»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 underströk 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 läkarens 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 Nilsonne, 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 stämmans 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 önskningen »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 samhällsnivå 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.

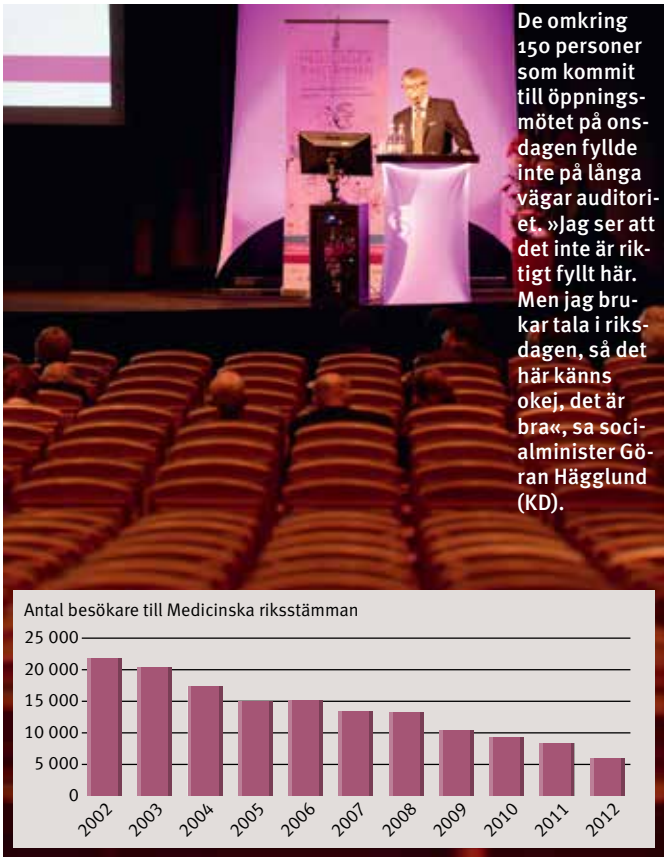
Och inom mångfaldsområdet vill Hägglund samla en rad organisationer inom vården, fackliga och andra, för att enas om en etisk plattform för samtliga vårdproducenter inom den offentligt finansierade vården.

– 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 bestämningsfaktorerna 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).

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



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.«

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 Läkaresällskapet?

– 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 Europagenomsnittet i läkartäthet. Men svenskarna går mer sällan till doktorn än andra européer. 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 beläggningsgrad och att färre patienter läggs in i Sverige.

Michael Lövtrup

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 patientansvarige 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 Lövtrup



Foto: Colourbox

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

Nu sällar sig Justitiekanslern, JK, till kritikerna av den föreslagna lagen om vård för papperslösa. 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. ■

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 levnadsvanerelaterade 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. Antibiotikaanvändningen 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 benskörhetsfraktur – för få generellt och för stora variationer mellan landstingen.
- 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 utbildningsorterna finns det dessutom ingen enhetlighet beträffande vad ett så kallad 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/ÄRENDEN

Allvarligt sjuka patienter förväxlades på sjukhuset

Två svårt sjuka patienter med liknande namn förväxlades 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 subaraknoidalblödning. 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. Remiss 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 subaraknoidalblödning – 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 tänker 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