporten publicerad igen med samma oseriösa index

■ I förra numret av Sjukhusläkaren kritiserade tidningen SKL för att publicera oseriös bluffstatistik.

■ Den 5 oktober avpublicerades rapporten efter många märkliga turer och förnekanden. Nu är rapporten reviderad och publicerad på nytt – med samma oseriösa index som tidigare – med brasklappar att siffrorna ska tolkas med stor försiktighet eftersom inrapporteringen av data skiljer sig åt mellan länderna.

SIDORNA 4-5

TEMA | **UTLANDSVÅRD**



Omstridd cancer-behandling lockar allt fler svenska patienter

■ Sjukhusläkaren besökte Docrates i Helsingfors.

SIDORNA 12-21

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 symtomatisk 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 trombocyttaggregationshämmande 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 förknippad 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 klopido-grel 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



OM VETENSKAP OCH BEPRÖVAD ERFARENHET

Den varma sommaren är ett minne blott, och höstens kyla verkar vara här för att stanna. Vi går in i en tid då många längtar, och kanske även får möjlighet att resa till varmare breddgrader.

Men resorna ut från Sverige handlar inte bara om semester, alltför reser för att få en behandling som inte erbjuds här, eller kanske erbjuds, men där väntetiderna är alltför långa.

För vissa leder beslutet att söka vård utomlands till en stor påfrestning på den egna ekonomin, för andra går det att få delar av kostnaden finansierad.

Vi har sedan 2013 ett patientrörlighetsdirektiv som ger patienter rätt att söka ersättning för planerad vård inom EU eller EES-land, det som krävs för att få ersättning är att behandlingsmetoden ingår i det offentligt finansierade utbudet i Sverige, eller skulle ingå om behandlingsalternativet fanns.

Kostnaderna för vården belastar patientens hemlandsting om den anses medicinskt motiverad. Så som patientrörlighetsdirektivet används idag så bidrar det troligen inte till en mer jämlik vård.

Patienterna måste själva ha kapacitet att hitta vårdinrättning utomlands, och för merparten av patienterna sker utbetalningar i efterhand, så patientens ekonomiska resurser blir avgörande.

Sjukhusläkarens granskning i detta nummer visar också på ett godtycke i bedömningarna. I de fall då transparenta prislistor saknas i Sverige, såsom vid svettbehandling, blir landstingen skyldiga att betala den faktiska summan patienterna lagt ut, oavsett om kostnaden visar sig vara satt över tio gånger vad samma behandling hade kostat inom landstingsregi.

Här krävs krafttag för att snabbt få fram klara riktlinjer och transparenta

underlag, så att patienterna vet vad som gäller från början. Annars riskerar vi undanträngningseffekter, där sjukare patienters behov får stå tillbaka.

Utvecklingen med en ökad valfrihet är positiv, och behovet kommer säkerligen att växa så länge vi som idag har en bristande tillgänglighet och alltför långa köer i Sverige. Vi behöver också transparens i stället för skönmålningar gällande kösituationen, så att det blir enkelt för patienterna att få kännedom om de faktiska väntetiderna, och var någonstans de, i eller utanför landet kan få hjälp snabbare.

Patienter som reser för en behandling utanför det som erbjuds i Sverige, exempelvis ny cancerbehandling, får ibland stå för kostnaderna själva. Själklart måste vi värna om att våra gemensamma resurser ska räcka så långt som möjligt, och vården bör ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Samtidigt måste vården hela tiden utvecklas, och vill vi vara ett land i framkant måste vi satsa på att hitta och införa nya behandlingar. Här krävs en snabbhet och en ökad tillgänglighet, som vi tyvärr inte alltid ser idag inom våra landsting.

Just vetenskap och beprövad erfarenhet är något vi ofta hänvisar till inom vården, och det ligger i vår yrkesetik att hålla oss till den. Trots detta har medicinska åldersbedömningar försatt en mängd unga människor i en förskräcklig situation, där dåligt underbyggda metoder använts och i vissa fall fått en indirekt påverkan på liv och död.

Läkarförbundet har tidigare uttalat sig om att man i osäkra fall måste tolka till individens fördel, men den vägen har långt ifrån följts. Läkare på rättsmedicin i Uppsala, bland annat Tommie Olofsson, överläkare och tidigare avdel-

ningschef, har tidigare larmat om att metoderna inte är vetenskapligt underbyggda och att det finns stora risker att barn bedöms som vuxna. Dessa rapporter har inte tagits på allvar inom Rättsmedicinalverket.

Ett stort antal läkare har det senaste året därför valt att säga upp sig. De har nu visat sig få mer än rätt. MR knä exempelvis har använts med direkt felaktiga tolkningar, där man från Rättsmedicinalverket påstått att knäomognad sker vid 22–28 års ålder vilket har fått direkt betydelse för migrationsverkets bedömning.

Nu står det dock klart att knäet är moget hos 20 procent av 17-åringarna. Mycket av fakta kring skandalen åldersbedömningar har framtagits av SvD:s reporter Negra Efundics granskningar.

Det är bedrövligt att man inom Rättsmedicinalverket inte själv har utvärderat sin verksamhet, och tagit visslarnas uppgifter på allvar. Här behöver man snabbt ta ett omtag, och ge alla som riskerar att ha drabbats en ny prövning baserat på dagens faktaläge.



ELIN KARLSSON
ANDRE VICE
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 tidningsdesigner.

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

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/

Vad är det med SKL?

Den 5 oktober avpublicerade SKL rapporten "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" efter Sjukhusläkarens avslöjande att väntetidsstatistiken var en bluff.

▼ I slutet av oktober publicerades rapporten på nytt i reviderad form. Men istället för att lyfta ut det oseriösa väntetidsindexet, eller konstruera ett ärligt och trovärdigt, så publiceras det på nytt i exakt samma form som tidigare med ändrad rubrik och några diffust formulerade brasklappar.

Turerna och uttalandena har varit många och minst sagt underliga efter Sjukhusläkarens artiklar.

I en intervju i Dagens Medicin berömmar Hans Karlsson, chef för vård och omsorg på SKL, Sjukhusläkarens granskning för att vara gedigen:

"De har verkligen lagt ner ett researchjobb på det

här och riktigt de resurserna har vi kanske inte".

Ett något märkligt uttalande med tanke på att koncernen SKL enligt senaste årsredovisningen hade intäkter på över 1,8 miljarder kronor, ett rörelseresultat på över 307 miljoner kronor, soliditet på 56 procent, avkastning på eget kapital på 16,3 procent, 690 anställda, har för avsikt att under kommande femårsperiod bygga om och till sina fastigheter för cirka en halv miljard, att SKL Kapitalförvaltning AB som förvaltar koncernens pengar ägde aktiefonder, räntefonder och hedgefonder till ett värde av en miljard 338 miljoner kronor sista december 2017 och att SKL äger och förvaltar tio fastigheter och tomt-rätter i Stockholm och på Lidingö. Listan kan göras oändligt mycket längre.

Men resurser att avlöna en statistiker som kan sätta



Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018



Denna rapport har avpublicerats tillfälligt för att revideras. Den kommer att återpubliceras inom kort. (2018-10-05)

0 kr

sig in i när en handfull länder börjar mäta sina väntetider har man tydligen inte.

I samma intervju får vi också veta av Hans Karlsson att "Skulle vi ha vetenskapliga krav på allting, av typen en avhandlingstext, så kommer det inte finnas någonting att publicera".

I Dagens Eko får vi höra att "Det handlar om fingertoppskänsla".

Bortförklaringarna har varit många i intervjuer i

media, men den vanligaste har varit att skylla på brister i OECD:s statistik, som Hans Karlsson gör i sitt svar till Sjukhusläkaren här intill.

Förvisso är OECD:s databas liten och bristfällig och i stort sett oanvändbar, men den är tydligt uppbyggd på så vis att länderna får rapportera in avvikelser, vilket gör att det aldrig går att hämta hem data rakt upp och ned vilket

borde varit uppenbart även för SKL:s statistiker.

Slutligen får vi också veta att SKL "såklart också plockar med sig erfarenheterna från Sjukhusläkarens granskning för vårt fortsatta arbete".

I så fall tolkar jag det som att SKL är redo att göra om rapporten en gång till och tar fram ärliga och användbara siffror, eller tar bort den oseriösa statistiken helt och hållet.

Christer Bark

Jämförelse av väntetider till operation för sex behandlingar

I denna jämförelse har vi för första gången med ett avsnitt om väntetider. Dessa jämförelser måste tolkas med stor försiktighet eftersom inrapportering av data skiljer sig åt mellan länderna. Vi har ändå valt att ta med dem, eftersom det just nu är den enda tillgängliga statistiken av faktiska väntetider som finns och där nu också Sverige ingår. OECD hämtar in uppgifter om genomsnittlig väntetid från specialistbedömning till behandling för sju vanliga operationer. Sverige rapporterar till sex av dem; grå starr, hjärtkirurgi, protesoperation i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring. Jämförelsen görs mot samma grupp länder som tidigare, i de fall de har data och med samma metod som för kvalitetsindex.

Det är dock relativt få länder som rapporterar sina väntetider till OECD och av dem som gör det finns det ibland stora skillnader i hur och vad de rapporterar in. Detta gäller exempelvis övriga nordiska länders olika väntetidsmätt.

Tabell 4. Väntetider och väntetidsindex
Genomsnittlig väntetid i dagar

	Grå starr	Hjärtkirurgi (CABG)	Protesoperation i höft	Borttagande av livmoder	Protesoperation i knä	Operation vid prostataförstoring	Index
Nederländerna	37,2	34,5	41,6	30	42	28,9	0,95
Danmark	87,1	19,8	55,2	48,8	60,4	44,5	0,80
Italien	49,7	22,3	79,3	49,7	75,3	61,1	0,79
Sverige	57	26	82	45	101	71	0,73
Finland	103,4	26,1	108	62,5	125,9	58,6	0,56
Storbritannien	72,5	64,3	97,2	68	103,9	40,6	0,55
Portugal	103,7	42,5	135,2	85,6	208	102,6	0,27
Spanien	105,1	46,7	150,1	81,3	204	94,9	0,25
Norge	116,7	67,8	145,2	135	175	135,5	0,04

Källa: OECD, SKL

▼ Borta är den stolta rubriken att "Sverige är på fjärde plats när det gäller väntetider", men det egna oseriösa hittepå-indexet är kvar föregått av obegripliga brasklappar som att "Dessa jämförelser måste tolkas med stor försiktighet". Hur tolkningen ska gå till när SKL fortfarande inte tagit fram seriös statistik framgår inte.

"Man kan hävda att statistik som inte är perfekt inte ska redovisas, men vi menar att motsatsen också kan gälla". Det skriver Hans Karlsson, chef för vård och omsorg inom SKL, i ett svar på Sjukhusläkarens avslöjande att SKL publicerat oseriöst missvisande statistik. Här är hans bemötande, i sin helhet, till Sjukhusläkarens ledare och granskande artiklar.

Sveriges Kommuner och Landsting arbetar kontinuerligt och aktivt med att lyfta fram olika kvalitetsdata inom vården och omsorgen. I första hand för att stötta hälso- och sjukvårdens ledning och professionerna genom att visa på såväl uppnådda förbättringar som brister som behöver åtgärdas.

Jag delar den bild som Sjukhusläkaren tecknar av brister i OECD:s statistik. Internationella jämförelser är ofta svåra, vilket vi ofta betonar då vi redovisar olika länders statistik och jämför den med vår. Samtidigt är både nationella och internationella jämförelser intressanta och vi kommer att ta upp de brister vi ser i väntetidsdata med OECD.

Man kan hävda att statistik som inte är perfekt inte ska redovisas, men vi menar att motsatsen också kan gälla; att vi med insikt om att data kan ha brister, ändå har att vinna på att använda dem för att analysera våra verksamheter i syfte att ständigt förbättra. Givetvis med de förbehåll som krävs för att uttolkandet av statistiken inte ska bli missledande. Sjukhusläkarens artikel visar att vi inte kan vara nog tydliga med det då vi redovisar olika data.

SKL är den nationella aktör i Sverige som på uppdrag av samtliga landsting och regioner kontinuerligt redovisar sjukvårdens resultat, goda som sämre. Utöver att bidra till ökad transparens, gör vi det för att bidra till en verksamhetsutveckling och förbättra hälso- och sjukvården. Professionerna är en viktig del i det arbetet och professionerna finns också väl representerad i olika nätverk och arbetsgrupper där sjukvårdens resultat diskuteras. SKL har via publicering av kvalitetsdata på Vården i siffror en aktiv relation till nationella kvalitetsregister, med god professionell förankring. SKL samverkar gärna med andra aktörer och – i en konstruktiv anda – förbättrar och utvecklar vår redovisning. I det arbetet är förstås också läkarprofessionen fortsatt välkommen".

Hans Karlsson,
Chef Avdelningen för vård och omsorg,
Sveriges Kommuner och Landsting.

Fikru Maru lär sig på nytt vad frihet är

Efter fem år i etiopiskt fängelse är det svårt för kardiologen Fikru Maru att beskriva vad frihet är. Ännu svårare har det varit att hantera den efterlängtrade känslan. Sjukhusläkaren möter honom i huset i Aspudden dagen före hans resa tillbaka till Addis Abeba, för andra gången efter frigivningen.

Fikru Maru rör om i en stor gryta med broccoli som hade kunnat mätta ett dussin magar. Han plockar upp en tröja och går vidare in i vardagsrummet. Ber om ursäkt för röran som knappt är noterbar. Tillbaka i köket laddar han perkulatorn med pikant och väldoftande etiopiskt kaffe.

– För mig var det viktigt att åka tillbaka och se till att sjukhuset lever vidare. Några få personer har försökt hindra mig från att verkställa den dröm som jag hade. Jag vill inte att de ska ha nöjet att lyckas, säger han och lämnar kaffekokaren och köket bakom sig.

Vi slår oss ned i de bruna tygsofforna i vardagsrummet. Här blandas modern svensk design med robusta, mörka, och välsvärvade möbler som aldrig skulle tillverkas i Sverige. Bakom det vackra matsalsbordet är tallrikar och servetter uppdukade på ett sidobord. Ikväll ska släkt och vänner säga hej då. Den här gången är Fikru säker på att han kommer hem efter två veckor.

– Om jag inte vetat att jag var trygg hade jag inte åkt dit igen. Jag vet vilka det var som fängslade mig och jag vet av vilken anledning. Jag vet vad de

behövde från mig och varför jag blev släppt. När de förutsättningarna inte finns längre, då känner man sig trygg. Det är en helt ny regering nu.

Regimskiftet och den nya premiärministern Abiye Ahmed som tillträdde i mars i år har enligt Fikru varit en avgörande faktor till hans frigivning.

– Om han inte hade kommit till makten då skulle jag inte ha släppts. Det var han som gjorde det. Han har sagt att de inte ska arresterar folk före undersökning och utan bevis. De ljög ju att de hade fakta i mitt fall, men det hade de inte. Jag tror att det här är hoppfullt för landet och regionen.

Efter fem år i fångenskap ber jag Fikru definiera vad frihet är för honom. Han suckar och landar i ett svar om att det är en stor lättnad varje dag.

– Egentligen, det är svårt för enskilda människor att uppskatta vad frihet är om man inte själv varit frihetsberövad, säger han och fortsätter:

– Jag har fortfarande inte känt den där fulla friheten. Om jag jämför det jag känner nu med det jag kände i fängelset, det går inte att sätta något värde eller något pris på det.

Livet i Kilinto-fängelset beskriver Fikru med rutiner och begränsningar.

– Du kan bara tänka dig att inte kunna röra sig mer än på ett begränsat område. Du kan inte krama dina släktingar eller barn och barnbarn, och du kan inte säga vad du vill eller göra vad du vill. Till och med böcker censurerades.

Fängelsehusets fysiska väggar blev sakta men säkert mentala hinder som



Fikru Mary och dottern Emy i köket i barndomshemmet i Aspudden, dagen före att han ska åka tillbaka till Etiopien för andra gången sedan frigivningen. "Några få personer har försökt hindra mig från att verkställa den dröm som jag hade med mitt sjukhus. Jag vill inte att de ska ha nöjet att lyckas". Den här gången har han dock lovat Emy att skynda sig tillbaka. "Nu är det barnbarnen som är det viktigaste för mig och att stödja och finnas där för Emy, det kommer jag göra resten av mitt liv. Hon räddade mig och hon har betytt allt för mig, säger Fikru Maru. Foto: Christian Lärk.

etsade sig fast inombords.

– Att fråga om jag får gå på toa, eller vänta på att någon ska säga till dig vad ska göra, det blev ett vanligt tillstånd. Det går inte att vända det på en dag eller en vecka, det är en process. Och jag tror inte att spåren av fängelselivet är borta för mig.

På vilket sätt har fängelselivet gjort sig påmind sedan du blev frigiven?

– Jag fick fråga min fru och mina barn "får jag gå på toa nu, får jag göra det?" svarar han och fortsätter:

– Att vara frihetsberövad är inte bara att sitta i ett rum, det är att inte vara sig själv. Vad som är onormalt när man är fri blir helt normalt när man är fängslad, och vad som är normalt i fängelset blir onormalt när man kommer ut.

När Fikru efter några månader i fängelset förstod att hans tid där skulle

bli långvarig hittade han ett sätt att överleva genom att skriva ett dagvecko- och månadsschema. Han skrev dagboksanteckningar, påbörjade en självbiografi, och läste nästan 300 böcker under sin tid i fängelset.

– Jag utbildade mig själv och fördrev tiden med det. Visst det är hemskt att ligga bland 130 fångar i samma rum, tre toaletter och två duschar och ibland försvinner vattnet och det blir bajs över

allt, säger Fikru och suckar.

– Det är hemskt. Men, vi människor är konstiga djur som kan anpassa oss till vad som helst.

Yrkesrollen som läkare kom att utmana Fikru på flera sätt när medfångarna bad råd om symptom eller mediciner. Men att följa läkarinstinkten fullt ut krävde vaksamhet.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Ett spår av fängelsetiden är att lögn fått en annan betydelse. Under familjemiddagar har Fikru haft svårt att hantera diskussioner med lösryckta påståenden. "Jag blir lättirriterad nu när folk kanske inte ljuger men inte säger sanningen", säger Fikru Maru.

– Jag var väldigt försiktig med att inte ha något vittne när jag gav råd till någon annan. För om jag hade gett råd och den personen använt något annat då kunde jag ha blivit anklagad. Så jag var väldigt, väldigt försiktig.

Trots försiktigheten gav läkarrollen en större mening i fängselivets tillvaro.

– Det gav mig glädje att vara läkare där och kunna hjälpa. Jag försökte använda min kunskap och jag fick stor respekt.

Det ringer på ytterdörren till huset i Aspudden. Fikru ställer sig hastigt upp och skyndar ut i hallen. Han öppnar dörren och omfamnar den unga kvinnan som kliver in.

– Förutom premiärministern... Här kommer hon som är den verkliga orsaken till att jag blev fri, säger Fikru med ett hjärtligt skratt när han sätter sig i soffan igen.

Dottern Emy Maru rör sig naturligt i sitt barndomshem. Hon har precis arbetat sista dagen på Karolinska i Huddinge och nu väntar knappt fem veckor innan mammamagen blir till tvillingbarn.

– Har du ätit? Frågar Emy sin pappa och vänder sig sedan till mig:

– Han är jättedålig på att äta.

Under fjorton månader befann sig

Emy på plats i Addis Abeba och varje dag tog hon med sig mat till sin pappa i fängelset. Samma driv finns än idag hemma i Sverige. Hon berättar att han efter frigivningen varit överraskande välfungerande, men att spåren av fängelse-tiden gör sig mer eller mindre påminda.

– Du sover ju inte helt rätt och du har ju lite ångest och panik till och från. Det har minskat väldigt mycket nu men i början bad han om lov att få gå på toa, det satt kvar det här att be om lov, säger Emy samtidigt som hon hjälper Fikru att ställa fram maten hon tagit med åt honom.

Fikru håller med sin dotter, dåliga matrutiner är en märkbar konsekvens av fängelse-tiden. Frihet är en svår utmaning.

– Där hade man en tid att passa. Nu glömmar jag frukost eftersom jag sätter mig med något annat, det är ingen som säger något. Man kan gå ut och äta när man vill – det är därför man glömmar det. Om du inte använder friheten rätt kan den skada dig själv, säger Fikru och tar ytterligare en tugga av laxbiten som Emy serverat.

Ett annat spår av fängelse-tiden är att lögn fått en annan betydelse. Under familjemiddagar har Fikru haft svårt att hantera diskussioner med lösryckta påståenden. Argument ska beläggas med fakta.

– Jag blir lättirriterad nu när folk – kanske inte ljuger – men inte säger sanningen, då blir jag väldigt, väldigt irriterad, säger Fikru och förklarar bakgrunden:

– Jag har suttit fem år falskt anklagad på grund av att någon hittat på. Det är inte bara jag, det var jättemånga som blev torterade och de satt där i årtal på falska grunder. För mig att någon ljuger eller inte säger sanningen, det är inte acceptabelt, säger han och skakar på huvudet för att betona.

När Fikru befann sig fängslad fick Emys roll som dotter stå tillbaka för hennes medicinska kompetens. Hon berättar att hon kände sig väldigt mycket som läkare och väldigt lite som dotter när han låg på sjukhuset och behandlades för kollapsad lunga.

Har du kunnat släppa läkarrollen sedan han blev frigiven?

– Inte helt och hållet för han tar inte så jättebra hand om sig själv. Om inte folk är runt om honom så kan det gå en hel dag utan att han äter, svarar Emy.

Hon har blandade känslor för pappans stundande resa tillbaka till Etiopien.

Den senaste tidens oroligheter i landet har fått henne att tveka, även fast det direkta hotet mot Fikru verkar borta, förklarar hon.

– Men att se honom använda sin frihet till det han vill göra, det är "priceless", säger Emy.

Ringsignalen från ytterdörren fortsätter att gå varm, samtidigt som husets tv-rum fylls med skratt och sorl av familjens vänner och släktingar. Vattnet i broccoligrytan har för längesedan hållits bort av någon annan än Fikru. Under kvällen väntas sista middagen före avresan mot Etiopien. Vid föregående resa blev han kvar i sju veckor istället för två, men den här gången ska han skynda sig tillbaka.

– Nu är det barnbarnen som är det viktigaste för mig och att stödja och finnas där för Emy, det kommer jag göra resten av mitt liv. Hon räddade mig och hon har betytt allt för mig.

Veronica Lindström

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 säkerhetsprofil²

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 styrka 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. Allt för 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 järnsalter 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 anemin 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 laktos-

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.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 23 mars 2018.

Distributör: AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Viridings Allé 328, 750 54 Uppsala, +46 70 631 87 00, office.se@aoporphan.com, www.aoporphan.com

KUNSKAP ATT LEDA MOT UTVECKLING ÄR DET VIKTIGA

Nyligen skrev jag en debattartikel i Dagens Samhälle med titeln "Alla läkare är ledare – så varför blir de inte chefer?". Att allt färre chefer i vården är läkare och att vi behöver vända den trenden för sjukvårdens skull. Vi behöver mycket större medicinskt fokus på framtid och utveckling och medicinsk etik naturligt i det nära ledarskapet.

Det är intressant att artikeln blivit så mycket delad och skapat många inspel och hejarop och viss kritik.

Först vill jag bara säga att det finns många bra chefer i vården som inte är läkare. Det finns också läkare som inte är de bästa cheferna. Så den delen av diskussionen kan vi lämna. Min ståndpunkt är att de läkare som har bra förutsättningar och gott förtroende bör bli chefer i mycket större utsträckning än idag.

Sen vill jag säga att sjukvården INTE är mer speciell att leda än andra kunskapsbranscher med stark professionalism. Men en chef i en sådan bransch ska ha branschkunskap. Just sjukvården har istället gått åt ett annat håll, kanske i spåren av avakademisering, kanske på grund av managementinställningen "chefskap är en egen profession", eller kanske på grund av New Public Management då sjukvården började beskrivas som ren styckeproduktion istället för vård av människor. Resultatet är nu att man tycker det är helt OK att en civilingenjör är chef på Kvinnokliniken, men man skrattar fortfarande åt tanken att en gynekolog skulle bli chef på Volvo.

Att vilja ha en chef från de egna leden är inget unikt för vården. Det uttrycks inom det offentliga också inom polis, skola och kultur lika väl som inom många privata företag.

Man ska veta vad medarbetarna gör och förstå varför de gör det. Medarbetarna ska veta att chefen förstår och kan ta beslut både för verksamheten och påverka nivåerna ovanför vid nya beslut. Man ska kunna stötta medarbetarna professionellt vid etiska frågeställningar, reusersbrist och vid förändringar.

Med allt ökat tryck på vården måste vi nu också kunna ställa krav på chefer i det offentliga, att det inte räcker att bara förvalta utan det gäller också både följa och leda utveckling. Då är branschkunskapen en förutsättning.

I tider med ökande sjukskrivningar och stor etisk stress i vården orsakat av vårdplatsbrist, köer, omorganisationer och personalbrist blir det professionella goda chefskapet också viktigare.

Trots larmsiffror på makronivå ser man vid medarbetarenkäter inget linjärt samband mellan hög arbetsbelastning och vantrivsel på enskilda arbetsplatser, där man skulle kunna tänka sig att sammanhållning chef-medarbetare som den faktor som ändå skapar trygghet och meningsfullhet att kämpa på. Det omvända finns också beskrivet. Två Sjukhusläkarföreningar i landet gjorde enkäter om varför det plötsligt blivit strömavhopp av läkare på några kliniker och visade att den avgörande negativa faktorn var den lokala chefen.

I artikeln i Dagens Samhälle beskriver jag dels att vi får rapporter om att läkare aktivt väljs bort av chefsnivån ovanför vid tillsättande av chefstjänster till förmån för andra yrkesgrupper och dels att det är många tjänster som inte har en enda sökande läkare vilket är lika stort bekymmer.

Kommentarer till min artikel är många och det gäller dels om det kluvna med medicinska ledningsansvaret utan befogenheter då chefen inte är läkare,

andra att parallella organisationer har byggts upp där personalansvarig egentligen är den som bestämmer eller att politiker kan stoppa beslut.

En avhandling på Handels i Göteborg från 2009 om hur läkare upplevde sitt chefskap visade att man tog chefskapet för att man ville leda och utveckla, men att man var oförberedd och hade dålig stöttning för all administration och att sitta i möten och därför blev frustrerad. Det har säkert inte blivit mindre under dessa tio år. Men det skulle kunna gå att råda bot på om viljan om viljan finns.

En chef måste ha mandat att utveckla och ta beslut, möjlighet att ha kvar en klinisk del, kompensation för jourlönebortfall och administrativt stöd i chefsrollen då skulle fler läkare välja att bli chefer.

Att leda och utveckla vården med kunskap är ju det viktiga, allt annat kan man som chef få hjälp med.



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

ORIGINALKURSEN

www.confex.se

Gör som 467 848 andra – säkra din kompetensutveckling hos Confex

ATT LEDA ANDRA UTAN ATT VARA CHEF

STOCKHOLM GÖTEBORG MALMÖ UMEÅ LINKÖPING HELSINGBORG FALUN
GÄVLE JÖNKÖPING UPPSALA VÄSTERÅS VÄXJÖ NORRKÖPING ÖSTERSUND

Hitta ditt kurstillfälle på 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 besvärliga personer

Kommunikation för ledare – så skapar du engagemang och ett positivt driv bland medarbetarna

Våra föreläsare
får i snitt
4.8 av 5 i betyg

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.



Confex är ISO 9001 – certifierade
Din garanti för högsta kvalitet!

Sveriges största
ledarskapskurs
– 12 046
deltagare hittills

Ledande i Skandinavien
på företagsutbildningar

i Confex

Vi tar kompetens på allvar

Allt fler svenska patienter sätter sista hoppet till behandling i Finland



Sjukhusläkaren har besökt det finska privatsjukhuset Docrates dit allt fler svårt sjuka svenska cancerpatienter söker sig för att bli behandlade av en omstridd metod mot spridd prostatacancer.



Sjukhusets verksamhet har ställt frågor om forskning, medicinska resultat, etik och svenska patienters rättigheter till ersättning för vård i andra EU-länder på sin spets.

Texter och foton: Ebba Blume

Antalet svenska patienter som söker sig till det privata sjukhuset Docrates i Finland har fördubblats det senaste året, till största del handlar det om prostatacancer. Från att ha tagit emot omkring 100 patienter från Sverige per år låg motsvarande antal förra året på nästan 200, ett antal som i sin tur översteg i år.

Skälet till att patienter söker sig hit är dels väntetider i vården och att en särskild behandling, Lutetium PSMA 117, ges här. Sjukhusläkaren har träffat två av de svenska patienter som genomgår den omstridda behandlingen.

Ulf Hedberg, 85, sträcker ut sin bara arm mot laboratoriesköterska Erja Karesto, som omsorgsfullt sticker nålen i hans armveck och tar blodprov.

– Gör det ont? frågar hon och Ulf Hedberg skakar långsamt på huvudet.

Han fäster blicken på den klara himlen som speglas i Gräsvikens vatten

under broarna utanför fönstret vid Docrates i Helsingfors. Hans ögon skiftar i humoristiskt ljus och dunkelt allvar.

– Jag fick höra av en läkare i Sverige att jag skulle ha varit död i dag, säger han allvarligt.

Hans hustru Ulla Hedberg finns med honom i rummet, liksom hon har funnits vid hans sida sedan han fick besked om att han hade prostatacancer för fyra år sedan.

När hans PSA-värden visade sig stiga, genomgick han en operation och fick av en läkare höra att han i alla fall inte skulle dö i prostatacancer. Men samma år kände han en vandrande smärta genom hela kroppen och efter en röntgen upptäckte man att han hade en cancer som omfattade hela bälen.

Vid sjukhuset, hos en läkare i Linkö-

ping i februari i år fick paret Hedberg reda på hur illa ställt det verkligen var med Ulf och detta på ett mycket okänsligt sätt, enligt vad Ulla Hedberg berättar för Sjukhusläkaren.

– Så snart Ulf hade satt sig på stolen, sade läkaren att detta inte ser bra ut och att Ulf kanske hade ett halvt år kvar att leva. Läkaren satt sedan under samtalet nonchalant och skrev anteckningar på

en uttriven tidningssida. Vi fick inget förtroende för vården där och tänkte hit vill vi aldrig tillbaka, säger hon med eftertryck.

När paret i samband med denna händelse hörde talas om det privata sjukhuset Docrates i Helsingfors, kastade sig Ulf på telefonen och bokade tid.

– Han hade skelettet fullt av cancer. Det här var vårt enda hopp, säger Ulla Hedberg.

När de berättade om sin plan för

läkare i Östergötland fick de däremot svaret att det fanns lika bra behandling hemma, berättar hon medan Erja Karesto rullar ut Ulf Hedberg för en behandling med Lutetium PSMA 177, som än så länge endast ges vid Docrates, och vid Helsingfors universitetssjukhus, samt vid enstaka sjukhus i Tyskland och i Österrike.

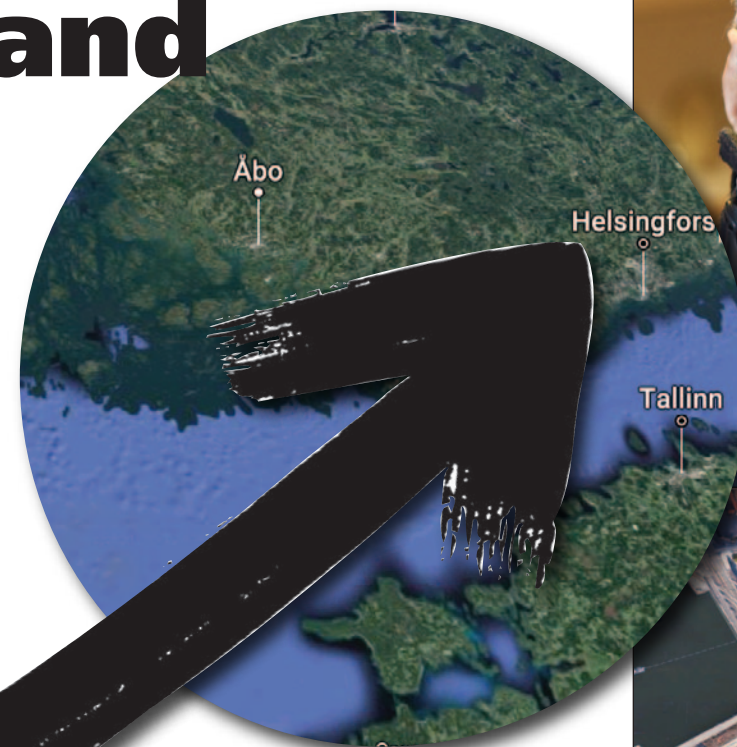
De är dock lite besvikna, konstaterar Ulla Hedberg; de trodde att Ulf skulle vara färdigbehandlad i dag eftersom det var den sjätte behandlingen.

Dagen innan Sjukhusläkaren träffar Ulf har han genomgått skanning, de skulle ha fått slutresultat och var redo att åka hem till hunden. Men Ulf visade sig ha cancerceller kvar och behövde ytterligare en behandling.

I början av november ska han på ett nytt återbesök för att skanna av vad som hänt efter denna behandling. Därefter ska han behandlas med hormoner.

Av den behandling som Ulf Hedberg

Fortsättning nästa uppslag >>>



I år har omkring 200 svenska cancerpatienter åkt till det privata sjukhuset Docrates i Helsingfors. En av dem är Ulf Hedberg, 85 år, som fått besked av läkaren i Sverige att han bara hade ett halvt år kvar att leva och ser behandlingen på Docrates som sitt enda hopp.



Ulf Hedberg, 85, sträcker ut sin bara arm mot laboratoriesköterska Erja Kareto, som omsorgsfullt sticker nålen i hans armveck och tar blodprov. Foton: Ebba Blume



Ulf Hedberg med hustrun Ulla Hedberg vid Docrates i Helsingfors. De trodde att Ulf, som fått sin sjätte behandling, skulle vara färdigbehandlad i dag. Men det visade sig att han hade cancerceller kvar och behövde ännu en behandling.



Juhani Porola, röntgenskötare, vid skannern för patienter som behandlats med Lu-177-PSMA.

fick tidigare fick han biverkningar som exempelvis vallningar, berättar han själv.

Men även behandlingen med Lutetium PSMA 177 vid Docrates har gett biverkningar; Ulf har förlorat smaken för mat, den växer i munnen, vilket gör att han har tappat ett tiotal kilo.

Ändå gör tillgången till behandlingen att både Ulf och Ulla känner sig mer hoppfulla inför framtiden.

Och trots det höga priset – varje behandlingstillfälle med Lutetium PSMA 177 kostar omkring 70 000 kronor – kände paret Hedberg ingen tveksamhet inför att söka sig till Docrates.

– Det får kosta vad det kosta vill, vi är beredda att sälja hus, bil och båt, säger Ulla Hedberg.

På liknande sätt resonerar den svenske patienten Lars Öhlmer och hans syster, Charlotte Öhlmer Carlson, som sitter i sjukhusets väntrum och väntar på tid hos läkaren. Trots det höga priset har det varit självklart att prioritera detta, menar de.

Även Lars Öhlmer, som har haft



Lars Öhlmer, prostatacancerpatient från Stockholm, blev sjuk av den behandling han tidigare fick i Sverige och sökte sig därför till Docrates för Lu-177-PSMA-behandling. Men beslutet föregicks av många diskussioner med både familj och läkare.

prostatacancer i över ett decennium, behandlas nu med Lutetium PSMA 177. Han har varit vid sjukhuset en

gång tidigare för undersökning. Nu är han för första gången här för behandling och har ännu inte fått reda på hur många gånger han kommer att behöva åka hit.

Men beslutet att söka sig till Docrates var inte självklart, utan föregicks av många diskussioner med både familj och läkare i Sverige, berättar Lars Öhlmer för Sjukhusläkaren.

– De metoder som jag har fått i Sverige har inte hjälpt, jag tror jag har provat alla. Min läkare hade inga alternativ i Sverige att rekommendera, säger han.

Till skillnad från Ulf Hedberg har Lars Öhlmer däremot goda erfarenheter av sjukvården i Sverige, uppger han själv.

Hans blick är pigg och klar, hans rygg rak i rullstolen. Lars Öhlmer beskriver själv den positiva hoppfullheten som en del av sin personlighet, att han alltid har varit hoppfull.

– Men jag måste säga, att när jag fick reda på att denna behandling fanns, kändes det väldigt bra, säger han.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Pregabalin Orion (pregabalin) antiepileptika (F) ♦ Risk för tillväxning 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

Vid den tidpunkten deltog han i en studie i form av en annan behandling, som han mådde väldigt illa av.

I denna testades en medicin mot bröstcancer även mot prostatacancer – niraparib – vilken fungerar på en del, men som också kan slå ut immunförsvaret och som gjorde Lars Öhlmer akut sjuk.

När han sedan fick en lägre dos av läkemedlet, hade det ingen verkan.

Många läkare är starkt kritiska till att man tillämpar Lu-177-PSMA som ännu inte stöds av randomiserade studier. Hur förhåller du dig till det?

– Det saknas kliniska studier på det sättet, däremot finns det resultatstudier. Och om man är i min situation så finns det inga alternativ, säger Lars Öhlmer, som tror att det kan vara av kostnads-skal snarare än på grund av brist på tillräcklig evidens som behandlingen inte införs på bred front inom den offentliga vården.

Lars Öhlmer har ännu inte sökt ersättning från Försäkringskassan för behandlingen, men kommer att göra det.

Att Försäkringskassan ersätter denna form av behandling borde vara självklart, anser Charlotte Öhlmer Carlson.

– Om svensk sjukvård inte kan göra mer och det finns annan hjälp utomlands så borde det ersättas, säger hon.

Riktigt så resonerar dock inte Försäkringskassan. De allra flesta av de patienter som i efterhand söker ersättning för vård vid Docrates beviljas det också, visar Sjukhusläkarens genomgång av det senaste årets ansökningar till Försäkringskassan om ersättning för vård vid Docrates.

Däremot har en patient som tidigare i år ansökte om ersättning för behandlingen Lutetium 177 PSMA fått avslag med argumentet att vården inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att motsvarande vård inte ges i Sverige.

Patienten i fråga, från Västra Götaland, har däremot fått ersättning för annan vård mot prostatacancer som han fått vid Docrates, som exempelvis hormonbehandling och strålbehandling,

eftersom Försäkringskassan bedömer att samma eller motsvarande vård skulle ha bekostats av det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige. Men just för behandling med 177 Lu-PSMA nekas patienter alltså ersättning.

Detta framför allt på grund av att behandlingen inte stöds av vetenskap



och beprövad erfarenhet, betonar Iris Koivumäki (bilden), utredare på avdelningen för internationell vård på Försäkringskassan.

– Vetenskap väger tyngst. Man ska kunna visa att behandlingen har påverkat positivt under lång tid. För att styrka det krävs årtal av forskning, säger Iris Koivumäki, som medger att kostnaden för Lu-177-PSMA kan bli smärtsam för patienter som själv får stå för den.

Visst, behandlingen verkar ha effekt och patienterna i fråga har överlevt och blivit av med metastaser, konstaterar hon.

– Men här kan vi inte se att det just är lutetium som gjort att de har blivit av med metastaserna. De kan också ha påverkats av övrig behandling som de fått vid Docrates, men i snabbare takt än den cellgiftsbehandling och strålbehandling som de skulle fått i Sverige, resonerar Iris Koivumäki.

Om fem år är det inte otänkbart att metoden bedöms som vetenskapligt godkänd och landsting har möjlighet att erbjuda den. Då är det möjligt patienter också kan beviljas ersättning för den under förutsättning att den är medicinskt motiverad, menar hon.

Det är Försäkringskassans utredare som, efter rådgörande med sin egen försäkringsmedicinska rådgivare samt läkare och klinikchefer vid landsting och regioner, har sista ordet när det gäller beslut om ersättning för planerad vård utomlands.

– Vi har väldigt duktiga läkare som gör bedömningar, men svaren är inte

alltid anpassade till just den patientens situation. Då går vi tillbaka till landstinget för råd och vi går sällan emot landstingen – utom när svaret verkar standardmässigt och vi bedömer att motsvarande vård skulle ha getts i Sverige. Det är ändå de som har mer kunniga läkare.

Men landstingens svar kan ibland vara ganska bristfälliga, ofta vill de säga nej, menar Iris Koivumäki.

– Många klinikchefer som har hand om detta område måste också ha ekonomin i tankarna när de gör bedömningen, men vi ska inte behöva bry oss om detta. Det vi ska fokusera på är om vården är medicinskt motiverad och om patienten skulle ha fått samma eller motsvarande vård i Sverige, säger hon.

Men om olika länder ser olika på vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet uppstår tveksamheter inför bedömningen på grund av detta?

– Det är väldigt sällan vi behöver ta hänsyn till det. Den stora frågan vi har haft är Lu-177 PSMA, men där har vi klart för oss att det är en metod som ännu är på forskningsstadiet. I Tyskland använder de metoder som inte är godkända i resten av världen, så där är fallen ganska uppenbara.

Om en metod har godkänts av EMA (Europeiska läkemedelsmyndigheten) – är det grönt ljus för ersättning då?

– Så borde det vara. Men finns ingen motsvarande vård i Sverige, då kan man inte godkänna den utan vidare, även om den är en vetenskapligt beprövad metod.

Men "motsvarande vård" är ju ett ganska luddigt begrepp. Vem bedömer vad som är "motsvarande vård"?

– Det blir framför allt upp till vår försäkringsmedicinska rådgivare att bedöma det, från fall till fall. Hon har tillgång till vetenskapliga databaser, säger Iris Koivumäki.

Ebba Blume

64 av 72 patienter fick ersättning av Försäkringskassan det senaste året

Beviljad ersättning till svenska patienter för planerad vård vid Docrates det senaste året:

▼ Av de 72 ansökningar om ersättning för planerad vård som inkommit till Försäkringskassan under det senaste året beviljades 64, visar Sjukhusläkarens genomgång.

Totalt har Försäkringskassan det senaste året beviljat ersättning för drygt 6,5 miljoner kronor till svenskar som sökt planerad vård vid Docrates, enligt Sjukhusläkarens genomgång.

Den patient från Västra Götaland som tidigare i år ansökte om ersättning för behandling med Lu-177-PSMA beviljades dock inte ersättning.

Inga anmälningar mot Docrates på tre år

Enligt Valvira, Finlands motsvarighet till IVO, finns inga anmälningar mot Docrates de senaste tre åren.

▼ Två anmälningar av sjukhuset har dock gjorts tidigare till Regionförvaltningsverket i Finland, dit man anmäler mindre allvarliga händelser och vårdskador.

Den första anmälan handlade om lagligheten i marknadsföringen av nya, delvis experimentella vårdformer.

Anmälan ledde till administrativ handledning per brev, varefter marknadsföringen tog slut och

när det gäller de experimentella vårdformerna lyds gällande vetenskaplig praxis.

Orsaken till den andra anmälan var vården av en enskild patient. Anmälan är ännu under behandling.

Eftersom det i båda ärenden förekommer patientuppgifter är de inte offentliga.

Källa: Försäkringskassan och Regionsförvaltningsverket i Finland.

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 iakttagas 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

VAD ÄR MEST ETISKT?

Att som vid Docrates behandla patienter med en medicin som ännu inte genomgått randomiserade studier är oansvarigt, anser Ola Bratt, urolog och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

Men Timo Joensuu, en av sjukhusets grundare, håller inte med.

– När det inte finns bot för en viss typ av cancer är det en läkares etiska plikt att använda all medicinsk forskning och egna erfarenheter när det gäller möjligheter till behandling, säger han till Sjukhusläkaren.

Patienter från Sverige kommer till Docrates framför allt av två skäl, enligt Tom Wiklund, sjukhusets ledande över-

läkare: Kortare väntetider – i regel kan sjukhuset erbjuda behandling inom några dagar – och på grund av den kontinuitet som erbjuds. Här får patienten ha kontakt med samma läkare före, under och efter behandling, enligt Tom Wiklund.

Av vilka skäl söker sig finska patienter till sjukhuset?

– Av många orsaker. Ett skäl är köer, menar Tom Wiklund.

Ett annat skäl är att finländska, liksom svenska patienter, söker en kontinuitet i vården, och läkarkontakten vid sjukhuset är mer personlig och individuell, menar han.

Patienten behandlas från början till slut av samma onkolog och det är, enligt Tom Wiklund, även lätt för patienten att vara i kontakt med sin läkare

mellan besöken.

– Vi har ett elektroniskt program som gör att patienten direkt kan kommunicera konfidentiellt med sin läkare, berättar han.

Docrates behandlar alla former av cancer och för tillfället är svenska patienter – utöver de finländska – den största kategorin patienter. Framför allt gäller det ökade patientflödet till sjukhuset prostatacancerpatienter från Sverige.

Ett annat starkt skäl till att svenska patienter söker sig till sjukhuset är den kontroversiella prostatacancerbehandlingen Lutetium 177 PSMA, som inte ges i Sverige och som tillämpas på prostatapatienter som vare sig svarar på hormoner eller cytostatikabehandling.

Metoden skapades från början i

Tyskland och har enligt Tom Wiklund visat sig vara effektiv mot spridd cancer även om man vid sjukhuset inte kan garantera att behandlingen alltid tar bort cancer helt.

Men behandlingen är starkt ifrågasatt av läkare i Sverige och Försäkringskassan beviljar inte ersättning för den, med argumentet att tillräckligt stöd saknas för att behandlingen sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Peter Bernhardt, professor och sjukhusfysiker vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, är kritisk till att Docrates använder metoden innan randomiserade studier har visat att den fungerar.

– Jag tycker inte att det är bra. Man

tar betalt för en behandling utan tydlig evidens.

Visst kan det hända att resultatet av de studier som nu pågår visar sig vara positivt, men det måste finnas underlag i form av större randomiserade studier, säger han.

Vid Docrates erbjuds även andra behandlingar som inte ges på många andra ställen, så som immunonkologiska läkemedelsbehandlingar, som PD-1-hämmare vid bröstcancer, berättar Tom Wiklund. Men läkemedlen erbjuds ofta på patientens egen bekostnad, eftersom läkemedlet inte är officiellt godkänt av läkemedelsmyndigheten, och att man endast har preliminära resultat av behandlingen.

Hur kan ni vara tillräckligt säkra

på att ni gör rätt när ni ger vissa behandlingar som inte har undersökts i randomiserade studier?

– När resultaten, som rapporteras på kongresser och i litteraturen verkar lovande tycker vi att vi kan påbörja behandling efter att ha informerat patienten om resultaten. Då är vi mycket noggranna med att informera patienterna både muntligt och skriftligt om att behandlingarna är experimentella, säger Tom Wiklund.

De finska patienterna vid Docrates betalar i sin tur antingen vården själva eller med en liten ersättning från samhället, som motsvarar tio procent av totalkostnaden, berättar han.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Helsingfors universitetssjukhus behandlar patienter med den omstridda metoden

”Visst vore det bra, men randomiserade studier är inte kultur när det gäller isotopbehandlingar”



Tapio Utriainen, specialist i cancersjukdomar, vid Helsingfors universitetssjukhus.

Den omstridda behandlingen Lu-177-PSMA ges även inom den etablerade vården vid Helsingfors Universitets Centralsjukhus. Hittills har ett 30-tal patienter behandlats – men till ett mycket lägre pris än vid det privata sjukhuset Docrates.

▼ Tapio Utriainen, specialist i cancersjukdomar vid Helsingfors Universitets Centralsjukhus, bekräftar för Sjukhuslä-

karen att sjukhuset sedan ett och ett halvt år tillbaka ger behandlingen Lu-177-PSMA som en del av den etablerade vården, utanför studier.

Ett 30-tal patienter har hittills behandlats med metoden vid Helsingfors Universitets Centralsjukhus. Men här skiljer sig priset markant från det som patienterna vid Docrates måste betala. Vid universitetssjukhuset betalar patienterna bara sin sjukhusvistelse, 40-50 euro per behandling, och behandlas var åttonde vecka, berättar Tapio Utriainen.

De prostatacancerpatienter som hittills har fått behandlingen har i stort sett prövat alla andra metoder innan. Men detta är inte ett kriterium för att behandlas med Lu-177-PSMA, betonar Tapio Utriainen, även om sjukhuset har

vissa kriterier för att ge denna behandling, som exempelvis att prostatacancerpatienten ska ha genomgått modern hormonbehandling (Abirateron eller Enzalutamid) och Sytostatbehandling med Docetaxel.

Ett tiotal patienter står för närvarande i kö till behandlingen vid Helsingfors universitetssjukhus, som dock ännu inte har tagit emot patienter från andra länder.

Varför väljer ni att erbjuda en behandling som ännu inte har utvärderats i randomiserade studier?

– Vi har sett noterbara resultat i de mindre studierna och följer upp våra patienter noga. Vi utvecklar också dosimetri i den här behandlingen, säger Tapio Utriainen.

Kan ni dra några slutsatser av metodens effekt när det gäller era egna patienter?

– Det är lite tidigt att göra sådana analyser, liksom i patientserierna som har publicerats. Några patienter får enormt stor nytta av Lu-177-PSMA-behandling, även efter att sjukdomen har progredierat efter andra moderna behandlingar.

Tycker ni inte att ni utsätter patienterna för en hög risk när ni ger dem experimentell behandling?

– Jag förstår att detta är ett känsligt och kontroversiellt ämne när vi saknar randomiserade studier. Åtminstone vet vi redan nu att det är säkert att ge Lu-177-PSMA och vi har heller inte sett några allvarliga biverkningar.

– Men randomiserade studier är inte kultur när det gäller isotopbehandlingar. Naturligtvis vore det bra att ha sådana studier, men det är också svårt att föreställa sig med vilken annan behandling vi kunde jämföra Lu-177-PSMA, säger Tapio Utriainen.

Men även i Finland har man, liksom i Sverige, en skeptisk hållning till Lu-177-PSMA, betonar han.

– Vissa sjukhus är restriktiva med att sända patienter till oss och vi kan just nu inte erbjuda behandlingen i den utsträckning vi skulle vilja. Men med tiden tror jag att denna behandling kommer att sprida sig till övriga offentliga sjukhus i Finland, säger han.

Ebba Blume

Timo Joensuu, sjukhuset Docrates grundare, blickar stolt upp mot sjukhusets glasfasad.

En gång jobbade han 15 år vid universitetssjukhus i den offentliga vården, men med en otålig vilja att förbättra den och arbeta mer individcentrerat.

Men för detta krävdes mer resurser än vad som brukades inom offentlig vård, konstaterar Timo Joensuu, som i stället såg en möjlighet att förverkliga sina idéer genom en privat klinik, som även skulle kunna locka patienter från andra länder.

– Det är omöjligt att erbjuda allt inom den offentliga sektorn. Generellt ska man ge god behandling till alla, sen finns alltid möjlighet att optimera, det är inte rättvist om du inte kan ge patienter den möjligheten, säger Timo Joensuu och syftar bland annat på den omstridda behandlingen Lutetium 177 PSMA.

I januari förra året blev Docrates först i Norden med att påbörja cancerbehandlingar med det radioaktiva läkemedlet lu-PSMA; ett läkemedel som enligt Timo Joensuu gör det möjligt att effektivt förstöra metastaser även utanför skelettet.

– I vår senaste studie har vi bevisat att Lutetium är effektivt i ben, lungor, lever, lymfkörtlar och prostata, i alla organ där prostatacancer brukar sprida sig. Det innebär att behandlingen kan vara en tänkbar behandling om en prostatacancerpatient generellt har metastaser som är PSMA-positiva, säger han.

Det radioaktiva läkemedlet lu-PSMA fungerar så att PSMA söker och binder sig till PSMA-molekyler på ytan av prostatacancer cellerna. Lu-177 strålbehandlingar då cancer cellerna oberoende i vilka områden eller organ prostatacancer cellerna befinner sig.

Lu-PSMA behandling ges intravenöst, enligt en individuell behandlingsplan som patienten får och ges ofta två-sex gånger var sjätte eller var fjärde vecka.

Metoden lämpar sig, enligt Timo Joensuu, för prostatacancerpatienter med spridd sjukdom, där metastaser finns även utanför skelettet och där

cytostatikabehandling eller hormonbehandling avslutats på grund av bristfällig effekt eller biverkningar.

Behandling med Lu-177-PSMA har få bieffekter, den vanligaste bieffekten är muntorrhet, säger Timo Joensuu, som menar att den offentliga vårdens tveksamhet inför metoder som denna till stor del har att göra med kostnader och brist på resurser.

Ligger inte vårdens tveksamhet inför just den metoden att det ännu inte finns tillräcklig evidens för den?

– Det är rätt på ett sätt, säger Timo Joensuu. Men den beror också på att de inte är villiga att betala delar av denna behandling. De säger att



Timo Joensuu

”Det är en traditionell väg att fråga efter randomiserade studier, men det är inte möjligt att ha randomiserade studier klara innan man ger denna typ av behandlingar. De som är döende i cancer kan inte vänta.”

man måste vänta. Men de som är döende i cancer kan inte vänta. Och även de som har dödliga sjukdomar vill veta, om allt som kan göras verkligen har gjorts, vilka de senaste rönen är och den senaste evidensbaserade medicinen. Vi måste kunna berätta vad som är bästa möjligheten för patienten, säger han.

Det är inte möjligt att ha randomiserade studier klara innan man ger denna typ av behandlingar, hävdar Timo Joensuu.

– Det är ingen bra ide att vänta tills vi har framsteg i fler studier. Vi har redan nu resultat från flera icke-randomiserade studier, som gjorts med olika PSMA-markörer som bundits till Lu-177, där man behandlat män med prostatacancer, som har fått alla hormon- och cytostatikabehandlingar som stått till buds. I dessa studier har ett stort antal patienter svarat bra på behandlingen, säger han.

Läkare, som är kritiska till behandlingen har påpekat att den kan ge biverkningar, som muntorrhet och benmärgspåverkan?

– Om du optimerar behandlingen är metodens biverkningar ganska milda och inte alls allvarliga. Ibland kan magfunktionen påverkas och patienten kan behöva gå på toaletten oftare. Men dessa är tillfälliga biverkningar, säger Timo Joensuu och fortsätter:

– När det inte finns bot för en viss typ av cancer, och när traditionella behandlingar redan har prövats, är det en läkares etiska plikt att använda all medicinsk forskning och egna erfarenheter när det gäller möjligheter till behandling.

Menar ni att ni helt kan bota prostatacancer med metoden?

– Det ser som om vi i vissa fall skulle kunna utrota alla cancer celler. Men det finns inte en enda behandling som helt och hållet botar patienten. Därför tycker jag att det är viktigt att använda dem alla.

Behandlingen Lu 177 PSMA har redan börjar introduceras i offentlig vård, enligt Timo Joensuu.

Några offentliga vårdcenter, däribland Helsingfors universitetssjukhus, erbjuder redan Lutetium PSMA 177, om än tillsvidare i liten skala, berättar han. (Se föregående uppslag).

Den experimentella behandlingen ges även vid vissa sjukhus i Österrike och Tyskland.

– Men de flesta andra platser ger behandlingen var sjätte vecka, medan vi ger den var fjärde. Och jag har en känsla

av att vi får bättre resultat för att vi gör det oftare, säger Timo Joensuu.

Att patienter från Sverige nekas ersättning för behandling med denna metod tycks Timo Joensuu snarare se som ett uttryck för snålhet än som rimliga krav på evidens.

– Offentlig sektor försöker alltid neka ersättning om de kan, så länge det inte är nödvändigt att ge, säger Timo Joensuu med ett ampert skrat och tillägger:

– Det är en traditionell väg att fråga efter randomiserade studier. Medan det i offentlig vård tar flera år att implementera en metod är man i den privata sektorn mer flexibel när det gäller att tillämpa nya metoder. Och när vi talar om metastaser och prostatacancer finns det ett tiotal behandlingssätt som i så fall borde undersökas i kombination med varandra.

Men det är väl viktigt att det finns tillräckligt med evidens?

– Det finns tillräcklig evidens för denna metod, hävdar Timo Joensuu.

Man har rapporterat flera patientserier som har svarat bra på behandlingen även efter att de har fått alla cytostatika- och hormonbehandlingar som står till buds, uppger han.

De randomiserade studierna, som eftersträvar att visa att patienterna – förutom att de svarar på behandlingen i form av exempelvis sänkt PSA-värde – dessutom lever längre än patienter som inte får behandlingen, är redan igång, framhåller Timo Joensuu.

– Men tyvärr kommer vi att få vänta i flera år på resultaten av dessa studier, säger han.

Men Ola Bratt, urolog och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, håller inte med.

– Många nordiska onkologer och urologer är upprörda för att Docrates började ge behandling med Lu-177-PSMA innan randomiserade studier ens hade påbörjats. Att Docrates tillämpar metoden är ”oansvarigt”, tycker han.

– Att vinstdrivande företag exploaterar obotligt sjuka cancerpatienters hopp om ett sista halmstrå med otillräckligt

utvärderade behandlingar är direkt motbjudande. Det är en viktig och helt grundläggande princip att nya behandlingar ska utvärderas vetenskapligt innan de saluförs, säger Ola Bratt.



Ola Bratt

”Oansvarigt och motbjudande att exploatera obotligt sjuka patienters hopp om ett sista halmstrå”

Kostnaden är hög och en del patienter får svåra biverkningar, menar han.

Det handlar inte bara om lättare biverkningar som torra munslimhinnor, som ändå kan vara besvärande för patienten, enligt Ola Bratt.

– Behandlingen kan även ge allvarlig benmärgspåverkan, en biverkning som drabbade en tredjedel av de 30-talet patienter som deltog i en studie av Lu-177 PSMA vid ett cancercentrum i Melbourne, säger Ola Bratt.

– Visst, det finns anledning att tro att Lu-177-PSMA kommer att bli ett värdefullt behandlingstillskott för många män med prostatacancer. Men vi måste ta reda på vilka som ska behandlas och vilka som inte ska det, innan vi sprider behandlingen i rutinsjukvård. För att definiera indikationen behövs stora randomiserade studier, säger han.

Nu under hösten påbörjas en stor randomiserad internationell multicenterstudie om Lutetium 177 PSMA, i vilken flera nordiska sjukhus deltar, däribland Sahlgrenska universitetssjukhuset, Karo-

linska universitetssjukhuset i Stockholm, Skånes universitetssjukhus i Lund och Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Först när resultat av dessa studier är klara, får vi en bild av hur väl behandlingen egentligen fungerar, menar Ola Bratt.

Men mindre studier har ju ändå visat att behandlingen har effekt?

– Det finns många exempel på nya behandlingar som efter tidiga små studier förmodats vara enastående bra, men som har stoppats när stora randomiserade studier har visat andra resultat än de förväntade. Skulle vi börja utgå från principen att behandla patienter utifrån det som är lovande och inte invänta resultat från randomiserade studier, så gör vi framtidens patienter en björntjänst, säger Ola Bratt.

Han nämner benmärgsinplantation för bröstcancer som ett exempel, där de första studierna visade goda resultat, men där vidare studier visade att fler patienter dog av behandlingen än utan den.

– Hade man då kört på utan de randomiserade, jämförande studierna, hade man fortsatt behandla med denna metod ännu i dag, säger Ola Bratt.

Men om patienterna inte har tid att vänta; om de får besked att de bara har något halvår kvar att leva?

– Det är klart att det är många patienter som tar tag i det sista halmstrået. Ser man det utifrån patientens synvinkel, förstår man detta. Men ser man det utifrån sjukvårdens synvinkel – att ett vinstdrivande företag erbjuder en mycket dyr behandling som patienterna kanske säljer huset för – ser det annorlunda ut. Patienten kanske får ytterligare några månader, men sedan kanske änkan står där utan hus, säger Ola Bratt.

– Visst, det kan låta cyniskt att säga att lovande behandlingar måste utvärderas ordentligt innan de tillämpas. Men om vi inte hade resonerat så de senaste 30 åren, så hade vi inte haft de behandlingar vi har i dag. Sjukvården har inte bara ansvar för dagens patienter, utan också för morgondagens, säger han.

Patienter nekas ersättning för vård utomlands – trots att motsvarande vård ges i Sverige

Just nu tar SKL fram transparenta prislistor över svettbehandlingar i syfte att ge landstingen bättre koll på sina kostnader för planerad vård utomlands. Samtidigt nekas patienter ersättning, trots att kravet att motsvarande vård ges i Sverige uppfylls.

▼ I ett pågående ärende har Försäkringskassan nekat ersättning för svettbehandling av ljumskar vid en klinik i

Danmark. Sådan behandling finns även i Sverige, något Försäkringskassan inte tycks ha känt till.

I sin fråga om vårdutbud i Sverige utgår myndigheten bara från det svar de får från patientens hemlandsting.

Tanken med patientrörlighetsdirektivet, som trädde i kraft för fem år sedan, var att göra det lättare för patienter att få hälso- och sjukvård i andra länder. I samband med direktivet blev landsting och regioner även ansvariga för kostnaden för denna vård.

Landstingens sammanlagda kostnad

för den planerade vård utomlands som beviljats ersättning via Försäkringskassan låg för tre år sedan på 45,3 miljoner kronor.

Under årets nio första månader var summan cirka 120 miljoner kronor.

Hasse Knutsson, handläggare för avdelningen vård och omsorg vid SKL, anser att man måste återta kontroll över ersättningsnivån.

– Sektorn är underfinansierad och pengarna måste tas någon annanstans än från landstingens kassa, hävdar han.

En avgörande orsak till att landstingen lätt kan förlora kostnadskontroll är att landstingens prislistor inte räknas som transparenta, menar Hasse Knutsson. Transparenta prislistor är nämligen en förutsättning för en av grundstenarna i patientrörlighetsdirektivet – att ersättningen för den planerade vård patienten får utomlands motsvarar vad vården skulle ha kostat i Sverige.

För samtidigt som en behandling av svett i handflata kan kosta omkring 32 000 kronor i Danmark, kan en liknande behandling i ett landsting i Sverige ligga på runt 2500 kronor.

SKL jobbar nu med att ta fram transparenta prislistor för svettbehandling. Förhoppningen är att i januari 2019 kunna publicera den prislista som krävs för att ersättningen för den vård som patienten får utomlands inte får överstiga högsta priset för motsvarande vård i Sverige.

Tanken är att man då tydligt i respektive landsting ska kunna se vilka kroppsdelar som man svettbehandlar och hur stor den högsta ersättningen som betalas ut för svettbehandling är.

Vad krävs för att listan ska bedömas som transparent?

– Det vet jag inte exakt. Dilemmat är att det inte finns någon entydig beskrivning av vad transparens är i detta sammanhang. Jag antar att det

får prövas i domstol, säger Hasse Knutsson.

SKL har även vänt sig till regeringen för att få till stånd en statlig utredning som ser över patientrörlighetslagen, och tittar på prislistorna, olika behandlingar och utbudet när det gäller olika behandlingsmetoder.

Någon sådan utredning finns det dock än så länge inga planer på, meddelar Erik Ahlin, handläggare vid Socialdepartementet, där frågan nu har beretts.

– Men det är en fråga som vi följer noggrant, säger Erik Ahlin till Sjukhusläkaren och konstaterar att man från regeringens sida däremot är positiv till att SKL nu på eget bevåg tillsammans med representanter ute i landstingen jobbar för att få fram en gemensam transparent prislista för svettbehandlingar.

Men samtidigt som man från SKL oroas över höga kostnader för svettbehandlingar, har flera patienter fått avslag på sina ansökningar om ersättning för sådana behandlingar, trots att de tycks uppfylla de kriterier som krävs för att få det.

Just nu pågår tre mål, där patienter som fått avslag på sina ansökningar om ersättning överklagat förvaltningsrättens dom och fått prövningstillstånd i kammarrätten.

En av patienterna har nekats ersättning för svettbehandling av ljumskar vid en klinik i Danmark. Detta med argumentet att sådan behandling inte ges i Sverige.

Men enligt SKL:s pågående kartläggning så erbjuds svettbehandling för ljumskar i Region Östergötland. Något som även Johan Rosengren, styrelseordförande vid Hidroskliniken i Sverige och Birgitta Stymne, överläkare vid hudkliniken, Universitets-

Fortsättning nästa uppslag >>>

Vägledande domar blev ekonomisk smäll för landstingen

Under 2016-2017 kom ett par vägledande domar som gav svenska patienter med hyperhidros rätt till full ersättning för sina behandlingar i Danmark.

▼ Detta innebar att landstingens kostnader ökade explosionsartat från drygt 45 miljoner kronor 2016 till nära 236 miljoner kronor 2017 då landstingen tvingades betala ut innehållna ersättningar för flera år tillbaka.

Den första domen gällde en patient från Stockholm som behandlats för svettning i händer och armbålar i Danmark. Patienten ansökte om ersättning för det belopp som behandlingen hade kostat i Danmark, cirka 32 000 svenska kronor.

Stockholms läns landsting ville dock bara betala 6 000 kronor och hänvisade till vad motsvarande vård skulle ha kostat i hemlandstinget.

Men enligt domstolens bedömning skulle behandlingen kunnat ha kostat lika mycket i Sverige, eftersom samma svettbehandling i Uppsala vid tidpunkten för domen kunde ligga runt 17 000 kronor.

Domen innebar att landstingen i Sverige måste betala ersättning för vården enligt prislistan hos kliniken utomlands.

I en senare dom i februari 2017 slog Högsta förvaltningsdomstolen också fast att landstingen har det fulla ekonomiska ansvaret och att det saknas transparenta prislistor vilket innebär att landstingen tills sådana finns ska betala ut patientens faktiska kostnad för planerad vård utomlands.

Kostnaderna för planerad vård utomlands ökar

År	Totalt (i kronor)	(Hydroskliniker)
2015	45 390 433	16 182 687 (35,6%)
2016	69 884 409	45 161 463 (64,6%)
2017	302 022 014	235 811 267 (78,%)
2018	(1 jan-8 okt)	122 656 749 68 085 856 (55,5%)

Över hälften av kostnaderna för planerad vård utomlands går till patienter med hyperhidros.

De fem vanligaste diagnoserna som patienterna sökt ersättning för 2015-2018

(Planerad vård utomlands. Antal registrerade ärenden som Försäkringskassan har fattat beslut om).

1. "Övrigt": **Cirka 11 000.** (Varav 80-90 procent handlar om hyperhidros).
2. Sjukdomar/skador, muskler och leder: **Cirka 1 170.**
3. Ögats sjukdomar/skador: **Cirka 930.**
4. Tumörer/Cancer: **Cirka 550.**
5. Psykiska sjukdomar: **Cirka 515.**

PELICAN ESTATE



Letar du efter ditt drömboende? En semesterbostad för vintern, en fastighetsinvestering eller en plats att pensionera dig på?

Välkommen till Naples på Floridas västkust – ett tropiskt paradys vid Mexikanska Golfen.

Pelican Estate hjälper dig som vill köpa hus eller lägenhet i Naples.

Dra nytta av vår erfarenhet vid ett bostadsköp. Vi hjälper dig genom en professionell & säker köpprocess! Mer info på www.pelicanestate.se

PELICAN ESTATE | asa@pelicanestate.se | Tel: 0708 16 95 44

sjukhuset i Linköping, bekräftar för Sjukhusläkaren.

– Vi använder oss av de nationella riktlinjerna i Sverige och enligt dem ska svettbehandling inom vårdvalet ges endast för kroppsdelarna armbålor och handflator, konstaterar Birgitta Stymne.

– Men i undantagsfall och om medicinska skäl finns ger vi, efter en medicinsk bedömning även svettbehandling för andra begränsade områden, exempelvis ljumskar eller panna, tillägger hon. Detta är inget nytt, utan har förekommit i nära två decennier, så länge svettbehandling har funnits i regionen, påpekar Birgitta Stymne.

Något som Försäkringskassan dock inte verkar ha känt till när man bedömt patientens rätt till ersättning i det pågående målet.

När Försäkringskassan ska bedöma om en patient som fått behandling utomlands har rätt till ersättning via landstinget, vänder sig myndigheten till patientens hemlandsting, berättar Elisabeth de Verdier, verksamhetsutvecklare vid Försäkringskassans avdelning för internationell vård för Sjukhusläkaren.

Försäkringskassan frågar exempelvis det enskilda landstinget om det erbjuder svettbehandling av just denna kroppsdel och om patienten skulle ha fått denna behandling i något annat landsting i Sverige. Landstingets yttrande är sedan en del av underlaget för Försäkringskassans beslut.

Hur kan ni veta, att ett enskilt landsting har koll på behandlingsutbudet i hela landet?

– Enligt ersättningslagen så är det patientens hemlandsting som vi har att

tillfråga. Vi kan inte utgå ifrån att landstingen inte skulle svara sanningsenligt.

Vad händer, om den uppgift ni fått av det enskilda landstinget inte visar sig stämma?

– Får vi kännedom om att behandlingen ges i ett visst landsting så går vi vidare i vår utredning, säger Elisabeth de Verdier.

Vad är din förklaring till att patienter får avslag när det gäller ersättning för svettbehandling av ljumskar vid klinik utomlands trots att denna behandling finns i Sverige?

– En förklaring kan vara att vi utgått från yttrande från ett landsting som säger att den här behandlingen erbjuder vi inte och vi har ingen kännedom om att något annat landsting erbjuder det heller, säger Elisabeth de Verdier.

Då har ni ju fått fel svar från det enskilda landstinget i fråga. Tycker du inte att ert sätt att insamla information om hela landets vårdutbud riskerar att ge väl godtyckliga svar?

– Det är inte godtyckligt. Vi tillfrågar hemlandstinget i varje enskilt ärende och yttrandet är en del av beslutsunderlaget. Och om hemlandstinget eller patienten säger att vården ges i ett annat landsting så utreder vi ärendet vidare.

Även i den vägledande dom som kom i november 2017, nekades en kvinna från Skåne, som genomgått svettbehandling av ljumskar i Danmark år 2014 ersättning med motiveringen att motsvarande vård inte gavs i Sverige. Detta avslag hade däremot en tydlig förklaring, enligt Elisabeth de Verdier.

– Patienten var inte hemmahörande i Region Östergötland, säger hon.

När det gäller öppenvård trädde den lag, som gav patienten möjlighet att välja ett annat landsting än sitt eget, i kraft först den 1 januari 2015. Eftersom kvinnan fick sin behandling före 2015 var patientlagen ännu inte tillämplig, resonerar Elisabeth de Verdier.

Men enligt Johan Rosengren, som även är de tre patienternas ombud i de pågående målen, strider den vägledande domen mot EU-rätten.

– Det är anmärkningsvärt att Högsta förvaltningsdomstolen har bortsett från att behandlingen har givits både i patientens hemlandsting och i övriga landsting i Sverige i många år, säger han.

Enligt EU-direktiv och enligt förarbeten till ersättningslagen finns dessutom inget krav på att behandlingen ska finnas i Sverige, menar Johan Rosengren.

Av förarbetena till ersättningslagen framgår att det centrala för rätten till ersättning är om vården är medicinskt motiverad och om den har utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rätten till ersättning för vård i ett annat EES-land ska därför, enligt patienternas yrkande i de pågående målen, inte vara beroende av vilken vård som bekostas av det allmänna i Sverige. Den vård som patienterna har fått i Danmark har varit medicinskt motiverad och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den har dessutom även givits inom det allmänna svenska sjukvårdssystemet, enligt patienternas yrkande.

Ebba Blume

EMPRESSIN[®]
ARGIPRESSIN

When options matter



Empressin[®] (arginin vasopressin) finns nu registrerat i Sverige.

Se produktresumé, SPC. Sök: Empressin – www.fass.se

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.

EMPRESSIN (argipressin). Koncentrat till infusionsvätska, lösning, Rx, EF. **FARMAKOLOGISK GRUPP:** Vasopressin och analoger. **STYRKA:** 40 IE/2 ml, 40 IE argipressin motsvarar 133 mikrogram. **INDIKATION:** Empressin är avsett för behandling av katekolaminrefraktär hypotoni i samband med septisk chock hos patienter över 18 år. Katekolaminrefraktär hypotoni föreligger om det genomsnittliga artärtrycket inte kan stabiliseras till målvärdet trots tillräcklig volymsubstitution och användning av katekolaminer. **DOSERING:** Behandling med argipressin till patienter med katekolaminrefraktär hypotoni ska helst påbörjas inom de första sex timmarna efter septisk chock, eller inom 3 timmar efter debuten om patienten står på höga doser katekolaminer. Argipressin ska administreras som kontinuerlig intravenös infusion av 0,01 IE per minut, givet med en infusionspump/sprutpump. Beroende på den kliniska responsen kan dosen ökas var 15–20 minut upp till 0,03 IE per minut. För patienter under intensivvård är det normala målvärdet för blodtrycket 65–75 mmHg. Argipressin ska endast användas som tillägg till konventionell vasopressorbehandling med katekolaminer. Doser över 0,03 IE per minut ska endast administreras som akut behandling, eftersom det kan orsaka tarm- och hudnekros samt öka risken för hjärtstopp. Behandlingstiden ska anpassas efter den individuella kliniska bilden, men ska helst vara minst 48 timmar. Behandling med argipressin får inte avbrytas plötsligt utan ska trappas ned med hänsyn tagen till det kliniska sjukdomsförloppet. Den totala varaktigheten för behandlingen med argipressin avgörs av ansvarig läkare. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Denna produkt ska inte användas omväxlande med andra läkemedel som innehåller argipressin vars styrka uttrycks i andra enheter (till exempel pressorenheter P.U.). Argipressin får inte administreras som bolus för behandling av katekolaminrefraktär chock. Argipressin får endast administreras under noggrann och kontinuerlig övervakning av hemodynamiska och organspecifika parametrar. Behandlingen med argipressin ska endast inledas om det inte går att bibehålla tillräckligt högt perfusionsstryck trots adekvat volymsubstitution och användning av katekolaminerga vasopressorer. Argipressin ska användas med särskild försiktighet till patienter med hjärt- eller kärlsjukdomar. Användning av höga argipressindoser på andra indikationer har rapporterats orsaka myokard- och tarmischemi, hjärt- och tarminfarkt samt nedsatt perfusion av extremiteterna. Argipressin kan i sällsynta fall orsaka vattenintoxikation. Tidiga tecken som sömnhet, håglöshet och huvudvärk ska uppmärksammas i tid för att förhindra dödlig koma och kramp. Argipressin ska användas med försiktighet vid epilepsi, migrän, astma, hjärtsvikt eller något tillstånd där en snabb ökning av extracellulär vätska kan utgöra en risk för ett redan överbelastat system. Ett positivt nytta-riskförhållande har inte påvisats i den pediatrika populationen. Användning av argipressin på denna indikation till barn och nyfödda rekommenderas inte. Detta läkemedel innehåller mindre än 1 mmol natrium (23 mg) per ml, d.v.s. är näst intill "natriumfritt". **FÖRPACKNINGAR:** 10 ampuller à 2 ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. **ÖVRIG INFORMATION:** Empressinkoncentrat får inte administreras utan spädning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 26 juni 2018. **DISTRIBUTÖR:** AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Virdings Allé 32B, 750 54 Uppsala, +46 70 631 87 00, office.se@aoporphan.com

www.aoporphan.com

AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

VAS001_1018SE



WEJDAN ALMASOUDI, 27 ÅR



ANMAR MANDOURAH, 30 ÅR



AHMED BADRI, 32 ÅR

Sjukhusläkaren träffade läkarna som kommit från Saudiarabien till Skåne för att specialistutbilda sig

Trycket på de platser för specialistutbildning för saudiska läkare som erbjuds i Region Skåne har i år ökat jämfört med tidigare år. Och situationen i Saudiarabien får inte regionen eller dess vårdbolag att tveka inför ett fortsatt samarbete.

Sjukhusläkaren har träffat tre av de saudiska läkare som har valt att specialistutbilda sig i Sverige.

– Systemet är mindre hierarkiskt här, överläkare och ST-läkare tar mer hjälp av varandra. Det kommer jag att ta med mig till Saudiarabien, säger läkaren Wejdan Almasoudi, 27.

Antalet intresseförfrågningar till de 35 platser för specialistutbildning under ST-liknande former som Region Skåne erbjuder via sitt vårdbolag Skåne Care, har fördubblats jämfört med året innan. Sedan sommaren har Skåne Care fått omkring 200 förfrågningar, medan motsvarande siffra förra året var 100, enligt uppgift från vårdbolaget.

Mikael Rosén, vd för Skåne Care, menar att ett skäl kan vara att både ST-utbildningen och den informella specialistutbildning som de saudiska läkarna får i Sverige har ett gott rykte.

Trots att flera företag, storbanker och ministrar valde att hoppa av investeringskonferens i Saudiarabien efter mordet på den regimkritiske journalisten Jamal Khashoggi, är situationen i landet inget som får Skåne Care eller Region Skåne att ställa sig tveksamma inför ett fortsatt avtal.

– Situationen som har uppstått är mycket bekymmersam och kräver eftertanke. Vi följer Sveriges exportstrategi, där Saudiarabien är ett av de listade



De tre saudiska läkarna Wejdan Almasoudi, Anmar Mandourah och Ahmed Badri kommer alla tre från Mecka där de redan har jobb som läkare. På frågan om vad den tydligaste skillnaden är mellan Saudiarabien och Sverige ger de tre läkarna i stort sett samma svar: Att hierarkin inte är lika stark i Sverige och att överläkare och ST-läkare kommunicerar mer direkt med varandra. Foto: Ebba Blume

länder som är prioriterade.

Det är inget att hymla med att det finns ett demokratiskt underskott i landet, men just därför är det än viktigare med ett samarbete som kan påverka

grundinställningen, resonerar Mikael Rosén, vd Skåne Care.

Och just när det gäller sjukvården som arbetsplats är den mer jämställd än i övriga samhället i Saudiarabien,

hävdar han.

– De saudiska läkarna är i Sverige i sex år och tar med sig en god portion svenska värderingar och synsätt när de kommer tillbaka hem. När de sedan

börjar arbeta som överläkare och i chefsroller där sätter de i sin tur sin prägel på sin arbetsplats i decennier framöver, säger Mikael Rosén.

Avtalet innebär att läkarna som

kommer till Sverige utbildas i svenska och 18-24 månader efter antagning startar sin kliniska utbildning. Det är verksamhetschef och sektionschef på respektive klinik som avgör när de är kompetenta och klarar av vissa moment.

När läkarna är färdiga med utbildningen återvänder de till Saudiarabien för att arbeta som specialister.

Hinner samarbetet då gagna sjukvården i Skåne?

Ja, menar Ingemar Petersson, forsknings- och utbildningschef vid SUS.

– Alla som går denna typ av utbildning når snabbt en viss grad av självständighet. De jobbar i sjukvården på samma sätt som ST-läkare gör. De är viktiga för sjukvården och ännu viktigare för SUS profil; att jobba med global inriktning, säger han.

Många av de saudiska läkarna har gjort sin läkarutbildning i andra länder, konstaterar Ingemar Petersson.

– Så när de kommer till oss har de med sig ett kunnande från andra lärosäten, jag ser det som berikande, säger Ingemar Petersson, som inte heller ser några tveksamheter med att samarbeta med Saudiarabien.

Avtalet och samarbetet är i enlighet med beslut i Sveriges riksdag, betonar han.

– Varför skulle vi förvägra att ge utbildning till vanligt folk i vården? Det vore oetiskt att inte göra det, säger han.

I Saudiarabien fungerar akutsjukvård och högspecialiserad vård bra i stadsområden, mindre bra i glesbygd. Men i praktiken finns ingen fungerande primärvård, enligt Ingemar Petersson, som för något år sedan var i Saudiarabiens

Fortsättning nästa uppslag >>>

”I Saudiarabien fördelar man i högre grad än i Sverige patienter mellan olika sjukhus, offentliga liksom privata”

huvudstad Riyadh och träffade olika företrädare för hälsoministeriet där.

– Eftersom jag var på plats fick jag med egna ögon se att det jobb vi gör kommer vanligt folk till del. De redovisade tydliga planer för oss på hur man ska dela upp landet i ett antal sjukvårdsdistrikt och utifrån dem bygga upp både sjukhusvård och primärvård, berättar han och tillägger:

– Det är lovvärt att man vill göra detta och att vi kan bidra genom kompetens och utbildning.

Och någon risk för undanträngningseffekter finns inte, enligt Ingemar Petersson.

– Nej, vi har jobbat mycket med att detta inte ska uppta vanliga ST-platser i vården, säger han.

De tre saudiska läkarna Wejdan Almasoudi, Anmar Mandourah och Ahmed Badri pratade livfullt och engagerat och på flytande svenska när de berättar om sin utbildning och de första intryck av Sverige som de fick när de kom hit för tre år sedan.

De kommer alla tre från Mecca där de redan har jobb som läkare, men de kände inte varandra från början, berättar de när Sjukhusläkaren träffar dem vid kafé vid Skånes universitetssjukhus i Lund.

– Ärligt talat hade jag aldrig hört talas om Sverige och visste knappt något om landet innan jag kom hit. Men mitt första intryck var att det finns en mycket bra kardiologisk vård i Sverige, säger Anmar Mandourah, 30 år, läkare med kardiologi som specialitet,

Som läkare i Saudiarabien har man två möjligheter när man ska göra sin specialisttjänst: Antingen utbildas man på plats i landet i fyra-fem år för att sedan bli specialist, eller så har man möjlighet att genomgå denna utbildning utomlands.

Wejdan Almasoudi, 27, kunde först inte bestämma sig för om hon ville åka



Wejdan Almasoudi

” Det enda jag kände till om Sverige var Ikea, men sedan fick jag rådet att om man har neurologi som specialitet, så var Sverige bra. ”



Ahmed Badri

” Jag fick reda på av en professor i USA att den bästa specialistutbildningen förutom i USA finns i de skandinaviska länderna ”

till Tyskland eller Sverige för att specialistutbilda sig.

– Det enda jag kände till om Sverige var Ikea, säger hon med ett skratt.

Men sedan fick hon rådet att om man, som hon, har neurologi som

specialitet, så var Sverige bra.

Hon mailade Ida Leander-Pehrson vid Skåne Care, genomgick sedan en intervju med ansvarig verksamhetschef för neurologikliniken vid Skånes universitetssjukhus i Lund och beviljades en specialistutbildningsplats där.

Ahmed Badri, 32, som har anesthesi som specialitet, började i sin tur med att göra sin specialistutbildning i Chicago och funderade sedan på om han skulle fortsätta i Saudiarabien, Tyskland, Kanada eller i Sverige. Genom en vän, som arbetar inom anesthesi, fick han höra att utbildningen börjar smidigt och bra i Sverige och enligt en professor han talade med i USA finns den bästa specialistutbildningen, förutom i USA, just i skandinaviska länder.

Ahmed Badri ansökte både till Sahlgrenska universitetssjukhuset och till Skånes universitetssjukhus och kallades till intervju till båda platserna. I Göteborg skedde intervjun på plats under en vecka, för Skåne blev det en lång Skype-intervju.

Ahmed antogs till båda platserna. Att valet till slut blev Skåne berodde på att utbildningens upplägg verkade tydligare där, menar han.

I kontraktet står att ST-kandidaterna måste lära sig svenska innan de börjar sitt kliniska arbete och Wejdan, Anmar och Ahmed fick ägna sina första 8-10 månader i det nya landet med att lära sig språket, något de upplevde som lite svårt i början.

Nu flyter deras svenska däremot smidigt och de har lätt för att hitta orden även på avancerad medicinsk nivå.

På frågan om vad den tydligaste skillnaden är mellan Saudiarabien och Sverige när det gäller vårdmiljön och utbildning ger de tre läkarna i stort sett samma svar:

Att hierarkin inte är lika stark i Sverige och att överläkare och ST-läkare

kommunicerar mer direkt med varandra.

– Jag fick bättre kommunikation med mina överläkare och seniora ST-kollegor när jag började här, jämfört med i både Saudiarabien och USA. Och här finns alltid någon som hjälper och stöttar, berättar Ahmed Badri.

Det som Wejdan Almasoudi i sin tur blev mest förvånad över var första gången som de sa till henne att hon kunde kalla verksamhetschefen här vid hans första namn och inte behövde använda titeln ”doktor”.

– Det gjorde mig väldigt imponerad, säger hon och tillägger:

– Det var också tydligt att jag kunde vända mig till min handledare vid problem – och detta även efter fyra månader i Sverige. Man blir också väl omhändertagen innan man börjar arbeta på kliniken; man får tydligt veta sitt schema, vilken randning man ska gå, och så vidare.

Något som Anmar Mandourah säger sig vara särskilt imponerad av i Sverige är sjuksköterskorna, i alla fall dem som han har kommit i kontakt med på kardiologiska avdelningen vid Skånes universitetssjukhus i Malmö.

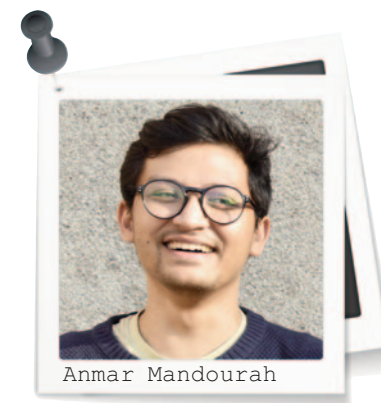
– Man kan verkligen lita på deras kompetens och stöd, säger han.

Trots att de trivs bra i Sverige, har ingen av de saudiska läkarna några planer på att stanna i landet för gott när specialistutbildningen väl är slut. Enligt avtalet ska de ju också komma tillbaka till sina arbetsgivare i hemlandet, som betalar för deras utbildning här.

– Och så har vi ju våra familjer där, det känns inte bra att lämna dem, säger Anmar Mandourah och syftar då på sin ursprungsfamilj.

Hans fru har däremot följt med honom till Sverige och hans två små barn har fötts här.

När det gäller Wejdans man så har han nyligen fått en plats inom samma specialistutbildning, fast på kirurgen, vid SUS i Lund, så för hennes del kan vistelsen i Sverige bli längre än planerat. Men sedan vill även hon återvända till sitt arbete som läkare vid det högspecialiserade sjukhuset King Abdullah Medical City i Mecca, för att



Anmar Mandourah

” Jag tror att media utmålar en helt fel bild av Saudiarabien, det är helt annorlunda i verkligheten, vi får gratis utbildning och man får välja att jobba med vad man vill. ”

komma tillbaka dit som specialistutbildad neurolog.

– Det är vårt hemland och vi vill tillbaka för att utveckla vården där, säger hon.

Hur jämlik är egentligen vården i Saudiarabien? Har alla samma tillgång till vård?

– Ja, hävdar Wejdan Almasoudi och Anmar Mandourah. Liksom i Sverige ges akutvård gratis även till dem som inte är saudiska och vård på avdelning, mottagning och återbesök är kostnadsfria, uppger de.

Hur förhåller ni er till att leva och arbeta i ett land som Saudiarabien, som inte är demokratiskt styrt?

– Jag tror att media utmålar fel bild av Saudiarabien, det är helt annorlunda i verkligheten. Vi får gratis utbildning och man får välja att jobba med vad man vill, säger Wejdan Almasoudi.

Det finns demokratiska delar av Saudiarabien, men media visar inte detta, menar hon.

– Men när man kommer till Saudiarabien och bor där, så kan man se hur demokratiskt exempelvis sjukvården fungerar.

När Wejdan Almasoudi kom till Sverige var många här till exempel väldigt imponerade av att det finns kvinnliga läkare i Saudiarabien, berättar hon.

– De tror att läkarutbildningen bara finns för män, men det är helt fel. Inom

vissa områden är det rentav vanligare med kvinnliga läkare i Saudiarabien och vi får lika hög lön som manliga läkare, säger hon.

Hur är situationen när det gäller vårdplatser vid offentliga sjukhus i Saudiarabien?

– I Saudiarabien fördelar man i högre grad än i Sverige patienter mellan olika sjukhus, offentliga liksom privata. Om det är fullt på ett offentligt sjukhus kan man ta hjälp av ett privat sjukhus och höra om patienten kan läggas in där, utan att patienten behöver betala för det, säger Wejdan Almasoudi.

Någon läkarbrist råder inte i Saudiarabien, det finns tvärtom ett överskott av läkare, enligt Anmar Mandourah och Wejdan Almasoudi.

Däremot kan det vara ett högt tryck på ST-tjänster även där. När det gäller internmedicin finns många ST-platser, inom neurologi finns däremot färre ST-tjänster, enligt Wejdan Almasoudi.

– Det kanske finns ett tiotal platser per region och man får jobba hårt för att få dem, både i Saudiarabien och utomlands, säger hon.

Vad är det viktigaste som ni tar med er från Sverige?

– Att systemet är mindre hierarkiskt. Att jag vill vara en kollega till ST-läkare där, att vi kan lära tillsammans, det behöver inte bara vara överläkaren som lär ST-läkaren, säger Wejdan Almasoudi.

Anmar Mandourah har i sin tur inspirerats av hur systemet med EKG i ambulans fungerar i Sverige.

– Det fungerar jättebra här. Det finns i Saudiarabien också, men behöver utvecklas där, säger han.

Eftersom trycket är så högt på utbildningsplatserna i Skåne, kan man vid Skåne Care tänka sig att utöka antalet platser framöver, enligt Ida Leander-Pehrson, specialist training manager, Skåne Care.

– Men det är också upp till sjukvården och verksamhetschefer vid berörda kliniker, betonar hon.

Region Skåne har etablerat strokelinje i Förenade Arabemiraten

Nu under hösten har Region Skåne etablerat stroke-sjukvård vid det offentliga sjukhuset Sheikh Khalifa Medical City i Ajman, ett emirat norr om Dubai i Förenade Arabemiraten.

▼ – Vi erbjuder nu den direkta stroke-linjen som vi från början kom in och började jobba med där, berättar Jesper Petersson, verksamhetschef för neurologi och rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukhus. Nyligen genomförde man även en första trombolys vid sjukhuset..

Initiativet kom från början från sjukhuset i Ajman, som tog kontakt med Region Skånes bolag Skåne Care för att få hjälp med att utveckla sjukhusets strokesjukvård enligt svensk modell.

Projektet, som började som en förstudie förra året, resulterade i ett nytt avtal som trädde i kraft i januari i år.

I praktiken innebär det att ett team av neurologer, rehabpersonal och sjuk-

sköterskor från Region Skåne med hjälp av Skåne Care håller i utbildningsmoduler och några veckor per år utbildar personal (på engelska) på plats på sjukhuset i Ajman.

Generellt är strokesjukvården vid offentliga sjukhus i Ajman i Förenade Arabemiraten praktiskt taget obefintlig, enligt Mikael Rosén, vd vid vårdbolaget Skåne Care, som ägs av Region Skåne.

– Strokepatienter får komma dit i egen bil, de får kanske en albyl och får sedan vila, säger han.

Nu under hösten har man via samarbetet med Region Skåne kommit en bra bit på väg i att etablera sjukhusets strokesjukvård, berättar Jesper Petersson, som själv deltagit i strokesjukvårdsteamet i Ajman.

– Nu kan man erbjuda den direkta strokelinjen på sjukhuset, den vi i början jobbade för att etablera, säger han till Sjukhusläkaren.

Har ni sett några konkreta resultat av arbetet ännu?

– Nej, det är ännu i sin linda. Men nu prioriterar de stroke på ett annat sätt på sjukhuset, de patienterna får nu mer uppmärksamhet på deras akutmottagning.



Vad är det specifikt med den svenska strokesjukvården som man vill implementera där?

– Här satsar vi till exempel på akut logistik, och börjar redan i ambulansen att knyta ihop ambulans med akut direktspår, sedan har vi en hög grad av övervakning de första 24 timmarna, säger Jesper Petersson.

För att få en effektiv strokeenhet krävs ett välorganiserat team med specialister från olika områden. Vid sjukhuset i Ajman vill Region Skåne etablera en strokebehandling där man så tidigt som möjligt i behandlingsprocessen genom exempelvis trombolys kan genomföra nödvändig behandling av påverkade kärl.

Än så länge kan man dock inte ha någon trombolys vid sjukhuset i Ajman, det finns ännu inte tillräckligt utbildade sjuksköterskor som exempelvis har lärt sig hur man övervakar strokepatienter, menar Jesper Petersson, som var en av dem som för omkring 15 år sedan var med och byggde upp strokesjukvården i Skåne.

– Samma resa som vi gjorde under flera år, ska de vid sjukhuset i Ajman göra på ett eller ett par år, säger han.



Det svenska teamet vid sjukhuset i Ajman: Från vänster Stefan Olsson Hau, sektionschef, neurologi, SuS, Malmö, Johan Snygg, chief Medical Officer, Sheikh Khalifa Medical City och Caroline Nilsson, enhetschef, neurologi, SuS, Malmö.

Skånes utbyte med sjukhuset pågår även under nästa år.

Hur kommer denna värdeexport sjukvården i Region Skåne till del?

– Det vi har sett är att detta har gett personal ett lyft. I början var det ett litet gäng entusiaster, andra var lite tveksamma inför att åka dit. Nu har det blivit en kö av läkare och sjuksköterskor som anmält sig frivilligt för att vara en del av teamet. Personalen uppskattar att dela med sig av sin kunskap och detta kan hjälpa oss att strukturera vår egen stroke-sjukvård, säger Jesper Petersson.

Den intäkt som Region Skåne får av utbytet kommer i sin tur sjukvården i Skåne till del, menar han.

Finns det något som ni kan lära av sjukhuset i Ajman?

– Ja, vi har diskuterat det. De är väldigt intresserade och förhåller sig öppet och lyhört inför nya behandlingsmetoder. Det finns en nybgaranda som är kul att möta. Vid sjukhuset arbetar läkare från många olika länder, som exempelvis Italien och Pakistan.

Känner du några tveksamheter inför denna form av utbyte med en diktatur?

– Vi träffar vanliga människor som sysslar med vanlig sjukvård, så det känns helt ok.

Det handlar om att överföra kunskap och

det är ju bättre att man i landet lägger pengar på att hjälpa folk än på andra saker, resonerar Jesper Petersson.

Vården i Förenade Arabemiraten är trots allt förhållandevis jämlik, menar han.

– Ingen vägras akut vård och även gästarbetare får vård om de exempelvis drabbas av hjärtinfarkt. När det gäller nästa steg i vårdkedjan kan det däremot bli mindre jämlikt.

Brottas de med liknande problem som i Sverige; brist på vårdplatser och vårdpersonal?

– Nja, de brottas med brist på neurologer. Men de har andra finansiella muskler att till exempel ta in läkare och sjuksköterskor från andra länder, också i och med att man där har engelska som sjukvårdsspråk, säger Jesper Petersson. Generellt är det lätt att få dit kirurger, däremot svårare att få dit de specialistläkare inom stroke som man vill ha, menar han.

– De har en högre omsättning av specialister än vi. Ofta jobbar specialistläkarna där i fyra-fem år som utländska läkare och sedan far de hem. Det blir lite av en månlandning varje gång, säger Jesper Petersson.

FAKTA | Strokesjukvård på export

I Förenade Arabemiraten är stroke en av de vanligaste dödsorsakerna och strokesjukvården är inte fullt utvecklad i hela landet.

▼ Patienter som bor i landets nordliga delar måste exempelvis åka till Dubai, något som kan innebära risk för försening och därmed riskera patientsäkerheten.

Genom det egna bolaget Skåne Care, samt experter från Skånes Universitetssjukhus, etablerar Region Skåne nu under senhösten en multidisciplinär strokeenhet vid det offentliga sjukhuset Sheikh Khalifa Medical City i Ajman.

Tidigare har Region Skåne genom Skåne Care och SUS bidragit till att etablera ett diabetes-center vid sjukhuset i Ajman.

Skåne Care omsatte drygt 41 miljoner kronor förra året

▼ Skåne Care, som är ett bolag helägt av Region Skåne, omsatte 2017 drygt 41 miljoner kronor. Nästan 22 miljoner kronor kom från rörelsegraden patientvård. 16 miljoner kronor kom från utbildning och 3 350 000 kronor från konsultverksamhet. Källa: Årsredovisning Skåne Care 2017.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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




Sjukhuset i staden Lanzhou saknar strukturerad traumaskvård och har nu vänt sig till Region Skåne för att få hjälp.



Kinesiskt sjukhus tar hjälp av Skåne för att förbättra traumavården

Vid sjukhuset i staden Lanzhou i Gansu-provinsen i Kina har man bitt Region Skåne om hjälp med kompetensförstärkning i samband med etableringen av ett traumacenter i regionen.

▼ Ett team av sjukvårdspersonal vid Skånes universitetssjukhus har nyligen varit nere på en veckas workshop i staden Lanzhou i Kina för att inventera den befintliga strukturen för traumaskvård som finns där.

Stefan Santén, sektionschef kirurgen, Skånes universitetssjukhus i Lund, ingick i den grupp som var på plats för att se hur traumaskvården i nuläget

fungerar i Lanzhou.

Vad är det framför allt som saknas i traumaskvården i Gansu-provinsen?

– Där finns varken korrekt utrustning, kompetens eller någon fungerande logistik från det att patienten skadas till akutmottagning och vidare in i verksamheten, säger han.

I Kina är olyckstalet generellt väldigt stort, menar Stefan Santén; man åker exempelvis moped oskyddad och kör bil utan säkerhetsbälte. Och när olycksriskerna är höga gäller det för sjukvården att hänga med och få så många som möjligt att överleva.

Vad är det specifikt med svensk traumaskvård som sjukhuset i

Kina efterfrågar?

– All modern traumaskvård i västvärlden bygger på traumalgoritmer som i huvudsak kommer från USA, där man tillägnat sig traumakompetens under de krigserfarenheter som man har varit utsatt för i flottan, Vietnamkriget och Gulfkriget, säger Stefan Santén.

Vad får er regions sjukvård ut av utbytet?

– Utbytet är i sig nyttigt. Träning ger färdighet och om våra kinesiska kolleger behöver hjälp där under en längre period ger det också vår personal träning i bättre traumaomhändertagande.

Ebba Blume

I VÄNTAN PÅ VADÅ?

Hur står det till med svensk hälso- och sjukvård, egentligen? Ja, inte så bra som SKL försöker få det att framstå i alla fall. Och om man ska tro de nya siffror som nu presenterats på den särskilda hemsidan om väntetider i vården, så är det till vissa delar riktigt illa.

Jag har tidigare givit uttryck för viss skepsis när det gäller SKLs hanterande av information och fakta. Det är jag ju inte ensam om såklart, vilket blev tydligt när mina kolleger redovisade hur skeva deras jämförande analyser av väntetider i vården egentligen är. SKLs analytiker visste givetvis redan det och att de ändå går vidare och publicerar en sån rapport tror jag visar på en viss grad av desperation.

Och när man ser de nya siffror som SKL nu lagt upp på väntesidan, så förstår man också orsaken till den desperationen. I en vad jag förstår särskild insats har man i många landsting mätt de faktiska väntetiderna för olika typer av vårdinsatser. Alltså inte bara den ganska meningslösa informationen om hur många (eller få...) landsting som lever upp till den s.k. vårdgarantin.

Den del av databasen som hittills verkar mest komplett redovisar väntetider i antal dagar för olika former av undersökningar. Jag har klickat mig igenom de flesta av dessa och bilden som framträder är i flera fall, milt uttryckt, anmärkningsvärd.

En vanlig och inte alltför avancerad undersökning är arbets-EKG. Medianväntetiden för en sådan var i mars i år för alla deltagande landsting 35 dagar. De flesta hallänningar fick i samma månad vänta 83 dagar och den som fick vänta längst gick runt i 153 dagar innan en maskin blev ledig.



AV
BJÖRN
EKMEN
• Hälsoekonom

Jag vill inte klampa in på kliniska områden som jag inte behärskar, men något säger mig att ett arbets-EKG inte görs för nöjes skull utan att grunden är en misstanke om ett problem, troligen i hjärttrakten. Att då behöva vänta i över en månad och ibland betydligt längre än så förefaller kardiologiskt tveksamt.

Nu har jag gjort som SKL gör med OECD-data, dvs. jag har tagit data rakt upp och ner och dragit några slutsatser. Det är farligt (som SKL nu eventuellt har lärt sig) så jag gjorde en kvalitets-

kontroll. Av en tillfällighet fick jag chansen att fråga en kollega från Stockholm hur länge han skulle få vänta på att få göra ett arbets-EKG som han nyss hade fått remiss för. Stockholm finns inte med i databasen som SKL redovisar, men i det här fallet så var väntetiden 70 dagar. På en klinik mitt i den klinik-tätaste delen av landet. Det är som att stå och vänta på tunnelbanan i två timmar mitt i rusningstrafiken!

Jag tror att få skulle acceptera att vänta så länge på tricken. Men när det gäller hälso- och sjukvård så accepterar vi det för att, ja, för att det är ju hälso- och sjukvård och där ska man vänta, även i rusningen.

Många skulle nog säga att de här långa väntetiderna beror på personalbrist då någon ju måste sätta på och ta av elektroderna vid en EKG-undersökning. Det är möjligt, men jag tror inte att personalbrist är en huvudorsak då väntetiderna i så fall i princip skulle vara lika långa i alla landsting och det är de inte.

Nej, jag tror i stället att väntetiderna är ett resultat av hur vården är utformad. Vi har valt att sprida ut våra knappa vårdresurser på ett stort antal politiska organisationer som gör att 127 dagars väntan för en ultraljudsundersökning (Kalmar, mars 2018) är vad man får acceptera idag.

Men gör vi verkligen det? Eller kan man tolka de framgångar som olika sjukvårdspartier hade i valet nyligen så att vi inte längre accepterar över två månaders väntetid för en rutinundersökning? Jag kanske romantiserar men det ska i alla fall bli väldigt intressant att ta del av fler faktiska väntetider i vården och i vilken utsträckning dessa fortsätter att accepteras av vårdens nya beslutsfattare. För det sägs ju att den som väntar på något gott väntar aldrig för länge...

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



**Sjukhusläkarna Göteborg
inbjuder till årsmöte****Datum:** 10 januari 2019.**Tid:** Start kl 17.30.**Plats:** Aulan Hjärtat på Sahlgrenska universitetssjukhuset/ Sahlgrenska.
Årsmötetstalar: Anna Nilsdotter, FOU-chef på Sahlgrenska Universitetssjukhuset kommer att tala om fortbildning för läkare, under rubriken: "Att vara läkare är att alltid lära".

Efter årsmötet bjuds medlemmarna på buffé. Anmälan för buffén senast 27 december till: anders.thurin@vgregion.se

**Missa inte Sjukhusläkarnas
representantskapsmöte
den 9 november**

▼ Temat för dagen är "Läkare som påverkar". Hur kan läkare göra skillnad i politiken och vad kan Sjukhusläkarna göra för att nå ut med sina kärnfrågor – vårdplatser, medicinskt ledarskap och fortbildning?

Tid: Fredagen den 9 november kl 10.00-16.30.**Plats:** Läkarförbundets konferens, Villagatan 5 i Stockholm.

Sjukhusläkarna står för resekostnader och ersättning för eventuellt inkomstbortfall. Om fler i din styrelse är intresserade av frågorna som diskuteras är även de välkomna att delta (dock utan ersättning för resa eller inkomstbortfall). Anmälan till wendela.zetterberg@slf.se senast 2 november.

**Sjukhusläkarna Stockholm
bjuder in till "torsdagspunsch"****Tid:** 14 november och 20 november.Olika föreläsare har bjudits in på temat "hot, våld och konflikthantering".
14 november: Nico Stark, säkerhetsrådgivare på Pinkerton.

20 november: Insatspolisen Jonas.

Plats: Klubbvåningen, Villagatan 5, Stockholm.**Tid:** Föreläsningarna börjar kl. 18.

Efteråt bjuds på årtsoppa och pannkakor.

För information och anmälan: gunnar.soderqvist@outlook.com.

**Uppdatera dina
medlemsuppgifter**

▼ Glöm inte att uppdatera dina personuppgifter när de ändras! Framförallt förekommer inaktuella mejladresser i våra register.

Logga in på <https://slf.se/min-sida>.

För frågor om ditt medlemskap: medlem@slf.se eller 08-790 35 70.

**Sjukhusläkarnas ordförande med i expertgrupp
som utreder sjukhusstrukturen i Europa**

• Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) är en självständig kommitté under Finansdepartementet. Just nu pågår ett arbete med en ESO-rapport om sjukhusstrukturen i Europa.

Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson är med i expertgruppen.

– Framförallt är det viktigt att hitta rätt parametrar och rensa i sammanblandad eller orätt statistik, säger Karin Båtelson.

Paneldiskussion om äldre multisjuka

• Den 25 oktober deltog Karin Båtelson i en paneldiskussion på Dagens medicins seminarium om äldre multisjuka.

– Vi vill se listning på fast läkare för kontinuitet i vården av äldre multisjuka. För en trygg och säker vårdkedja behövs också ett lokalt chefskap som har förutsättningarna för bygga ett team runt patienten, sa Karin Båtelson.

**Sjukhusläkarnas andre vice ordförande
intervjuad i media om nätläkarbesök**

• Nätdoktortjänsten KRY har en rekordstor ökning i antal läkarbesök, samtidigt som deras reklam har uppmärksammats. Sjukhusläkarna ser såväl reklamen som ökningen som problematisk.

Elin Karlsson, andre vice ordförande i Sjukhusläkarna och ordförande i Rådet för läkemedel, IT och medicinteknik, medverkade i Sveriges Radio P1 Morgon om nätläkarbesök behövs vid en förkylning samt i intervju med nyhetssajten Breakit.

Uppmärksammas debatt om läkare som chefer

• Sjukhusläkarna ordförande debatterade i Dagens samhälle om varför fler läkare inte är chefer i vården. Artikeln har delats flitigt och debatterats i sociala medier.

– Med chefskapet frikopplat från den professionella kunskapen

riskerar vi att styra fel, säger Karin Båtelson och många av de inspel vi har fått handlar om, precis som vi skrivit, att det saknas en förståelse för det kliniska i verksamheten. Länkt till artikeln: <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/alla-lakare-ar-ledare-sa-varfor-blir-de-inte-chefer-24434>**Motioner till Läkarförbundets fullmäktige**

• Sjukhusläkarna har skickat in fyra motioner till fullmäktige som äger rum 21–22 november.

• Etiska genvägar är senvägar.

• Läkares pensioner.

• Hot och våld i vården.

• Cykelställsmotion.

Den sistnämnda tillsammans med andra föreningar inom Läkarförbundet.

**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, Filmdragerade 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 trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärtklaffprotes. 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



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

AMGEN®

**Patienter med hyperkolesterolemi som fick Repatha® 140 mg varannan vecka, i tillägg till atorvastatin 80 mg