

■ **Porträttet | Camilla Starck** SID 18-22

■ **Krönika | Lars Rocksén** SID 6-7

■ **Krönika | Björn Ekman** SID 4

■ **Den digitala läkarassistenten** SID 34

■ **Vem satsar på intermediärvård?** SID 26-29

■ **Vårdcentraler miljonfuskade** SID 24

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SjukhusSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 5/2019

TEMA ARBETSTIDER

Omfattande obetalt arbete på övertid

Sidorna 8 -16



LEDAREN

Varför ställer vi upp?

Sidan 3



Illustration: Lina Schnauffer

Xarelto® för dina förmaksflimmerpatienter med diabetes



Mer än 70 % av diabetespatienterna avlider på grund av en kardiovaskulär händelse, inklusive stroke¹

”Jag visste inte att diabetes och mitt förmaksflimmer kunde orsaka stroke och dessutom skada mina njurar!”

Referenser: 1. Laakso M. Cardiovascular disease in type 2 diabetes from population to man to mechanisms. *Diabetes Care* 2010;33(2):442–9.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg, 10 mg (F). **Indikation:** Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. **Dosering:** rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT eller LE är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och LE. Patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 20 mg en gång dagligen. En sänkning av dosen från 20 mg en gång dagligen till 15 mg en gång dagligen bör övervägas om patientens risk för blödning bedöms överstiga risken för återkommande DVT och LE. När förlängd profylax av återkommande DVT och LE är indicerat (efter att minst 6 månaders behandling av DVT eller LE har avslutats) är rekommenderad dos 10 mg en gång dagligen. Hos patienter som anses ha hög risk för DVT eller LE, såsom dem med komplicerade komorbiditeter, eller som har utvecklat återkommande DVT eller LE på förlängd profylax med Xarelto 10 mg en gång dagligen, ska Xarelto 20 mg en gång dagligen övervägas. **Kontraindikationer:** Aktiv,

kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** 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. Om blödning inte kan kontrolleras kan tillförsel av ett specifikt prokoagulantivt medel övervägas, såsom protrombinkomplexbeslutningskoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplexbeslutningskoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). För patienter med tidigare trombos och antifosfolipid-syndrom rekommenderas inte Xarelto. 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.

Xarelto®
rivaroxaban

LEDARE

Sjukhusläkaren 5/2019

Varför ställer vi upp på att få hjulen att rulla utan ersättning?

Hemma hos mig är en gammal Mora träskdänsa ständigt efterfrågad av de yngre familjemedlemmarna. Mest uppskattad är versraden ”utan hjul och utan däck och motorn den är väck”. Trots allt går bilen.

Låten har sorgligt nog en mängd paralleller till sjukvården, och bilen, som trots usla förhållanden faktiskt går på övertid, det är vi som försöker lappa och laga. Jämför vi med den moderna bilindustrin har jag svårt att tro att man skulle välja att köpa material enbart baserat på hur billigt anbudet är, utan faktisk kontroll på om varan som säljs fungerar eller ens finns. På många håll i landet har sjukhusens hyllor gapat tomma, och planerade operationer och behandlingar har fått ställas in.

På andra håll har man utan att förstå det köpt in för dyrt, och låter därför exempelvis hellre läkare ägna tid åt telefonkatalogen än att ringa den alltför kostsamma växeln. Eller så har man handlat billigt men det blir ändå dyrt, exempelvis bukdukar till bra styckepris i fem-pack, men missat att fyra måste kasseras efter att förpackningen öppnats då man normalt bara behöver en. Eller kanske till och med köpt in vård utan kännedom om rätt kompetens finns eller inte hos den som var billigast. Exempelen är många.

Upphandling är svårt, man riskerar att få något man inte alls ville ha, och felstegen blir kostsamma. Men de kan mildras. På Akademiska sjukhuset finns idag en medarbetare som räddat akut-mottagningens verksamhet, som

undersköterskan Margareta Sandback. Hon förutsåg kommande brister efter upphandling och leverantörsbyte, och utökade sina beställningar för att få ett lager. Det signalerar det som borde vara självklart – vid planering och beslut som rör sjukvård måste vi som jobbar i vården vara med!

Senaste veckorna har vi som så många gånger förr sett pressmeddelanden om sparkrav inom svensk sjukhusvård. Med mindre pengar ska lika mycket eller mer göras. Och visst, vi ser ibland hur resurser inte nyttjas på bästa sätt.

Kostsamma administrativa strukturer som inte är till gagn för våra patienter får stort fokus i regionernas budget. Pengar går runt i systemet, det faktureras kors och tvärs, och diskussionen handlar ibland mer om vems budget som ska belastas än hur vi får så mycket högkvalitativ vård som möjligt för våra gemensamma pengar.

Att det är billigare att beställa undersökningen patienten behöver direkt i de fall så är lämpligt – istället för att remittera till annan budgetenhet med en fördröjning av patientens utredning och ett extra besök som belastar våra offentliga medel – det spelar ingen roll. För när pengarna ska räknas så räknas de i stuprör.

Jag skulle önska att vi på riktigt skulle börja utvärdera sjukvården och besparingar med frågan: på vilket sätt gagnar denna del av verksamheten våra patienter och på vilket sätt leder denna hypotetiska besparing verkligen till en besparing?

Vi har i och med det regionala självstyret en mängd olika besparingsförsök

att analysera, men alltför sällan lär man sig av tidigare erfarenheter. Anställningsstopp och stopp på hyrpersonal hör till de vanligare åtgärder som slängs fram. Men sparar det verkligen pengar? Eller leder det till en underbemanning som på sikt blir dyrare? Och är vi bemannade efter behoven idag?

I detta nummer har vi vittnesmål från hela landet från Läkarförbundets lokalföreträdare, och det är uppenbart att det inte fungerar som det ska. Det slarvas med tidsregistreringar och arbete som måste göras och inte kan lämnas över blir glatt till flexitid. Det leder till ett osynliggörande av arbetet vi gör, och att bemanningen inte behöver vara anpassad efter arbetsbördan. De i beslutande position får heller inget underlag att driva förändringar på, och problematiken cementeras.

Varför ställer läkare då upp på att arbeta timme efter timme obetalt? Det enkla svaret jag har är att vi ofta ser patienterna som våra uppdragsgivare, och i ineffektiva dysfunktionella system så sträcker vi våra gränser, och försöker kompensera en bristande struktur för att patienternas ska få en god vård. Frågan är bara – ger det oss själva en god hälsa?



ELIN KARLSSON
Andre vice ordförande
i Sjukhusläkarna

Redaktionen:

▼ Christer Bark, chefredaktör,
redigerare, reporter.
christer.bark@sjukhuslakaren.se

▼ Anna Sofia Dahl,
redaktionschef, reporter.
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se

▼ Adam Öhman,
reporter.
adam.ohman@sjukhuslakaren.se

Annonser:

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

Det här med ersättningssystem...funkar det?

Ersättningssystem inom vården är ett ständigt återkommande ämne i både debatt och utredningar. Det har skrivits många och långa rapporter om hur "ersättningssystemen måste förändras" för att, ja, oklart varför egentligen, men något måste tydligen göras med de systemen.

Som med så mycket annat inom hälso- och sjukvården så omgärdas också ersättningsfrågan av missuppfattningar, myter och inte sällan rena stollerier. Samtidigt ska påpekas att som så mycket annat är inte heller den en enkel fråga. En sak som är viktig när man diskuterar ersättningsmodeller till vårdgivare är att komma ihåg varför vi finansierar hälsovård så som vi gör.

Oavsett var man lever i världen så innebär det att bli sjuk att man riskerar att stå inför katastrofala kostnader. Och hur vi väljer att utforma vårdens finansieringssystem handlar djupast sett om hur de här finansiella riskerna ska fördelas mellan tre parter: finansören (offentlig eller privat), vårdgivaren och patienten.

I Sverige har vi sagt att regionerna som finansierar av vården ska ta på sig den största risken (drygt 80 procent av de totala utgifterna för vården) och patienten får axla runt 16 procent, utom i Sörmland förstås, där andelen är lägre. Den svenska staten tar ett mycket litet finansiellt ansvar.

Men genom att utforma ersättningssystemen till vårdgivarna på ett visst sätt så kan finansören föra över delar av den risk de ska stå för till dessa. I de flesta OECD-länder är det vanligaste att staten och vårdgivarna delar på de finan-

siella riskerna. Tydligast är detta i primärvården. Genom att ersätta primärvårdsgivarna genom kapitering har staten sagt att de får ta på sig delar av risken. Hur stor del beror på hur mycket av ersättningen som är fast kapitering och hur mycket som är rörlig åtgärdsbaserad ersättning (eller fee-for-service, FFS).

Men samtidigt ger utformningen av ersättningssystemet olika incitament till vårdgivarna att leverera vård av en viss nivå och kvalitet. I teoriboken heter det att FFS ger starka incitament att leverera mycket vård av låg kvalitet i hopp om att patienten behöver komma tillbaka för att få mer dålig vård.

Kapitering å andra sidan ger incitament att leverera så lite vård som möjligt av god kvalitet. Att finna den rätta balansen här är inte lätt. De svenska regionerna tror att de har funnit den genom att låta kapitering i genomsnitt utgöra 82 procent av totala ersättningen till vårdcentraler. I flera fall ligger andelen på över 90 procent och i två fall utgör kapitering hela ersättningen.

Man kan lätt få intrycket att regionerna vill att vårdcentralerna ska leverera så lite vård som möjligt och med tanke på den låga tillgängligheten till dessa så kan man nog säga att de har lyckats ganska väl.

Nu är det nog inte så enkelt i praktiken som teorin anger, men faktum är att de här kapiteringsnivåerna är mycket höga i en internationell jämförelse. Det är inte helt lätt att få fram bra data här, men man kan konstatera att i de länder som många vill att vi ska jämföra oss med, Danmark och Norge, så utgör

kapitering endast en tredjedel av ersättningen. I Danmark utgör besöks- eller åtgärdsbaserad ersättning ungefär 67 procent (de har inga patientavgifter i Danmark) och i Norge ungefär 70 procent.

I både Danmark och Norge tar staten det största finansiella ansvaret och i Danmark spelar privata försäkringar en relativt sett större roll än i både Norge och Sverige.

Primärvårdsgivarna i de här länderna har alltså betydligt starkare incitament att leverera vård än vad deras kollegor i Sverige har. Man ska också komma ihåg att i våra grannländer är de här vårdgivarna privata. Och med inga eller låga direkta patientavgifter så torde risken för överproduktion av vård vara uppenbar. Men det finns inget stöd i siffrorna för några sådana risker. Det är alltså andra faktorer som också spelar in än bara själva ersättningssystemet.

Jag tror t.ex. att de privata primärvårdsgivarna i de här länderna har mycket starka incitament att inte försöka fuskas eller på annat sätt öka sina intäkter mer än vad den naturliga efterfrågan anger. De har investerat en relativt stor summa pengar i sina praktiker och verkar i ett system som ger dem en god och stabil intäkt i en arbetsmiljö som de flesta är nöjda med. De vill gärna se att systemet förblir så. Och det är nog ingen myt.



BJÖRN EKMAN,
HÄLSOEKONOM

Läs även: Vårdcentraler fuskade till sig mångmiljoner i ersättning • Sidan 24



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



FRÅN BT TILL YRKESLIVSLÅNGT LÄRANDE

VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA
1-4 SEPTEMBER 2020

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE

I uppförsbacke gäller det att kunna gasa och bromsa samtidigt

Gas och broms. En av de stora utmaningarna med att lära sig köra bil är att lära sig att hitta dragläget. Det gäller att lära sig konststycket att gasa till dess att motorn orkar samtidigt som man släpper bromsen och därför börjar röra sig framåt.

Det händer att vi inom intensivvården resonerar precis på det sättet. Det kanske tydligaste exemplet gäller vätskebalansen – när vi måste ge vätska, samtidigt som vi ger urindrivande för att nå en stabil situation där njurarna ändå sakta börjar röra på sig, samtidigt som patienten inte får för lite volym i blodkärlen.

Min uppfattning, vilken jag tror att fler delar, är att den svenska vården just nu står i något av en uppförsbacke, men att vi väldigt gärna vill ta oss framåt. Då fungerar det inte att bara bromsa ännu mer, vi måste samtidigt gasa för att starta en rörelse. Jag tror därför att vi måste lära oss att hålla två saker i huvudet samtidigt.

Ett exempel på denna dualitet i utvecklingen är strävan mot ökad koncentration och samtidigt få en rörelse mot nära vård.

En av de kanske tydligaste utvecklingarna under de senaste åren har varit en kraftig trend för ökad centralisering. Det gäller kirurgi, förlossning, traumaverksamhet, intensivvård, barnmedicin och flera andra områden där röster har höjts

för behovet av att centralisera på grund av olika anledningar. Patientsäkerhet, stordriftsfördelar, synergier, forskningsmöjligheter, rekryteringsproblem eller enbart besparingsskäl. Fungerar inte ett argument förflyttar man dessutom retoriken till att använda ett av de andra skälen. Ofta sker debatten med ganska tunna utredningsmaterial i form av konsekvensanalyser och med en avsaknad av helhetssyn.

Samtidigt pågår ett initiativ på nationell bas med en ökad decentralisering där allt mer av verksamheten ska bedrivas "Nära patienten", gärna i

primärvården och gärna till och med i patientens egna hem. Digitalisering och kommunikationslösningar framhålls som frälsningen som ska lösa allt från kvalitetsfrågor till bemaningsproblem. Bara vi får fungerande och kommunicerande journalsystem så kommer allt att falla på plats. Artificiell Intelligens ska diagnostisera patienter och sammankopplade register ska leverera snabbare och säkrare svar med ett mindre behov av personal.

Själv tror jag att vi behöver hålla båda dessa tankar i huvudet samtidigt. Lösningen är inte att centralisera all vård till ett fåtal jättesjukhus som innehåller alla specialiteter. Samtidigt är inte heller lösningen att alla vårdinstanser ska lösa alla problem eller att allt ska bli bättre med digitalisering.

Ett annat område där vården idag står still i en uppförsbacke är kompetensförsörjningen både av seniora läkare och specialistutbildade sjuksköterskor. Många delar av vården väljer att lösa det med inhyrd resurspersonal.

Både ekonomiskt och arbetsmiljömässigt framhålls ofta den inhyrda personalen som ett problem. Kostnaden är för hög, kontinuitet försämras och stabilitet, trygghet och utveckling får stå åt sidan. Att sedan individerna som arbetar som inhyrd personal är fullständigt nödvändiga för att få verksamheten att fortsätta fungera lyfts sällan upp i debatten.

Precis som med bilen behöver vi även här arbeta med två saker samtidigt. Det är fullständigt ohållbart att enbart skära ned eller helt ta bort inhyrd personal. Det gör enbart att motorn stannar och vi hamnar i en ännu sämre situation.

För att ta oss framåt gäller det att

Lars Rocksén – narkosläkare.



även ge lite gas i form av ökad tillgång till utbildning och en bättre arbetsmiljö för personalen. Först då kan de lockas till utbildning inom specialiteten och därefter att stanna inom verksamheten.

Det är inte alltid lätt att fatta rätt beslut när stressen slår till. Om bilen står stilla i en uppförsbacke, vid ett rödljus som just slagit om till grönt och med en tutande bilist bakom, kan det vara svårt att agera med eftertanke. Risken med en ovan förare som inte har lärt sig hur bilen fungerar är att den får motorstopp och blir stående. Vårdens styre präglas i flera led av risk för okunskap av konsekvenser

och brist på helhetssyn, vilket gör att stresspåslaget i beslutsorganisationen ibland kan bli som en fysisk närvaro i rummet.

Min uppfattning är att det finns lösningar för att vi ska röra oss framåt. Nära vård där befolkningen har god tillgång till hög kompetens i närområdet med diagnostik och där behandlingsbeslut kan stärkas med kommunikationslösningar på avstånd som kan skapa trygghet, kontinuitet, men också en mer fördelaktig ekonomisk belastning av hela organisationen.

Patientens egna fasta läkare kan efter kort konsultation med specialist på avstånd lösa även mycket svåra problem alldeles oavsett var de befinner sig. Samtidigt sprids kunskap mellan olika delar

av organisationen och vården kan bli mer jämlik.

I den situationen kan utbildning ske på avstånd med god effekt på både arbetsmiljö och kompetensförsörjning på sikt. Ett större samarbete innebär också en större förståelse av utmaningar och möjligheter med olika delar av organisationen, vilket kan skapa en miljö där vi samarbetar tillsammans för att komma upp för backen.

Läkare har under sin utbildning och sin yrkesbana en snarast unikt bred insyn av hur vårdens olika verksamheter påverkar varandra. Därför är det viktigt att läkare med en god helhetssyn av vården, med förståelse för hur vården fungerar och hur de olika besluten påverkar varandra, tar ansvar och sätter oss vid ratten. Då kan vi komma upp för uppförsbacken genom att använda både gas och broms.

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. Rv, 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 PU.). 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 perfusionstryck trots adekvat volymsubstitution och användning av katekolaminerga vasopressorer. Argipressin ska användas med särskild försiktighet till patienter med hjärt- eller kärlsjukdomar. Användning av höga argipressindoser på andra indikationer har rapporterats orsaka myokard- och tarmischemi, hjärt- och tarminfarkt samt nedsatt perfusion av extremiteterna. Argipressin kan i sällsynta fall orsaka vattenintoxikation. Tidiga tecken som sömnhet, 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.

Sjukhusläkarens kartläggning visar:

Omfattande obetalt arbete på övertid



System för att registrera övertid finns inte



Flextid brinner inne



77 procent av Läkarförbundets lokalföreningar uppger att övertidssituationen är ett problem för medlemmarna

Text: Anna Sofia Dahl och Adam Öhman

Enligt regionernas egen statistik jobbade över 1200 läkare mer än 200 timmars övertid förra året. Men det är bara toppen av ett isberg. Sjukhusläkarens kartläggning visar att verkligheten ser ännu dystrare ut.

▼ Runt om i landet vittnar Läkarförbundets lokalföreningar om övertid som inte kan registreras, flextid som brinner inne och arbetad tid som arbetsgivaren får gratis.

■ För tre av fyra som svarat på Sjukhusläkarens enkät är övertidssituationen ett problem för medlemmarna.

■ Dryga 60 procent uppger att medlemmarna inte kan registrera all arbetad övertid enligt arbetstidslagen.

■ Sju av tio säger att de känner till icke registrerad arbetstid bland medlemmarna och en av de svarande uppskattar att det är vanligt att varje medlem "ger minst fem timmar i veckan".

– Det är enormt många som jobbar mer än 200 timmar, som inte syns i ATL-statistiken, och som inte får ut något i tid eller pengar. Vi borde ha ett



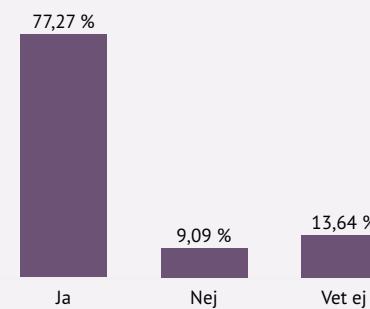
system som gör att man enkelt kan se hur mycket folk faktiskt jobbar, säger Johan Styruud (bilden), ordförande för Stockholms Läkarförening.

Fortsättning nästa uppslag >>>

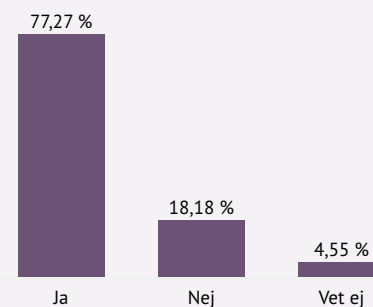
1. Är övertidssituationen ett problem för era medlemmar?

"Svårt att få helt överblick hur mycket som är övertid. Många använder flexen i stället och där försvinner flextid när man kommer över gränsen för flex."

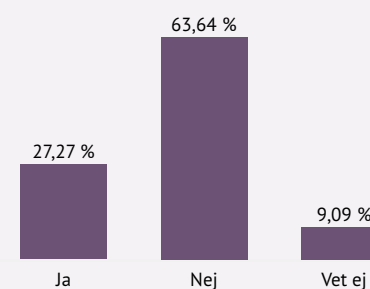
"Finns inget övergripande system för att registrera övertid. Hänger mycket på varje klinik. Detta innebär att regionen får mycket tid och arbete gratis."



2. Ser situationen olika ut för olika specialiteter?



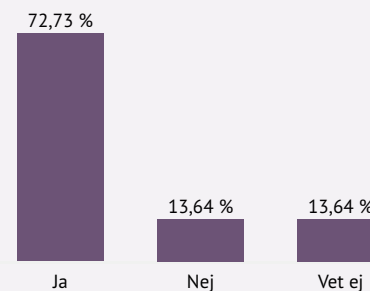
3. Kan medlemmarna registrera all arbetad övertid enligt ATL?



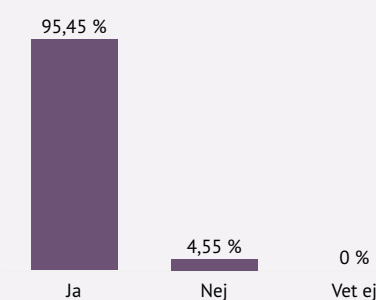
4. Finns det icke registrerad arbetstid bland era medlemmar som ni känner till?

"Tyvärr omöjligt att beräkna. Men jag tror att det är vanligt att varje medlem ger minst 5 timmar i veckan."

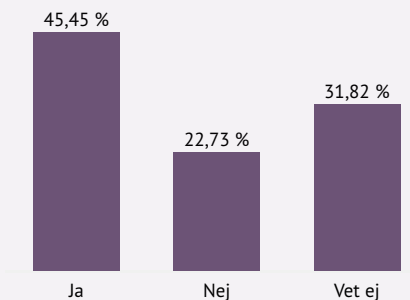
"Förekommer att kollegor flexar ut vid normaltidens slut på dagen, men sitter kvar efter. Detta för att inte synliggöra timmarna."



5. Finns det flexavtal hos er?



6. Förekommer det så kallad samvetsflex eller förtroendetid hos er?

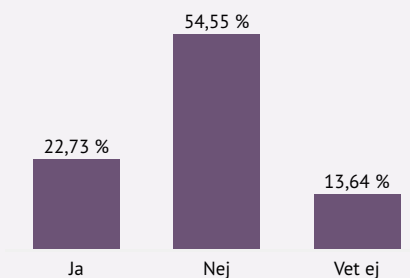


7. Har medlemmarna möjlighet att ta ut flex i den omfattning de önskar?

"Många vittnesmål om att det är svårt att ta ut den intjänade flexen. Stort problem med dold övertid som ryms i flexidsberg.."

"I vårt avtal står att all annan ledighet ska vara uttagen först. Det funkar ju förstås inte om man är i en jourtunga specialitet."

"Vissa verksamheter förbjuder uttag av heldagar på flex."

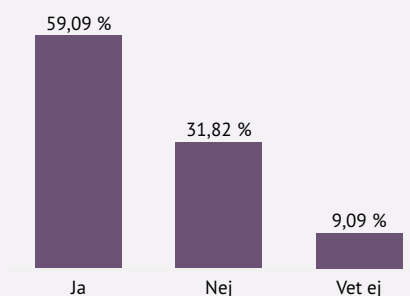


8. Förekommer det att arbetsgivaren rutinmässigt skriver bort ekonomisk övertidsersättning enligt AB?

"Det finns även exempel då AG inte tydliggjort att bortskrivning sker."

"Ingen information om bakgrunden. Som regel har dock underläkare möjlighet till övertidsersättning. Rutan där övertidsersättningen skrivs bort är förkryssad på anställningsavtalet."

"Fast i mindre grad än tidigare."



Sjukhusläkarens webbenkät gick ut till Läkarförbundets 25 lokalföreningar, plus Skaraborgs läkarförening som numer ingår i Västra Götalands läkarförening. 22 av de tillfrågade svarade.



” Det är under all kritik att arbetsgivaren har ett system som inte möjliggör registrering på rätt sätt ”

Emelie Hultberg, ordförande för Västra Götalands läkarförening, håller med.

– Det är under all kritik att arbetsgivaren har ett system som inte möjliggör registrering på rätt sätt. Det gör att arbetsgivaren inte kan ta sitt arbetsgivaransvar. Det blir svårt att se helhetsbilden när man inte har verktygen för det.

En majoritet av läkarföreningarna är också överens om att det finns problem för medlemmarna att ta ut flexitid i den omfattning som de önskar. Och många menar att mycket dold övertid gömmer sig i flexitiden. Bland annat **Carin Larnert Hansson**, ordförande i Östergötlands läkarförening.

– Det är ett svart hål med flexitid – det finns mycket mer än vad vi ser.



Torbjörn Karlsson (bilden), ordförande för Upplands allmänna läkarförening och ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse menar att läkare själva också måste sätta stopp.

– Det mest brännande är att få läkare att jobba med normala arbetstider och inte solidariskt ställa upp och jobba

övertid, bara därför att det krävs för att man är underbemannad eller att man har en speciell kompetens.

En av de som på grund av personalbrist måste jobba förhållandevis mycket



övertid är **Niklas Theorin** (bilden), hematolog vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Han jobbade cirka 300 timmar övertid ifjol.

– Det är brist på folk som kan ersätta mig, både vad gäller bakjour och dagarbete. Jag har svårt att ta ut komledighet. Det är hanterbart för mig på nuvarande nivå, men jag ser gärna att vi blir fler och att jag får jobba normalt mycket övertid.

– Vi har en hyfsat jämn fördelning mellan våra bakjourskollegor. Om jag skulle jobba mindre skulle någon annan få jobba mer. En viktig faktor är lojalitet till kollegor och vi kan ju inte gärna lämna en helg obemannad.

Sveriges kommuner och landsting har ett intresse av att veta hur mycket läkare faktiskt jobbar. Det säger **Agneta Jöhnk**, chef för avdelningen för arbetsgivarpolitik på SKL.

– Det är självklart viktigt för regionerna att veta exakt hur många över-

tidstimmar som läkarna jobbar. Det handlar om att ha en hållbar arbetssituation länge. Det är självklart så att regionerna måste ta det här på allvar, säger hon.

Samtidigt menar hon att SKL, som arbetsgivarorganisation, inte kan hålla koll på exakt hur det ser ut för alla yrkeskategorier.

– Vi kan sätta press på regionerna i våra avtal. I övrigt har vi ju lokalt självstyre, där man ska följa de lagar och regler som i övrigt gäller. Det är viktigt att man har en bra diskussion lokalt mellan fack och arbetsgivare. Är det så att man inte tycker att det ger så mycket, då måste man lyfta det med oss på central nivå, så att vi får diskutera det vidare.



Fakta: ATL

▼ Arbetsgivaren får, enligt arbetstidslagen som är en skyddslag, ifall särskilda skäl föreligger och situationen inte har gått att lösa på annat rimligt sätt, ta ut ytterligare 150 timmar (extra övertid), utöver allmän övertid på 200 timmar per år.

Med hjälp av lokala kollektivavtal kan man dock göra avsteg från arbetstidslagen.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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



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®



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

ÖREBRO

"Folk bara jobbar och jobbar och jobbar"

En arbetsgivare som felaktigt tar ut extra övertid, problem att få övertid godkänd i efterhand, men också flextid som stryks utan dialog. Precis som på många håll runt om i landet är övertidsfrågan brännande het i Örebro.

▼ Paula Wallmon, ordförande för Örebro läns läkarförening och Sjukhusläkarna Örebro, vrider sig lätt i trästolen. En fläkt surrar svagt i bakgrunden på lokalföreningens kontor på Järnväggsgatan i centrala Örebro. Inga kollegor är på plats.

På skrivbordet framför henne ligger högar med papper: listor med namn på medlemmar, på övertidstimmar, uppdelade utifrån bland annat specialitet och kön.

– Folk bara jobbar och jobbar och

jobbar. Vi får hela tiden vittnesmål om det, däribland på våra medlemsluncher. Folk hinner inte gå på toaletten, de hinner inte äta, de hinner knappt andas... I många fall upplevs det så, åtminstone i perioder. I slutändan finns givetvis risk för utmattnings- och psykosomatiska symptom. Man har svårt att koppla bort jobbet när man är ledig.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Paula Wallmon, ordförande för Örebro läns läkarförening, säger att föreningen ofta får vittnesmål om att arbetsbelastningen bland läkare är tung.

Foto: Adam Öhman.

Funktionsmedicin

är morgondagens vårdmodell för behandling av kroniska livsstilssjukdomar

Fortbildning för läkare online startar 15 januari samt 9 september 2020

Funktionsmedicin adresserar de underliggande orsakerna bakom kroniska livsstilssjukdomar. Den vilar på en evidensbaserad grund och växer fort med allt fler läkarmottagningar och ett ökat intresse hos försäkringsbolag och allmänhet. För att effektivt möta den explosionsartade utvecklingen av kroniska livsstilssjukdomar behöver funktionsmedicin och en patientcentrerad vårdmodell implementeras inom sjukvården. Vi anordnar föreläsningar och digitala fortbildningar för legitimerad vårdpersonal. **Anmälän & information på fmvu.se**



08 - 411 32 00
www.fmvu.se
info@fmvu.se



Azathioprin 1A Farma

azatioprin (f.d. namn Immunoprin)
är den enda azatioprin-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 azatioprin. 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

Förkortad förskrivningsinformation, För ytterligare information se SPC på www.fass.se
Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmragerade 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 azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) 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 filmragerade 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

SANDOZ A Novartis Division



Paula Wallmon och Örebro läns läkarförening arbetar för att få till ett kollektivavtal om extra övertid med arbetsgivaren.

Grovt sett är det 50/50 mellan underläkare och specialistläkare, samt mellan kvinnor och män, på ATL-listan från arbetsgivaren i fråga om vilka som jobbar mer än 200 timmar. Skillnaderna märks snarast mellan specialiteter.

På kirurgkliniken och kärl-thoraxkliniken passerades smärtgränsen förra hösten. Örebro läns läkarförening hade på vårvintern flaggat för sjukvårdsledningen att man var tvungen att ta tag i övertidssituationen. Tidigare hade avstegsavtal tecknats med enskilda medlemmar, men eftersom situationen på klinikerna hela tiden fortsatte att vara oacceptabel meddelade facket att man inte längre skulle skriva på sådana avtal.

Under hösten började avtalen dock att trilla in.

– Vi har försökt att närma oss dem, och vill komma tillrätta med detta genom att skriva ett lokalt kollektivavtal. De väljer att tolka deras möjligheter att ta ut de här 150 timmarna utöver 200 timmar övertid på ett annat sätt, säger hon.

I slutet av augusti hölls ett första möte mellan parterna i ett försök att hitta en lösning på situationen. Paula Wallmon säger att förtroendet för arbetsgivaren urholkas när man agerar på det här sättet.

– Vi måste närma oss varandra, men från deras perspektiv är ju det här också en svår situation. Ekonomin är dålig. Var ska de ta pengarna ifrån för att anställa fler? Men om vi ska tillåta att läkare jobbar 100 timmar extra i

övertid, då vill vi få någonting tillbaka...

Maria Åkesson, personaldirektör vid Region Örebro län, säger att regionen ser allvarligt på situationen på kärl-thoraxkliniken och kirurgkliniken.

– Läkarföreningen har signalerat om problemen. Det har varit en dialog med cheferna på klinikerna. Vi tar det här på största allvar, men vi har också ett hårt tryck, säger hon.

I Örebro, precis som på många andra ställen, skriver arbetsgivaren systematiskt bort ekonomisk övertidsersättning efter att man blivit specialist. Det gör också att man inte kan registrera övertid i systemet Heroma. På vissa kliniker kan läkarna ändå registrera tiden under rubriken mertid – som egentligen är avsett för deltidsanställdas fyllnadstid upp till heltid – och på så sätt få ut den tiden, timme för timme, medan medarbetare på andra kliniker inte får den tiden godkänd i efterhand.

I stället skriver många upp tiden som flex. Enligt flexavtalet är 20 timmar plus och tio timmar minus tillåtna vid de tre årliga avstämningarna, där plus-saldo vid avstämningens slut stryks. På ett flertal kliniker på Universitetssjukhuset Örebro, däribland på medicinkliniken, har läkarna slutat att flexa på grund av missnöje med att det inte finns någon möjlighet att ta ut den ledighet som ackumuleras.

– Folk är sjukt provocerade av det, och jag kan förstå dem. Det är förskräckligt! Men arbetsgivaren tar

fortsatt det hela med en axelryckning...

Paula Wallmon betonar att det är verksamhetschefens ansvar att se till att det fungerar med flextiden för arbetstagaren. Chefen ska i god tid reagera när medarbetares flexsaldon håller på att skjuta i höjden.

– Det måste finnas planer för det, men som det är nu dyker avstämningsdatumet plötsligt upp, och tiden stryks utan att chefen har tagit upp det, säger hon och fortsätter:

– Många känner sig utnyttjade och maktlösa. Det är bedrövligt. Och lite vemodigt.

Paula Wallmon lägger en trave med papper på bordet. Hon lutar sig tillbaka.

– Det är viktigt att personalen ändå skriver upp övertiden. Det måste framgå att det faktiskt handlar om övertid. En stor utmaning är den pedagogiska biten, att lära våra medlemmar vad som är flextid och vad som är övertid, vad som är vad, så att de blir noggrannare med registreringen. Förbundet har varit tydligt med det centralt, och vi jobbar aktivt med det lokalt. SKL måste på liknande sätt vara tydligt i relation till regionerna, så att tiden registreras på rätt sätt, säger hon, och fortsätter:

– Dessutom är det viktigt att medlemmarna hör av sig till oss om de inte får övertiden godkänd. Vi behöver den dokumentationen. Det är helt avgörande för oss.

Adam Öhman

NYHET!

Det första godkända kombinationsläkemedlet med paracetamol och ibuprofen i Norden

Dolerin® 500 mg/150 mg för akut smärtlindring



Snabbare och överlägsen smärtlindring^{1,2}

En kontrollerad studie visar att Dolerin® ger en snabbare och överlägsen smärtlindring jämfört med motsvarande dagliga dos av paracetamol eller ibuprofen*.

*Vs. paracetamol: i viloläge, p<0,007, vid aktivitet, p<0,006. Vs. ibuprofen: i viloläge, p<0,003, vid aktivitet, p<0,007.



Ett icke opioidbaserat alternativ

När inte tillräcklig smärtlindring av paracetamol eller ett NSAID har uppnåtts är vanligtvis nästa steg i behandlingsstrappan svaga opioider.³ Med Dolerin® kan patienter i lämpliga fall, före insättande av opioidbaserade läkemedel, erbjudas ett receptbelagt och icke opioidbaserat alternativ.



Förenklat doseringsschema som medger maximal dygnsdos 4000 mg/1200 mg*

Vanlig dos av Dolerin® är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg.

*Vs. om patienten kombinerar de ingående aktiva substanserna var för sig.



Recept-
belagt

1. Dolerin® Produktresumé. 2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010). 3. Läkemedelsboken, Smärta och smärtbehandling, augusti 2015

Dolerin® filmdragerad tablett innehåller 500 mg paracetamol och 150 mg ibuprofen. Rx, EF, ATC-kod N02BE51. Vanlig dos av Dolerin® är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg. **Indikation:** Dolerin® är indicerat för tillfällig lindring av akut smärta förknippad med: huvudvärk (ej migrän), ryggvärk, tandvärk, muskelsmärta och halsont. Dolerin® är indicerat för feber. Rekommenderas inte till barn under 18 år. Patienten bör kontakta läkare om symptomen kvarstår i mer än 3 dagar eller förvärras, eller om produkten krävs i mer än 3 dagar. **Varningar och försiktighet:** Biverkningar kan eventuellt minimeras genom att använda den lägsta effektiva dosen under kortast möjliga tid, som krävs för att kontrollera symtomen. Dolerin® ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin® ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin® ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. För fullständig förskrivarinformation se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2019-02-11. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm.

SE-DOL-2019-08-6

För mer information besök vår hemsida
www.dolerin.se

För akut
smärtlindring
Dolerin®
paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg



Arbetar du "övertid" på lunchen? – Här är tre tips från Jämtland hur du slipper jobba gratis

– När vi pratar om övertid och liknande pratar vi bara om när man kommer och går från jobbet. Men har man haft en riktig lunchrast? Eller har man smygjobbat på lunchen?

▼ Sara Sehlstedt, styrelseledamot och tidigare ordförande i Jämtlands läns läkarförening, menar att det behövs en nationell diskussion om hur man löser luncherna.

För att lösa problemet har Sara Sehlstedt och hennes kollegor fört diskussioner med arbetsgivaren, och tillsammans

landat i tre alternativ som facket lyfter fram som goda exempel:

Alternativ 1: Används bland annat på röntgen på Östersunds sjukhus.

Det bygger på att läkarna löser av och täcker upp för varandra. Det blir en del trixande med schemat, men det fungerar efter omständigheterna bra, menar Sehlstedt.

Alternativ 2: Läkarna tar en schablonlunch. Enkelt uttryckt reglerar man luncherna med avtal, som säger att man ska ha 30 minuters lunch.

Lunchrasterna blir i praktiken som en form av samvetsflex – vissa dagar är det lite lugnare och man kan ta en längre lunch, andra dagar blir det en kortare rast.

– Man lovar att vara tillgänglig på

sjukhuset med sökare. Det säger egentligen emot intentionerna, men det är ändå mindre dåligt än det var förut. Det är en mellanvariant, tycker Sara Sehlstedt.

Alternativ 3: Den tredje varianten är att det inte dras av för någon lunchrast på lönen formellt, vilket exempelvis tillämpas inom psykiatri. Läkarna måste vara nåbara och i tjänst hela tiden, de jobbar rakt av hela dagen, men har ett måltidsuppehåll.

– Kruxet med detta är att man rör sig i gråzonen för vad som är tillåtet. Men både vi i facket och arbetsgivaren anser att det är en bra lösning, säger Sara Sehlstedt.

Adam Öhman

We



– Rapid Rate Control.



▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

RAPIBLOC (landiolol). Pulver till infusionsvätska, lösning, C07AB14, Rx, 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 kammarfrekvensen hos patienter med förmaksflimmer eller förmaksfladder under perioperativa, postoperativa eller andra omständigheter där kortsiktig kontroll av kammarfrekvensen med ett kortverkande medel är önskvärd. Icke-kompensatorisk sinustakykardi där den snabba hjärtfrekvensen enligt läkarens bedömning kräver specifika åtgärder. Landiolol är inte avsett för behandling av kroniska tillstånd. **DOSERING:** 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 preexcitationssyndrom i kombination med förmaksflimmer. Hos dessa patienter kan betablockad av atrioventrikulärknuten 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 atrioventrikulär 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, hjärtmuskelfyllning, 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, fönstertittarsjuka) 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 adrenalinidoserna 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.

När något inte riktigt stämmer

Nu har jag sedan examen jobbat på psykiatri, kirurg-akut, ortopedakut och medicinakut. Vid några tillfällen hittills har jag ställts inför patientfall där jag fått känslan av att något inte stämmer. Något allvarligt. Som att pusselbitarna borde stämma och man vet att man har lagt alla på rätt plats, men ändå är det någon bit som ser konstig ut, skaver, bilden går inte riktigt ihop. Ibland har jag, frustrerat, behövt konstatera att allt farligt vi kan tänka oss har uteslutits men vi kan ändå inte hitta en förklaring. Patienten har hänvisats till vårdcentral alternativt akut åter vid försämring.

Men några få gånger har det varit ett udda eller oväntat, allvarligt, tillstånd som legat bakom patientens symtom. Patienterna har i dessa fall varit så pass måttligt påverkade att de vid första anblick lika gärna kunnat ha varit en som gick hem från akuten. Lågprioriterade, med stabila vitalparametrar. Två av gångerna har patienterna behövt bli akut inlagda med många olika slags specialister inblandade i vård och diagnostik.

Jag är säker på att alla läkare har förmågan att se när något inte helt stämmer, något potentiellt allvarligt. Men förutsättningarna för att göra det är ibland suboptimala. Jag misstänker att det gäller generellt på de flesta av landets akutmottagningar. Det kan räcka med att det blir många patienter samtidigt, att man är hungrig eller trött, att patienten av olika skäl inte hittar rätt ord för att beskriva sina symtom eller att alla i ett team är oerfarna och specialisten är en nybliven mamma eller pappa som knappt fått sova. I värsta fall en kombination av det ovanstående.

Jag undrar ibland varför något så viktigt och livsavgörande som akut-sjukvården tillåts vara så skört. Varför det,

med vissa undantag, är vi olegitimerade på en utbildningstjänst som ska stå i första ledet. Duktiga tjejer och killar med ytterst lite praktisk erfarenhet av komplexa sjukdomstillstånd. Som vill visa sig duktiga. Och där det ibland känns som att snabbhet premieras högre än något annat. Snabb och felfri. Som oerfaren.

Jag tog mitt första larm själv nyligen, det vill säga utan en annan läkare på rummet. Som tur var hade mina två kollegor från andra yrkeskategorier desto mer erfarenhet. När jag efter den första bedömningen och vidtagande av nödvändiga akutåtgärder rapporterade fallet till specialisten fick jag positiv feedback. Med tillägget att jag borde lita mer på min egen bedömning. Jag svarade att det är svårt med så begränsad erfarenhet.

Förmodligen är det en av de svåraste sakerna man måste lära sig som ny i det här yrket. Att våga lita på sin bedömning med vetskapen om att man kan ha fel. Så gott som alla kommer någon gång göra ett misstag. Förhoppningsvis utan alltför allvarliga konsekvenser.

Jag känner lättnad över att det gick bra för de två märkliga fallen jag stött på. Men i båda fallen var det min osäkerhet snarare än min skicklighet som ledde till rätt diagnos eller handläggning. Att jag, trots att jag kände mig aningen besvärlig, gick en extra gång till specialisten och frågade.

Så jag får fortsätta jobba på det här med att tro på min egen bedömning. Men jag tar min osäkerhet på allvar. Och jag kommer att fråga en extra gång även nästa gång det händer.



Ladda ner vår nya mobilapp!

✓ ...och lyssna på Sjukhusläkaren när du kör bil, lagar mat, tar en löprunda, eller bara helt enkelt vill lyssna istället för att läsa. Starta bara appens talsyntes.

✓ I appen hittar du alltid senaste numret av papperstidningen men också vårt digra arkiv i läsvänligt artikelläge. Och med ett enkelt klick kan du komma till webbtidningen.

✓ Men appen är så mycket mer än papperstidningen och webbtidningen. Här kommer du att kunna hitta evenemang, specialteman, pushnotiser och mycket annat som inte finns någon annanstans.

✓ Vi startar lite försiktigt, men 2020 hoppas vi att vi blivit riktigt varma i kläderna. Hoppas du är med oss då.



Christine Takami Lageborn

Så blev

Camilla Starck

de hedersförtrycktas
taleskvinna

Text: Anna Sofia Dahl
Foto: Conny Holm

De senaste åren har Camilla Starck varit ett ansikte utåt i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck. Men allting började egentligen betydligt tidigare än så. För 13 år sedan mötte hon en ung kvinna i en datorspelschatt, vars öde hon inte har kunnat släppa.

▼ Camilla Starck går ner för den branta grässlätten mot Kråkvikens slingrande

kant. Hon berättar att hon börjat rida igen. Och om semestern på en flotte på Klarälven med alla mygg och natten i tält. Att hon egentligen skulle vilja lägga mer tid ute i naturen och att livet på landet kanske skulle kunna vara något om tio år – kanske ha en häst och

kunna ägna mer tid åt skrivandet. Eller kanske något helt annat.

– Jag känner mig väldigt flexibel – allt beror på vad som händer. Det är en sak som jag tycker att jag har lärt mig genom livet, att saker inte blir som man har tänkt, och då gäller det att vara

öppen för alla möjligheter och göra det bästa av det.

Efter att Camilla Starck i våras blev färdig specialist inom psykiatri och nu har en överläkartsjänst, kan hon ”tänka mer fritt och göra det jag känner för”. För henne har läkaryrket aldrig varit

något kall, snarare var det ett val för att inte ångra sig i framtiden. Hon ville satsa på något svårt.

– Men under en stor del av läkarutbildningen var jag tveksam. Som medicinkandidat var det tufft – man blev utslängd i situationer man inte var redo

för, ofta under bristande handledning. Och hierarkierna inom sjukvården passade inte mig. Om det är någonting man blir riktigt bra på efter läkarutbildningen så är det att vara socialt gångbar.

Fortsättning nästa uppslag >>>

*Dataspelet World of Warcraft
öppnade hennes ögon*



Camilla Starck lever som de råd hon ger till sin dotter: Jag försöker lära henne att utmana sig själv och göra sånt som hon är rädd för. Att man får vara arg och att konflikter inte ska undvikas utan kan hanteras.

Man är alltid ny på klinikerna och kan inte förvänta sig att någon tar notis om en. Förhoppningsvis har det blivit skillnad idag jämfört med när jag gick utbildningen.

Däremot tvekade hon aldrig i valet att bli psykiatriker. Dels för att hon alltid har fascinerats av psyket, dels för att det låter henne vara kreativ.

– Patientmötet som psykiater är mer kreativt upplever jag, förmågan att bygga allians med patienten betyder så mycket mer för behandling och utfall än inom andra specialiteter. Vi har ju också evidens och riktlinjer att luta oss mot men att mötet blir bra och förtroendefullt är helt avgörande. Det är belöande när man möter en patient som saknar sjukdomsinsikt eller kanske är negativt inställd till vården, men man ändå lyckas få med den på tåget.

Svårt att koppla av ensam Engagemanget tar över

Kreativiteten har drivit Camilla Starck framåt genom hela livet. Tidigare musicerade hon – gick i musikklass på Adolf Fredriks – spelade piano och sjöng. Och även om intresset fortfarande ligger nära i tanken räcker inte tiden till för att omsätta det i verklighet så ofta som hon hade önskat.

Istället försöker hon hitta tid till skrivandet, där hon kan koppla av på riktigt. Och då handlar det inte om debattartiklar. De 50 första sidorna till en roman på temat psykiatri ligger i datorn och väntar på att mogna.

– Man behöver ge det sin tid om det ska bli bra och jag känner ingen stress. Mitt mål är att den ska bli färdig någon gång under mitt liv, och jag skriver bara för att det är kul.

Annars säger hon att hon har svårt att koppla av när hon är själv, engagemanget i de frågor som är viktiga för henne tar över istället.

– Mitt driv i hedersvåldsfrågan tog fart under en period när jag separerat och det var skönt, faktiskt nödvändigt, att inte tänka på mina egna bekymmer. Kanske var det därför jag fick extra kraft i mitt engagemang. Sedan jag träffade min pojkvän Martin försöker jag att ägna mig åt annat också. Det är härligt att ha någon att njuta av livet tillsam-

mans med – att resa eller bara vara på landet.

Den gråa himlen släpper ifrån sig ett tunt tätt regn. Dropparna landar mjukt på altan- ket. Dottern kikar ut genom fönstret, nyfiken på vad som händer där ute.

– Jag försöker lära henne att utmana sig själv och göra sånt som hon är rädd för. Att man får vara arg och att konflikter inte ska undvikas utan kan hanteras.

Konflikträdd är inte det ord som främst dyker upp när man pratar med Camilla Starck. Det tidigare motståndet mot att våga säga vad hon tycker har försvunnit – kanske vuxit bort, eller mognat fram. Hur man än ser på det har hon de senaste åren frekvent förekommit på debattsidor, i diskussionspaneler och seminarier. Stått upp för ämnen som hon brinner för.

– Jag har alltid tyckt om att diskutera, det gäller allt möjligt. Men det ämne jag känt störst behov av att skriva om är hedersvåld. Jag hade egentligen inte för avsikt att ge mig in i debatten offentligt, men det behövdes en röst i den här frågan inom vården. Jag upplevde att den saknades.

Hon beskriver att det har funnits missuppfattningar kring heder och hedersvåld, och vad det innebär att engagera sig mot det. Också att hon upplever att ju fler som debatterar frågan på rätt sätt, desto bättre kommer det att gå för de som är utsatta.

Stämplades som rasist

– För några år sedan tyckte många att man var rasist om man pratade om det här, och att det inte fanns något kulturellt betingat i det. Man brun-

stämplade personer som jobbade mot det, trots att det är precis tvärtom. Jag tycker att det blir jättekonstigt om man tänker att mänskliga rättigheter är något som ska gälla alla, men samtidigt menar att det inte ska gälla en del människor med annan kultur.

Som mycket annat kan det beskrivas som en slump att Camilla Starck började engagera sig mot hedersrelaterat våld och förtryck. Som 25-åring började



Camilla Starck: "Det har väckt sådan ilska i mig att folk kan drabbas av brutal orättvisa, mitt i Sverige där man tror att man är privilegierad. Och att alla privilegierade personer inte verkar bry sig om det".

hon spela World of Warcraft – enkelt uttryckt ett datorspel där människor från hela världen interagerar i en virtuell värld – och mötte där en brokig skara.

– Det blir ganska intensivt spelande i perioder och helt plötsligt vet man allt om de här människorna som jag antagligen aldrig skulle ha träffat annars.

Förutom ett 60-årigt par från Australien, en 19-åring från Saudiarabien fanns där en ung brittisk kvinna, som ursprungligen kom från Pakistan. Undan för undan berättade kvinnan om hur hennes familj begränsade hennes liv. Hur friheten stramades åt mer och

mer. Hur de slog henne och att hon inte längre fick umgås med vänner.

– Till slut var det bara genom spelet som hon hade kontakt med andra människor. Hon ville fortsätta plugga, men så bestämde familjen helt plötsligt att hon skulle gifta sig. Det hon berättade var så främmande och skrämmande. Efter ett tag gav hon helt upp och kapitulerade. Det var då jag förstod vad hedersvåld är.

Ett par år senare upptäckte Camilla Starck organisationen GAPF, Glöm aldrig Pela och Fadime. Hon tog kontakt och erbjöd sig att bli volontär.

Året efter var hon projektledare för det årliga riksdagsseminariet under Fadime-dagarna, och sedan dess har det rullat på.

– Det har varit som en inre kraft och något jag har känt att jag måste göra. Det har väckt sådan ilska i mig att folk kan drabbas av brutal orättvisa, mitt i Sverige där man tror att man är privilegierad. Och att alla privilegierade personer inte verkar bry sig om det.

De senaste åren har Camilla Starck med GAPF, tack vare finansiering från Socialstyrelsen, även kunnat åka runt i Sverige och föreläsa för sjukvårds-

personal om hedersfrågan.

– Jag har samlat på mig en hel del egna erfarenheter från eget patientarbete, men jag får också höra om väldigt många situationer och fall från annan sjukvårdspersonal när jag är ute och föreläser. Då är det mycket lättare om man själv jobbar inom vården, eftersom man vet hur det är och fungerar.

Just sjukvården menar hon har en stor roll att fylla även när det gäller hedersfrågan. Vård söker alla, speciellt

Fortsättning nästa uppslag >>>

akut sådan. Och även de som är våldsutsatta får psykosomatiska symptom – smärtor, yrsel eller ont i magen till exempel. Men Camilla Starck menar att sjukvården idag ofta är för dålig på att fånga upp vad som ligger till grund.

– Vi måste bli bättre på att fråga om våldutsatthet generellt och när det gäller hedersvåld behöver vi ytterligare en nivå. Då finns den här kollektiva aspekten, man kan inte blanda in anhöriga och man kan till exempel behöva vidta åtgärder i journalföringen. Det kanske inte räcker att sätta våldutsatthet under dold rubrik.

Camilla Starck samlar håret i en tofs i nacken. Hon funderar på hur hon tror att andra skulle beskriva henne. Kanske som en omväxlande person, med mycket energi i grundläget, som "kommer på saker och

sen gör dem". En person som kanske inte alltid avslutar varje projekt, men är bra på att engagera andra. Lojal, men som också vågar säga vad hon tycker.

– Och jag har ett starkt rättspatos. Jag agerar instinktivt på orättvisor och har svårt att inte gå emellan ett bråk på stan.

Nu har det gått snart 13 år sedan mötet i en chatt som blev starten på ett engagemang som fortfarande tar en stor plats i Camilla Starcks liv. Och hon tycker sig se en förändring. Socialtjänsten har fått mer kunskap. Ett nationellt kompetensteam finns på Länsstyrelsen i Östergötland och en egen brottsrubricering för hedersbrott är under utredning. Kunskap om hedersvåld börjar prioriteras mer även inom sjukvården.

Under året har hon ingått i ett projekt där hon intervjuat personer som dömts för hedersrelaterade våldsbrott för att försöka se om det finns berörings-

punkter, och hur man kan jobba med att rehabilitera dem. Projektet, som är ett regeringsuppdrag till Kriminalvården, är en av de "roliga saker som verkar hända" om man håller dörrarna öppna.

– Mitt engagemang för den här frågan kommer finnas så länge det behövs. Vi är idag allt fler engagerade som förstår vidden av problemet. Och om vi når dit att ofria individer i vårt land kan lita på att inte bli svikna av myndigheter och samhället på allvar kan börja formas till att förebygga hedersvåld, så kommer jag kanske ägna mig åt något annat.

Vad "något annat" skulle kunna vara vet Camilla Starck ännu inte. Inte mer än att livet aldrig blir som man planerat. Och att hon siktar på att någon dag skriva färdigt den där romanen som ligger och mognar i byråldan.



Utllysning av Forskningsstipendier från Stiftelsen Kvinnor & Hälsa på 300 000 kr

- till forskare som ska eller just har disputerat och som driver genusmedicinsk forskning inom hjärt/kärlsjukdom utifrån biologiska och psykosociala aspekter på sjukdom och hälsa - epidemiologi, patofysiologi, diagnostik, behandling och prognos bör diskuteras.

Ansökan mailas till:
info@kvinnorochhalsa.com senast **1/12 2019** med forskningsplan, CV och publiceringslista. Speciell blankett behövs inte.

Mer information:
www.kvinnorochhalsa.com samt
karin.schenck-gustafsson@ki.se.



Sjukhusläkarna Göteborg inbjuder till årsmöte

Sjukhusläkarna Göteborg inbjuder till årsmöte den 20 januari 2020 med start kl 17.30 i aulan Hjärtat på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

■ Årsmötetstalar: Ragnar Lindblad, programägare för FVM (Framtidens Vård Miljö) kommer att tala om Västra Götalands nya digitaliseringsstrategi, nya patientjournalssystemet.

■ Vi kommer efter årsmötet att bjuda medlemmarna på buffé. Anmälan till buffén görs genom att mejla till:

anders.thurin@vgregion.se
senast 2020-01-10



Varmt välkomna!
Styrelsen för
Sjukhusläkarna Göteborg,
Shokoufeh Manouchehrpour,
ordförande.

Rätt verktyg gör jobbet bättre



Upptäck OSA-verktygen

Hos oss finns stöd för en god arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats för kommun- och regionsektorn. Kostnadsfritt såklart!

"suntarbetsliv

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



Efter fusk med ersättningssystemet

Vårdcentraler kan tvingas betala tillbaka närmare 100 miljoner kronor

22 vårdcentraler i Västra Götalandsregionen kan tvingas betala tillbaka närmare 100 miljoner kronor under 20 månader efter att tillskansat sig för mycket ersättning genom att öka den egna ACG-poängen genom irrelevanta diagnoser.

▼ Beslutet har tagits av hälso- och sjukvårdsstyrelsen, efter en omfattande granskning.

30 miljoner kronor (under 20 månaders tid), ska också fördelas om från offentliga Närhälsan till privata aktörer.

Som mest registrerade en vårdcentral 7 661 diagnoser på en dag. En patient fick inte mindre än 45 diagnoser på en gång.

– Det är allvarligt att man mer eller mindre systematiskt försöker tillskansa sig fördelar på skattebetalarnas, konkurrenternas och kollegornas bekostnad. Det andra är att man har lagt tid på



dess administrativa sysslor, i stället för att möta patienter. Man har gått vilse i kulturen och systemet, säger Jonas Andersson, (L), ordförande hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Av de 22 vårdcentralerna är 18 offentliga och fyra privata. 14 av vårdcentralerna var vid tiden för granskningen sjuksköterskestyrda, tre var läkarstyrda, en styrdes av både en läkare respektive en sjuksköterska som avlöste varandra, en styrdes av en undersköterska, en av en socionom, en av en sjukgymnast och en av en biomedicinsk analytiker.

Av rapporten framgår att sjuksköterskor stod för den största

ökningen av diagnosregistreringar mellan 2016 och 2017, främst genom indirekt vårdkontakt, exempelvis notat. En av orsakerna är större organisatoriska förändringar, exempelvis införande av sjuksköterskemottagningar eller andra förändrade arbetssätt.

Men uppfinningsrikedomen har varit stor, när det gäller försöken att tillskansa sig mer ersättning.

I ett fall har vårdcentralchefen och ytterligare fem personer suttit under två helger och skrivit in journalnotat med diagnosregistreringar. På andra enheter registrerade även undersköterskor diagnoser.

Vid de 22 vårdcentralerna förekom att samtliga (eller många) av patientens diagnoser registrerades, och inte bara den som var relevant vid besöket.

Vid 19 av vårdcentralerna har sjuksköterskor vid telefonkontakt för rådgivning med patienten registrerat samtliga eller många av patientens diagnoser, och inte enbart den relevanta diagnosen.

Vid 17 av enheterna förekom att samtliga eller många av patientens tidigare diagnoskoder vid bokning av besök registrerades av bokande sjuksköterska.

I åtminstone tre fall var felregistreringen direkt beställd av verksamhetschefen.

En simulering som regionen genomfört kom fram till att det handlar om närmare 100 miljoner kronor. Nya belopp kommer emellertid att räknas fram varje månad.

Närhälsan Oden vårdcentral, den vårdcentral som får mest avdrag, ska betala tillbaka 440 000 kronor i månaden i 20 månader. Vårdcentralen har mellan 2016 och 2017 ökat antalet satta diagnoser med 35 procent.

Enheten menar att det främst har att göra med att sjuksköterskor började registrera diagnoser i samband med telefonkontakt under 2017.

– Vi har inte satt några ”irrelevanta diagnoser”. Jag förstår inte hur de har kommit fram till sin slutsats. De tittar närmare på vaccinationer, och där får kroniker reducerat pris, och då har vi satt de kroniska diagnoserna. Felet vi har gjort är att vi inte har gjort ett notat: ”vaccination på grund av kronisk sjukdom”, säger vårdcentralchefen Lena Torstensson.

– Vi har fått in våra patienter på årskontroller. Det har inte fungerat innan. Vi har haft ont om folk. Vi har haft hyrpersonal och har saknat rutiner. Men sedan slutet av 2016 har vi fått ordning på allt igen, och då är det klart att diagnosregistreringen ökar också. Och det här är tacken! Det känns otacksamt.

Enligt regionens granskning har det emellertid registrerats mycket stora mängder irrelevanta diagnoser vid samtliga typer av kontakter, och granskningsteamet undrar ”om man internt på Närhälsan Oden kan ha skapat en rutin där patientens samtliga diagnoser registreras vid varje kontakt”.

Adam Öhman

Fotnot: ACG-poäng ingår i ett system för att beräkna vårdcentralernas ersättning i förhållande till vårdtyngd.

Vårdcentralerna som fått för mycket ersättning

Har enligt VGR:s granskning medvetet arbetat felaktigt:

Närhälsan Boda vårdcentral, Närhälsan Frölunda vårdcentral, Närhälsan Heimdal vårdcentral, Närhälsan Kinna vårdcentral, Närhälsan Kungshöjd vårdcentral, Närhälsan Lövgärdet vårdcentral, Närhälsan Majorna vårdcentral, Närhälsan Tidaholm vårdcentral, Närhälsan Ångabo vårdcentral, Närhälsan Oden vårdcentral, Kungssportsläkarna, Capio Vårdcentral Strömstad, Närhälsan Solgärde vårdcentral.

Har möjligen medvetet arbetat felaktigt:

Maria Alberts vårdcentral, Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Närhälsan Horred vårdcentral, Närhälsan Mariestad vårdcentral, Närhälsan Skene vårdcentral, Närhälsan Södra Torget vårdcentral, Närhälsan Torslanda vårdcentral, Nödinge vårdcentral, Närhälsan Ulricehamn vårdcentral.

För patienter med typ 2-diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom*

KARDIOVASKULÄR DÖD HAR FÅTT EN UTMANARE

38 %**

**MINSKAD RISK
FÖR KARDIO-
VASKULÄR DÖD**

(RRR, ARR: 2,2 %)
RK (95 % KI) 0,62 (0,49-0,77)
P<0,0001 vs placebo^{1,2}

Nämns i både Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för typ 2-diabetes!^{3,4}

Jardiance®
(empagliflozin)

**JARDIANCE® (empagliflozin) var överlägset bättre på att reducera det primära sammansatta utfallsmåttet kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke, jämfört med placebo. Behandlingseffekten drevs av en signifikant minskning av kardiovaskulär död utan någon signifikant förändring av icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke.^{1,2}

*Vuxna patienter med typ 2-diabetes och kranskärslssjukdom, perifer kärlsjukdom eller tidigare hjärtinfarkt eller stroke^{1,2}.

[†]Som tillägg till standardbehandling: Glukossänkande läkemedel samt kardiovaskulära läkemedel, tex ACE-hämmare, ARB (angiotensinreceptorblockerare) och statiner^{1,2}.

RRR=relativ riskreduktion; ARR=absolut riskreduktion.

Referenser

1. JARDIANCE produktresumé, fass.se. 2. Zinman B, et al. New Eng J Med 2015;373:2117-28. 3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. 2017. 4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 4: 2017.

Förskrivarinformation:

JARDIANCE® (empagliflozin). Tablett 10 mg och 25 mg. Rx, (F). SGLT2-hämmare för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion; som monoterapi när metformin inte anses lämpligt på grund av intolerans alternativt tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. JARDIANCE kan användas om njurfunktion (eGFR) överstiger 60 ml/min/1,73 m² (ned till 45 ml/min/1,73m² vid pågående behandling). Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om diabetesketoacidosis (DKA). Boehringer Ingelheim AB, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumé: 02/2019.

Begränsning: JARDIANCE subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin.

■ I förra numret rapporterade Sjukhusläkaren att intensivvårdspatienter dör på grund av brist på vårdplatser. Då framhölls från flera håll att en satsning på intermediärvårdsplatser behövs för att klara intensivvårdens problem. Men satsas det? Och vad är det som behövs?



Vem satsar på intermediärvårdsplatser?

■ Sjukhusläkarens kartläggning visar att många sjukhus uppger ett ökat behov av intermediärvårdsplatser.

■ Den visar också att lösningarna för vårdplatser till patienter som är för sjuka för vanlig vårdavdelning, men inte är i behov av full intensivvård ser olika ut på olika sjukhus.

■ På flera håll efterlyses nu en nationell definition av begreppet intermediärvård och generella riktlinjer för att det ska vara möjligt att få resurser till nya intermediärvårdsplatser.

▼ Sjukhusläkarens tidigare granskning visade att bristen på intensivvårdsplatser medfört att transporter av svårt sjuka patienter på grund av resursbrist fördubblats på tio år, vilket lett till ökad dödlighet.

Många av de som Sjukhusläkaren då pratade med nämnde utbyggnaden av så kallade intermediärvårdsplatser som en lösning på platsbristen. En av dem är Johnny Hillgren, ordförande för Svenska intensivvårdsregistret (SIR). Han menar att det finns ett mörkertal för det

mellanskikt av patienter som är för sjuka för att ligga på vanlig vårdavdelning, men som inte uppfyller kriterierna för att läggas på intensivvården.

– Vi har egentligen inte någon uppfattning om antalet eller karaktären på de här patienterna, och det finns inget heltäckande kvalitetsregister som följer upp dem. Jag misstänker utifrån hälso- och sjukvårdens avvikelser som jag ser i Region Gävleborg där jag är verksamhetschef att vi har ett större behov av en mer uttalad vårdnivå mellan vårdavdel-

ningar och intensivvård, vilket kanske gäller för väldigt många sjukhus, säger han.

Sjukhusläkarens har i ett försök att kartlägga antalet intermediärvårdsplatser runt om i landet ställt frågan om hur antalet ser ut till samtliga universitetssjukhus och regioner. Resultatet visar att det de senaste åren skapats relativt få nya dylika vårdplatser på landets sjukhus, trots att diskussionerna pågått i flera år. Många vittnar också om ett behov av den typen av vårdplatser och på flera håll utreds frågan.

Ett av de sjukhus där man just nu är i färd med att skapa fler intermediärvårdsplatser är Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Inom område fem, där bland annat kirurgi och AnOpIva ingår, finns just nu nio intermediärvårdsplatser – fyra av dem, som riktar sig till traumapatienter, har funnits i dryga sju år och ytterligare två skapades för två år sedan. Resonerande tre, som är ämnade för kirurgiska patienter, öppnades i slutet av oktober i år. Och i februari ska dessutom lokaler byggas om för att de kirurgiska intermediärvårdsplatserna

Intermediärvårdsplatser på universitetssjukhusen

Universitetssjukhuset Örebro

Finns fyra intermediärvårdsplatser inom kärthorax, som har funnits längre än tio år, och fyra för neurointermediärvård, som har tillkommit de senaste fem åren.

Framåt: Behovet av allmänna intermediärvårdsplatser har utretts. Slutsatsen var att behovet ligger mellan sex till åtta platser. Har ännu inte satts.

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sahlgrenska: Finns inom flera olika områden. Bland annat 13 platser inom område fem (bland annat kirurgi och AnOpIva).

Mölnadal: Medicin och HIA har två-tre intermediärvårdsplatser. Läget oförändrat senaste fem-tio åren.

Östra: Tre helt nyinrättade på Medicin Geriatrik Akutmottagning. Finns en högre vårdnivå på sex platser på HIA och fyra "IVA-platser" på infektion, där patienter kan vårdas i respirator om de är helt stabila. BIVA har två, vilka inrättades 2017.

Framåt: Behov av cirka fem till i Mölnadal. Ökat behov på Östra, där även kirurgiska intermediärvårdsplatser behövs. Finns dock inget beslut om detta.

Skånes universitetssjukhus

Finns beslut om 69 varav 62 är disponibla, där ingår fyra platser inom verksamhetsområde infektionssjukdomar som öppnas i december. Antalet platser har ökat de senaste åren.

Framåt: Det kan utifrån behov komma att i behövas fler framöver. Finns beslut om att ytterligare två platser inom verksamhetsområde infektionssjukdomar, som troligen kommer att öppna under 2020.

Norrlands universitetssjukhus

Finns sex intermediärvårdsplatser på Thorax, vilka har funnits de senaste åtta-tio åren.

Framåt: Finns ingen plan på att utöka antalet.

Akademiska sjukhuset

Finns fyra inom AIMA, sedan 2011-2012. AnOpIva läkarbemannar dessa på konsultbasis under dagtid och via en jourlinje under jourtid.

Framåt: Ett arbete för att eventuellt starta kirurgisk intermediärvård har inletts. Dock komplex localsituation och beslut saknas, men en möjlig lokal färdigställs 2021. Även önskemål om utrymme för barnintermediärvård finns.

Karolinska universitetssjukhuset

Finns sammanlagt 38 disponibla IMA-platser spridda på olika funktioner och teman. De första öppnade för tio år sedan och sedan dess har antalet ökat successivt till dagens nivåer.

Framåt: I och med fortsatt utveckling mot högspecialiserad vård tror man att behovet kan komma öka. I vilken grad är svårt att bedöma.

Universitetssjukhuset i Linköping

Finns nio intermediärvårdsplatser där fyra av dessa har tillkommit de senaste åren.

Framåt: Diskussioner om en utökning pågår, men frågan är inte beredd och inga beslut är fattade.

Fakta: Kartläggningen av antalet intermediärvårdsplatser

Sjukhusläkaren har frågat landets universitetssjukhus om antalet intermediärvårdsplatser idag, hur utvecklingen har sett ut de senaste tio respektive fem åren samt hur man tänker kring framtiden.

ska kunna utökas till fem, en önskan som man har haft i flera år.

– Anledningen till att vi ser ett behov av den här typen av platser är att trycket på våra vårdavdelningar har blivit så hårt. Det har varit ett för stort

gap mellan när intensivvården anser att patienten är intensivvårdsklar och när vi anser att patienterna är avdelningsklara, säger Erik Johnsson, verksamhetschef för kirurgin på Sahlgrenska universitetssjukhuset och fortsätter:

– Innan vi hade den här typen av platser fanns det inte tillräckligt med resurser för att optimera patientens tillfrisknande. I min värld handlar det inte så mycket om att man tar patienterna

Fortsättning nästa uppslag >>>

Made with

infogram

tidigare från intensivvården, snarare att man förhindrar dem från att åka tillbaka dit eller undviker att de hamnar där alls. Det är där jag tror att intermediärvården har den stora medicinska betydelsen. Däremot är det inte en ersättning för intensivvård.

Enligt honom definieras intermediärvårdsplatserna som vårdplatser där det finns möjlighet till kontinuerlig monitorering av patientens vitala funktioner. Och där det finns personal som är utbildad i att hantera när vitala funktioner inte fungerar.

– Det är viktigt att vi har något att

jämföra med och att de här platserna har den kvaliteten och kompetensen som krävs, så att det inte bara blir pappersprodukter, säger Erik Johnsson.

I Sjukhusläkarens kartläggning blir det också tydligt att det saknas en nationell definition av vad en intermediärvårdsplats innebär. På flera håll uppger man att man inväntar en sådan innan några dylika platser införs.

Johnny Hillgren är en av de som tror att det behövs generella riktlinjer kring svikt eller hot om svikt av vitala funktioner i organsystem. Han tror också att det behövs för att rätt patienter ska hamna

på rätt ställe på sjukhuset.

– Om vi kategoriserar patienterna så är det lättare att föra deras talan gentemot huvudmännen utifrån att det finns ett behov av att skapa en organisation som kräver vissa resurser, säger han.

Johnny Hillgren får av medhåll Björn Orrhede, läkare och sektionschef på intensivvårdsavdelningen på Skånes universitetssjukhus i Malmö, som menar att man måste enas om en definition på vad som är intermediärd. (Se nästa uppslag).

Anna Sofia Dahl

Så ser floran av intermediärvårdsplatser ut

■ Samtliga universitetssjukhus har intermediärvårdsplatser. Och alla, förutom Norrlands universitetssjukhus, uttrycker att de har behov av fler intermediärvårdsplatser i någon form, eller just nu ser över frågan.

■ Bland de dryga 20 länssjukhusen har nio renodlade intermediärvårdsplatser. På åtta länssjukhus uttrycker man ett ökat behov av dylika platser och på sju sjukhus utreds frågan.

■ Åtta av landets 40-tal länsdelssjukhus uppger att man har renodlade intermediärvårdsplatser. Tre av dem uppger att det finns ett behov och på fyra sjukhus säger man att frågan utreds.

Onlinekurser för hälso- och sjukvårdspersonal.

www.medster.se

Lär dig mer.
Var du vill. När du vill.

 **Medster**

Intermediärvårdsplatser i regionerna



Fakta: Kartläggningen av antalet intermediärvårdsplatser

Sjukhusläkaren har frågat landets regioner om antalet intermediärvårdsplatser idag, hur utvecklingen har sett ut de senaste tio respektive fem år sedan samt hur man tänker kring framtiden. Vi har bitt om att få svaren uppdelade på respektive sjukhus. Om definition har efterfrågats har vi gett följande: "platser riktade till patienter som är för sjuka för vanlig vårdavdelning, men samtidigt inte kräver full intensivvård". Ovan visas resultatet exkluderat universitetssjukhusen.

Björn Orrhede, sektionschef
på intensivvårdsavdelningen
på Skånes universitetssjukhus i Malmö:

”Vi befinner oss i en Carl von Linné-fas”

” Utan en definition går det inte att få resurser eller att kunna följa upp kvaliteten på vården ”

Foto: Li Fernstedt

På Skånes universitetssjukhus i Malmö har man precis avslutat arbetet med att inventera intermediärvårdsplatserna på sjukhuset. Med en bredare definition som resultat.

▼ – Vi befinner oss i en Carl von Linné-fas, där vi behöver sätta namn på saker. När sjukhusförvaltningen tidigare i år initierade en process för att se över det ansträngda intensivvårdsplatsläget på sjukhuset var Björn Orrhede en av de som deltog i arbetet. Målet var att söka efter lösningar på problematiken, kanske utan att inrätta nya intensivvårdsplatser. Svaret blev bland annat att se över intermediärvårdsbegreppet.

Enligt Björn Orrhede behöver det egentligen inte vara så svårt att definiera, det handlar kanske helt enkelt om att förhålla sig till vad intensivvård är.

– Lackmustestet är när en patient blir sämre på en vanlig vårdavdelning eller ska skrivas ut från intensivvårds-

avdelningen. Är patienten för sjuk för en vanlig vårdavdelning, men inte i behov av full intensivvård, handlar det om intermediärvård.

I och med den definitionen hamnar nu exempelvis både HIA och neurologi-avdelningsobservationsplatser i Malmö under intermediärvårdsparaplyet. Det gör att Skånes universitetssjukhus sticker ut i statistiken med sina 69 beslutade och 62 disponibla intermediärvårdsplatser, på sjukhusen i Lund och Malmö tillsammans.

En definition är a och o

Men för Björn Orrhede är inte siffrorna det väsentliga.

– Det är viktigt att ha en definition. Hur ska man annars få beslutsfattare att fatta beslut om att allokera resurser? Och hur ska man kunna följa upp kvaliteten på vården om vi inte kan följa de här patienterna när de inte ligger på IVA? Den nationella debatten i frågan har pågått i många år, utan att en användbar definition formulerats.

Han liknar det vid Carl von Linnés systematisering av terminologin för växter och djur i Sverige.

– Historien är full av exempel på att man kan ta nästa steg först när man börjar sätta rätt etikett på saker.

Björn Orrhede understryker att man inom sjukhuset ”på ett konstruktivt sätt är oeniga om definitionen”, vilken i sig än så länge är preliminär. Däremot ser han optimistiskt på det fortsatta arbetet i frågan. Inte minst med den kultur av att stötta varandra över avdelningsgränserna som han menar finns på sjukhuset.

– Här i Malmö finns en attityd att vi försöker hjälpa varandra hela tiden – vi sträcker oss längre än vårt absoluta ansvarsområdesgräns, vilket är en nyckel till intermediärvård utanför IVA. Vi har till exempel en intermediärvårdsavdelning på IVA kallad IMA som medicinkliniken driver, och sedan många år intermediärvårdsplatser på vårt sjukhus infektions-IVA. De vill ta sin del av bördan på ett sätt som är fördömligt. Vi planerar att inom kort ha ett system där vi på IVA kan vara konsultativt stöd åt IMA om de önskar.

Samarbetet är betydligt äldre än de tre månaderna, men Björn Orrhede menar att frågan i och med initiativet

från förvaltningsledningen har det fått ett ”nytt momentum”.

– För tio år sedan insåg fler än idag att IVA är en gemensam och mycket kostsam resurs, som man måste hushålla med. Och fyller vi upp IVA med fel patienter kan vi inte lägga nästa, ännu sjukare, patient där. Alltså måste vi ansvara för att det ligger rätt patienter på IVA. Idag gör det mer ansträngda platsläget på sjukhuset att patienterna ibland blir kvar på IVA längre än nödvändigt. Då är kanske fler intermediärvårdsplatser kopplade till specialistklinikerna en del av lösningen – man breddar känslan av ansvar tillbaka till respektive organspecialistklinik.

Att efterfrågan på intensivvård kommer att öka i framtiden, samtidigt som de ekonomiska ramarna tillväxt håller en annan takt, är en ekvation som blir svår att lösa utan förändring. Och att skapa tillräckligt med intensivvårdsplatser tror Björn Orrhede sannolikt blir svårt att åstadkomma i praktiken.

– I en ideal värld med obegränsade resurser får man såklart störst flexibilitet om man har den högsta nivån på många platser. Men nu har vi en verk-

lighet, delvis ekonomiskt, men också i att vi faktiskt inte hittar utbildad IVA-personal. Då måste vi komplettera med intermediärvård.

Det finns risker även med intermediärvård

Han påpekar samtidigt att man måste beakta de risker som finns med intermediärvård. Till exempel att det kan bli en glidning som gör att patienter tvingas ut till intermediärvården när läget är kärvt i intensivvården, trots att de skulle borde ha legat kvar på IVA. Viktigt är också att kunna säkra fungerande intermediärvårdsplatser under dygnets alla timmar och på sommaren.

– Men dessa risker tror jag att man kan minska genom att ha tydliga krav på vad en intermediärvårdsavdelning ska ha för ministandard. Och se till att IVA är en viktig spelare i det sjukhusövergripande arbetet så att man hela tiden hjälper varandra att säkerställa att man har rätt patienter på rätt plats.

En viktig nyckel till att man på Skånes universitetssjukhus i Malmö nu skapat ett aktivt arbetet med att definiera intermediärvårdsplatser har enligt

Björn Orrhede varit en i frågan drivande och intresserad förvaltningsledning. ”En fin växelverkan mellan management och profession”, som han kallar det.

– Vi har under några år uppmärksammat att vi har haft ett mycket ansträngt platsläge för intensivvården i Region Skåne och det har gjorts utredningar som definierat att vi måste ha bättre tillgänglighet. Förvaltningsledningen har haft detta i åtanke, de har lyssnat på professionen, och förstått att de måste ta ett initiativ.

Nästa steg är att enligt Björn Orrhedes förhoppning att sjukhuset ska inrätta mer intensivvårdsnära intermediärvårdsplatser för kirurgiska patienter, vilket saknas i Malmö. Och kanske kan diskussionerna om definitionen ha en positiv påverkan.

– I och med detta definierande kanske sjukhusledningen på ett ännu tydligare sätt ser fler intermediärvårdsplatser som en lösning. Det handlar ju faktiskt om att tilldela resurser i en ansträngd ekonomisk situation och då vill man ju veta vad man väljer mellan.

Anna Sofia Dahl

■ I förra numret rapporterade Sjukhusläkaren att intensivvårdspatienter dör på grund av brist på vårdplatser. Men hur ser det ut utomlands med antalet intensivvårdsplatser i jämförbara länder?



Sverige och Storbritannien har gjort omvända resor



Sverige har få intensivvårdsplatser i förhållande till jämförbara länder i Europa. Det menar Lars Engerström (bilden), överläkare på intensiv- och anestesikliniken på Vrinnevisjukhuset i Norrköping samt på Thorax-Kärlkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping.

▼ Tre gånger per år samlar Svenska intensivvårdsregistret, i vilket Lars Engerström är en av ledamöterna, bland annat in siffror på antalet vårdplatser runt om på landets intensivvårdsavdelningar.

Årets siffror visar att den högsta snittnoteringen av antalet disponibla intensivvårdsplatser per 100 000 invånare hittills ligger på fem. Det är en minskning från förra årets snitt på 5,15.

Om barnintensivvårdsplatserna tas bort ur statistiken hamnar siffran ännu

lägre – på 4,89 vårdplatser per 100 000 invånare för 2018.

De siffrorna kan jämföras med snittet för Europa på 11,5. Förvisso är den siffran från 2010–2011, men enskilda länder rapporterar färskare siffror att jämföra med.

Exempelvis Tyskland, som ligger högt över andra europeiska länder i genomsnitt med sina 30 intensivvårdsplatser per 100 000 i år. Dock menar Lars Engerström att det är svårt att göra en jämförelse med just Tyskland, eftersom de har ett ekonomiskt incitament att ge mycket vård som saknas i Sverige.

Däremot är en jämförelse med Storbritannien relevant. Där har man i år runt 8 intensivvårdsplatser per 100 000 invånare. Och Australien, som också är ett jämförbart land, snittar på 8,9 platser för 2018.

Just Storbritannien har gjort en resa förbi Sverige i antal intensivvårdsplatser sedan början av 2000-talet. Sverige hade då 5,8 intensivvårdsplatser per 100 000 invånare och Storbritannien hade under fem.

– Men de fann att den ökande bristen på intensivvårdsplatser gjorde att allt fler patienter skrevs ut nattetid och att det gick sämre för dessa patienter. De fann också att transporter mellan intensivvårdsavdelningar ökade liksom antalet operationer som sköts upp på grund av brist på intensivvårdsplatser och detta gjorde att man successivt ökade antalet intensivvårdsplatser till dagens nivå, säger Lars Engerström och tillägger:

– I början av denna process gjordes även en ändring av definitionen av

intensivvård i Storbritannien, vilket gör att antalet intensivvårdsplatser inte är helt jämförbar över tid.

Varför vi i Sverige fortsätter att ligga på ett för lågt antal intensivvårdsplatser menar han till stor del beror på bristen på intensivvårdssjukköterskor. De fysiska platserna finns kvar, men personalen som ska bemanna dem saknas på många håll.

Vid en enkät från SIR 2017, där 79 av Sveriges intensivvårdsavdelningar svarade, uppgavs att 126 intensivvårdsplatser ej hölls öppna. 41 avdelningar angav att skälet till att platser var stängda var brist på intensivvårdssjukköterskor. Åtta avdelningar angav att skälen var ekonomiska.

En verklighet som många runt om i landet också vittnade om i Sjukhusläkarens tidigare granskning av transporter av patienter mellan intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist.

– Intensivvården är dyr, så det kan också vara en anledning till att man vill hålla nere antalet platser, säger han.

Anna Sofia Dahl

FAKTA | Statistiken

▼ De svenska siffrorna kommer från Svenska intensivvårdsregistret.

Tre mätningar görs årligen – en gång på våren, en gång på sommaren och en gång på hösten – då intensivvårdsavdelningarna själva rapporterar in data.

De internationella jämförelserna kommer från olika undersökningar som tidigare gjorts samt från sammanställningar gjorda av myndigheter och register.

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond.

Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbas-

beloppet för 2019 är 46 500 kronor.

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

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

Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarna på telefon 08-790 34 50 eller e-post wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.sjukhuslakarna.se

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50. Sista ansökningsdag är den 28 december 2019.

Alma – en digital läkarassistent som ska hjälpa läkare att ha tid att vara bra läkare

– Läkare ska, som jag ser det, använda hjärnorna till att lösa problem och vara kreativa. Det är onödigt att läkare hela tiden ska kolla igenom att riktlinjer uppfylls och liknande, säger Fredrik Holmberg, läkare och systemutvecklare, som tagit fram en digital läkarassistent, döpt till Alma.

▼ Systemet ska nu under hösten testas på Danderyds sjukhus. Det Alma ska göra är att varna och påminna läkare genom att leta efter potentiellt farliga kombinationer hos en patients diagnoser, provsvar, mätvärden och läkemedel i patientens elektroniska journal.

Vid sidan av varningar och förslag på särskilda riktlinjer som bör efterlevas ger mjukvarusystemet även förslag på lämpliga åtgärder och med endast ett musklick, så går det att skriva en färdig remiss till rätt instans, inklusive patientdata från journalen med uppgifter om aktuella besvär och tidigare sjukdomar, så att undersökningar och prover beställs, läkemedel sätts in och läkaren kan fokusera mer på det mest centrala i det specifika fallet.

Systemets idé är också att varningar skräddarsys till specialitet, men också utbildningsnivå hos läkare. En akutläkare kan exempelvis få en varning på skärmen om att ett specifikt läkemedel inte bör ges vid förhöjda provsvar på ett blodprov och få förslag om att exempelvis under en kort tid sätta ut det.

Varningarna kan också anpassas så att det även visas om patienten söker för något helt annat besvär.

– Det är en av de största fördelarna,



Fredrik Holmberg, läkare och systemutvecklare, som hoppas att hans system ska ge mer luft i systemet för läkarna så att de kan göra ett ännu bättre jobb. Foto: Adam Öhman.

Kandidat nr 1 till Think-differentpriset: Fredrik Holmberg.

▼ Tidigare har priset gått till Per Bleikelia, sjukhuschef i Norge, för hans annorlunda ledarstil och ortopedkliniken på Oskarshamn sjukhus för att ha visat vägen hur väntetiderna kan kortas.



att det varnar för saker som på sikt kan vara potentiellt farliga, säger Fredrik Holmberg.

Helge Brandberg, specialistläkare i internmedicin och ST-läkare i kardiologi på Hjärtkliniken, är en av tre projektansvariga på sjukhuset. Han betonar att tillämpningen av tekniken potentiellt sett kan ge möjliga hälsovinster för en stor patientgrupp. Bland annat genom stöd till patienter att uppnå optimerad behandling efter genomgången hjärtinfarkt eller för säkrare omvårdnad.

Rent tekniskt fungerar systemet i relation till det största journalsystemet i Region Stockholm.

En farhåga, och som diskuterats i olika forum en längre tid, handlar om olägenheterna med varningssystem som slår larm i tid och otid, även med varningar som inte är relevanta.

Men Fredrik Holmberg menar att i och med att man i Alma kan skräddarsy varningarna ska dessa problem kunna minimeras.

En annan fråga gäller ansvarsbiten. Risken finns att läkare kan invaggas i en falsk trygghet. Men när varningar dyker upp måste man alltid dubbelkolla, säger Fredrik Holmberg.

– Jag är ju själv läkare, och har utvecklat systemet utifrån behov – inte för att en politiker har fått en idé. Alma gör det möjligt att spara mycket tid. Min förhoppning är att det i sin tur ska ge mer luft i systemet för läkarna, så att de kan göra ett ännu bättre jobb. Men en farhåga är ju att man ovanifrån bara tar in fler patienter som läkarna ska ta hand om, säger han.

– Men rätt använt kan ett sånt här system medföra att det blir mindre press på läkarna.

Adam Öhman

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®



Bristol-Myers Squibb



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 hjärtklaffprotes. 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