

FAKTA 2. Om Läkarförbundets etik- och ansvarsråd

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) handlägger förbundets yrkesetiska frågor och marknadsföringsfrågor rörande läkarverksamhet. Rådet bevakar de delar av hälso- och sjukvårdsförhållningarna som anknyter till läkarnas yrkesansvar.

Rådet verkar för att stärka och utveckla läkarkårens medvetenhet i medicinsk-etiska frågor. Delmål i detta arbete är

bl a att sammanställa och sprida kunskap om nationella och internationella etiska regler, och att tydliggöra etiska frågeställningar i den kliniska vardagen.

Rådets ledamöter är Thomas Flodin (ordförande), Eva Engström, Lotti Helström, Erik Jörtsö, Rune Kaalhus, Thomas Lindén och Åsa Pravitz. Tomas Hedmark från Läkarförbundets kansli är rådets sekreterare.

ligt med nya och kostsamma behandlingsmetoder, t ex inom neonatalvården. Det decennium som har gått sedan Prioriteringsutredningen lades fram har inte gjort problemen lättare utan tvärtom svårare, konstaterade EAR.

Som ett konkret exempel på prioriteringar tog EAR upp frågan om hur extremt dyra behandlingar ska hanteras. Ett fall av Hunters sjukdom, där behandlingen av en enda patient kan kosta 10 miljoner kronor per år, har diskuterats i pressen och lett till krav på gemensamma riktlinjer och eventuellt också gemensam finansiering.

Från läkarets synpunkt finns det en konflikt mellan å ena sidan principen att göra gott, dvs att ge varje patient bästa möjliga behandling, och å den andra rättvisep principen, dvs att resurserna måste fördelas med hänsyn tagen till andra viktiga behov inom hela patientkollektivet. Om de »dyra« patienterna kostar så mycket att andra viktiga vårdbehov inte kan tillgodoses, kan det vara motiverat att modifiera principen att göra gott.

Det finns emellertid ingen kartläggning av de totala kostnaderna för mycket dyra behandlingar, eller av hur många »extremt kostsamma« patienter det finns i Sverige. Särsläkemedel (preparat som använts mot livshotande eller mycket allvarliga tillstånd med en prevalens av mindre än 5 fall per 10 000 invånare) uppges kosta ca 400 miljoner

kronor per år, vilket motsvarar ca 2 promille av de totala sjukvårdskostnaderna.

Det är uppenbart, ansåg EAR, att Hunters sjukdom är en livshotande sjukdom som faller inom Prioriteringsutredningens högsta kategori. Det är svårt att hävda att andra viktiga vårdbehov inte skulle kunna tillgodoses, även

om en större andel än några promille av de totala sjukvårdskostnaderna skulle ägnas åt de sällsynta och dyra patienterna.

Man bör i första hand göra en inventering av behov och kostnader på riksnivå. Sedan kan man ta ställning till vilka resurser som krävs och om medel bör läggas i en fond på riksnivå för att fördela riskerna. Man skulle därmed kunna få ett slags försäkringssystem, där landstingen kan gardera sig för risken att få ett onormalt antal mycket kostsamma fall inom sitt område.

Sammanfattningsvis ansåg EAR att klinik- och vårdcentralsnivån nu bör bli motorn i prioriteringsarbetet. Läkarna måste ta en aktiv roll i granskningen av rådande rutiner och prioriteringar. Det måste

ges tid för uppgiften, vilket hittills inte har varit fallet. De politiska prioriteringarna måste, som Prioriteringsutredningen avsåg, stämma överens med de kliniska prioriteringarna, så att resurser satsas på de mest angelägna områdena. Man bör inventera vårdbehov och kostnader för sällsynta sjukdomstillstånd. För särskilt dyrbara behandlingar bör man söka utforma en solidarisk finansiering på riksnivå.

LÄS MER Tidigare artiklar i serien *Etiskt samtal från Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR)* har publicerats i *Läkartidningen*:

nr 41/2004, sidorna 3175-6,
nr 41/2004, sidan 3178,
nr 4/2006, sidan 191,
nr 9/2007, sidorna 686-8.

Säkerhetstänkandet vid kirurgi

■ Kommentar till artikeln »Säker kirurgi räddar liv – ska Sverige vara med?« av Jon Ahlberg och Irini Antoniadou (Läkartidningen 8/2008, sidorna 544-7).

Vid övre gastrosektionen vid kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, har vi under många år arbetat med säkerhetstänkandet vid kirurgi. Vi har försökt att efterlikna flygindustrins säkerhetsrutiner i den mån det nu varit praktiskt möjligt.

År 1995 infördes rutinmässig videoinspelning av all vår laparoskopiska kirurgi. Vi fick på så sätt möjlighet att postoperativt analysera operationsteknikerna vid oväntade postoperativa komplikationer. Videoinspelningarna har även kunnat användas i andra situationer för att förbättra utbildningen av kirurger under utbildning, färdiga specialister och övrig vårdpersonal. Vi har haft mycket stor nytta av denna rutin.

De senaste tre åren haft vi

också testat ett system där vi även haft ljudupptagning från operationerna. Operatören och assistenten har haft trådlösa mikrofoner, och deras kommentarer spelas in på videobandet. Man kan på så sätt postoperativt få en god uppfattning av hur operatör och assistent resonerat inför de olika stegen under operationen.

De videosekvenser som vi bedömer har stort utbildningsvärde presenteras fortfarande på kirurgiklinikens videoarkiv <www.orebroll.se/uso/videoarkiv>. Den årliga besöksfrekvensen på videoarkivet tyder på att filmsekvenserna är uppskattade. Årligen spelas filmerna upp ca 130 000 ggr.

För att ytterligare förbättra säkerheten kring operationsstarten har vi i ett par år använt oss av checklistor där vi före operationsstart kontrollerar ett antal punkter så att onödiga avbrott under operationen undviks. Man funktionstestar den apparatur

som skall användas, kontrollerar att samtliga instrument finns på salen, kontrollerar att sladdar, slangar, spol och sug fungerar, m m. Checklistan möttes initialt av viss skepsis av operationssjuksköterskorna men har kommit att bli allt mer uppskattad och fungerar nu utmärkt.

Mycket av säkerhetstänkandet kan omsättas i praktiska rutiner med små ekonomiska resurser, och den kliniska nyttan är odiskutabelt hög. De rutiner som vi infört har kommit att förbättra vår laparoskopiska kirurgi, sträma upp rutinerna kring operationerna, och tack vare informations spridningen via videoarkivet har kollegor i Sverige kunnat ta del av våra erfarenheter; sammantaget har dessa rutiner kommit att öka säkerheten för våra patienter.

Lars-Göran Larsson
överläkare, kirurgikliniken,
Universitetssjukhuset Örebro
lars-goran.larsson4@telia.com