



Carl-Gustav Bornehag,
professor i folkhälso-
vetenskap.

strin vill ha. Men med så komplicerade vetenskapliga frågor kommer vi aldrig att veta allt. Vi behöver en strategi för att kunna agera utan full information.

Han menade att fokus ligger fel när man förbjuder ke-

mikalierna i specifika produkter, som med bisfenol A som först förbjöds i nappflaskor och nu väntas förbjudas i papperskvitton.

– Förbjud kemikalierna, inte en ändlös mängd produkter!

Läkarnas roll diskuterades också. Monica Lind, docent i miljömedicin vid Uppsala universitet, ansåg att det är en stor brist att de flesta läkare saknar utbildning i de här frågorna.

– Läkarna behöver en basutbildning i detta eftersom miljögifterna finns i vår hemmiljö.

Ingrid Eckerman, allmänläkare och ordförande i Läkares för miljön, funderade över vilka besked man som läkare ska ge till sina patienter.

Mycket av vården är inriktad på att skydda barnen när de väl är födda, trots att riskerna är större tidigare, när kvinnan inte ens vet att hon är gravid.

– Vi läkare brukar ju säga att det är bra att äta fisk. Brukar vi tala om för flickor att de inte ska äta de här fiskarna? Nej, det är först när barnet är fött som folk blir oroliga.

Michael Löwtrup

Jasmin Zejnalgic, 20 år, läkarstudent T 3, Örebro:

– Fetma tror jag kommer att vara ett stort problem i framtiden. Det är redan det i USA, och det kommer att sprida sig till övriga världen.



Marie Wedin, 57 år, ortoped, Helsingborg och ordförande i Läkarförbundet:

– Jag ser två stora hälsofrågor: klimatet och antibiotikaresistensen. Och vaccinationer. Vaccin är det billigaste, effektivaste och vassaste verktyg som finns i den medicinska verktygslådan. ■



Mai-Lis Hellénus



Lars Jerdén

Vilken levnadsvana väger tyngst? Fråga patienten!

Sluta röka, drick mindre alkohol, ät nyttigare eller rör dig mer. Vilken levnadsvana ska patienten först ta itu med att förändra? Experternas råd är att fråga patienten själv.

Förra året kom Socialstyrelsen ut med Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Syftet är att sjukvården ska stödja människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Men vilken levnadsvana är mest ohälsosam, och hur ska förändringen gå till? Det diskuterades vid ett välbesökt symposium på riksstämman.

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – för var och en av dessa levnadsvanor gick en expert igenom riskerna, och argumenten för att just den är värst.

– Tobak är den farligaste levnadsvanan, fastslog Gunilla Bolinder, docent vid Karolinska institutet, och pekade på att rökning ökar risken för ett 40-tal olika sjukdomar, vissa av dem 10- eller 20-falt.

Sven Wåhlin, överläkare vid Beroendecentrum Stockholm, höll med om att tobak dödar fler än alkohol; omkring 7 000 svenskar per år dör av tobak, mot 4 000–6 000 per år som dör av alkohol. Men samhällskostnaderna för alkohol är större. Och räknar man DALY, ett mått på sjukdomsburden i samhället, så är alkohol en tyngre börda än diabetes eller astma.

På motsvarande sätt gick Hans Lingfors, distriktsläkare vid Habo vårdcentral, och

professor Mai-Lis Hellénus, ansvarig för Livsstilmottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset, Solna, igenom riskerna med fysisk inaktivitet respektive onyttig kost. Men vad är egentligen värst? Sven Wåhlin gav ett förlösande svar:

– Vilken levnadsvana väger tyngst? Fråga patienten!

Det handlar om att utgå från vad patienten är motiverad att ta itu med, förklarade Mai-Lis Hellénus:

– Börja med en vana, så följer andra efter.

På vårdcentralen i Habo har man en rutin för detta, berättade Hans Lingfors. Man skickar hem ett formulär till alla patienter med frågor om deras levnadsvanor, men också om vilka de vill förändra.

Socialstyrelsens riktlinjer

har kritiserats för att vara tandlösa. Men distriktsläkare Lars Jerdén från Borlänge och projektledare för Läkarsällskapetets och Socialstyrelsens levnadsvaneprojekt, har en idé om hur de kan användas för att sätta hårt mot hårt.

– I riktlinjerna står exempelvis att alla rökare ska motiveras för rökavvänjning, sade han. Om vi har en daglig rökare som inte motiveras för rökavvänjning, bör man kunna göra en anmälan enligt Lex Maria.

– Jag tänker börja gå igenom de patienter som kommer till mig, speciellt efter operation. Upptäcker jag något ska jag först prata med ansvarig läkare. Sedan kan det eventuellt bli fråga om Lex Maria, sa Lars Jerdén.

Miki Agerberg

Läkares fortbildning är ett delat ansvar

Läkares fortbildning är inte ett ansvar för professionen enbart, utan en del i det kvalitetsarbete som vårdgivaren är skyldig att bedriva. Det var deltagarna i Läkarsällskapets samtal om fortbildningen eniga om.

Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm framhöll arbetsgivarnas ansvar, och ansåg att fortbildning bör ingå i det ledningssystem för verksamhetsutveckling som vårdgivare är skyldiga att ha.

– Kunskapskapitalet är personalen. Och för att utveckla det kapitalet behövs fortbildning.

I Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem nämns dock varken

fortbildning eller kompetensutveckling specifikt, och moderatorn Tobias Smedberg från Läkarsällskapet undrade om inte föreskrifterna borde vara mer tydliga.

– Nej, Socialstyrelsen ska inte lägga sig i hur det läggs upp. Det ska vara en diskussion mellan arbetsgivaren och de fackliga organisationerna, svarade Lars-Erik Holm.

Göran Stiernstedt, chef för vård och omsorg på Sveriges Kommuner och landsting, menade att det har funnits en inställning att fortbildningen är professionens ansvar.

– Men det är inte bara ett individuellt ansvar utan nå-

»Socialstyrelsen ska inte lägga sig i hur det läggs upp.«

got som ska ske i dialog med närmsta chef utifrån verksamhetens behov.

Ett första steg, enligt Stiernstedt, är att arbetsgivarna börjar dokumentera vilken fortbildning som medarbetarna faktiskt får.

– Vi har varit dåliga på att kommunicera vad vi menar med ledningssystem. Men där ingår att dokumentera och ha koll, och det har man inte i dag.

Även Catarina Andersson Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting, menade att det finns ett delat ansvar.

– Som beställare av vård har vi ett ansvar att ställa krav på att det finns ett ledningssystem hos de vårdgivare vi har avtal med.

Från publiken kom en fråga om paneldeltagarna kunde tänka sig ett system med fortbildningspoäng och obligatorisk recertifiering av läkare, något som finns i vissa länder.

– Jag tror mer på morötter än piska för att locka med o villiga kolleger. Men man kanske måste diskutera formen, sa Catarina Andersson Forsman.

– Jag har varit tveksam, eftersom jag sett hur sådana system kan missbrukas. Men jag har blivit mindre säker med tiden. Kan man hitta ett vettigt sätt är jag beredd att föra en sådan diskussion, sa Göran Stiernstedt.

Michael Löwtrup

»Årets bästa« fick pris

Varför blev jag filmad av de anhängarna? Den frågan ställde sig Jakob Endler, en av vinnarna i Läkartidningens tävling, i sin artikel i kategorin »Övriga«. Läkartidningens chefredaktör Jonas Hultkvist delar ut diplom och blommor.



Foto: Sara Holm



»Man borde tala mer om de barn som inte får någon diagnos och därmed ingen hjälp«, sa psykiater Ylva Ginsberg och vände på den vanliga frågan om huruvida diagnosen ADHD inte ställs för lättvindigt. Till höger barnpsykiatern Kerstin Malmberg.

ADHD

»Stigmatiserande att inte få diagnos«

En ADHD-diagnos ska inte ses som stämplande. Tvärtom är det verkligen stigmatiserande när ett barn med ADHD inte får diagnos och hjälp. Det anser psykiatern Ylva Ginsberg.

Ylva Ginsberg är vuxenpsykiater och forskar om ADHD i kriminalvården. Hon vill vända på den vanliga frågan, alltså den om huruvida diagnosen ADHD ändå inte ställs alltför lättvindigt.

– Man borde tala mer om de barn som inte får någon diagnos och därmed ingen hjälp, sa hon när hon deltog i ett symposium på Medicinska riksstämman på onsdagen. Obehandlad ADHD innebär stort lidande och stora samhällskostnader.

I sin forskning på Norrtäljeanstalten har hon mött många sådana personer, som först i fängelset fått diagnos och behandling. Alla säger samma sak, berättade hon: »Om jag hade fått hjälp med min ADHD som barn, hade jag inte behövt sitta här.«

Medicinshistorikern Maria Björk valde däremot att betrakta ADHD-diagnosen som ett tidsbundet fenomen, ungefär som diagnosen hysteri i slutet av 1800-talet.

– Förr talade man om att barn inte var skolmogna. I

dag har de ADHD, en individuell sjukdom i hjärnan. Det passar vårt individualistiska samhälle. Dessutom tjänar läkemedelsindustrin pengar på ADHD-diagnosen.

Om den medicinska teorin bakom diagnosen är sann eller inte, det ansåg hon sig som medicinshistoriker inte behöva ta ställning till.

Barnpsykiatern Kerstin Malmberg, överläkare vid BUP i Skärholmen, underströk att en ADHD-diagnos inte är något man sätter lättvindigt. Den föregås av en gedigen utredning, med flera olika specialistundersökningar och medverkan från föräldrar och skola.

– Om man läser symtomen på ADHD från en diagnosmanual, är det många av oss som har något eller några av dem, sade hon. Men för att få diagnosen ADHD krävs också att man har en funktionsnedsättning, och det är något betydligt allvarigare.

Hon betonade också att alla med ADHD inte behandlas med läkemedel. När läkemedel används ska det vara en del i en multimodal behandling, tillsammans med exempelvis patient- och anhängutbildning, kognitiva hjälpmedel och KBT i grupp eller individuellt.

Miki Agerberg

Överbeläggningar ska redovisas för allmänheten

I tre månader har alla landsting och regioner rapporterat in överbeläggningar till en nationell databas. I början av 2013 kommer Sveriges Kommuner och landsting att lägga ut statistiken öppet på sin webbplats.

Från och med den 1 september i år rapporterar alla landsting varje morgon klockan sex antalet utlokaliserade och överbelagda patienter, vilket har varit ett av kriterierna för att få del av årets patientsäkerhetsmedel från regeringen.

Vid en workshop på Medicinska riksstämman redovisade Margareta Berglund Rödén från SKL resultatet från de två första månaderna. De första siffrorna pekar mot en genomsnittlig överbeläggningsgrad i landet på i grova

tal två patienter per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska vården. Antalet utlokaliserade patienter är något mindre, runt en per 100 disponibla vårdplatser. Även psykiatri har mellan en och två överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.

– Men det är stor variation mellan olika dagar, och för att kunna se en trend måste vi mäta mellan ett halvår och ett år, sa Margareta Berglund Rödén.

Det återstår dock en del kvalitetssäkringsarbete. Det viktigaste handlar om att se till att alla har definitionen av en disponibel vårdplats klar för sig. Definitionen utgår från tillgänglig personal och andra resurser och kan därför variera från dag till dag.

– Det kräver ett annat sätt



Margareta Berglund Rödén:

»Det kräver ett annat sätt att arbeta där man lägger ansvar och befogenheter längre ut i verksamheterna. Det är ledningarna inte vana vid ...«

att arbeta där man lägger ansvar och befogenheter längre ut i verksamheterna. Det är ledningarna inte vana vid, man är van att en gång om året kunna bestämma att »så här många vårdplatser har vi«.

Man kommer dock inte att vänta på att uppgifterna är helt kvalitetssäkrade innan man offentliggör dem för allmänheten. Planen är att siffrorna ska börja läggas ut i början av 2013, troligtvis på SKL:s webbplats Väntetider i vården.

– Hela tanken med projektet är att skapa en tydlig transparens och därigenom skapa ett tryck för förändring.

Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen, berättade att målet är att beläggingsstatistiken ska redovisas i Öppna jämförelser.

– Men det kräver nog minst ett års arbete till.

Göran Stiernstedt, chef för vård och omsorg på SKL, menade att det viktiga nu är att skapa förutsättningar för erfarenhetsutbyte för att kunna stötta det lokala arbetet.

– Jag får ibland frågan »när blir man belönad?«. Jag tror att det är farligt att lägga fokus på det nu. Det viktiga är att siffrorna blir ett underlag för förändringsarbete.

Michael Lövtrup

Struktur och standarder för IT-system efterlystes

Strukturerade journaler och standardisering av IT-system efterfrågades vid symposiet om IT i vården, som hölls för tredje året i rad.

– Så länge journalen består av stora mängder ord och ingen struktur och ordning är det inte bra.

Så lät det redan för två år sedan, på 2010 års medicinska riksstämmas symposium om IT i vården. Den som sa det var Mikael Rolfs, ordförande i Läkarförbundets råd för läkemedel och medicin-teknik. Med på symposiet var då representanter för regeringen, Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, SKL och branschen, som frågades ut av Mikael Rolfs och Nina Rehnqvist, ordförande, SBU.

När samma gäng träffades igen på årets stämma, för tredje gången, handlade en stor del av diskussionen om

huruvida Socialstyrelsen skulle ta fram en föreskrift för strukturerade journaler.

Det tyckte Nina Rehnqvist.

Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen, var positiv till strukturerade journaler men lutade åt att det är i vården de måste börja utvecklas. Ett skäl till detta är att det behövs specifika journalmoduler för olika diagnosgrupper.

Men Nina Rehnqvist höll inte med om att en föreskrift behöver specificera hur det ska se ut för diabetes, hjärtinfarkt och andra diagnoser.

– Du behöver inte exempel för alla delar i vården i en föreskrift, sa hon.

Socialstyrelsen reviderar nu sina föreskrifter från 2008 om informationshantering och journalföring i häl-

so- och sjukvården.

– Då har vi hela tiden detta i huvudet, försäkrade Lars-Erik Holm, som också lade in en brasklapp för att man måste titta på de juridiska möjligheterna för en föreskrift.

Redan på det första symposiet för två år sedan berättade Anna Lefevre Skjöldebrand, vd, Swedish Medtech, att branschen jobbar med standardisering av IT-system och moduler.

– Det måste finnas möjlighet för små tillverkare att fungera ihop med stora system, sa hon i år.

Standarder skulle göra det lättare.

Mikael Rolfs, som också menade att det är viktigt att nya tankar kan kopplas till

befintliga system, undrade varför antalet system i Sverige då minskar.

– Är det inte ett tecken på att det går åt fel håll?

Anna Lefevre Skjöldebrand höll inte med. Hon menade att man nu är inställd på att standardisering handlar om gemensamma gränssnitt, inte gemensamma system.

Mikael Rolfs' kommentar efter mötet var att den största pusselbiten fortfarande saknas: en gemensam informationsstruktur. Det handlar både om journalstrukturen och om att systemen ska klara att föra information vidare även om man kallar den något annat.

Mikael Rolfs betonade också att läkare måste tas med i arbetet. De kan tala om vilken information som är viktig.

– Vi måste först veta vad vi ska strukturera, sa han.

Karin Bergqvist



»Vi måste stå upp för vår yrkesetik«

Under vinjetten »Uppdrag läkare« har Läkarförbundet inlett ett projekt som handlar om läkarrollen och hur den behöver förändras. På samma tema arrangerade förbundet ett panelsamtal på en av scenerna under riksstämman.

– Det har hänt mycket de senaste 20–30 åren. Läkare–patientrelationen har demokratiserats, och tidigare var det viktigaste att inte skada patienten, nu är det att inte kränka patienten, sa Niels Lynøe, professor i medicinsk etik.

Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, menade att läkarna även i framtiden kommer att vara den viktigaste yrkesgruppen i vården, men understök att läkare måste våga stå upp för kärnvärden och yrkesetik om man vill bevara respekten för sin yrkesroll.

– **Vi måste ifrågasätta** när ekonomiska prioriteringar sätts över medicinska, som nu när en del ogenomtänkta vårdvalsmodeller rullar ut över landet.

Emma Spak, ordförande för Sveriges yngre läkares förening, tyckte att en av läkares viktigaste roller handlar om att driva den medicinska utvecklingen och våga ta in nya metoder. Hon lyfte också fram behovet av att värna tiden med patienterna.

– När man talar med yngre läkare om varför de blev läkare är det det individuella mötet med patienten man lyfter fram.

Åsa Nilssonne, professor i psykiatri, tog upp fall när dåliga IT-system införts trots varningar från professionen, och sa att det behövs förebilder som visar att man inte blir »skjuten i gryningen« om man säger ifrån.

– **Vi talar mycket om** våra skyldigheter men för lite om våra rättigheter. Studenter får för lite råg i ryggen att säga att »det här går vi inte med på«.

Michael Lövtrup



Freds- och utvecklingsforskaren Hans Abrahamsson talade vid Medicinska riksstämmans öppnande – här syns han vid en presskonferens senare på onsdagen.

Fredsforskaren och socialministern om framtidens hälsa

Socialminister Göran Hägglunds (KD) svar på temat »Framtidens hälsa« blev en önskelista för hälso- och sjukvården, medan freds- och utvecklingsforskaren Hans Abrahamsson efterlyste sociala investeringsfonder. Båda talade under stämans öppningsmöte på onsdagen.

Göran Hägglunds önskelista för hälso- och sjukvården löd i korthet så här: Stärkt patientinflytande, bättre folkhälsa, mer jämlik vård, bättre tillgänglighet, ökad patientsäkerhet, ökad valfrihet och en ännu större mångfald av vårdgivare.

På många av dessa områden uttryckte socialministern en tillfredsställelse med utvecklingen. Till exempel jämlik vård.

– Döden är rättvist fördelad. Sverige har den mest jämlika fördelningen av livslängd i världen.

Men omotiverade skillnader måste diskuteras, påpekade han och lovordade »Öppna jämförelser« som ett sätt att få syn på skillnader, även om

jämförelserna förutsätter »ett gnetande för medarbetarna«. Och apropå jämlikhet planerar Hägglund en särskild vårdstrategi för kroniker.

Under önskvningen »stärkt patientmakt« nämnde Göran Hägglund planerna på elektroniska hälsokonton, något som ska lanseras år 2013 och som på sikt alla i Sverige ska

»Vi behöver tänka på en ny sorts sociala investeringsfonder.«

kunna använda som verktyg i kontakter med vården. Om tio år tror han att de kommer att ha gjort mycket nytta för den enskilde patienten.

På folkhälsans område behövs både stöd till enskilda och övergripande åtgärder på samhälls nivå för att underlätta hälsosamma val, sa Hägglund. Det han underströk särskilt var dock sjukvårdens roll.

– Hälso- och sjukvården kan på många håll göra mer

när det gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, sa han.

Och inom mångfaldsområdet vill Hägglund samla en rad organisationer inom vården, fackliga och andra, för att enas om en etisk plattform för samtliga vårdproducenter inom den offentligt finansierade vården.

– Jag tror det är bättre än monopol och vinstförbud, sa han.

Hans Abrahamsson, docent i freds- och utvecklingsforskning vid Göteborgs universitet, höll öppningsmötets föreläsning. Han ville lyfta fram ett annat perspektiv på framtidens hälsa än Göran Hägglund.

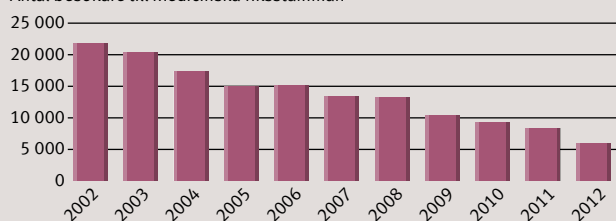
– Kära vänner, framtidens folkhälsa beror inte på hur mycket vi motionerar eller hur mycket smör vi lägger på mackan. Mycket viktigare är de sociala bestämningsfaktorer som inkomster och försörjningsmöjligheter, faktorer som är politiskt påverkbara!

Och som en replik till socialministern sa Hans Abrahamsson:



De omkring 150 personer som kommit till öppningsmötet på onsdagen fyllde inte på långa vägar auditoriet. »Jag ser att det inte är riktigt fyllt här. Men jag brukar tala i riksdagen, så det här känns okej, det är bra«, sa socialminister Göran Hägglund (KD).

Antal besökare till Medicinska riksstämman



– Ursäkta, men döden är inte rättvist fördelad! Den förväntade livslängden skiljer sig sju, åtta år mellan bostadsområden inom samma stad i Sverige.

Med referenser till bland andra Världsbanken, OECD och inte minst WHO:s och epidemiologen Michael Marmots rapport (se LT nr 48–49/2008), målade han upp en bild där vår framtida hälsa beror på hur vi förmår att möta de tre pågående processerna globalisering, urbanisering och migration. Statens roll minskar. Välfärden krymper. Ungdomsarbetslöshet, utanförskap och inkomstklyftor växer. Och när det civila samhället hotas söker människor i stället trygghet i mindre

grupper och nya typer av sociala konflikter uppstår. Bakom växande hälsoklyftor och brinnande bilar i förorter ligger samma processer, enligt Abrahamsson.

– Den goda nyheten är att detta är påverkbart. Vi behöver er hjälp. Vi behöver tänka på en ny sorts sociala investeringsfonder. Nu tvingas vi bygga motorvägar för att delta i det globala flödet, men vi behöver också sociala stötdämpare som kan hantera de sociala konflikter som globaliseringen skapar. Åtgärder för social hållbarhet bör inte ses som en kostnad utan som en investering. Ni, personalen inom hälso- och sjukvården, är vår tids fredsambassadörer.

Elisabet Ohlin

6 000 besökte årets riksstämma

Besökssiffrorna på Medicinska riksstämman fortsätter att sjunka. Årets stämma, som var den första där medlemmarna i Läkarsällskapet inte gick in gratis, hade ca 6 000 besökare över tre dagar.

1990 hade Medicinska riksstämman 28 000 besök. Även om man räknar med att det var samma personer som passerade grindarna alla tre dagar innebär det likafullt att en betydande del av den svenska läkarkåren var på plats.

I december 2012 känns dessa tider väldigt avlägsna. Sedan millennieskiftet befinner sig riksstämman i en fallande trend – som håller i sig. Preliminära besökssiffror pekar mot drygt en fjärdedel färre besökare i år jämfört med i fjol, då det var 8 300 besök.

– Vi räknade med att det kunde bli färre besökare



Filippa Nyberg

»Vi räknade med att det kunde bli färre besökare eftersom vi tog ut en avgift. Nu får vi utvärdera detta inför nästa års stämma.«

re eftersom vi tog ut en avgift. Nu får vi utvärdera detta inför nästa års stämma och framtiden, säger Filippa Nyberg, nyttillträdd vd för Svenska Läkarsällskapet.

En bakgrund till att man valde att ta ut en anmälningsavgift är att riksstämman 2011 inte gick ihop. Även i år är stämman budgeterad med ett minus, trots inträdesavgiften.

– En sak är säker, stämman måste gå runt. Det är möjligt att vi måste tänka på ett annat sätt, men vi kan inte gå med förlust.

Filippa Nyberg berättar att man i redan början av nästa år hoppas kunna samla sektionerna för att diskutera framtiden.

– Utgångspunkten är att det behövs ett gemensamt möte, frågan är hur det ska se ut.

Hur upplevde du annars din första stämma som vd för Läkarsällskapet?

– Jag har ju precis tillträtt och inte varit med i planeringen, så därför har jag känt mig mer som besökare. Som alla andra upplevde jag att det var tomt på vissa av sektionernas programpunkter, trots fina program och dyra föreläsare. Det vetenskapliga programmet är grunden för stämman och där måste vi få till en förändring. Det övergripande programmet däremot verkar ha suttit som en handske, där har jag hört många lovord och positiva kommentarer från besökarna.

Michael Lövtrup

FLER ARTIKLAR FRÅN MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN PÅ LAKARTIDNINGEN.SE

- För få vill skydda sig mot klimateffekter
- Många missbrukare slutar själva
- Läkare ett emotionellt riskyrke

- Slagväxling om vinster i vården
- Obstruktiv sömnapné vanligt även hos kvinnor
- Jordnötter alternativ till antibiotika

- En god handhygien viktig även hos patienterna
- Inga tydliga könsskillnader i autism hos små barn
- »Kunskapsbrist hos läkare hinder för rehabilitering«

- Viktigt att anmäla olämpliga förare
- Läkare kan inte lösa mödradödligheten

Svenskar gör få läkarbesök ...

Sverige ligger över Europa-genomsnittet i läkartäthet. Men svenskarna går mer sällan till doktorn än andra europeer. Det visar ny statistik från OECD.

Grekland har överlägset flest läkare per invånare i Europa. Med 6,1 läkare per 1 000 invånare har Grekland nästan dubbelt så många som EU-genomsnittet, som är 3,4. Det framgår av en ny rapport med hälsostatistik för hela Europa från den ekonomiska samarbetsorganisationen OECD.

Med 3,8 läkare per 1 000 invånare ligger Sverige på delad tredjeplats i läkartäthet, och Sverige tillhör också de länder där antalet läkare har vuxit mycket under 2000-talet.

När det gäller antalet läkarbesök per invånare ligger Sverige däremot bland de lägsta i Europa. Med 2,9 läkarbesök per person och år

ligger vi på mindre än hälften av EU-genomsnittet, som är 6,3. Endast Cypern redovisar en lägre siffra. I andra änden av skalan ligger några östeuropeiska länder med 11–12 läkarbesök per person och år, följda av Tyskland och Belgien.

OECD:s experter tror att en del av dessa skillnader kan förklaras med kulturella olikheter, men att skillnader i sjukvårdssystemen också kan spela in. Länder där läkaren får betalt per besök, som Belgien eller Tyskland, tenderar att ha fler läkarbesök än länder där läkaren har en fast lön, som Sverige eller Finland.

För Sveriges del kan det låga antalet läkarbesök också hänga samman med att sjuksköterskorna spelar en större roll i primärvården än i många andra länder, konstateras det i OECD-rapporten.

Miki Agerberg



Illustration: Colourbox

... och OECD-rapport bekräftar bilden av ett Sverige med få vårdplatser

OECD-rapporten bekräftar också att Sverige har internationellt sett få vårdplatser: 2,7 per 1 000 invånare. Av de 35 ingående europeiska länderna är det bara Turkiet som har färre (2,5/1 000 invånare). Det brukar förklaras med att vi har en mer effektiv sjukvård – det vill säga att vårdtiderna är kortare. Men Danmark, som har 30 procent fler vårdplatser per capita än Sverige, har kortare vårdtider – något som antyder att orsaken också kan vara en högre belägningsgrad och att färre patienter läggs in i Sverige.

Michael Löwtrup

»Orimligt att det kan vara ett brott att ge vård«

Nu sällar sig Justitiekanslern, JK, till kritikerna av den föreslagna lagen om vård för paperslösa. Att ge god vård bör aldrig kunna vara brottsligt, anser JK.

Regeringens förslag, som nu remissbehandlas, går ut på att vuxna som vistas i Sverige utan tillstånd ska ha rätt till »vård som inte kan anstå«.

I sitt remissvar hävdar JK att det är tveksamt om en sådan restriktion är förenlig med Sveriges internationella åtaganden om bästa möjliga hälsa åt alla.

En annan kritik rör kopplingen mellan den föreslagna lagen och utlänningslagen. I promemorian från regeringen sägs att personal som följer anställningsavtal, hälso- och sjukvårdsförfattningar och den nya lagen inte gör sig skyldiga till medhjälp till brott mot utlänningslagen.

JK påpekar att det självklart förekommer fall där det är svårt att avgöra om vården kan anstå eller inte och menar att ett så vagt begrepp inte kan utgöra en avgränsning mot vad som är straffbart. Rent allmänt tycker JK att det framstår som en orimlighet »att det över huvud taget skulle komma i fråga att en av sjukvårdspersonal, i överensstämmelse med vetenskap och erfarenhet, vidtagen åtgärd skulle anses utgöra brott«.

JK framhåller att om man ger alla som vistas i landet vård på samma villkor undviker man problemen. **ML**

Drugline blir öppet för alla

Från och med januari 2013 blir läkemedelsdatabasen Drugline öppen för alla, både vårdpersonal och allmänhet.

Databasen innehåller vetenskapligt och kliniskt baserade svar på mer än 14 000 läkemedelsrelaterade frågor. Svaren kommer från universitetssjukhusens läkemedelscentraler och frågorna från förskrivare. ■

Kritik mot klinik som gav anhörig besöksförbud

Justitieombudsmannen, JO, anser att det var fel av en klinikchef att på eget bevåg ge modern till en svårt sjuk patient besöksförbud. Ett sådant beslut kan bara fattas av regionstyrelsen, menar JO.

En klinikchef vid Skånes universitetssjukhus i Malmö gav mamman till en svårt sjuk patient vistelseförbud. Mamman, som själv är läkare, hade upprepade gånger ifrågasatt delar av den behandling som hennes dotter fick och krävt att den skulle sättas ut.

Mammans agerande utgjorde enligt den pa-

tientansvarige läkaren en fara för patienten och ett arbetsmiljöproblem för personalen. Därför meddelade man att hon inte fick besöka kliniken.

JO konstaterar att även om utgångspunkten är att nära anhöriga till en svårt sjuk patient ska kunna träffa patienten så mycket som möjligt, kan det i vissa fall finnas skäl att förbjuda en anhörig att träffa en patient. Men ett sådant förbud är enligt JO ett

beslut i kommunallagens mening som ska kunna överklagas, och måste därför fattas av regionstyrelsen eller av någon annan på delegation från regionstyrelsen. Först då blir beslutet möjligt att överklaga.

I det aktuella fallet tycker också JO att det kan ifrågasättas utifrån journalanteckningarna om det verkligen var motiverat med ett besöksförbud.

Kliniken får också kritik för att man dröjt en och en halv månad med att ge svar på mammans begäran att få ta del av dotterns journal.

Michael Löwtrup



Foto: Colourbox

Nya Öppna jämförelser publicerade

Dödligheten i folksjukdomar minskar, visar årets Öppna jämförelser, som från och med i år även kan konsumeras via en webbapplikation.

Årets upplaga av »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet« visar en rad positiva trender. Enligt rapporten, som Socialstyrelsen och SKL står bakom, fortsätter dödligheten i stora folksjukdomar som hjärtinfarkt och cancer att minska. Det gör också den så kallade sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, där det ingår diagnoser som diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Vårdrelaterade infektioner minskar



något och vårdköerna krymper.

Men – det finns även mer bekymrande siffror. Dödligheten bland lågutbildade kvinnor i levnadsvanerrelaterade sjukdomar som levercirros och lungcancer ökar. Andelen äldre över 80 år som har mer än tio läkemedel har inte minskat trots satsningar; däremot har färre av dem riskfyllda läkemedelskombinationer. Antibiotikavandningen står i stort sett still, även om Socialstyrelsen gläds åt att det skrivs ut betydligt mindre bredspektrumantibiotika mot urinvägsinfektion.

Bland övriga områden där Socialstyrelsen och SKL ser

en förbättringspotential kan nämnas:

- Andelen kvinnor som får läkemedel efter benskräcksfraktur – för få generellt och för stora variationer mellan landsting.
- Andelen patienter som når dialysmålet – för stor variation mellan sämsta och bästa landsting.
- Antalet artroskopioperationer vid knäartros – fortfarande får tiotusentals patienter denna behandling som enligt Socialstyrelsen saknar effekt.

I samband med att årets Öppna jämförelser släpps lanserar Socialstyrelsen en ny webbapplikation där man förutom att ta del av årets tabeller även kan jämföra utvecklingen över tid landstingsvis.

Michael Lövtrup

»Genuskunskapen på läkarutbildningen behöver stärkas«

Genus behöver ges en fastare form som kunskapsområde vid läkarprogrammen, anser AT-läkaren Jenny Andersson i en ny avhandling från Umeå universitet.

– Varken kön eller genus nämns i de nationella utbildningsmålen för läkarutbildningen. Mellan de olika utbildningssorterna finns det dessutom ingen enhetlighet beträffande vad ett så kallat genusperspektiv innehåller eller betyder, konstaterar Jenny Andersson i ett pressmeddelande.

I avhandlingen har hon studerat genuskunskap i både relationen läkare–patient och inom läkarutbildningen.

Jenny Anderssons slutsats är att inslaget av genuskunskap behöver stärkas under grundutbildningen för att ge läkare möjligheter att agera genusmedvetet och undvika att orättvisor grundande på kön uppstår inom vården.

En av hennes delstudier visar att läkarstudenter gör olika tolkningar av sjukdomsberättelser utifrån stereotypa föreställningar om kön.

Fredrik Mårtensson

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDET

Allvarligt sjuka patienter förväxldes på sjukhuset

Två svårt sjuka patienter med liknande namn förväxldes på sjukhuset. Den ena patienten fick genomgå två röntgenundersökningar av skallen, den andra ingen alls. Först efter några dagar upptäcktes förväxlingen.

(Soc 9.3.1-33024/2012)

Två patienter lades in på medicinkliniken med två dagars intervall. Båda var kvinnor i hög ålder och de hade liknande namn.

Patient 1 undersöktes dagen efter inläggning på avdelning A med en DT, datortomografi, av hjärnan. Undersökningen visade subarahnoidalblödning. Man bedömde att ingen botande behandling kunde erbjudas, och ansvarig läkare tog beslut om palliativ vård.

Följande dag kom patient 2 till akutmottagningen från ett vårdboende. Hon behandlades sedan tidigare med läkemedel mot blodpropp, och lades in med misstanke om stroke. Re-

miss skrevs för DT-undersökning av hjärnan. Som remitterande enhet angavs avdelning A – men på grund av platsbrist lades patienten in på avdelning B.

När det var dags för undersökningen ringde röntgenpersonalen till avdelning A, eftersom det stod så på remissen. Vid samtalet identifierades patienten enbart med namn, och eftersom namnen var snarlika trodde avdelningspersonalen att det var patient 1 som skulle röntgas. På röntgen gjorde personalen id-kontroll med hjälp av patientens id-band, men missade även de att det var fel patient. Följden blev att patient 1 röntgades en andra gång, medan utlåtandet skrevs på patient 2.

Dagen efter undersökningen såg ansvarig läkare röntgenutlåtandet för patient 2. Det visade subarahnoidalblödning – eftersom det i själva verket var patient 1 som blivit röntgad. Läkaren reagerade visserligen

på att röntgenutlåtandet inte stämde med patientens sjukdomsbild, men gick inte vidare med det. I stället fattade hon beslut om palliativ vård, och blodtrycksmedicinen sattes ut.

Förväxlingen uppdagades när patient 2 efter ytterligare ett dygn flyttades till avdelning A. För att bekräfta förväxlingen gjordes en röntgenundersökning, som visade att patienten hade en utbredd ischemisk stroke.

Båda patienterna avled under vårdtiden. Enligt vårdgivarens bedömning har deras dödsfall inte påverkats av förväxlingen.

Vårdgivaren identifierar en rad orsaker till händelsen, bland annat att patient 2 flera gånger identifierades enbart utifrån namn, både på röntgen och i telefonsamtal med avdelningen. Det tog också för lång tid innan svaret på den andra röntgenundersökningen uppmärksammades, eftersom journalsystemet inte flaggar för nyinkomna svar. Vårdgivaren tän-

ker därför bland annat skapa säkra rutiner för id-kontroll av patienter, och se över rutinerna för bevakning av remissvar.

Socialstyrelsen konstaterar i sitt beslut, att upprepade tillfällen av bristfällig identifiering av en patient ledde till en rad allvarliga händelser. Personalen på vårdavdelning och röntgenavdelning borde insett risken för förväxling då man enbart angav namn på patienten, och röntgensköterskan brast i noggrannhet i sin id-kontroll.

Socialstyrelsen ser också allvarligt på bristerna i dokumentation och bevakning av remissvar, och påpekar att läkaren som upptäckte en diskrepans mellan röntgenutlåtande och symtom borde ha gått vidare och utrett detta. Senast den 31 oktober måste vårdgivaren redovisa hur bristerna ska åtgärdas.

Miki Agerberg

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se