

kor att någon annan kan hävda deras intresse, om de av någon anledning skulle bli ur stånd att själva göra detta.

Efterfrågad paternalism är också moraliskt acceptabel, eftersom den person det gäller själv har givit sitt uttryckliga eller tysta samtycke. De flesta kan nog hålla med om att patienten har rätt att få lita på läkaren och följa hans råd. Den allvarligt sjuka patienten, som inte vet något om medicin, önskar inte alltid en lång föreläsning om för- och nackdelarna med olika behandlingsalternativ, utan förväntar sig helt enkelt att hans doktor skall göra det som enligt expertisens åsikt bör göras.

Oombedd paternalism är den enda typ av paternalism som kan leda till allvarliga etiska problem och därför bör undvikas. Man måste emellertid alltid anpassa graden av paternalism efter patientens tillstånd. I akuta sjukdomstillstånd blir alla patienter mer eller mindre regressivt beroende av andra och har då svårt att själv ta ställning till behandlingen. Så snart patientens tillstånd blivit bättre är det emellertid viktigt att låta honom ta över mer av ansvaret för sin sjukdom.

Med denna diskussion av begreppen autonomi och paternalism vill jag visa hur relativa dessa begrepp är och hur man måste individualisera sitt handlande efter problemets art.

Tyvärr ser man ofta på psykiatriska kliniker en alltför oflexibel attityd i etiska frågor till skada för patienten och för kontakten med dennes anhöriga. Min kritik av psykvården riktar sig emellertid inte mot några enskilda kliniker utan mot systemet som sådant, framför allt att lagen utgör ett hinder för vissa patienter att få den vård de behöver.

Referenser

1. Brattgård D. Det gäller livet; en handbok i etik för hälso- och sjukvården. Lidingö: Institutet för medicinsk rätt AB, 1986.
2. Cullberg J. Dynamisk psykiatri, 4e reviderade utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur, 1993.
3. Lidberg L. Våld kan förutses bland sinner sjuka. Läkartidningen 1994; 91: 2837-9.
4. Nilstun T, Westrin CG, Axelsson M, Candefjord IL, Ekblom B, Eriksson K et al. Socialmedicin och moralfilosofi – en analys av psykiatrisk tvångsvård. Läkartidningen 1990; 87: 1486-90.
5. Tranöy KE. Medicinsk etik i vår tid. Lund: Studentlitteratur, 1993.
6. Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of medicine. Oxford: Blackwell Scient Publ, 1986.

Estnisk ambulanssjukvård – dr Finlay med blåljus

I Estland möjliggör reguljärt läkarbemannade ambulanser en mycket hög kvalitet på omhändertagandet redan på hämtplats. Endast hälften av patienterna transporteras in till sjukhus. Översatt till svenska förhållanden skulle ett sådant system eliminera cirka 150 000 akutmottagningsbesök per år.

Vid en konferens i Sandviken, september 1997, hölls föredrag om ambulanssjukvårdens organisation i tre länder i Sveriges närhet: Estland, Norge och Storbritannien. För de två sistnämnda länderna överväger likheterna med svenska förhållanden, men i Estland är det påtagligt annorlunda.

Hospitaliserad svensk sjukvård

Trots ett par decenniers politiska utfästelser om ökad satsning på primärvården är det ingen överdrift att påstå att svensk sjukvård fortfarande är sjukhusfokuserad, samtidigt som primärvården i ett större perspektiv alltjämt arbetar i motvind. Tvåra kast – till exempel med införande och avskaffande av husläkar-system – har inte precis förbättrat situationen. Sålunda betraktas det som självklart att akut sjuka eller skadade som larmar ambulans skall ges ett omhändertagande på hämtplats och sedan transporteras till akutmottagning för vidare bedömning och eventuell behandling. En betydande del av patienterna återvänder sedan hem – i ambulans, taxi eller privatbil. Modernt kvalitetsarbete arbetar inte sällan med de tre frågorna: Gör vi rätt? Gör vi rätt saker? Gör vi rätt saker på rätt sätt? En jämförelse med den estniska akutsjukvården ger förvisso anledning till eftertanke.

Veiko Sildever – chef för Tallinna Kiirabi (ordagrant »Tallinns snabba hjälp», det vill säga ambulanssjukvården i Tallinn) – inledde med en kort presentation av Estland: 1,5 miljoner invånare, varav en dryg tredjedel i de större städerna, på 45 000 kvadratkilometer – knappt en tiondel av Sveriges yta. Helt dominerande utlarmningsorsak är centrala bröstsmärtor, som står för 50 pro-

DEBATT

”Sverige lär aldrig ha haft så gott om läkare som idag, men som kliniskt verksamma i den prehospitala akutsjukvården är vi alltjämt en sällsynthet. Nu om någonsin borde det gå att ändra.”

cent av akutlarmen (mot cirka 35 procent i Sverige), och hypertoni är ett folkhälsoproblem. Andnöd och medvetanderubbning är väl kända företeelser i båda länderna. Trauma står för cirka 15 procent.

Förekomsten av kronisk obstruktiv lungsjukdom varierar påtagligt mellan olika delar av Estland, med en markant ökad förekomst i närheten av en del större industrier, som anlades under Sovjettiden när ingen tänkte på rening av utsläpp.

Läkare eller »velsker» leder ambulanssteam

Till skillnad från Europa i allmänhet är estniska ambulanser reguljärt trippelbemannade – med särskilt utbildad läkare, dito sjuksköterska samt förare. Alternativt leds ambulanssteamet av en *velsker*; som har studerat medicin, har rätt att ställa diagnos, ordinera läkemedel och påbörja behandling. *Velskern* har funnits inom estnisk sjukvård sedan den första republikens dagar på 1930-talet och har fungerat dels som »läkarens högra hand», dels självständigt som »läkare på landet». Idag finns *velskers* inom företagshälsövård, skolhälsovård, ambulanssjukvård m m. Bemanningen med läkare/*velsker* får fundamentala konsekvenser, då den inne-

Författare

BROR GÅRDELÖF

chefsöverläkare, ambulanssjukvården i Östergötland, Linköping

ANNONS

bär, att endast hälften av patienterna transporteras vidare in till sjukhus! Den andra hälften färdigbehandlas på hämtplats, det vill säga i regel i sin bostad. När patienten inte förs till sjukhus meddelar ambulansläkaren vederbörandes ordinarie läkare, som vid behov kan vidta åtgärder i senare skede.

Estland arbetar med att bygga upp ett familjeläkarsystem, och cirka en fjärdedel av ambulansuppdragen borde egentligen utföras av patienternas ordinarie läkare på hembesök. Problemet är att dessa läkare ännu inte har tillgång till bilar och mobiltelefoner, varför de dels inte kan ta med särskilt mycket utrustning, dels har svårt att arbeta rationellt utanför tätorterna.

Låga läkarlöner

Veiko Sildever har ofta fått frågan om det inte blir för dyrt med trippelbemanning och läkare i ambulanserna. Idag är så inte fallet, eftersom lönerna för estniska läkare i offentlig tjänst är mycket låga – en ambulansläkares timlön kan motsvara 15 svenska kronor – vilket skapar problem med »brain drain» till den privata sektorn och/eller till utlandet.

Det estniska systemet kan ha uppkommit ur åtminstone två olika situationer: 1. Gott om läkare men ont om sjukhusplatser, det vill säga läkarna skall aktivt hålla patienterna från de knappa sjukhusresurserna. 2. Ett från början genomtänkt och önskat system.

Jag frågade Sildever om detta. Han tittade lite undrande på mig och förnekade sedan definitivt att det rör sig om det första alternativet. De som behöver en sjukhusplats får den. Däremot, fortsatte han, är detta ett mycket uppskattat system, som har gamla anor i Estland. Patienterna får hög kvalitet på den akuta sjukvården i sitt hem och behöver alltså i stor utsträckning aldrig köa på akutmottagningen, samtidigt som det finns en koppling till deras ordinarie läkare.

Estnisk lösning borde vara överlägsen även här

Ett grundproblem, när alternativa lösningar diskuteras är den inneboende trögheten i befintliga system, som gärna får en form av »lagesbestämningsprivilegium». »Vi jobbar hårt och vi är bra, varför ändra?»

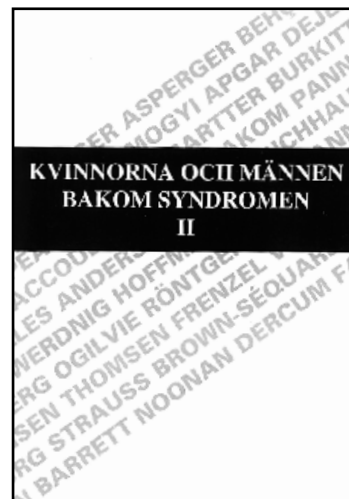
Sett ur patientens perspektiv borde den estniska lösningen vara överlägsen den gängse europeiska. Huruvida den skulle vara ekonomiskt försvarbar även i Sverige är inte alldeles enkelt att räkna ut. Läkare i ambulanserna är inte billigt, men å andra sidan bortfaller stora arbetsbelastningar – såväl »vårdande» som »administrativa» – på akutmottagningarna. Tillämpat i Sverige skulle det

estniska systemet eliminera cirka 150 000 akutmottagningsbesök per år! Gissningsvis skulle ett svenskt system bygga på ett relativt litet antal läkarbemannede akutbilar som komplettering till ordinarie ambulanser – ett system som redan idag finns på några ställen i landet.

Kompetensnivån inom ordinarie svensk ambulanssjukvård har höjts markant under de senaste 10–15 åren, genom såväl omfattande vidareutbildning av befintlig personal som allt högre krav vid nyanställning. Ändå kvarstår att även specialutbildade sjuksköterskor måste arbeta enligt relativt specifika program och inte har formell rätt att självständigt fatta beslut om patientens behandling, till exempel att inte transportera patienten till sjukhus.

Läkaren, däremot, har denna beslutsrätt. Sverige lär aldrig ha haft så gott om läkare som idag, men som kliniskt verksamma i den prehospitla akutsjukvården är vi alltså en sällsynthet. Nu om någonsin borde det gå att ändra.

Jag ser på den estniska lösningen med respekt. De verkar på ett elegant sätt ha gått runt ett problem samtidigt som patienten verkligen satts i centrum. Debattinlägg välkomnas. •



Helt ny bok om syndrom!

• Boken »Mannen bakom syndromet» har fått en helt ny efterföljare: »Kvinnorna och männen bakom syndromen» med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män »bakom metoden», exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex »Kvinnorna och männen bakom syndromen» à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19