

tydligt att läkaren förmedlar kunskaper som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det förväntar sig patienten. Om patienten önskar fortsätta egenbehandlingen också efter sådan information skall detta respekteras. I denna fråga – som i så många andra – måste läkaren leva upp till patientens förväntningar på en legitimerad läkare. Detta kan väl förenas med förväntningarna på respekt och empati.

Det är bra för förtroendet mellan patient och läkare att recept på medel utan dokumenterad effekt inte längre får skrivas.

*Gunnar Eckerdal*  
överläkare, Palliativt rådgivningsteam, Mölndal



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLANDER

»Vi fanns alltid till hands och om patienter remitterades till annan klinik för någon undersökning eller åtgärd återkom de till oss efteråt.»

svarig läkare (PAL) inte fungerar. Det beror på dagens organisation av sjukhusläkarnas arbete.

När jag på 1940-talet var underläkare vid medicinkliniken i Uppsala, bl a tillsammans med den kloke och omtänksamme Nils Söderström – den bästa kliniker jag mött – var det självklart att vi tog hela ansvaret för de patienter som skrivits in vid vår avdelning. Vi fanns alltid till hands och om patienter remitterades till annan klinik för någon undersökning eller åtgärd återkom de till oss efteråt.

Tiden har obevekligt rullat bort från en liten ständigt tjänstgörande läkarkår med nästan 100-procentig patientkontinuitet. Kravet på bättre patientkontinuitet var en av orsakerna till att husläkarprogrammet togs fram. Förhoppningsvis kan vi snart räkna med en husläkare per 1 500 invånare med en ersättning som baseras på ett totalansvar och inte på klockslag.

#### Mycket att lära av England

Fortfarande kan vi lära oss åtskilligt av England. De som följt TV 4-serien om läkarna på landet vet att dessa söker upp den patient som uteblir från avtalat besök, ofta följer sin patient akut till sjukhus, besöker henne där och har ett informationsutbyte med sjukhusläkarna. Det leder naturligt till att vården sedan direkt fortsätts på hemmaplan.

#### En fast kontakt genom åren

Vi måste inrikta oss på ett likartat system. Husläkaren skall vara patientens fasta läkarkontakt genom åren, han skall gärna besöka sin patient

under en sjukhusvistelse och i varje fall tala med ansvarig avdelningsläkare. Med modern datahanterad journal borde det inte vara något problem att föra över epikrisen direkt till husläkarens dator, från sjukhusläkaren. Idag dröjer det avsevärd tid innan inremitterande läkare får besked om vad som hänt på sjukhuset.

Husläkaren skall samla alla trådar i sin hand och ansvara för all medicin som patienten får utskrivna. Då slipper man de kassar med medikamenter, utskrivna av olika doktorer, som Ulla Söderström så riktigt anmärker på.

Jag tror det blir ett dubbelarbete att låta en sjukhusläkare samla ihop besked från olika specialiteter, utöver vad han behöver för egen del. Det är bättre att det sker hos husläkaren.

*Nils Brage Nordlander*  
pensionerad överläkare, nu privatpraktiker, sakkunnig i Husläkarutredningen, Uppsala

## Läkaren/chefen måste hålla sig till spelreglerna

Lisbet Palmgren tar i Läkartidningen 12/96 upp en viktig fråga om läkares lojaliteter som chef. Inom Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har vi diskuterat frågan och anser att den är mycket angelägen. Det är ju så att chefen tillsätts av en sjukhusledning eller en landstingsledning och får sitt mandat ifrån dessa. Samtidigt är det ju så inom den samhällsgemensamma sektorn att den egentliga uppdragsgivaren är människorna inom upptagningsområdet och som i princip alla också är potentiella patienter på chefsöverläkarens klinik. Det kan alldeles uppenbart uppstå konflikter mellan det ansvar som chefsöverläkaren känner inför sina potentiella patienter, särskilt i situationer när den politiska ledningen fungerar dåligt (vilket ju faktiskt inte är helt ovanligt) – eller till och med fattar okloka beslut. Idealt borde sjukhusledning eller landstingsledning lyssna på chefsöverläkarna vad gäller den professionella delen i ett beslutskom-

plex, samtidigt som chefsöverläkaren måste respektera att resurserna är ändliga och att det måste ske prioriteringar mellan olika ansvarsområden och att denna prioritering i slutänden ligger på den politiska beslutsapparaten.

Om de ekonomiska förutsättningarna krymper måste det vara chefsöverläkarens yrkesetiska plikt att noggrant analysera konsekvensen av en sådan nedskärning och tydliggöra dess medicinska konsekvenser för politikerna som ett underlag för deras prioriteringar. Om chefsöverläkaren underlåter detta och genomför nedskärningar som kan komma att ha negativa konsekvenser för patienterna, har han/hon försummat sina plikter mot dessa.

#### Svåra situationer

Det är ju också så att politiska majoriteter kan växla och att tillfälliga opinioner kan spela en alltför avgörande roll i viktiga beslutssituationer. En chef som kanske dessutom har varit med länge och som har en bättre överblick än den tillfälliga majoriteten kan då komma i mycket svåra situationer där lojaliteten verkligen sätts på prov. Självklart måste en chef inom den offentliga sjukvården (liksom inom annan offentlig verksamhet) kunna anmäla avvikande åsikter även offentligt utan att detta ska ses som felaktigt. Tvärtom borde det vara chefs plikt att delta i det offentliga samtalet. Viktigt är naturligtvis hur detta sker och att också läkaren/chefen respekterar de spelregler som finns för det offentliga samtalet. Genom att offentligt redogöra för konsekvensen av exempelvis ekonomiska neddragningar för patienterna (här förutsätts givetvis en hederlig och väl underbyggd konsekvensbeskrivning) kan läkaren bidra till den allmänna politiska debatten om prioriteringar inom hela den offentliga sektorn. I slutänden måste det ändå vara så att läkare som också är chefer måste vara beredda att avstå från sitt chefskap om deras rörelseutrymme blir alltför inskränkt.

Jag vill slutligen påminna om den skrift som Svenska Läkaresällskapet utarbetat och som heter just »Läkare som chefer och ledare i hälso- och sjukvård» (Stockholm: Sfri 1995) där bl a den här typen av problem diskuteras.

*Lars Jacobsson*  
ordförande, Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik

## Kommentar

Det är korrekt att naturmedel för injektion för närvarande har ett tillfälligt försäljnings-tillstånd till och med den 30 juni 1996. Dessa dispenser kommer att förlängas och samtidigt kommer företagen att uppmanas att inkomma med dokumentation som styrker medlens ändamålsenlighet. Medlen kommer alltså att kunna förskrivas även efter den 30 juni. Läkemedelsverket har ännu ej sammanställt information om dokumentationskraven eller fastställt vid vilken tidpunkt företagen senast måste inkomma med dokumentationen.

Läkemedelsverket kan inte fatta beslut om godkännande eller avregistrering förrän dokumentationen värderats.

*Inger Näsman*  
apitekarer,  
Läkemedelsverket,  
Uppsala

## Sjukhusläkare – husläkare och kontinuitet i vården

Ulla Söderström diskuterar i Läkartidningen 13/96 i anslutning till Gösta Tibblins tankar om kärnsjukvård hur behovet av kontinuitet i patient-läkarrelationen skall tillfredsställas. Vi vet alla att det trots goda föresatser inte har lyckats särskilt bra inom sjukhusvården, och lagen om patientan-