

my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat».

Detta betyder att läkaren i sitt arbete alltid ska respektera mänskliga rättigheter. Om det uppstår en konflikt mellan dessa och samhällets krav, ska läkaren värna patientens rätt till liv, hälsa och värdighet.

En situation där samhällets praktik kan komma i strid med läkarkårens yrkesetiska regler är i samband med avvisning av ett apatiskt flyktbarn. Av Lissabondeklarationen från WMA framgår att »Patienten har rätt till en kontinuitet i vården ... Så länge fortsatt medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt«.

Vår tolkning av denna regel är att en läkare inte får medverka till en avvisning av ett sjukt barn utan att personligen försäkra sig om en fortsatt vård i hemlandet. Det är inte tillräckligt med allmänna uppgifter om att sådan vård finns tillgänglig i det aktuella landet.

Etikdelegationen delar uppfattningen om att ett intyg om »transportabilitet« förutsätter en bedömning av det vårdssammanhang i vilket barnet befinner sig inklusive en försäkran om att kontinuitet i vården är etablerad. Att endast intyga att barnet klarar en transport motsvarar därmed inte, enligt delegationens mening, professionens yrkesetiska riktlinjer.



Slutligen vill vi erinra om FN:s barnkonvention som stadgar: »Vid alla åtgärder som rör barn... skall barnets bästa komma i främsta rummet« (artikel 3).

Ingemar Engström
ordförande, Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik

Svar till Jan Halldin om vinster i vården:

Resultat, inte vinst, viktigast i vården

Vården i Sverige ska ges till alla utifrån behov. För att uppnå det målet måste vi ta alla goda krafter till hjälp – och fristående vårdgivare, med eller utan vinstintresse, kan i allra högsta grad vara sådana goda krafter, skriver Birgitta Rydberg (FP).

När Jan Halldin i Läkartidningen 32–33/2010 (sidorna 1858–9) ånyo går till storms mot privata alternativ i vården gör han som vanligt tankefelet att fokusera på vinsten, inte på resultatet.

Resultatet måste naturligtvis vara det viktiga, för såväl patienter och personal som skattebetalare. Det är därmed det viktigaste för oss politiker som har att förvalta förtroendet att styra vården. Och resultatet i vården handlar om kvalitet och volym. Den mesta och bästa möjliga vården till alla som behöver den, för de resurser vi har att tillgå.

För att styra efter kvalitet har vi under de senaste åren trappat upp uppföljning, utvärdering och granskning av alla våra vårdgivare – landstingsdrivna såväl som privata. De medicinska revisionerna har ökat kraftigt. Det är en utveckling som kommer att fortsätta. Tack vare vårdvalsmo- dellerna kan vi lägga mer tid och energi åt uppföljning och åt att se till att alla auktoriserade vårdgivare uppfyller våra krav liksom hälso- och sjukvårdens allmänna krav och de etiska riktlinjerna. Framöver ser jag ännu fler medicinska revisioner. Jag ser gärna också en utökad kvalitets- och sä-



BIRGITTA RYDBERG
landstingsråd för sjukvård, jämlikhet och folkhälsa i Stockholms län
birgitta.rydberg@politik.sll.se



Läkartidningen 32–33/2010.

kerhetsgranskning av vården även på nationell nivå.

Naturligtvis ska inga vårdverksamheter kunna ta ut vinst om det går ut över kvaliteten. Sådana eventuella avarter tolereras inte, lika lite som verksamheter som går med förlust år efter år, vilket också äventyrar säkerheten och kvaliteten. Ekonomisk kontroll är oerhört viktig för patienterna som ska få vården säkrad i framtiden, för personalen som ska känna trygghet i en ordnad arbetsplats och för skattebetalarna som står för pengarna.

Att de fristående vårdgivarna skulle leda till »efterfrågestyrda vårdssystem som gynnar den som är rik« är raka motsatsen till vad vi ser i Stockholms läns landsting, där vi har gott om exempel. Den största vårdreformen under mandatperioden, Vårdval Stockholm, har ju till exempel lett till att läkarbesöken ökar kraftigt i de mer utsatta områdena i Stockholms län. För första gången görs lika många läkarbesök där som i mer välsituerade stadsdelar. Det är ett tydligt trendbrott.

Låt mig ge några andra exempel på de positiva effekterna av fristående vårdgivare:

Starroperationer. Kostnaderna sänktes efter flera upphandlingar från 19 000 kronor till 5 000 kronor (i dag kostar en gråstarrsoperation, inom det vårdval som införts, 5 700 kronor »inklusive allt«).

Obesitasoperationer (fjetmakirurgi). Dessa operationer kostar upp mot 100 000 kronor för den som betalar privat. De kostade tidigare hos oss och i Västra Götalands vårdval 75 000 kronor, i våra upphandlingar är snittpriset nu under 60 000 kronor.

Höft- och knäledskirurgi. Sedan vårdval infördes har köerna i princip försvunnit. Priset på en höft- eller knäledsoperation inom vårdvalet är 56 000 kronor, inklusive kostnadsansvar för eventuell omoperation. Snittet i riket är 80 000 kronor.

Beroendevården. Här sänkts skattebetalarnas kostnad för den sedan tidigare privat drivna verksamheten med 30 miljoner kronor eller 17 procent genom det vinnande anbudet i fjolårets upphandling. Samtidigt ska vården utökas och utvecklas med mobilt team, kvinno- team, mellanvård och en kraftig omläggning till mer decentraliserad verksamhet.

Psykiatri. Unika upphandlingar skedde 2008 och 2009 av två psykiatrisektorer. Nordost-psykiatri får med den nya vårdgivaren 15 miljoner kronor (drygt 6 procent) lägre kostnader och samtidigt 20 procent fler öppenvårdsbesök, ny mellanvård, ett särskilt suicidteam med mera.

Slutligen: Att vi inte kunde prioritera närvaro på Gemen- sam Valfärds utfrågning har att göra med tidigare erfarenheter av samma nätverks arrangemang och nätverkets egen uttalade ambition. De partipolitiska kopplingarna och de på förhand avgjorda svaren gör det tyvärr rätt ointressant som debattforum.