

LEDAREN

Brist på IVA-platser drabbar annan viktig vård



SUNDERBYN

Sjukhuset som går mot strömmen



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 4/2019

Riskfyllda flyttar av svårt sjuka har fördubblats på tio år



TEMA INTENSIV VÅRD

SIDORNA 10-34

**Patienter dör på grund av
brist på vårdplatser**

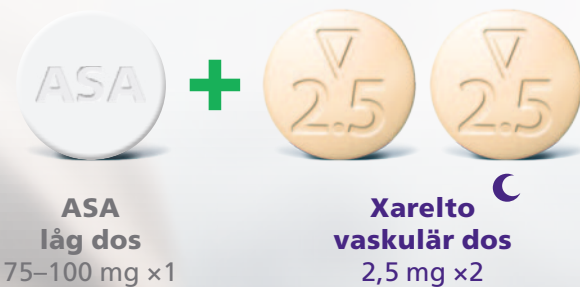


Sjukhusläkaren har pejlät läget från norr till syd



Xarelto® vaskulär dos i tillägg till lågdos ASA

- ◆ Förebygger aterotrombotiska händelser hos patienter med **kranskärslssjukdom med hög risk för ischemiska händelser**²
- ◆ Har visat bättre reduktion av effektmåttet **kardiovaskulär död, stroke eller hjärtinfarkt jämfört med enbart ASA**³



För större blödningar enligt modifierade ISTH-kriterier var den observerade risken för Xarelto + ASA 3,2 % vs. ASA 1,9 % (HR 1,66, p < 0,0001)³

Ingen signifikant skillnad i dödliga blödningar eller blödningar i kritiska organ³



ASA = acetylsalicylsyra; RRR = relativ riskreduktion; ARR = absolut riskreduktion; ISTH = International Society on Thrombosis and Haemostasis; ARI = absolut riskökning; HR = hazard ratio.

Referenser: 1. ESC Clinical Practice Guidelines on the management of Chronic Coronary Syndromes 2019. 2. Xarelto 2,5 mg produktresumé. 3. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in patients with stable coronary artery disease: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018 Jan 20;391(10117):205–18.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg (F). **Indikation:** Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslssjukdom eller symptomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen, i kombination med en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra. Behandlingslängden ska fastställas för varje enskild patient baserat på regelbundna utvärderingar med hänsyn tagen till risken för trombotiska händelser kontra blödningsrisk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia. Samtidig behandling av akut koronart syndrom i kombination med trombocyttaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Samtidig behandling av kranskärslssjukdom/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 kranskärslssjukdom/perifer kärlsjukdom som är ≥ 75 år och samtidigt tar enbart acetylsalicylsyra eller acetylsalicylsyra och klopidoogrel eller tiklopidin. Nyttan och risken med behandlingen ska regelbundet utvärderas för varje enskild individ. Datum för senaste översynen av produktresumén juli 2019. 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.



LEDARE

IVA INGEN ISOLERAD Ö

Finns det inte IVA-platser stoppas canceroperationer, donationer, och mycket annan vård som kräver IVA-resurser

Att flytta en IVA-patient på annat än medicinsk indikation med diagnoser som trauma, organpåverkan, respiratorbehandling kors och tvärs är något som bara skall göras i undantagsfall.

▼ Att IVA-registret nu visar att dessa flyttar har ökat betydligt och att patienter flyttas runt i alla större omfattning på grund av vårdplatsbrist är oacceptabelt.

Det är skadligt, resurskrävande, ger längre vårdtider, kan vara traumatiserande för patienten och skapar etisk stress hos sjukhus och ambulanspersonal. Det skapar frustration och ilska som ska kanaliseras och sen ännu värre, hopplöshetskänsla över att man som ansvarig inte kan ta de beslut som man vet skulle varit de rätta.

IVA är ingen isolerad ö längst in i huset. Bristen på IVA-platser stoppar upp både elektiv och halv akut vård i många verksamheter. IVA-vården är en för många patienter absolut nödvändig del, både för svårt akut sjuka, kroniskt sjuka med andningssvikt men också många andra patientgrupper som behöver IVA-resurser, kanske bara under del av ett dygn.

På en snabbfråga i Sjukhusläkarnas styrelse svarade de två kirurgerna, kardiologen, anestesiolagen, njurmedicinaren

och en av onkologerna direkt ja på att IVA-bristen alltid måste tas med i beräkning i deras arbetsdag. De gav som exempel från just deras verklighet som uppskjutna canceroperationer, större operationer, donationer med levande givare, mindre ingrepp med hög risk där man måste veta att IVA-plats finns, ingrepp som bara kräver en kortare tid på IVA postoperativt, eller bara att IVA-tillgång måste finnas för säkerhets skull. Man kan inte gambla med patientens hälsa.

Flyttar av IVA-patienter görs inte bara mellan sjukhus eller mellan intensivvårdsavdelningar. Platstbristen gör också att man kan tvingas flytta den patient som för stunden är den friskaste till vanlig avdelning. Detta kan medföra tragiska vårdskador då resursskillnaden är för stort och kompetensen en annan. Behovet av intermediärvårdsplatser är fortfarande stort och skulle också bidra till att spara in behovet av några IVA-platser.

Vid alla byten av vårdgivare riskeras att information tappas bort, vilket är väl beskrivet tidigare. Våra journalsystem är fortfarande inte lämpade för att snabbt och enkelt förmedla det viktigaste och mycket information i själva mötet och i den mänskliga kontinuiteten är en viktig faktor för säkerhet och bra behandling.

Sjukvården ska också ha beredskap för mer oförutsedda händelser som vid större olycka eller brand men också med insikt om ökad risk för större gängvåld och attentat. Det går inte att växla upp till säker och trygg omfattning om vi har för låg nivå från början. Befintliga nu stängda IVA-platser måste alltså hållas öppna och sen öka i antal.

Det handlar inte bara om antalet vårdplatser. Det handlar också om att vi ska vårda rätt patienter på rätt sätt. Metoder, apparatur, diagnoser förändras och utvecklas. Att läkares och sjuksköterskors fortbildning inte är reglerat i föreskrift är ofattbart. Vi har tagit upp detta med ansvarig minister Lena Hallengren och också fått draghjälp av andra partier, exempelvis (m) som lyft frågan med hänvisning till min ledare om fortbildning i Sjukhusläkaren.

Svaret är dock som tidigare att det är en fråga mellan parterna, men det har ju inte fungerat hittills. Här skulle vi behöva patientorganisationernas hjälp för att påverka regeringen!

Sveriges goda medicinska ställning internationellt är ett resultat av personalens kunskap och ansvarskänsla. Men just nu upprätthålls kvaliteten på många håll med personalens egen hälsa som insats. På sjukhus kan man idag tyvärr inte ta ansvar för mer än den lilla bit av patientens vårdtid som man har i omedelbar direktkontakt, och ibland inte ens för den. Det måste ändras om inte kompetensflykten ska ta fart ytterligare.

Så bättre arbetsmiljö med kontinuitet och kompetensutveckling efterlyses.

Se på Sunderbyns IVA som lyckats skapa en bra arbetsmiljö och som idag inte har sjuksköterskebrist. Här ser man återigen vikten av ett nära chefskap. Ett konkret och roligt exempel att hitta!



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Redaktionen:

Christer Bark
christer.bark@sjukhuslakaren.se
+46 709 634 062

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

Adam Öhman
adam.ohman@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 447

Annonser:

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

Överläkare utförsäkrades Driver sitt fall som ett exempel

Hon led av svårartade diskbräck på flera nivåer, fick flera intyg från en neurokirurg och opererades, men trots det blev hon utförsäkrad och tvingades att leva på sparpengar. Nu hoppas överläkaren Anna Bystedt, som just har opererats igen, att hennes exempel ska bli till hjälp för andra.

▼ Anna Bystedt, specialist i anestesi och intensivvård, fick för cirka två och ett halvt år sedan kraftiga smärtor i nacke och arm. Men fastän smärtorna var högst påtagliga valde hon att fortsätta att arbeta som vanligt på sin arbetsplats vid Ersta sjukhus i Stockholm. Hon drog slutsatsen att det handlade om diskbräck, och det är inte ovanligt att diskbräck läker spontant. Smärtorna upphörde dock inte. Tvärtom. Till slut gick det så långt att kollegorna fick tvinga henne att söka vård.

– Jag har alltid gillat att jobba, men det gick helt enkelt inte...

Sent på hösten 2017 var hon tillbaka på jobbet, men med anpassade arbetsuppgifter. Det stod dock klart efter en tid att diskbräcken inte läkte, och hennes namn sattes upp på väntelistan för operation. I samma veva meddelade Försäkringskassan att hon var tvungen att ta ett arbete som är "normalt förekommande på arbetsmarknaden". Myndigheten krävde i praktiken att hon skulle begära tjänstledigt eller säga upp sig.

Anna Bystedt skickade därför ett intyg från en av landets ledande neurokirurger, som intygade att hennes tillstånd krävde en operation. Försäkringskassan ansåg dock fortsatt att hon inte längre var berättigad sjukpenning. Hon

skickade då in en begäran om omprövning, och bifogade ett nytt intyg från neurokirurgen, som visar att hon inom 365 dagar troligtvis kommer att kunna arbeta 100 procent på sjukhuset. Det finns nämligen ett undantag i lagstiftningen, som gör det möjligt för Försäkringskassan att tillmötesgå läkare och

"Det jag trodde var en fungerande och rättssäker försäkring har visat sig vara allt annat än det".



arbetsgivare som betonar att den sjukskrivna personen inom 12 månader kan återgå till heltidsarbete.

Försäkringskassan var dock orubblig, och den 4 november 2017 blev Anna Bystedt utförsäkrad.

– Det jag trodde var en fungerande och rättssäker försäkring har visat sig vara allt annat än det. Det känns djupt orättvist.

Följande vår var det dags för operation. Vid den tiden hade hon alltså varit utan sjukpenning i cirka fyra månader, och livnärde sig i stället på sparpengar.

Efter operationen fick hon emellertid ersättning – men bara under sex veckors tid och endast 25 procent av lönen. Försäkringskassan motiverade beslutet med att Anna Bystedt borde ha arbetat 100 procent

fram till operationen, alternativt ha varit utan jobb helt och ställt sig till arbetsmarknadens förfogande. Även denna gång krävde hon att beslutet skulle omprövas, men fick avslag.

Under sommaren, hösten och vintern förra året trappade Anna Bystedt successivt upp arbetsmängden, utan någon sjukpenning. När hon började arbeta på 25 procent ansåg Försäkringskassan att hon inte längre hade någon försäkring.

I mars i år, några månader efter att Sjukhusläkaren första gången skrev om henne, var det dags för en andra operation. Efter åtgärden blev hon sjukskriven på 100 procent igen, och trappade efter det upp arbetet gradvis. Hon provade att söka sjukpenning igen, och blev till sin förvåning beviljad det.

Fram tills nyligen har hon jobbat på 75 procent. Den 10 september opererades hon på nytt. När tidningen var i kontakt med henne i mitten av september skulle hon återigen anmäla till Försäkringskassan om sjukskrivning på heltid i sex veckor.

– Man vet aldrig hur det ska gå. Försäkringskassans beslut handlar mycket om vem som är handläggare, säger hon.

– Jag är inte alls bra nu, men jag var sämre när jag blev utförsäkrad.

Enligt Cecilia Udin, nationell försäkringssamordnare vid Försäkringskassan, tar myndigheten kritiken på allvar. Hon framhåller att man aldrig diskvalificerar ett läkarintyg och hänvisar till regelverket. Anna Bystedt ger dock inte mycket för det svaret. Nu vill hon att kammarrätten ska ge henne rätt.

– Jag hoppas innerligt att kammarrätten tar upp frågan och visar på bristerna i systemet, men jag är inte särskilt hoppfull, säger hon.

Adam Öhman

MER TID TILL VÄRDEFULL VÅRD

Vi förstår att tidsbrist är en av de största utmaningarna vården möter varje dag. Därför har vi insett att med hjälp av digitala lösningar som förenklar kan ni som vårdgivare lägga mer tid på vård av patienter. Vi levererar helhetslösningar med människan i centrum.

- Mindre stress och spring
- Tystare arbetsmiljö
- Mer tid för patienten

Läs mer om hur vi kan hjälpa er verksamhet på telia.se/framtidens-vard

FÅ MER TID
TILL RÄTT
SAKER

Nu ska etikprövningen bli mer likvärdig och förhindra tidigare jävssituationer

Nu ska etikprövningen bli mer likvärdig och de jävssituationer som tidigare uppstod ska minimeras.

Digitalisering och ett centraliserat ansökningsförfarande ska också göra etikprövningen effektivare.

▼ Etikprövningsmyndigheten, som ersatt de regionala etikprövningsnämnderna inrättades vid årsskiftet. Chef för myndigheten är Johan Modin.

En nackdel med den tidigare organisationen var att jävssituationer inte var ovanliga.

– En ansökan från Uppsala prövas i Uppsala, säger Johan Modin, som anser att det första året i stort har gett mersmak.

I stället för att skicka ansökningar till de regionala etikprövningsnämnderna ansöker forskare i dag centralt. Etikprövningsmyndigheten, som gör etiska prövningar av forskning på människor, forskning på biologiskt material och känsliga personuppgifter, fördelar sedan ärendena mellan de olika verksamhetsregionerna, från Lund i söder till Umeå i norr. Genom att fördela ärenden, från centralt håll till

regionalt, kan man samtidigt sprida mängden ansökningar mer jämnt och även skynda på ansökningstiden i enskilda fall, och hoppas på så sätt öka effektiviteten.

– När alla fördelar med den här förändringen har slagit igenom fullt ut kommer det att ge en bättre etikprövning. Det innebär i sin tur bättre kvalitet i forskningen, men framför allt – vilket är vår primära uppgift: ett ännu starkare skydd av forskningspersonerna, menar Johan Modin.

Sedan etikprövningslagen kom på plats 2004 har antalet ansökningar ökat påtagligt. 2005 låg antalet inkomna ärenden till nämnderna på 3 686. Förra året var motsvarande siffra 7 170, enligt nya siffror från myndigheten som Sjuk-

husläkaren har begärt ut. En starkt bidragande orsak är, enligt Johan Modin, en ökad medvetenhet om lagen.

– Forskarvärlden har insett vikten av att etikprövning görs, att det är någonting som är viktigt och värdefullt, även för forskningen i sig, att man har en säker forskning.

Den nya organisationens verksamhetsregioner är fortfarande placerade på samma sex orter, där de regionala etikprövningsnämnderna tidigare var placerade. Och de sammanlagt 18 avdelningarna vid verksamhetsregionerna och dess ledamöter är oförändrade. Däremot är organisationen mer samlad för landet i sin helhet.

Adam Öhman

Centerpartiet vill införa fritt sjukhusval

Centerpartiet föreslår att patienterna ska få välja sjukhus fritt inom slutenvården.

▼ Centerpartiet har inför årets stämma 26-29 september tagit fram ett nytt vårdprogram.

Ett av partiets förslag är att införa fritt sjukhusval inom slutenvården. Tanken är att vårdgivaren ska ge patienten information om hur kötiderna ser ut i landet, och att patienten sedan ska kunna välja.

– Det är viktigt med ett fritt sjukhusval och att patienten kan göra val utifrån kvalitet. Men det här kan bli ett tandlöst förslag om man inte på allvar bygger upp arbetsmiljön och ledarskapet på sjukhusen, säger Karin Bätelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Adam Öhman

Läsarmejlet



”Dags att införa VBP”

Svensk politik står sig väl vid internationell jämförelse, men det politiska arbetet kännetecknas samtidigt av osakliga variationer i kvalitet och ett bristfälligt resultatfokus.

▼ Jag har en idé till ett koncept som jag kallar Värdebaserad Politik (VBP). Tanken med VBP är att de politiska processerna standardiseras i episoder och resultaten i form av väljar-relevanta utfall mäts. Värdet av politikernas arbete kan sedan beräknas enligt en enkel formel.

Varje politikers värdeskapande avgör naturligtvis deras respektive ersättning, som incitament.

Jag beräknar att ett brett införande av VBP skulle ge ett effektiviseringsutrymme inom riks- och regionpolitiken på 1-2 procent per år under den kommande 20-årsperioden.

Andreas Thörneby, allmänläkare.

När vården flyttar hem

Distansmonitorering av kroniskt sjuka

Patientens mätningar och rapportering blir omedelbart tillgängliga för vårdpersonalen. Kommunikation via text, foto och video. Patienten och behandlingen kan följas upp dagligen.

Verksamhetsstöd för effektiv översikt

Erbjuder ett effektivt, smidigt och lättarbetat it-stöd för olika former av vård i hemmet. Anpassade trendkurvor över mätvärden ger läkaren översikt över t ex vikt, blodtryck och extrafiltrerad volym för PD-patienter.

Vård på patientens villkor

Bättre inställd medicinering, Trygghet när personalen finns nära till hands. Färre oplanerade sjukhusbesök. Delaktighet i vården.

Effektivt för sjukvårdspersonalen

Effektiv överblick över många patienter. Alltid anpassad till den aktuella situationen med integrerade funktioner för planering, översikt, uppföljning, kommunikation, och hantering av utrustning både för patienter och personal.

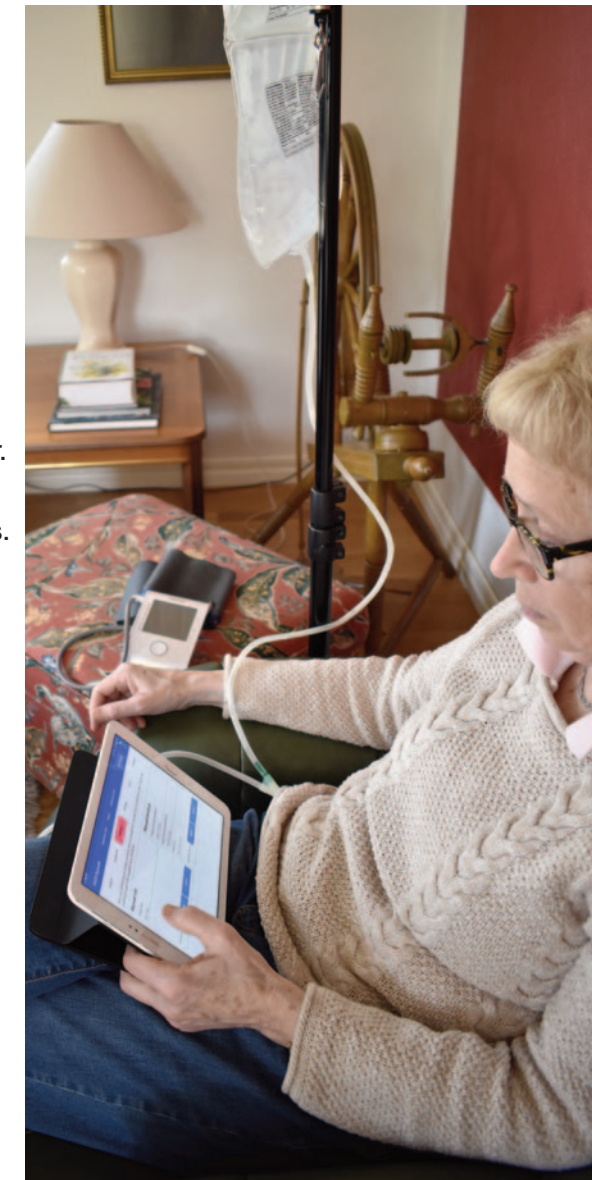


itACiH AB

Medicon Village, Lund, itacih.se

CE-märkta it-säkra produkter

Digitaliserar vården där det gör mest nytta!



EMPRESSIN®
ARGIPRESSIN

Haemodynamic stabilization
by reversing vasopressin deficiency¹

Balance norepinephrine toxicity
by enabling decatecholaminization²

Vasopressor Reloaded

Balance in Haemodynamics

References: 1 Landry DW et al.: Vasopressin deficiency contributes to the vasodilation of septic shock. Circulation 1997; 95:1122-1125
2 Russell JA : Bench-to-bedside review: Vasopressin in the management of septic shock. Crit Care. 2011; 15(226):1-19



▼ **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 PUJ). 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 katekolaminer. 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, hänglöshet och huvudvärk ska uppmärksammas i tid för att förhindra dödlig koma och kramper. 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:** Empressin-koncentrat får inte administreras utan spädning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 26 juni 2018.

VAD HÄNDER NÄR PERSONLIGA UPPGIFTER BLIR ETTOR OCH NOLLOR?

Under de senaste åren har frågor kring data, integritet och säkerhet blivit alltmer aktuella. I takt med att statliga styrelser schabblat bort en massa ettor och nollor och regionala företag plötsligt anammat "Öppen tillgång", har politiker, byråkrater och jurister blivit alltmer nervösa över hur de här små flyktiga rackarna egentligen bör hanteras.

Samtidigt har röster höjts för att vi befinner oss i en ohållbar situation där oklarhet råder kring datatillgång, rättigheter och vem som får göra vad med siffrorna. Man behöver inte vara så elak att påminna om miljondebaclet "Hälsa för mig", men en akut beröringsångest tycks ha brett ut sig och en hållbar lösning på ett för sjukvården och forskningen allvarligt problem bör snarast tas fram.

Vid ett seminarium nyligen i närheten av Visby-centrum ställde jag frågan om det fanns ett bra exempel man kunde peka på när det gäller hur vi bör tänka kring frågor om hälsodata, integritet och säkerhet. Jag sade samtidigt att jag själv inte satt inne med svaret. Det var förvisso inte helt osant, men jag var mer nyfiken på vad de politiker som jag delade podiet med hade att komma med i frågan. Det blev dödssyst...

Det finns förvisso ingen perfekt modell för hur de här frågorna ska hanteras, därtill är alltför många avvägningar och mållkonflikter inblandade. Men det finns faktiskt en "rimlig" modell för att hantera det här, alltså "rimlig" i bemärkelsen den minst dåliga av tänkbara lösningar. Jag är givetvis inte den förste att föra fram det här förslaget, men så här har jag tolkat modellen.

All data som på något sätt innehåller viss information om mig som kan anses känslig bör betraktas som "min" person-

liga att äga rätten till. Jag säger rätten då man inte kan äga själva data (ettorna och nollorna). Det skulle vara som att försöka äga väte och syre och tro att man kan äga vatten. Däremot kan man äga vattenrätter.

Det är alltså jag (och du och alla andra som berörs, dvs. alla!) som äger denna rätt och som bestämmer vem som får göra vad med "mina" data. Om någon annan, myndighet, företag eller forskare, vill använda uppgifterna så måste medgivande inhämtas. Det här är alltså förenligt med den lagstiftning som gäller på EU-nivå och som kallas GDPR eller dataskyddsförordningen. Men GDPR berör inte ägarfrågan, bara hur personuppgifter kan användas enligt åtta specifika "rättigheter".

Förslaget om att vi som individer bör äga rätten till våra data är också förenligt med mer allmänna principer, såsom mänskliga rättigheter (som jag tror fortfarande gäller på våra breddgrader).

Men hur skulle det kunna fungera i praktiken, frågar sig givetvis läsare av ordning. Eftersom det är en praktisk fråga så finns det en teknisk lösning. Så länge data är i digitalt format finns det inga tekniska hinder för att utforma ett system som uppfyller vissa givna praktiska krav; det är själva kärnan i den sköna nya värld i vilken vi famlar oss fram.

På samma sätt som man får ge medgivande till att alla de hemsidor, där GDPR gäller, som man klickar sig in på tillåts samla på sig kakor, så får man ange om man går med på att de data som samlas in när man till exempel går till doktorn, enligt tydliga och förståeliga riktlinjer, får användas för verksamhetsutveckling, marknadsföring, kvalitetskontroll eller forskning.

Idag blir sådan information delvis omvandlad till "registerdata" med oklar ägare. Under vissa förhållanden kan dessa användas i avidentifierad form

utan att uttryckligt samtycke har getts. Det är etiskt och juridiskt tveksamt och det är den tveksamheten som vissa svenska sjukhus utnyttjat för att skicka patientdata till någon i USA utan att det blir uppenbart om de brutit mot några lagar eller inte.

Frågor kring datasäkerhet och integritet är en del av ett mycket omfattande batteri av frågor med djupa principiella aspekter som kräver en långsiktig lösning innan vi kan gå vidare och utnyttja digitaliseringens möjligheter. Och frågans allvar kommer bara att öka i takt med att allt mer personlig och känslig, och samtidigt mycket värdefull, information hamnar på servrar som vi inte har tillgång till – via smarttrattar, sensorer, Siri, och ännu okända men ännu värre saker.

Att vi som individer ofta väljer att se bort ifrån sådana här saker för att det helt enkelt är för komplicerat är förståeligt, ja, kanske till och med rationellt. Men myndigheter, organisationer och företag kan inte göra det. Och ju förr vi får en rimlig grundläggande princip för vem som äger rättigheterna till våra egna personuppgifter, desto bättre.



BJÖRN EKMAN, HÄLSOEKONOM

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV. VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis® – för både behandling och profylax av DVT/LE:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Bristol-Myers Squibb



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmragerade 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 hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se

Patienter dör på grund av brist på intensivvårdsplatser

Det finns en statistiskt säkerställd ökad risk på 24 procent att dö för de intensivvårdspatienter som transporteras på grund av resursbrist. Det kan Fredric Parenmark, överläkare anesthesi- och intensivvård vid Gävle sjukhus, visa i en färsk studie.

▼ Fredric Parenmark har tillsammans med kollegan Sten Walther, överläkare vid Universitetssjukhuset i Linköping, tittat närmare på hur mortaliteten efter 30 dagar ser ut bland de patienter som transporteras under vårdtiden.

Då samtliga tre kategorier som finns med i Svenska intensivvårdsregistret inkluderas – det vill säga transport på grund av medicinsk indikation, på grund av att patienten är hemmahörande på annat sjukhus, samt på grund av resursbrist – landar siffran på dryga 17 procent. Men det var skillnaderna mellan utfallet i de olika enskilda grupperna som förvånade Fredric Parenmark.

Gruppen där transporten skett på grund av resursbrist var de med högst dödlighet – cirka 30 procent jämfört med dryga 14 respektive 18 procent.

– Att det skiljer sig mellan de olika kategorierna var väntat, eftersom det handlar om olika patienter.

Och det finns en hel del internationella studier där man har sett risker med att flytta patienter, även inom sjukhus, men framförallt utanför sjukhus. Men det som inte var helt väntat var att den förhöjda risken kvarstår även när vi gjort statistiska riskjusteringar och justerat för vilken typ av IVA det handlar om. Risken kvarstår även efter sex månader efter utskrivning.



Fredric Parenmark (bilden) ska nu utöka studien både gällande antal år, för att se om det finns någon trend över tiden, och genom en djupare analys, försöka se om det finns någon faktor som står ut som en orsak till den ökade risken. Bland annat ska han undersöka om avståndet som patienten flyttas har betydelse. Också om det finns någon skillnad mellan olika diagnoser eller om det kan handla om mängden behandlingsbegränsningar som gjorts.

Tanken är att resultatet av den ska presenteras under hösten, men redan nu har studien väckt intresse. I oktober ska Fredric Parenmark presentera resultatet på European Society of Intensive Care Medicines årsmöte och är där utvald som ett av mötets "hot topic".

– Jag hoppas kunna höra hur det ser ut internationellt i diskussionen som hålls efteråt. Vi kan behandla patienterna medi-

cinskt, men vad är det för faktorer i hur vi agerar som spelar in och som vi kanske kan ändra på? Är det till exempel tidsuppehållet i intensivvårdskedjan som är orsaken?

Han jämför med att man tidigare sett att utskrivningar nattetid varit förenade med en ökad risk att dö och att man nu, efter att ämnet lyfts i några år, kan att se att dödligheten inte skiljer sig nämnvärt om man skrivs ut på natten eller dagen.

– Målet är att hitta faktorer och förändringsbara delar i dem som kan förbättra för patienten i slutändan, säger han och fortsätter:

– Det som är viktigt, även i internationella intensivvårdssällskap och europeiska riktlinjer, är att en sekundärtransport, alltså en transport mellan sjukhus, bara ska ske om man tror att det kan förbättra patientens överlevnad eller kliniska tillstånd. En transport för att vi inte har plats gynnar aldrig patienten på något sätt. Och även om patienten inte dör finns det negativa sociala faktorer.

Anna Sofia Dahl

Drygt 12 000 patienter ingick i studien

▼ I studien ingår samtliga patienter som varit inskrivna för intensivvård i Sverige åren 2016-2018 som skrivits ut levande, vilket sedan samkörts med uppgifterna gällande 30-dagarsmortalitet. Sammantaget ingår drygt 12 000 patienter.

Allt sjukare patienter flyttas

– Trenden är att de som flyttas är allt sjukare, säger Pether Jildenslåt, docent vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, som även han har undersökt effekterna av att transportera intensivvårdspatienter till andra IVA-enheter på grund av resursbrist.

▼ Våren 2018 studerade han tillsammans med Charlotte Bjurström och Helen Hallqvist 24 interhospitala transporter av IVA-patienter vid ett mellanstort sjukhus i Västra Sverige.

De kunde konstatera fysiologiska förändringar hos patienten, när det gäller hemodynamik och blodtryck.

– Om man då inte har fullgod sedering riskerar patienten att drabbas av cirkulatoriska reaktioner, menar Pether Jildenslåt.

Studien visade också att vårdtiderna för patienterna ökade, trots att avdelningarna i första hand såg till att flytta den friskaste av de sjukaste.

Som anestesijuksköterska i Örebro har Pether Jildenslåt lång erfarenhet av att vårda intensivvårdspatienter och vittnar om farorna att man ofta tvingas ge djupare sedering och muskelavslappnande för att patienten ska ligga så still som möjligt under transporten.

– Det kan ju räcka med ett gupp i vägen, att ambulansen tvingas nödbromsa eller att patienten hostar till för att någon av till exempel veninfarterna kan lossna. Och ju längre tid en patient ligger i respirator desto större risk för infektioner.

Pether Jildenslåt menar att det är stor skillnad på den vård patienten får på intensivvårdsavdelningen jämfört med den som tillhandahålls i ambulansen.

– Transporter i vägambulans innebär att patienten tvingas lämna sjukhusets tillgång till tekniska hjälpmedel, många hjälpande händer och större behandlingsmöjligheter.

Dessa patienter är en utsatt grupp, säger Pether Jildenslåt som också vill rikta ljuset på patientens utsatthet och den panik som hen kan uppleva vid en plötslig flytt.

– Det är naturligtvis jättejobbigt att plötsligt förflyttas från avdelningen in i en ambulans och landa på en annan avdelning med ny personal som man inte känner igen. Detta trauma kan också påverka tillfrisknandet. Dessa, ofta akuta rockader är dessutom stressande, både för de drabbade patienterna och personalen, menar han.

När det gäller bristen på vårdplatser anser Pether Jildenslåt att sjukvården inte i tillräckligt hög grad tagit höjd för en åldrande befolkning och att fler intensivvårdsplatser är ett absolut måste.

De riskfyllda flyttarna av svårt sjuka patienter har mer än fördubblats på tio år

Trots att debattvågorna stundtals gått höga har de riskfyllda transporterna av intensivvårdspatienter mellan olika IVA-enheter, på grund av resursbrist, mer än fördubblats på tio år i genomsnitt i Sverige. Det visar Sjukhusläkarens granskning av Svenska intensivvårdsregistrets statistik.

▼ 2010 flyttades svårt sjuka patienter 335 gånger mellan olika intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist, vilket utgjorde 0,84 procent av vårdtillfällena. Ifjol hade andelen flyttar ökat till 872 (2,07 procent av alla vårdtillfällen).

Men på många håll har situationen varit betydligt mer pressad än så. På Sahlgrenska universitetssjukhusets centrala intensivvårdsavdelning, som är landets största, har andelen transporter mellan olika IVA-avdelningar på grund av resursbrist nästan fördubblats på tio år – från 1,07 till 5,08 procent. Och under augusti månad i år tvingades Sahlgrenska centralintensiv att vid nästan vart tionde vårdtillfälle flytta en svårt sjuk patient för att bereda plats åt en ännu sjukare patient. – Det var "all time high" här i förra veckan.

Åtta patienter skickades in eller ut på en dag! Detta skapar en väldigt svår situation, för det handlar ju om kritiskt sjuka människor, säger Kai Knudsen, överläkare på Sahlgrenska. (Se artikel på sidan 22).

Även på Karolinska universitetssjukhuset har trycket hårdnat. I fjol tvingades Karolinska Solnas CIVA, enligt Intensivvårdsregistrets statistik, att flytta en patient vid 8,87 procent av vårdtillfällena på grund av resursbrist. Motsvarande siffra 2010 var 4,24 procent.

Sjukhusläkaren har pratat med intensivvårdsläkare runt om i landet om hur allvarligt läget är. På många håll vittnar de om för få vårdplatser som leder till en pressad arbetsmiljö och svåra prioriteringar bland svårt sjuka patienter.

• Se sidorna 14-33

Hur ser det ut på din arbetsplats?

Kontakta: redaktionen@sjukhuslakaren.se
eller Anna Sofia Dahl: 076-790 04 41

• Flyttar av patienter till annan IVA pga resursbrist

RIKET SENASTE TIO ÅREN

År:	Andel av vårdtillfällena	Antal flyttar
2010:	0,84	335
2011:	1,05	449
2012:	1,09	472
2013:	1,35	580
2014:	1,50	637
2015:	1,45	621
2016:	1,93	815
2017:	1,80	755
2018:	2,07	872
2019	1,86 (januari-augusti)	(488)

TUFFAST FÖR UNIVERSITETSSJUKHUSET

▼ 2010 flyttades patienter vid 253 vårdtillfällen på landets universitetssjukhus, på grund av resursbrist, vilket var 1,66 procent av alla vårdtillfällen. 2018 hade siffrorna stigit till 628 flyttar – 3,72 procent av alla vårdtillfällen.

Sjukhus	2010	2018	2019 (jan-aug)
Akademiska CIVA	–	3,44	3,75
KS Huddinge IVA	3,72	3,35	7,26
KS Solna CIVA	4,24	8,87	8,83
Linköping IVA	3,50	5,39	3,88
Sahlgrenska CIVA	1,07	5,08	6,04
SUS Lund IVA	4,48	6,65	5,47
SUS Malmö IVA	2,00	5,43	4,59
Umeå IVA	1,38	4,66	1,77
Örebro IVA	0,50	4,16	7,11

...men även länssjukhusen tvingas flytta allt fler patienter på grund av resursbrist

År:	Andel av vårdtillfällena	Antal flyttar
2010:	0,34	47
2015:	1,03	159
2018:	1,22	194

FLYTTAT FLEST SENASTE 12 MÅNADERNA

(2018-09-01 till 2019-08-31)

Sjukhus	Andel vårdtillfällen	Antal flyttar	Andel av vårdtillfällena
KS Solna CIVA	680	53	7,79
SU CIVA	1817	108	5,94
KS Huddinge IVA	632	36	5,70
Örebro IVA	734	40	5,45
SUS Lund IVA	693	36	5,19

Källa: Svenska
Intensivvårdsregistret

Ännu mer statistik
hittar du på
Sjukhusläkaren.se



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18-21 NOVEMBER 2019

Member of MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

**MEDICA 2019 –
Always
a heartbeat
ahead!**



Intensivvårdsregistrets ordförande efterlyser fler intermediärvårdsplatser

Det ökade antalet transporter är ett tydligt tecken på hur hårt pressad den svenska intensivvården är, menar Johnny Hillgren, ordförande för Svenska intensivvårdsregistret.

▼ Efter att den högspecialiserade intensivvården koncentrerats till ett fåtal universitetskliniker runt om i landet kommer transporter av intensivvårdspatienter alltid att behöva ske – det är professionen överens om. Också att de transporter som inte är medicinskt motiverade så långt som möjligt bör minimeras. Trots det visar statistik från Svenska intensivvårdsregistret, SIR, att allt fler patienter i behov av intensivvård flyttas på grund av resursbrist.

Trycket ökar hela tiden

– Det är ett problem och det är allvarligt att vi inte har den intensivvårds- och intermediärvårdskapacitet som vi borde ha i Sverige. Framförallt är det ett tecken som talar för att trycket på intensivvården ökar hela tiden, säger Johnny Hillgren, som till vardags är verksamhetschef vid anesthesi i Region Gävleborg.

I Sverige finns det i genomsnitt 5,1 intensivvårdsplatser per 100 000 invånare, vilket jämfört med andra europeiska länder är en låg siffra. Och även om definitionen av vad en intensivvårdsplats är skiljer sig åt mellan länder kan Johnny Hillgren konstatera att Sverige har för få platser –



JOHNNY HILLGREN:

"Det är allvarligt att vi inte har den intensivvårds- och intermediärvårdskapacitet som vi borde ha i Sverige"

både för intermediärvård och intensivvård.

– Vi har ett problem med personalbrist inom alla kategorier. Det hände något 2014 då vi började tappa vårdpersonal från sjukvården och vi måste nu få till ett ökat intresse att utbilda sig till intensivvårdssjuksköterska, säger han.

Och samtidigt som personalbrist råder på landets intensivvårdsavdelningar har patienterna som vårdas på IVA generellt blivit allt äldre och sjukare.

22 procents ökad vårdtyngd på åtta år

En sammanställning av utvecklingen för svensk intensivvård från 2011 till idag, som Johnny Hillgren nyligen gjort, visar bland annat att VTS-poängen, det vill säga vårdtyngden, har ökat med 22 procent på de åtta år som passerat. Även att 30-dagarsmortaliteten har ökat, från 14,8 till 16,7 procent. Samtidigt har SMR, alltså Standardised Mortality Rate legat konstant runt 1,0 –

eller enkelt uttryckt; det som förväntades i dödlighet är också det som observeras. Kort sagt är kvaliteten på intensivvården den samma trots en ökad vårdtyngd och dödlighet efter 30 dagar.

Johnny Hillgren har även tittat på utvecklingen av de åtgärder som görs med patienterna. Sedan 2011 har det skett en ökning av respiratorbehandlingar med 24 procent och för dialys är ökningen 46 procent. Samtidigt har antalet vårdtillfällen legat konstant runt dryga 45 000 under samma period.

"Kan vara så att patienter far illa av att de inte får tillgång till intensivvård"

– Min tolkning blir att vi har fler sjukare patienter, men vi gör ett lika bra jobb som tidigare. En hypotes är att det även blir en undanträngningseffekt av de patienter som är mindre sjuka, som vi tidigare vårdade på IVA och kunde göra skillnad på. Det här skulle man behöva djupdyka mer i, men det kan vara så att de patienterna faktiskt kan fara illa av att de inte får tillgång till intensivvård för att vi har de sjukare patienterna på IVA. Och det är där intermediärvården kommer in.

För just intermediärvård, tillsammans med att locka fler att bli intensivvårdssjuksköterskor, tror Johnny Hillgren är en av nycklarna till att lätta på det hårda tryck som råder på landets intensivvårdsavdelningar. Han påpekar också att det egentligen inte är SIR:s uppgift att hitta lösningar, men att som verksamhetschef ser han de två nämnda vägarna.

– Jag tänker också att det för huvudmännens del är billigare att utveckla intermediärvård än att satsa på att

Intensivvårdens svårlösta ekvation: Personalbrist + allt sjukare patienter + få åtgärder = ?...

Ett sluttande plan

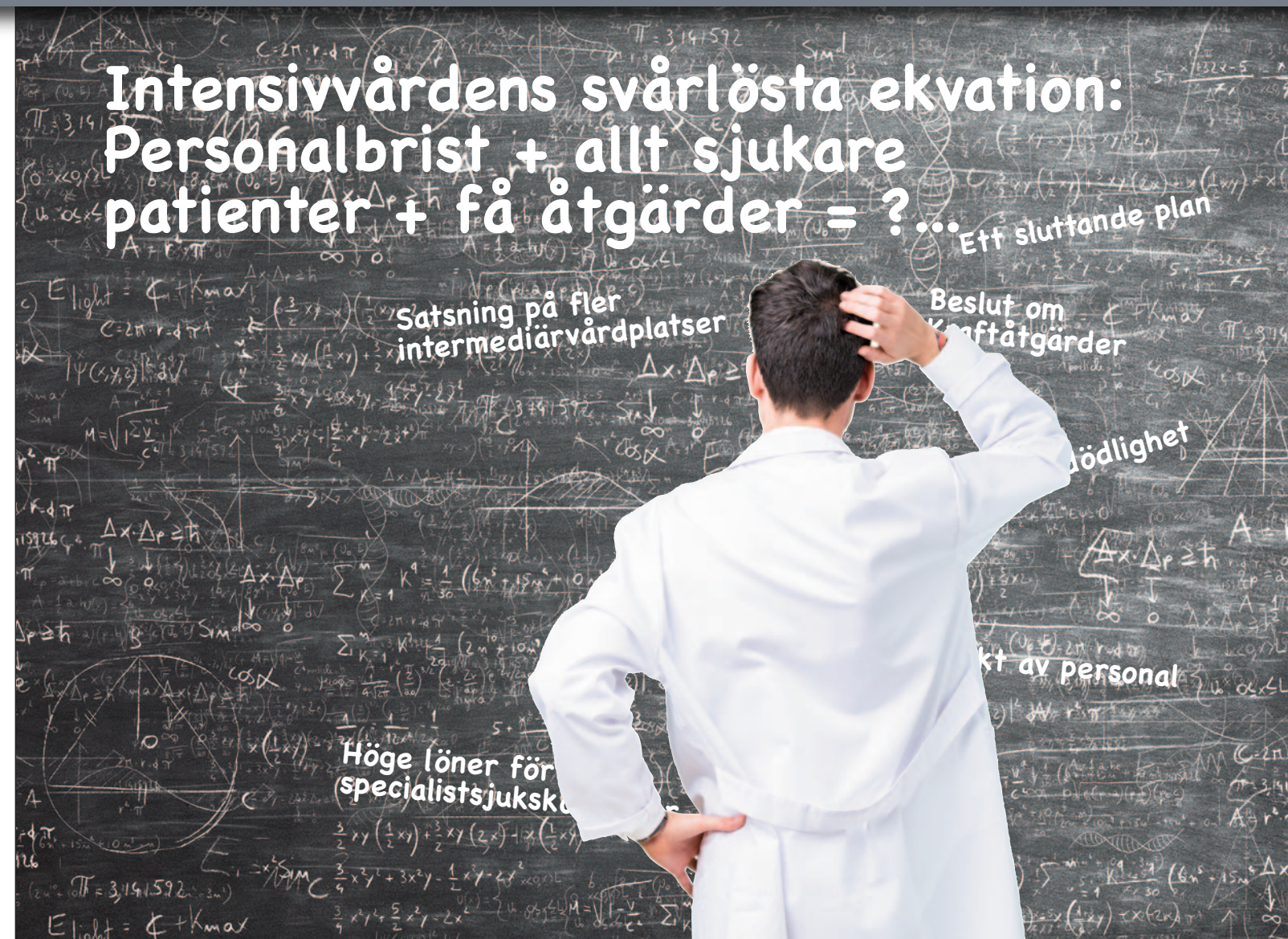
Satsning på fler intermediärvårdsplatser

Beslut om kraftåtgärder

Dödlighet

Kt av personal

Höga löner för specialistsjukskötare



bygga upp intensivvårdsplatser i samma omfattning – i och med att IVA är den dyraste och högsta vårdnivåresursen vi har inom svensk hälso- och sjukvård. Det är inte alla patienter som vårdas på IVA som är beroende av den högsta tekniska kompetensen i form av dialys eller respirator, säger han.

Att det sker förflyttningar av patienter mellan intensivvårdsavdelningar är inget nytt fenomen inom den svenska sjukvården. Redan för 15 år sedan rapporterade Sjukhusläkaren om problemet i flera artiklar.

Och trots att en förflyttning på grund av resursbrist kan vara riskfylld framhåller Johnny Hillgren att det inte är själva transporten som är det stora riskmomentet. Däremot att det finns faktorer i urvalet av vilken patient som flyttas.

– Vi tar inte den nya patienten med en mycket allvarlig blodförgiftning, utan snarare den som legat på IVA i två veckor och i bästa fall är i förbättringsfasen. Efter två veckors intensivvård

finns det ofantligt mycket information om vad som har hänt patienten som är svår att föra med sig i överflytten – trots bra journalanteckningar och epikris. Det intuitiva följer inte med och det tar alltid några dagar innan man kommer in i en ny patient som har en komplex bakgrund.

Tre av fyra transporter sker från universitetssjukhus

Lejonparten av förflyttningarna som görs på grund av resursbrist sker från universitetssjukhusen. Av de 872 patienter som flyttades förra året var 628 från just universitetssjukhus – vilket motsvarar ett medelvärde på dryga 3,7 procent för gruppen. För länssjukhus och länsdelssjukhus gäller siffrorna 1,22 respektive 0,59 procent.

Johnny Hillgren menar också att man måste beakta vilken typ av sjukhus det handlar om när man tittar på statistiken. På universitetssjukhusen finns en högre andel av patienter som är riktigt svårt sjuka, men där kan situa-

tionen lösas genom en förflyttning mellan olika intensivvårdsavdelningar på sjukhuset. På landets allra minsta intensivvårdsavdelningar vårdas istället generellt sett patienter som är mindre sjuka, där det oftare handlar mer av något som liknar intermediärvård. Vilket i sin tur gör det lättare att hitta en annan plats för patienten inom sjukhusets väggar.

– Men hos oss på ett länssjukhus, där patienterna ofta behöver ligga i respirator, blir det problem om vi måste flytta någon, säger Johnny Hillgren och fortsätter:

– Geografin spelar också en roll. Är du på landsbygden är det klart att konsekvensen att flytta patienten blir en annan än om du är i Storstockholm. Till exempel att du som anhörig måste åka 15 mil för att vara hos din närstående. Det är inte en human eller bra situation, så vi försöker undvika att det händer. Men måste vi, så måste vi.

Anna Sofia Dahl

Så ser det ut på Sveriges största intensivvårdsenhet:

Konstant platsbrist, hotad patientsäkerhet och personal som går på knäna

SAHLGRENSKA

Den katastrofala situationen på IVA Sahlgreiska fick överläkarna att nyligen slå larm.

I början av augusti ansökte Vitus Krumbholz, vårdnhetsöverläkare på IVA, om att få gå upp i stabsläge efter den värsta sommaren någonsin. – Svaret som vi fick från ledningen var att "visst, situationen är hemsk, men begränsad till IVA; därför är det ingen katastrof". Men det tyckte vi!

Foto: Julia Sjöberg

▼ IVA, bestående av Centralintensivvårdsavdelningen (CIVA) och Neurointensivvårdsavdelningen (NIVA), på Sahlgreiska Universitetssjukhuset har cirka 2000 vårdtillfällen per år och är därmed Sveriges största intensivvårdsenhet.

Sedan sommaren 2018 har situationen varit konstant påfrestande, eftersom behoven är större än resurserna.

– Vi har fått gå ned från 14 bemannade vårdplatser till 12 på vardagar och 10 på helger på CIVA,

samt från 6 till 4 på NIVA. Den postoperativa intensivvårdsavdelningen där alla patienter, såväl barn som vuxna, hamnar efter större operationer, är en riktig flaskhals. För att kunna hantera operations- och interventionsbehovet

skulle vi uppskattningsvis behöva 10 vårdplatser där, men har endast 3 av 5 bemannade sommartid och under helger. Anledningen är att vi saknar intensivvårdssköterskor, säger Vitus Krumbholz, vårdnhetsöverläkare på IVA.

Att alla sjukhus i Västra Götalandsregionen har minskat antalet IVA-platser gör inte saken enklare. En del enheter har till och med tvingats stänga under sommaren, exempelvis Lidköping.

Den centralisering av sjukvården som genomförts de senaste åren har inneburit ett ökat tryck på de stora universitetssjukhusen. Sahlgreiska är inget undantag. Här utförs de flesta av landets lever- och njurtransplantationer och här finns Bild- och interventionscentrum, där strokepatienter kan få ny högspecialiserad behandling.

– Detta medför att en ny patientgrupp kommer till SU, som både före och efter själva behandlingen behöver vårdplatser hos oss. Men dessa saknas, eftersom vi till skillnad från Interventionscentrum inte fått någon resursförstärkning. Ifall rätt kompetens gällande övervakning och komplikationer inte finns på hemorten, blir patienten kvar här och vi tvingas flytta på någon annan. Vi utlokaliserar nästan dagligen. När vi får in en kritiskt sjuk patient så måste en annan lämna. Vi kan aldrig säga nej. Om vi inte lyckas skapa en plats åt en patient som är i behov av intensivvård, så dör den. Så enkelt är det, säger han.

Siffror från Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) visar att andelen patienter som flyttats härifrån på grund av resursbrist, har fördubblats mellan 2015 och 2018. Sedan 2013 har siffran

konstant legat på över 2 procent, vilket anses vara den maximalt accepterade gränsen enligt SIR. I augusti 2019, som är den senast publicerade siffran, flyttades var tionde patient på grund av resursbrist på CIVA.

– Den här sommaren har varit värre än någonsin, säger Vitus Krumbholz, som i början av augusti ansökte hos sjukhusledningen om att få gå upp i stabsläge.

– Vi tyckte att det var adekvat med tanke på den katastrofala situation som vi hade och fortfarande har. I så fall hade personal utanför intensivvården fått komma in för att avlasta oss överläkare med samordning och prioriteringar. Syftet var också att sända en viktig signal om hur svårt det är att få tag på

• Fortsättning nästa uppslag >>>

Situationen på CIVA / Sahlgreiska i siffror:

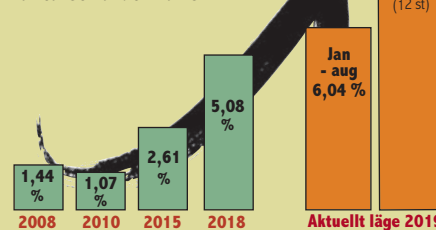
Flytt av patienter till annan IVA på grund av resursbrist



Antal vårdtillfällen då patient flyttats
2008: 26
2010: 19
2015: 60
2018: 93
2019: 73 (jan-augusti)

Källa: Svenska Intensivvårdsregistret

Andel av totala antalet vårdtillfällen



Femdubbling av antalet flyttar på tio år

Vitus Krumbholz:
Vi utlokaliserar nästan dagligen

”För ledningen är dessa patienter anonyma siffror, men för mig är de ansikten. När en sköterska säger till mig att ”den här patienten kan vi inte skicka iväg; han är för sjuk” så svarar jag ”nej, det kan vi inte, men i dag gör vi det”

personal, särskilt sommartid och att ge stöd åt alla dem som faktiskt ställt upp. Svaret som vi fick från ledningen var att ”visst, situationen är hemsk, men begränsad till IVA; därför är det ingen katastrof”. Men det tyckte vi!

– Sjukhusledningen rekommenderade oss dagliga Skype-möten med IVA på Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus, som en väg att samordna resurser som inte gick att samordna, eftersom de var lika belastade. Vi pratar ju dagligen med dem i telefon, så det var inget nytt. Efter en vecka återgick vi till att ringa varandra, säger Vitus Krumbholz.

Han och hans kolleger uppfattade patientsäkerheten som hotad, samtidigt som sjukhusledningen hävdade att ”Patientsäkerhet får relateras till grundsituationen. Och denna är inte densamma på sommaren”.

– Som om den vore ett relativt begrepp! Vi håller inte med. Patientsäkerhet är en absolut sak. Vi jobbar med den varje dag och känner av den hela tiden. Det är lab-prover som går åt fel håll, ett blodtryck som är för lågt eller en försämrad röntgenbild. Och ändå tvingas vi flytta en patient för att lämna plats åt en ännu sjukare. Det är sådant som jag måste ta på mitt ansvar.

– Jag förstår att det är lättare att negligera sådana saker när man utgår från statistik, som inte speglar enstaka patienters mortalitet; de som vi inte opererade i tid eller skickade till andra sjukhus på grund av platsbrist. För ledningen är dessa patienter anonyma siffror, men för mig är de ansikten. När en sköterska säger till mig att ”den här patienten kan vi inte skicka iväg; han är för sjuk” så svarar jag ”nej, det kan vi inte, men i dag gör vi det”.

Även om situationen länge varit pressad på IVA, har Vitus Krumbholz ännu inte sett någon statistik som visar på ökad mortalitet hos de patienter som utlokaliserats från Sahlgrenska.

– Men nu kan vi inte längre förlita oss på uppgifter om att mortaliteten inte ökar hos våra flyttade patienter. Ju mer pressad platssituation är på IVA, desto sjukare patient utlokaliserar. Ju sjukare patient, desto större risk naturligtvis. Vi vet inte hur farligt detta är ur patientsäkerhetssynpunkt. Vi är ute i marginalerna och tänjer på gränserna. Att vi inte haft några negativa händelser ännu, handlar mest om att alla i personalen sträcker sig till sitt yttersta och om att vi haft tur.

Själva transporten innebär oftast inte någon förhöjd risk, inte heller avståndet mellan den IVA som lämnar och den som tar emot. Men när en IVA-patient flyttas, riskerar viss information om hälsotillståndet att gå förlorad vid överlämningen. Terapeutiska planeringar avstannar och subtila förändringar riskerar att inte följas upp.

– Vi som haft hand om patienten, vet väl hur han eller hon reagerat på olika läkemedel och vilka biverkningar som eventuellt uppstått. Kanske måste vi fördjupa sövningen för att underlätta transporten, eller till och med söva en vaken patient vilket är tråkigt om tillståndet förbättrats. Då går vi ju tillbaka i tillfrisknandeprocessen, säger Vitus Krumbholz.

Att flytta patienter är både tidsödande och krångligt. Som stationsansvarig på IVA tillbringar han mycket tid i telefon. Han beställer ambulans, kontakter ansvarig läkare på SU och på mottagande enhet, samt ringer in en narkosläkare, som följer med transporten.

– Jag är nog Sveriges bäst betalda telefonist! Det är ett utmanande pussel-spel att få ihop logistiken. När den funkar är det succé, säger han och tillägger att det vore ett roligt och spännande jobb ifall inte patienter och anhöriga drabbades så hårt.

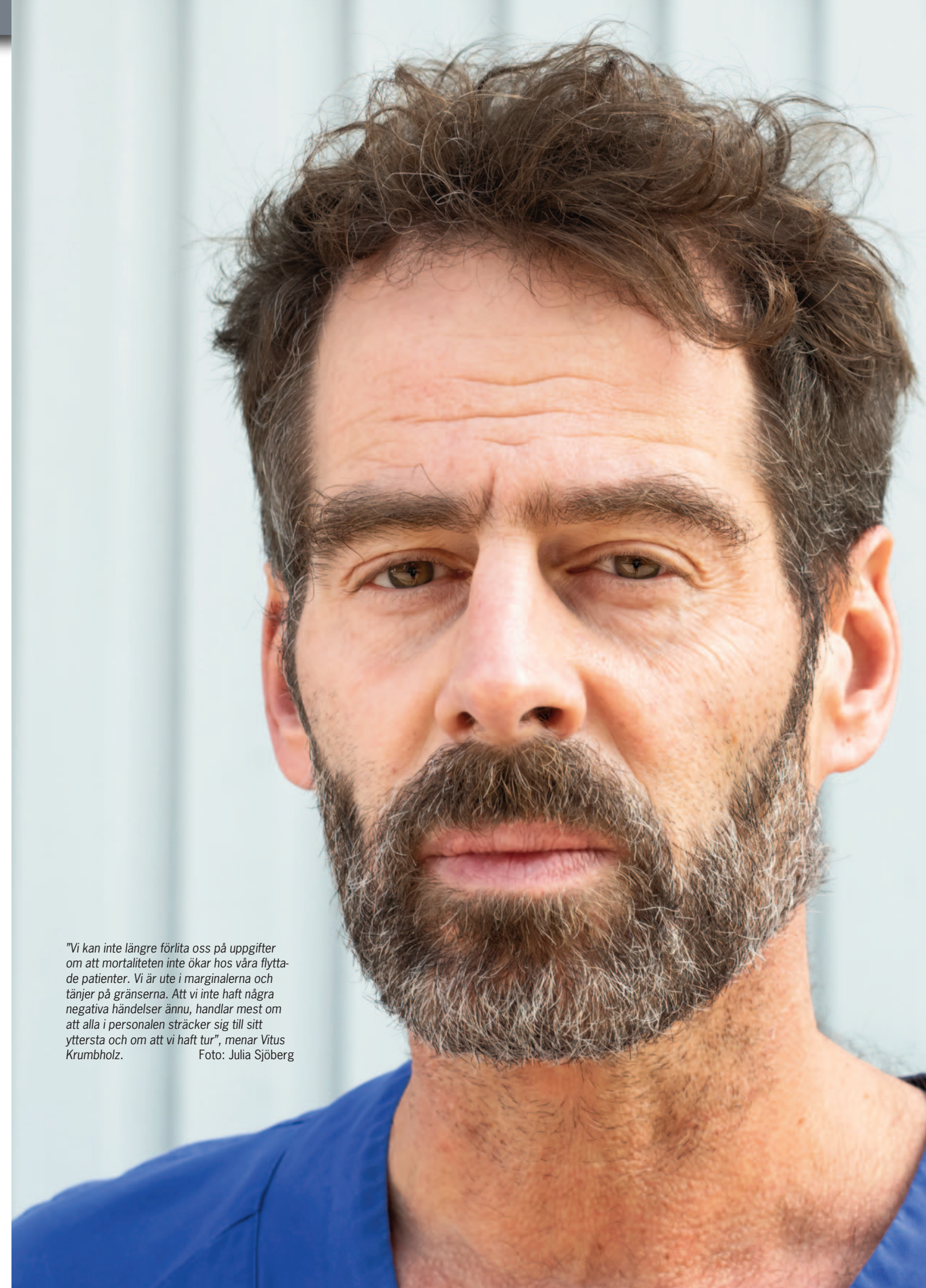
Så fort det finns en ledig plats, ska den göteborgare som tvingats flytta, tillbaka till IVA på SU. Därför följs utlokaliserade patienter upp dagligen; något som också innebär merarbete. Det händer att göteborgare som först utlokaliserats till Varberg (som ligger utanför Västra Götalandsregionen) flyttas till Borås, för att slutligen återvända till IVA på Sahlgrenska.

– En triangelflytt! Men det är inte så det ska vara. Det är hemskt för såväl patienter som närstående att drabbas av denna flyttningshysteri. De anhöriga vill kunna hälsa på dagligen och blir väldigt ledsna när de hör att det inte finns plats här. Som ansvarig läkare tvingas jag argumentera för min sak, vilket inte är så lätt. Helst vill jag ju ha de anhöriga med mig på beslutet, säger Vitus Krumbholz.

Personalbristen på IVA skapar stora problem för dem som jobbar där. En IVA-sköterska har tillsammans med en undersköterska maximalt två patienter att ta hand om. För att kunna öppna fler platser rings sköterskor, som skulle varit lediga, in. De som skulle gått hem för dagen stannar kvar och jobbar ett pass till.

– IVA är en fantastisk arbetsplats, där personalen ställer upp för varann och för patienterna. Sammanhållningen är stark. Alla steppar upp när det behövs och tar sitt ansvar. Det är roligt att jobba med stora utmaningar och man

• Fortsättning nästa uppslag >>>



”Vi kan inte längre förlita oss på uppgifter om att mortaliteten inte ökar hos våra flyttade patienter. Vi är ute i marginalerna och tänjer på gränserna. Att vi inte haft några negativa händelser ännu, handlar mest om att alla i personalen sträcker sig till sitt yttersta och om att vi haft tur”, menar Vitus Krumbholz.

Foto: Julia Sjöberg

”Det är hemskt för såväl patienter som närstående att drabbas av denna flyttningshysteri”



Det sluttande planet som svensk intensivvård hamnat i tror Vitus Krumbholz på sikt kan stoppas av IT och digitalisering. ”Men det kan ta 20 år att ta sig dit. I nuläget hjälper inga visioner; vi behöver konkreta åtgärder”.

Foto: Julia Sjöberg

känner att man gör skillnad. Det är därför vi trots allt fått till det under sommaren, men läget är inte acceptabelt.

Att patienter blir kvar på operationssalar i väntan på en IVA-plats, skapar problem för personalen. Narkos-sköterskan får gå ifrån en van struktur, när hen tvingas sköta en patient på en icke-adekvat intensivvårdsplats och riskerar att hamna i en osäker situation, vilket kan skapa misskommunikation.

– Som läkare ställs vi inför frågor som vi inte har några bra svar på. Vi måste prioritera patienter och fråga oss vilka regler som bör följas här. Det har vi ingen utbildning för. Utifrån ett medicinskt underlag kan vi säga hur vi ska prioritera, men vi kan aldrig fånga patienternas lidande. Alla har sitt eget sätt att hantera detta, säger Vitus Krumbholz, som är tacksam över att han oftast slipper stå framför patienten när nekat plats och motivera varför.

Han menar att den hierarkiska struktur som råder på sjukhuset,

innebär att de som bestämmer över resurser och prioriteringar, aldrig ser dessa patienter. De som däremot förmedlar prioriteringar och behandlar de sjuka, det vill säga sköterskorna, saknar mandat att ändra på situationen.

– Det handlar mycket om närhet till patienten. Som läkare kan jag gå in och ut, medan sköterskorna är bundna till en sal och utsatta för känslor. De kan aldrig gömma sig för patientens lidande.

Bristen på specialistsjuksköterskor är stor över hela landet. Hur ska den lösas?

– Det finns ett mantra som heter: ”Det handlar inte om löner” och visst, om jag jobbar på världens roligaste arbetsplats, så tänker jag kanske inte på pengar. Men för att få hit fler sköterskor och för att få fler att utbilda sig, hjälper det inte att vi betalar minst! Det stödjer inte rekryteringsprocessen oavsett vad HR säger, även om detta är världens roligaste arbetsplats. Vi tappar personal till privata vårdgivare, som erbjuder

bättre löner och arbetsvillkor. Om inte resurserna kan öka, så är alternativet bara att begränsa uppdraget och decentralisera, säger Vitus Krumbholz.

På lång sikt tror han att IT och digitalisering av intensivvården kan lösa många problem. Hans vision är en central funktion som samlar in data och hanterar dessa enligt individualiserade algoritmer.

– Det vore jättebra, men där är vi inte än. Det kan ta 20 år att ta oss dit. Till dess behövs personal som ser till patienterna. I nuläget hjälper inga visioner; vi behöver konkreta åtgärder, säger han.

Ingemo Orstadius

FAKTA

- CIVA (Centralintensivvårdsavdelningen) är regionens centrum för trauma och transplantation.
- NIVA (Neurointensivvårdsavdelningen) är en högspecialiserad intensivvårdsenhet för patienter med akuta skall- och ryggskador eller akut neurologisk sjukdom.

Rätt verktyg gör jobbet bättre



Upptäck arbetsmiljöutbildningen för kommun- och regionsektorn

Hos oss finns verktyg och annat stöd för en god arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats. Kostnadsfritt såklart!

“suntarbetsliv

Suntarbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting samt Sobona

Kai Knudsen, överläkare på Sahlgrenska:

Idag och många andra dagar är här helt förskräckligt...

Idag är vårt program följande: **En patient ut** till Borås, **en patient ut** till Lidköping, **en patient in** från NÄL, **en patient ut** till NÄL, **en patient in** från Kungälv, **en patient ut** till Kungälv, **en patient ut** till Östra – men inhiberad, **en patient ut** till Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Förskräckligt.

”Vi klarar inte längre vårt uppdrag. Situationen måste lösas akut, samtidigt som sjukhusledning och politiker planerar för en framtid med patienter som är äldre och sjukare”, säger Kai Knudsen, överläkare på Sahlgrenska.

▼ De senaste tio åren har vårdplats-situationen på både CIVA och den post-operativa enheten försämrats från år till år. Redan i vintras var Kai Knudsen en av de läkare som informerade sjukhusledningen på Sahlgrenska Universitets-sjukhuset (SU) om den tuffa situationen.

– Vi fick gehör, de lyssnade, men inget hände. Nu har det gått över ett halvår och fortfarande har inget hänt! Några intermediärvårdsplatser

har jag inte sett röken av än, säger han.

På SU finns i nuläget traumatologi, transplantation och akut kardiologi; tre tunga specialiteter som alla genererar ett stort intensivvårdsbehov.

Uppdraget för stort

– Vårt uppdrag är för stort. För många svårt sjuka patienter kommer hit, säger Kai Knudsen och jämför med Oslo, som har ett ungefär lika stort upptagningsområde. Där är verksamheten fördelad på två sjukhus. På Ullevål finns traumatologi och på Rikshospitalet utförs transplantationer.

För 20 år sedan var Östra Sjukhuset ett väl fungerande traumasjukhus. Samtidigt som traumaenheten flyttades till SU, utvecklades transplantation och kardiologi i rask takt. De senaste åren har också nya verksamheter tillkommit, exempelvis Bild- och interventionscentrum. Centraliseringen, som inneburit att de mindre sjukhusen förlorat kompetens att ta hand om de allra svårast sjuka, skapar också problem.

– Ekvationen går inte ihop. Medelvårdtiden är tre dagar, men IVA-patienter blir inte friska på tre dagar. Det kanske tar tre månader. Vi har fått allt kortare vårdtider, samtidigt som vi vårdar allt sjukare patienter.

Transporterna är många och tidskrävande.

– Det var ”all time high” här i förra veckan. Åtta patienter skickades in eller ut på en dag! En patient ut till Borås, en patient ut till Lidköping, en patient in från NÄL, en patient ut till NÄL, en patient in från Kungälv, en patient ut till Kungälv, en patient ut till Östra – men inhiberad, en patient ut till Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

I en intervju i Göteborgsposten berättar Kai Knudsen att man tidigare i augusti hade fem göteborgare som utlokaliserades till andra sjukhus och att han fått besked att två av dem gått bort.

– Allt detta skapar en väldigt svår situation, för det handlar ju om kritiskt sjuka människor, säger Kai Knudsen och spår att det blir än värre i framtiden.

– Därför krävs det förutseende. Det vi ser nu är konsekvenserna av hur man planerade för tio år sedan. Sjukhusledningen och politikerna måste dels lösa den akuta situationen, dels planera tio år framåt i tiden. Med tanke på hur ålderspyramiden ser ut, har vi starka indikationer på att vi framöver kommer att ha många svårt sjuka äldre, vilket innebär att ännu mer resurser kommer att krävas.

Enligt Kai Knudsen skulle avlastningen bli enorm, ifall akut kardiologi flyttades till Östra Sjukhuset och SU fick sköta trauman och transplantation.

– Men det kräver ett lab som fungerar dygnet runt och PSI-operatörer på plats. Det kan ta tio år att bygga upp en sådan verksamhet. Nu sitter vi här med Svarte Petter i hand, säger han och tillägger att svensk intensivvård ligger i nivå med Portugal beträffande det låga antalet intensivvårdsplatser per invånare.

– Vårdplatsbristen väcker obehagliga frågor som kräver eftertanke. Ska vi framöver säga till en 80-åring med cancer att ”du är för gammal för intensivvård”?

Självklart påverkas IVA-personalen av situationen. Den som har bakjour, arbetar mer med platsfrågor och transporter, än med medicinska frågor.

– Många som jobbar så, blir sänkta rakt ner i skoskaften. De upplever en enorm stress. Vi ser hur oroliga de anhöriga blir vid transporter, även om vi vet att intensivvården på hemorten är väl så bra som här. Särskilt yngre kolleger blir väldigt nertryckta av att behöva skicka iväg svårt sjuka patienter.

Själv har Kai Knudsen jobbat som läkare i 37 år och blir inte längre lika personligt berörd.

– Otillfredsställande att inte få se om våra insatser lyckas

– Om vi hade 20 platser på CIVA skulle vi kunna vårda patienterna så länge att de överlever krisen. Vi skulle kunna se om våra insatser lyckats. När en patient lämnar, tappar vi kontakten, vilket skapar en inre otillfredsställelse. Vi vill hjälpa folk igenom svåra sjukdomar och det är viktigt för oss att veta att det gått bra. Som det är nu, får vi inte se utfallet,

säger Kai Knudsen och citerar en kollega som snart ska pensioneras. ”Förr kunde man se hela vårdförloppet från början till slutet. Nu handlar det mer om mekanisk vård. Vi tappar feedback på det sätt som ger tillfredsställelse åt yrket.”

I en intervju med Göteborgs-Posten den 11 augusti 2019, pläderade du för att 60 intensivvårdssköterskor borde anställas. Hade du fog för det?

– Jag tog höjd för hur verkligheten ser ut. Vi har tre pass per dygn på IVA. Man måste avsätta tid för inskolning, folk ska gå på kurs, vabba eller vara sjukskrivna, ta semester. 30 - 40 procent av de anställda är borta hela tiden. Behoven på BIVA, CIVA, NIVA och post-op är stora! Vi tar tacksamt emot de utlovade 10 sköterskorna, men de räcker inte på långa vägar om vi ska kunna bedriva den verksamhet som sjukhusledningen planerar för.

SUNDERBY SJUKHUS

Sjukhuset som gått från kris till överbemannning på fyra år



På Sunderby sjukhus intensivvårdsavdelning går man mot strömmen. Medan stora delar av landet lider av personalbrist lyckas man här både behålla de sjuksköterskor som finns och locka till sig nya. "Vi har en kultur där alla känner sig delaktiga i arbetet", säger enhetschefen Therese Apelqvist (sjunde från vänster). Foto: Susanne Lindholm

På intensivvårdsavdelningen på Sunderby sjukhus har man på fyra år lyckats vända sjuksköterskebrist till överbemannning.

▼ Vägen dit har gått genom ett nära ledarskap och ett traineeprogram för grundutbildade sjuksköterskor, berättar specialistsjuksköterskan Therese Apelqvist.

Runt 2011-2012 sade en rad sjuksköterskor upp sig från intensivvårdsavdelningen på Sunderby sjukhus. Som lägst var 28 av de 42 tjänsterna tillsatta, vilket resulterade i stängda iva-platser och en tuff arbetsmiljö med många störningsmoment.

– Eftersom många jobbade extra för att det skulle gå runt, hade man inte det

Hemligheten: Ett nära och lyssnande ledarskap

där lilla extra att ge till patienten. Det är små saker som inte syns när de sköts, men blir irritationsmoment när de inte görs, säger Therese Apelqvist, specialistsjuksköterska och sedan januari i år också enhetschef på intensivvårdsavdelningen på Sunderby sjukhus och dessutom ledamot i Svenska intensivvårdsregistret.

För att komma till rätta med problemen påbörjades 2012 ett traineeprogram för att locka grundutbildade sjuksköterskor till intensivvården. Therese Apelqvist var själv programmets pilotprojekt och sedan dess har det rullat på. Idag tar avdelningen emot två eller tre trainees per termin och lyckas på så sätt rekrytera nya sjuksköterskor.

Men det var först 2015, då man fick två nya enhetschefer till avdelningen, som den tuffa situationen verkligen vände.

– De strukturerade om arbetet och fick ett lugn att lägga sig över avdelningen. Man började prioritera tid till de här små, men viktiga, förändringsarbetena som fått ligga på is när vi var för lite personal. De började också jobba väldigt nära oss sjuksköterskor, lyssnade på medarbetarna och tog till sig deras expertkunskaper. Nu har vi en kultur där alla känner sig delaktiga i arbetet, säger Therese Apelqvist och fortsätter:

– Det har verkligen vänt – idag är vi 51 sjuksköterskor och överbemannade. Det är svårt att säga varför vi lyckades vända utvecklingen, men jag tror personligen att motivationen ökar och stämningen blir mer positiv om man jobbar nära varandra och tillsammans

mot ett gemensamt mål.

Kliniken består idag av sex intensivvårdsplatser och tolv postoperativa platser. Therese Apelqvist berättar att belastningen under hösten har varit hög med en beläggning på sex till åtta patienter dagligen. För att undvika onödiga förflyttningar och spara på de resurser som finns har arbetet strukturerats upp så mycket som möjligt.

– Vi kör "daglig styrning", där vi tillsammans på hela AN/OP/IVA-kliniken fördelar patienterna, så att rätt patient kommer på rätt plats med rätt kompetens i rätt tid.

Men behovet av fler platser finns ändå, menar Therese Apelqvist. Och om två år ska en helt ny intensivvårdsavdelning stå klar på sjukhuset, vilket är



Therese Apelqvist, specialistsjuksköterska och enhetschef för intensivvårdsavdelningen på Sunderby sjukhus.

anledningen till att det tillåts en överbemannning på avdelningen idag. Avdelningens sex vårdplatser ska då förhoppningsvis utökas till tio med två akutplatser i tillägg. Om politikerna beslutar att följa den linjen.

– Vi har en ny politisk ledning i Norrbotten och hela regionen står troligen inför stora förändringar framöver. Ingen vet till exempel vad som ska hända med de små sjukhusen och i förra veckan fick vi anställningsstopp, säger Therese Apelqvist och fortsätter:

– Vi är väldigt måna om att behålla den arbetsmiljö vi har och rädda om våra anställda. Det lokala avtal vi har för de som jobbar nätter är till exempel väldigt bra, och vi är rädda för vad som skulle hända om vi förlorar det. Vi vet ju att en schemaförändring räcker för att folk ska säga upp sig. Det är skört på det sättet.

Anna Sofia Dahl

HRG's Temadagar

Stockholm - 17/10
Svenska Läkaresällskapet

Malmö - 07/10
Konferensservice Malmö

Umeå - 24/10
Rådhusets Rex festsal

En fallorienterad temadag med HjärtRytmGruppen

09.30-10.00

Registrering & Kaffe

10.00-10.05

Inledning

Tord Juhlin, Nathalia Landström, Anette Jemtrén

10.05-11.00

SVT-utredning och behandling-nya guidelines

Malmö: Anna Egerstedt/ Farzad Vahedi

Stockholm: Tord Juhlin/ Dritan Poci

Umeå: Tord Juhlin/ Nathalia Landström

11.00-11.05

Bensträckare

11.05-12.00

Arytmier under graviditet

Malmö: David Mörtzell/Anneli Svensson

Stockholm Umeå: Helena Malmberg/Anneli Svensson

12.00-13.00

Lunch

13.00-13.30

Svimning på akuten-utredning och riskvärdering

Malmö, Stockholm, Umeå: Anette Jemtrén

13.30-14.00

Svimning-när behövs neurologen?

Malmö: Tryggve Karlsson

Stockholm, Umeå: Anders Nilsson

14.00-14.30

Svimning-när behövs kardiologen?

Malmö: David Mörtzell

Stockholm: Viveka Frykman

Umeå: Milos Kesek

14.30-15.00

Kaffe

15.00-15.30

Syncopemottagning /Svimningsskola

Malmö: Viktor Hamrefors

Stockholm, Umeå: Arthur Fedorowski

15.30-16.00

Sammanfattande fall

Malmö: Tord Juhlin

Stockholm, Umeå: Alessio Ciubine

16.00-16.10

Avslutning

Malmö: Tord Juhlin

Stockholm: Anette Jemtrén

Umeå: Nathalia Landström

KAROLINSKA

"Vi skulle behöva dubbelt så många intensivvårdsplatser"

De tio vårdplatserna på intensivvårdsavdelningen på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge står inte i proportion till det uppdrag som avdelningen har. Det skulle behövas det dubbla, framhåller två fackliga företrädare.

▼ – Man ska givetvis ha en tom säng om det kommer in en patient som inte kan andas, säger Mitua Mehra, ledamot i Karolinska universitetssjukhusets läkarförening och specialist i anestesi

– Det finns ingen överkapacitet över-

huvudtaget. Det finns inga möjligheter till "dragspelseffekter", inget utrymme. Det blir en påfrestning och en stress, säger han.

Ett stort problem i sammanhanget är, enligt honom, den påtagliga resursmässiga kraften som krävs.

– Det är en enorm arbetskapacitet som krävs för att flytta en patient. Det handlar ju inte bara om en säng. Vi ska ju bibehålla den medicinska nivån.

Christina Agvald Öhman, fackligt ombud och överläkare i anestesi och intensivvård på Huddinge IVA, håller med.

– Det är tungt när det är som värst. Som läkare tvingas du hela tiden prioritera. Vem tar minst skada att flytta? Ibland är patienter mindre krävande, och ibland är de extremt

krävande. Det handlar hela tiden om att göra det bästa möjliga utifrån de resurser som man har. Men det kan bli riktigt tungt, inte minst för yngre läkare som går nattjour, säger hon, som också sitter i styrelsen för Svenska intensivvårdsregistret, och fortsätter:

– Nackdelarna med flyttarna är uppenbara: information som försvinner, kunskap som försvinner. Det tar tid att sätta sig in i ett nytt fall. Lägg därtill de medicinska riskerna och stressen för anhöriga. Ur ett patientperspektiv är det lika dåligt att skicka folk mellan olika avdelningar på samma sjukhus som till andra sjukhus.

Transportorganisationen i regionen består i huvudsak av två IVA-bussar, vilket är långt ifrån tillräckligt, enligt Mitua Mehra.

– Organisationen är inte rustad för den här mängden transporter. Det tar ofta mer än en timme innan bussarna är på plats.

Läkarna på Huddinge IVA får inte sällan åka med barn, som avdelningen inte har tillräcklig vårdnivå för, till BIVA, barnintensivvårdsavdelningen, i Solna. Barnsjukvården på Huddinge består av vårdavdelningar med vanliga vådrum.

– Det är en särskild stress för oss, medföljande föräldrar och patienten. Problemet är att det inte finns någon intermediärvårdsresurs som kan brygga mellan. Många barn behöver mer övervakning än på en vanlig vårdavdelning, men de behöver inte ligga på IVA.

Under senvåren har ledningen beslutat att drastiskt minska antalet flyttar på grund av resursbrist till andra sjukhus.

– När man bemannar upp får framför allt IVA-sjuksköterskorna och IVA-doktorerna göra jobbet. Vi är ganska väl bemannade på doktorssidan, men överlag är det naivt att tro att man kan behålla folk utan att förbättra arbetsmiljön och höja lönerna. Folk stannar inte om man hela tiden tvingas jobba över, och slutar sjuksköterskor, ja, då blir det färre platser, säger Mitua Mehra och fortsätter:

– Vi har bland de sjukaste patienterna i landet. Vi har högspecialiserad vård, vi har ett stort och ökat akutuppdrag, ett stort och ökande förlossningsuppdrag – de tio platserna som vi har på IVA Huddinge står inte i proportion till vårt uppdrag. Det är det som är problemet.

Utan intermediäravdelning för barn skulle det i stället behövas cirka 20 platser, som möjliggör en viss överkapacitet och "dragspelseffekt", enligt Mitua Mehra och Christina Agvald Öhman.

– Det fysiska platserna finns, men man måste lyckas attrahera personal – här handlar det ju framför allt om sköterskor – som vill jobba med intensivvård. Om man lyckas med det kan man ju bygga ut intensivvården och därigenom sluta transportera, inte för att det är dyrt, säger Mitua Mehra.



Mitua Mehra: "Folk stannar inte om man hela tiden tvingas jobba över. Det är naivt att tro att man kan behålla folk utan att förbättra arbetsmiljön och höja lönerna". Foto: Stefan Nilsson.

Situationen på Karolinska Huddinge / IVA i siffror:

Flytt av patienter till annan IVA på grund av resursbrist

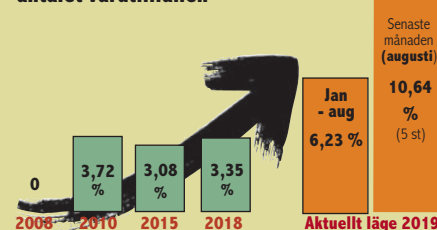


Antal vårdtillfällen då patient flyttats

2008: 0
2010: 26
2015: 18
2018: 21
2019: 23 (jan-augusti)

Källa: Svenska Intensivvårdsregistret

Andel av totala antalet vårdtillfällen



Man ska givetvis ha en tom säng om det kommer in en patient som inte kan andas

David Konrad, funktionschef för PMI, perioperativ medicin och intensivvård, håller med om att det behövs fler platser, men inte cirka 20 platser.

– Det finns inte ett underlag, som jag ser det, att ha just 20 platser. Men vi skulle behöva ett antal fler platser, och

vi jobbar för det. Jag kan inte säga en siffra – det är svårt. Men vi behöver inte dubbelt så många som vi har i dag, säger han.

Adam Öhman

KAROLINSKA

Kompetensflykten bara fortsätter

En organisation som drabbar såväl läkare och patienter, ett otydligt ledarskap och kompetensflykt av seniora läkare som ersätts med hyrpersonal. Skyddsombudet Mikael Nilsson ser på flera centrala punkter ingen ljusning på intensivakuten vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Nu har situationen på intensivakuten lett till att AT-läkare ska utbildas på akutvårdsavdelningen i stället för intensivakuten.

▼ Problemen har radat upp sig efter att intensivakuten på Karolinska universitetssjukhuset i Solna i maj förra året slog upp portarna. Till en början medförde det hårt avgränsade uppdraget att de anställda i praktiken hade lite att göra, medan läget såg helt annorlunda ut på de andra akutmottagningarna i Stockholm.

Massflykt

Förra hösten kunde ledningen konstatera att ungefär halva läkarstyrkan, varav många seniora läkare, hade slutat på intensivakuten. En påtaglig kompetensflykt var ett faktum, vilket medförde att sjukhuset var tvunget att hyra in dyra läkare.

Och i våras stod det klart att ett tjugotal sjuksköterskor hade sagt upp sig. Bland skälen som angavs nämndes inte minst den tuffa tid som följde med flytten till den nya sjukhusbyggnaden under hösten.

En stor del av intensivakutens chefer har även valt att sluta. Och problemen är allt annat än över.

– Vi har ytterligare två seniora kollegor som har slutat nu i sommar. De har alla de tre benen – utbildning, forskning och kliniskt arbete – och det är fler som är på väg att sluta. Kompetensflykten bara fortsätter! De kroniska problemen, sett ur ett läkarperspektiv, är i allra högsta grad kvar. Det är

bedrövligt på många olika sätt, säger Mikael Nilsson, förtroendevald för Läkarförbundet och skyddsombud vid intensivakuten.

Hyrpersonalen är av naturliga skäl tänkt som en avlastning för den ordinarie personalen, och har en viktig funktion för att faktiskt upprätthålla verksamheten på intensivakuten, men också på akutvårdsavdelningen, AVA, och intermedieärvårdsavdelningen, IMA. Samtidigt är de, på liknande sätt som på många andra ställen, vid sidan av ekonomin även besvärande för kontinuiteten.

– Många är duktiga, men de kommer till en ny miljö, där vi har en organisationsmodell som i princip inte finns någon annanstans i Sverige. De vet att de inte ska stanna här och investerar inte i att ha goda relationer, eller att ta sitt utbildningsuppdrag. Man gör det man måste, men inget extra, säger Mikael Nilsson.

– Problemen med bristande kontinuitet, ingen historik och inget långsiktigt ansvarstagande gäller i allra högsta grad på chefsnivå. Om man ska vara en kort tid på en arbetsplats gör man sina arbetsuppgifter så bra man kan, men det innebär ett ganska ordentligt jack i kurvan. Frågor som skulle behöva drivas uppåt i sjukhuset blir i stället liggande orörda. Följden blir att arbetsmiljön blir lidande och sjukskrivningarna många.

Ett av de grundläggande problemen

är direkt kopplade till den nya organisationsmodellen, som förut kallades värdebaserad vård. En konsekvens av modellen, som baseras på patientflöden och ersatte de traditionella klinikerna, är enligt Mikael Nilsson att de patienter som inte passar in i de högspecialiserade flödena hamnar i kläm. Ingen vill kännas vid dem, eftersom de inte utgör läkarnas absoluta fokus. Resultatet blir att läkarna på intensivakuten tvingas ägna en stor del av sin tid på att få sina patienter inlagda. Något som den inhyrda personalen inte främst gör, utan den ordinarie.

Absurda diskussioner

– Läkarna hamnar i en svår situation. Det kan vara helt absurt – man måste ringa runt och dividera med olika bakjourer kring patienternas tillhörighet. Modellen säger att alla ska ta hand om sina patienter, men det gör man inte, säger Mikael Nilsson.

– Det gör att det blir konflikter i läkargruppen. Läkarna som arbetar här känner att de inte kan stå för vården på det sätt som vi måste bedriva den. Det tär på hälsan.

Mikael Nilsson fortsätter:

– Det här ändrar man inte genom att skruva lite på uppdraget. Vi befinner oss på ett sluttande plan. Funktion Akut som den ser ut nu kan inte ta ansvar för att bedriva intensivakuten utifrån ett läkarperspektiv. I stället ser vi framför oss att de olika temana får ta hand om sina egna patienter.

Konferensrummet på Elite Hotel Carolina Tower mitt emot Karolinska universitetssjukhusets huvudentré är litet, bordet framför oss likaså. Mikael Nilsson har ordnat tid i ett av rummen på plan sex på hotellet som sjukhuset hyr ("det finns helt enkelt inte tillräckligt med administrativa rum i de nya



– Det kan vara helt absurt. Modellen säger att alla ska ta hand om sina patienter, men det gör man inte så man måste ringa runt och dividera med olika bakjourer kring patienternas tillhörighet. Det gör att det blir konflikter i läkargruppen, det tär på hälsan, säger skyddsombudet Mikael Nilsson.

Foto: Stefan Nilsson

lokalerna"), och möblemanget känns något improviserat.

Han sitter med armarna i kors och väger på ryggstödet.

Efter att personalen höjt rösten inför sommaren har sjukhuset vidtagit en antal åtgärder. Exempelvis har inflödet av patienter minskat. Problemen har formulerats och kommunicerats internt, "tidigare ville man ju inte kännas vid problemen överhuvudtaget", men någon fruktbar diskussion mellan ledning och personal, arbetsgivare och fack om de bakomliggande problemen och hur personalstyrkan ser på dem har det än så länge inte varit tal om.

Situationen på intensivakuten, med ändrat uppdrag, en förändrad patientvolym – med färre, men högspecialiserade patienter – och bemanningsituationen har lett till att AT-läkare från och med nu i höst inte ska utbildas på intensivakuten. Det har, åtminstone periodvis, helt enkelt varit svårt att uppfylla AT-läkarnas läromål på intensivakuten. I stället är de flyttade till akutvårdsavdelningen.

Enligt Pernille Haraldsen, funktionsrådeschef för akuten i Solna, hänger allting ihop och sjukhuset anser att lösningen blir bättre för AT-läkarna, inte minst med tanke på deras breda läromål.

Skyddsombudet på intensivakuten ser ingen ljusning – nu plockas AT bort

Samtidigt står intensivakuten inför en ny organisationsförändring. I korthet ska Funktion Akut bli ett tema, som ska slås ihop med Tema Trauma och reparativ medicin.

– Vi är i en krissituation, och nu ska vi alltså göra en omorganisation i den situationen. Antingen kan det bli bättre, eller så blir det pannkaka av alltihop, säger Mikael Nilsson.

– Vi ser att man gör olika former av försök, men hur det blir med de försöken får vi se. Det här är inte bara intensivakutens problem.

Han fortsätter:

– Hade vi haft en ledning som lyssnar på medarbetarna, som skapar bra förutsättningar för medarbetarna, då hade jag kunnat säga att jag ser en ljusning. Jag ser att det finns initiativ i den riktningen, men det finns inte en helhet.

Patrik Rossi, funktionschef för Funktion Akut, beskriver kompetensflykten som utmanande. Det högspecialiserade uppdraget ställer höga krav på intensivakutens kompetenskonstella-

tion, som han uttrycker det, något som måste utvecklas framåt.

– Vi hade hellre gjort det med fast anställd personal. Nu har vi inte klarat av det, utan har varit beroende av hyrdoktorer. Det är olyckligt, säger han.

– Den minskande patientvolymen som har skett gör att situationen går att hantera, men vi behöver använda oss av sjukhusets övriga kompetenser mer. Vi vill förstås gärna rekrytera nya specialister i akutsjukvård till vår akutmottagning, men nu är det som det är, där turbulensen kring uppdraget gör att de traditionella specialiteterna kanske ser utmaningar att komma till oss.

Patrik Rossi säger att han ser goda förutsättningar för en konstruktiv dialog kring situationen mot bakgrund av de åtgärder som har vidtagits, samt ett antal nya rekryteringar på chefsidan.

– Jag tror att vi behöver hitta nya samarbetsformer. All egen personal som vi har kvar, i Funktion Akuts organisation, inklusive läkarna, har en viktig roll, men temans roller behövs också. Vi måste hitta nya samarbetsformer tillsammans med alla läkargrupperna på sjukhuset för att få det här att fungera på ett bättre sätt, säger han.

Adam Öhman

KAROLINSKA

Flytten av patienter ska minskas drastiskt

– men skälet är inte att problemen med vårdplatser är lösta

De senaste tio åren har intensivvårdsavdelningen på Karolinska universitetssjukhuset i Solna legat i topp i landet när det gäller att flytta patienter till andra intensivvårdsenheter på grund av resursbrist. Men nu ska det bli stopp för det. Antalet flyttar till intensivvårdsenheter utanför KS ska dras ner drastiskt – något som redan har påbörjats.

▼ Men orsaken till att man inte längre ska skicka patienter på grund av resursbrist är inte att sjukhuset har kommit tillrätta med sjuksköterskebristen och på så sätt kunnat utöka antalet vårdplatser. I stället handlar det främst om att Karolinska behöver spara drygt en miljard kronor under 2019 och det avtal som gäller i Stockholm som kostar Karolinska tiotals miljoner årligen.

Enligt avtalet äger nämligen Karolinska betalningsansvaret för en patient till dess att denne inte längre behöver intensivvård – även om patienten flyttas till ett annat sjukhus. Och det till en kostnad av 50 000 kronor per vård dygn.

Kostnaden för extern intensivvård

där Karolinska universitetssjukhuset behöver betala extra pengar till andra IVA-avdelningar var 34 miljoner kronor 2016, 27 miljoner kronor 2017, 27 miljoner kronor 2018 och 9 miljoner kronor fram till och med augusti i år.

Det interna målet är nu att spara cirka 15 miljoner kronor 2019 genom att minimera antalet externa flyttar.

– Vi har gått in i ett lite annat sätt att arbeta på med färre personal per patient. Vårt mål är att inte behöva skicka en enda patient externt under resten av året, säger Jonas Blixt, funktionsenhetschef för IVA Solna, som är kritisk till avtalet.

– Vi får aldrig externt betalt när vi

tar emot en patient utifrån. Då ingår det i vårt uppdrag. Om det ska bli så att alla patienter ska fortsätta ligga kvar på sjukhuset, även om de inte behöver Karolinska-specifik vård, då kan vi till slut inte ta hand om de patienter som vi måste ta hand om. Det här skulle man ha ordnat redan från början, när man byggde ett högspecialiserat sjukhus. Det måste finnas ett avflöde.

Karolinskas lösning leder dock, enligt fackliga företrädare, till nya problem: extra måste personal kallas in, det blir extrapass och högre arbetsbelastning.

– Sköterskorna upplever klart ökad arbetsbelastning och stress efter platsantalsförändringen, och att de många förändringar som skett sedan inflytten i nya sjukhuset lett till en tydligt försämrad arbetsmiljö, säger Ulrika Ljung Faxén, skyddsombud för Läkarförbundet på intensivvårdsavdelningen, som också framhåller att även flyttar mellan intensivvårdsavdelningar ofta innebär merarbete och stress.

Adam Öhman

HELSINGBORG

Lindrig influensasäsong blev räddningen för Helsingborg?

I statistiken från Svenska intensivvårdsregistret sticker Helsingborg ut.

▼ Under åren 2016 till 2018 för att man tvingades skicka patienter på grund av resursbrist betydligt oftare än andra länssjukhus i landet. Och under 2019 för att andelen minskat dramatiskt.

För två år sedan då Sjukhusläkaren besökte IVA i Helsingborg beskrev Anders Schmidt, medicinskt ansvarig läkare på avdelningen, en situation med ständiga överbeläggningar och förflyttningar av intensivvårdspatienter till andra sjukhus.

En vårdområdesanalys slog då fast att 14 avvikelser och lex Maria-ärenden direkt kunde kopplas till vårdplatsbristen på IVA i regionen. Också en ökning av totalt fem IVA-platser som kortsiktig lösning.

Fler vårdplatser i budgeten blev färre i verkligheten

I samma veva fick Helsingborgs lasarett ett budgettillskott för att kunna utöka de åtta platserna till nio, men på grund av sjuksköterskebristen har det inte varit möjligt.

– Sedan ett år tillbaka har vi istället sju platser, men jag undrar om vi kommer att kunna behålla dem öppna i vinter. Går inte det vore det katastrof, säger Anders Schmidt.

Samtidigt som statistiken visar att regionens övriga intensivvårdsavdelningar haft en belastning mer lik tidigare års sticker Helsingborg på nytt ut. Under årets åtta första månader har man skickat totalt sex patienter, alltså vid 1,71 procent av vårdtillfällena. Det kan jämföras med åren 2016-2018 då andelen låg på 4,46, 5,01, respektive 6,95 procent – långt över andra länssjukhus årssiffror.

– Förvånande nog har vi upplevt en dräglig vinter, vår och sommar, vilket är glädjande med hänsyn till platsneddragningarna. Sannolikt beror det på flera orsaker där jag tror att den viktigaste variabeln är att influensasäsongen inte drabbade oss lika hårt som den brukar.

Nu har också vårdområdesanalysen gett resultat. I Region Skånes budget för 2020 har totalt 42 miljoner kronor avsatts för att utöka regionens intensivvårds- och intermediärvårdplatser.

– Vi tror att 2019 bara är ett hack i kurvan för vår del. Vi har helt enkelt för få platser i förhållande till befolkningen, säger Anders Schmidt och tillägger att man under september återigen har full beläggning.

Anna Sofia Dahl



Azathioprin 1A Farma
azathioprin (f.d. namn Immunoprin)
är den enda azathioprin-produkten som
tillhandahålls i styrkorna
75 mg och 100 mg.

Dessa styrkor gör att dina patienter kan ta färre tabletter för att nå sin dosering (1-4* mg/kg kroppsvikt beroende på indikation).



OBS! Azathioprin 1A Farma 75 mg och 100 mg är inte utbytbara mot andra styrkor av azathioprin. För att patienten ska få styrkorna 75 mg och/eller 100 mg expedierat krävs ett aktivt val vid förskrivning.

*Dosen ska justeras efter kliniskt svar (vilket kanske inte ses förrän efter veckor eller månader) och hematologisk tolerans. När det terapeutiska svaret är uppenbart bör det övervägas att minska underhållsdosen till lägsta möjliga som är förenlig med upprätthållen respons. 1

1Ref: SPC för Azathioprin 1A Farma

SANDOZ A Novartis Division

Förkortad förskrivningsinformation, För ytterligare information se SPC på www.fass.se
Azathioprin 1A Farma (azathioprin) ATC-kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmdragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azathioprin) eller mot något av hjälpämnen, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2018-11-01

Sandoz A/S Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn S, Danmark www.sandoz.se

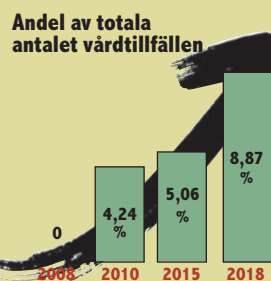
Situationen på Karolinska Solna / CIVA i siffror:

Flytt av patienter till annan IVA på grund av resursbrist



Antal vårdtillfällen då patient flyttats
2008: 0
2010: 36
2015: 48
2018: 73
2019: 37 (jan-augusti)

Källa: Svenska Intensivvårdsregistret



Aktuellt läge 2019
Jan - aug 8,83 %
Senaste månaden (augusti) 7,14 % (3 st)

Fotnot: I dagens organisation ingår centralintensiven tillsammans med neurointensiven i Karolinska Solnas IVA.

Sjukhusläkaren har pejlat läget från norr till syd

1 Sunderbyn. Se sidorna 24-25

Flygläkarjour räddare i nöden

2 Umeå. IVA i Umeå flyttar patienter på grund av resursbrist i något för stor utsträckning, men det är i dagsläget inte ett stort bekymmer professionellt sett, enligt Johan Thunberg tillförordnad verksamhetschef för Centrum för anesthesi, operation och intensivvård i Västerbotten.

I Umeå har intensivvårdsavdelningen tillgång till flygläkarjouren, ett samarbete mellan regionerna i norra sjukhusvårdsregionen, vilket medför att problem kopplade till flyttar på grund av resursbrist blir förhållandevis små, menar Johan Thunberg.

– Flygläkarjouren gör att vi har en bra

infrastruktur för transportkedjan och kan bibehålla en bra kompetens. Men det är ju ett bekymmer för patienten, eftersom kontinuiteten blir lidande, säger Johan Thunberg.

Hur är läget på IVA i Umeå just nu?

– Just nu är det många patienter inom intensivvården på alla ställen. Nu är risken att vi måste flytta patienter ganska hög, men om några dagar kan det ju se annorlunda ut.

Johan Thunberg tror dock att det i framtiden kommer bli ännu vanligare med flyttar på grund av resursbrist, både för IVA i Umeå och för landet i sin helhet.

Adam Öhman

Året sommar blev exceptionellt tuff i Örnsköldsvik

3 Örnsköldsvik. Årets sommar var exceptionell. Under en period hade intensivvårdsavdelningen vid Örnsköldsviks sjukhus endast tre platser öppna på grund av svårigheten att rekrytera personal – två mindre än brukligt på sommaren.

– Det är otillfredsställande att ha en situation, där man inte vet om man har tillräckligt med plats, men vad ska man göra när man inte kan rekrytera tillräckligt många IVA-sköterskor. De som jobbar hela året måste ju få sin semester, säger överläkare Annica Nilsson, överläkare i anesthesi och intensivvård och medicinskt ansvarig på avdelningen.

– En tydlig förändring, jämfört med för, såg, tio år sedan är att vårdavdelningarna har för få platser. Patienter blir kvar på intensivvården, även efter att de är medicinskt färdigbehandlade här. Det gäller både kirurg- och medicinpatienter. Det finns helt enkelt för få avdelningsplatser, säger Annica Nilsson.

Närmare 90 procent av patienterna på intensivvården har en vårdtid på mellan noll och tre dygn. Mindre än 10 procent har en vårdtid som är mellan fyra och tio dygn. "Långliggarna", som ligger mer än en månad, utgör vanligen mindre än en procent under året.

Intensivvårdsavdelningen vid Örnsköldsviks sjukhus hade i våras ett antal "långliggare" som slukade en stor del av avdelningens resurser.

Adam Öhman

"Vi ser en trend med fler flyttar till annan IVA"

4 Uppsala. Under det gångna året har personalen arbetat med att få ner antalet återinläggningar från avdelning, vilket har fått till följd att flyttarna från Centrala intensivvårdsavdelningen på Akademiska sjukhuset till annan IVA har ökat. Det säger Magnus von Seth, medicinskt ledningsansvarig läkare.

Han ser en ökad trend av överflyttningar av patienter till annan IVA på grund av flera skäl.

– Vi upplever en ökad efterfrågan på intensivvård, dels på grund av ökat befolkningsunderlag, dels fler avancerade behandlingar som i någon fas kräver intensivvård.

Efter en sommar med många flyttar har det nu lugnat ner sig till mer normala nivåer på CIVA i Uppsala, säger Magnus von Seth. Mellan 1 juni och 31 augusti har avdelningen flyttat totalt 11 patienter vid 12 tillfällen, vanligtvis till BRIVA.

Adam Öhman

Andel vårdtillfällen då patient flyttats på grund av resursbrist 2018

1,31 procent

2010: 0,35 procent
2015: 2,20 procent

1 SUNDERBYN

IVA

4,66 procent

2010: 1,38 procent
2015: 1,70 procent

2 UMEÅ

IVA

1,02 procent

2010: 1,29 procent
2015: 0,72 procent

3 ÖRNSKÖLDSVIK

IVA

3,44 procent

2010: Statistik saknas
2015: 5,52 procent

4 UPPSALA

CIVA

4,16 procent

2010: 0,50 procent
2015: 1,25 procent

5 ÖREBRO

IVA

8,87 procent

Karolinska/Solna/CIVA
Karolinska/Huddinge/IVA
3,35 procent

6 STOCKHOLM

Karolinska/Solna/CIVA
2010: 4,24 procent
2015: 5,06 procent
Karolinska/Huddinge/IVA
2010: 3,72 procent
2015: 3,08 procent

5,39 procent

2010: 3,50 procent
2015: 4,09 procent

7 LINKÖPING

IVA

5,08 procent

2010: 1,07 procent
2015: 2,61 procent

8 GÖTEBORG

Sahlgrenska CIVA

6,95 procent

2010: 1,37 procent
2015: 1,70 procent

9 HELSINGBORG

IVA

**Fortsättning
nästa uppslag >>>**

We



_ Rapid Rate Control.

Rapibloc®
Landiolol hydrochloride

Rapid Rate Control

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

RAPIBLOC (landiolol). Pulver till infusionsvätska, lösning. C07AB14, R_x, EF. **FARMAKOLOGISK GRUPP:** Beta-receptorblockerare, selektiva. **STYRKA:** Rapibloc pulver till infusionsvätska, lösning, finns i styrkan 300 mg/50 ml. **INDIKATION:** Supraventrikulär takykardi och snabb kontroll av kammarfrekvens hos patienter med förmaksflimmer eller förmaksflimmer under perioperativa, postoperativa eller andra omständigheter där kortsiktig kontroll av kammarfrekvensen med ett kortverkande medel är önskvärd. Icke-kompensatorisk sinusbradykardi där den snabba hjärtfrekvensen enligt läkarens bedömning kräver specifika åtgärder. Landiolol är inte avsett för behandling av kroniska tillstånd. **DOSEERING:** Landiolol är avsett för intravenös användning under övervakning. Var vänlig läs produktresumén på www.fass.se för detaljerad och individanpassad dosjustering samt hänvisning till särskilda patientgrupper. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Rapibloc ska beredas före administrering och användas omedelbart efter öppnandet. Landiolol ska användas med försiktighet till diabetiker eller vid fall av hypoglykemi. Den vanligast observerade biverkningen är hypotension. Detta kan snabbt åtgärdas med en dosreduktion eller utsättning av behandlingen. Fortlöpande kontroll av blodtryck och EKG rekommenderas hos alla patienter som behandlas med landiolol. Betablockerare ska undvikas hos patienter med preexitationssyndrom i kombination med förmaksflimmer. Hos dessa patienter kan betablockad av atrioventrikulärknutan öka ledningen i de accessoriska banorna och framkalla kammarflimmer. På grund av dess negativa effekt på överledningstid ska betablockerare endast ges med försiktighet till patienter med första gradens hjärtblock. Samtidig administrering av landiolol med verapamil eller diltiazem rekommenderas inte till patienter med atrioventrikulära överledningsavvikelse. Betablockerare kan öka antalet och varaktigheten av anginaattacker hos patienter med Prinzmetals angina på grund av ohindrad, alfa-receptormedierad sammandragning av kransartärerna. Användning av landiolol för kontroll av ventrikulär respons hos patienter med supraventrikulära arytmier ska ske med försiktighet hos patienter med (redan befintlig) hjärtsvikt eller om patienten har försämrad hemodynamisk funktion eller tar andra läkemedel som minskar något eller allt av följande: perifert motstånd, hjärtmuskefullfyllning, hjärtmuskelsammandragning eller elektrisk impulsspridning i hjärtmuskeln. Fördelarna av eventuell frekvenskontroll ska vägas mot risken för ytterligare minskad hjärtmuskelsammandragning. Vid det första tecknet eller symtomet på ytterligare försämring ska dosen inte ökas och, om det anses nödvändigt, ska landiolol sättas ut och patienten ges lämplig medicinsk vård. Landiolols huvudsakliga metabolit utsöndras via njurarna och ackumuleras sannolikt hos patienter med nedsatt njurfunktion. Även om metaboliten inte har några betablockerande egenskaper, ens vid doser som är 200 gånger så höga som modersubstansen, ska landiolol användas med försiktighet till patienter med nedsatt njurfunktion. Landiolol ska användas med försiktighet och bara efter förbehandling med alfareceptorblockerande medel hos patienter med feokromocytom. Patienter med bronkospastiska sjukdomar ska i allmänhet inte få betablockerare. På grund av dess höga relativa beta-1-selektivitet och titrerbarhet kan landiolol användas med försiktighet hos dessa patienter. Landiolol ska titreras noggrant för att uppnå lägsta möjliga effektiva dos. Vid fall av bronkospasm ska infusionen avbrytas omedelbart och en beta-2-agonist ska administreras om nödvändigt. Om patienten redan använder ett beta-2-receptorstimulerande medel kan det vara nödvändigt att omvärdera doseringen av detta medel. Hos patienter med perifera cirkulationsstörningar (Raynauds sjukdom eller syndrom, fönsterittarsjuka) ska betablockerare användas med stor försiktighet då detta kan leda till en förvärring av dessa tillstånd. Betablockerare kan öka såväl känsligheten för allergener som svårighetsgraden av anafylaktiska reaktioner. Patienter som använder betablockerare kan vara okänsliga mot de vanliga adrenalin doserna som används för att behandla anafylaktiska reaktioner. **FÖRPACKNINGAR:** 50 ml injektionsflaska med 300 mg mg pulver till infusionsvätska, lösning. **ÖVRIG INFORMATION:** För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 14 september 2018.

IVA i Örebro tar hjälp av länsdelssjukhus och roterar personal



Att byta patienter är nödvändigt, men är inte optimalt ur patientsäkerhetssynpunkt, säger Åsa Eriksson Nordesjö.

Foto: Fredrik Karlsson

5 Örebro. Intentionen är att ha åtta IVA-platser öppna under veckorna på IVA vid Universitetssjukhuset Örebro (USÖ). Men sedan mars i år har endast sex av dem varit bemannade.

I Örebro län finns också två länsdelssjukhus, Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett, med totalt sex IVA-platser.

Medan det är brist på specialistsjuksköterskor i Örebro finns det gott om dem i Karlskoga och Lindesberg. Att förmå sköterskor därifrån att arbeta på USÖ har blivit en lösning. Genom att låta personal rotera, förstärks också den allmänna kunskapsnivån, vilket verksamhetschefen Åsa Eriksson Nordesjö ser som en bonus.

– Efter höstens utbildningsinsats kan vi ha dialyskrävande patienter på länsdelssjukhusen; det kunde vi inte tidigare, säger hon.

Att antalet vårdplatser på IVA USÖ under våren minskat med 25 procent, syns i Svenska Intensivvårdsregistrets statistik. I april var andelen flyttar på grund av resursbrist endast 1,85 procent, medan den i maj var hela 10,2 procent.

Sedan april/maj flyttas patienter från USÖ tidigare till rätt vårdnivå än förut, när så bedöms lämpligt.

Detta innebär att de transporteras till Karlskoga eller Lindesberg som båda har IVA nivå 1. De i sin tur skickar sina svårast sjuka patienter till USÖ.

– Genom att "byta patienter" undviker vi överfyllnad i Örebro, som har IVA nivå 3.



Förfarandet är en nödvändig lösning för att utnyttja resurserna i länet på bästa sätt, men det är inte optimalt ur patientsäkerhetssynpunkt, menar Åsa Eriksson Nordesjö.

– Alla förflyttningar innebär vissa risker; det kan vi inte sticka under stol med. Dessutom tar de mycket tid och resurser i anspråk. Ibland har vi belastningstoppar som orsakar svårösta problem. Detta tär hårt på personalen.

Enligt henne beror inte bristen på specialistsjuksköterskor i första hand på löner.

– Det är svårt att locka sjuksköterskor att gå specialistutbildningen till intensivvårdssjuksköterska, eftersom arbetsvillkoren i stort sett är desamma med dygnetruntvård och allt vad det innebär. Endast en av alla anställda sjuksköterskor i Örebro går den betalda specialistutbildningen just nu.

Ingemo Orstadius

"Att flyttas innebär alltid en risk för patienten"

7 Linköping. En IVA-patient i veckan flyttas från Linköpings universitetssjukhus på grund av brist på resurser.

– Det tar tid och vi tappar tempo i vården. Varje extra dygn ökar risken för komplikationer, säger Carl Hildebrand, sektionschef och överläkare på IVA/Post-op vid Linköpings universitetssjukhus.

Carl Hildebrand tycker det är allvarligt att patienter flyttas på grund av resursbrist. Men det är ett hårt tryck på intensivvården.

– För att kunna erbjuda bra intensivvård rekommenderas en beläggning på 70-75 procent. Vi är långt ifrån det, säger han.

Han uppskattar att beläggningen snarare ligger på uppemot 90 procent och i år har de varit överbelagda åtta procent av tiden. Hur ofta patienter flyttas på grund av att det inte finns plats för dem varierar väldigt

över tid, men Carl Hildebrand uppskattar genomsnittet till "någon i veckan".

– Det tar tid i anspråk att sitta och ringa runt för att hitta en plats. Jag har suttit och ringt till ett tiotal avdelningar utan att få napp. Sedan ska man också få till transporten.

Oftast flyttas patienterna till NIVA på det egna sjukhuset, men det kan också bli på THIVA, BRIVA, eller sjukhuset i Norrköping.

– Vi har haft patienter som åkt till Västervik, Kalmar och Eksjö i år.

Att flytta en patient handlar inte bara om att hitta en plats. Det är mycket kunskapsöverföring som ska ske, både mellan IVA-läkarna och kirurgerna på båda avdelningarna. Carl Hildebrand är inte förvånad över att studier visar på högre dödlighet för patienter som flyttas på grund av resursbrist.

– Man riskerar att tappa tempo i behandlingen och man tappar kontinuitet i vården. Det kan vara svårt för övertagande läkare att bilda sig en korrekt uppfattning via dokumentation. Jag kan tycka att jag är tydlig, men... Det är alltid en risk för patienten att flyttas, säger han.

Trots både skriftlig och muntlig överlämning finns alltid risken för missförstånd och kunskapsglapp.

– IVA-patienter är dessutom väldigt utsatta och det finns stor risk att de drabbas av förvirring, den risken ökar om man flyttar dem.

Resursbristen är som regel en brist på specialistsjuksköterskor. Det är en utmaning att hålla personaltillgång till nio platser. Vi klarar vårt uppdrag men har ingen marginal alls, säger Carl Hildebrand.

Sjuksköterskebristen är ett generellt och väl känt problem i

hela Sverige. Carl Hildebrand tycker att det talas mycket om utbildningsplatser, men för lite om hur man får de som finns att vilja jobba kvar i vården.

– Helt centralt för sjukvården är att få sjuksköterskor att stanna på sitt jobb. Där har våra politiker mycket att tänka på. För att få unga att stanna behövs erfarna som kan stötta, annars orkar de inte. Det är ett svårt och slitigt jobb.

Under de senaste åtta åren har antalet patienter som vårdas på IVA i Linköping ökat med cirka 30 procent.

– Det har blivit fler patienter, större tryck på IVA. Kraven blir högre, kunskapen större, vi vårdar allt fler, vården blir mer avancerad. Gränserna flyttas lite hela tiden, säger Carl Hildebrand.

Ulrika Fjällborg

6 Stockholm. Se sidorna 26-30

8 Göteborg. Se sidorna 16-23

9 Helsingborg. Se sidan 31



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019¹

Repatha[®] subventioneras som tilläggsbehandling för

- **Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja **Repatha[®]** som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.²

Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på **Repatha[®]** för rekommendationen i sin helhet

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 juli 2019, se www.fass.se³

AMGEN[®]

Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se

SWE-P-145-1118-070387(a) Aug 2019