

"Vi kan inte längre ta det medicinska ansvaret!"

Beslutsfattarna vill eller kan ej inse de förödande konsekvenser som följer av deras beslut om sjukvården. Först då opinionstrycket blir så starkt att deras position börjar ifrågasättas kan utsikt finnas för en ökad förståelse.

Drabbade personalgrupper har börjat använda nya och drastiska metoder i syfte att väcka beslutsfattarna. Inger Lindqvist t ex, lagman och tidigare chef för Göteborgs tingsrätt, gick ut till medierna. Hon uttalade å samtliga domares vägnar att säkerheten i den dömande verksamheten inte längre kunde upprätthållas om aviserade personalinskränkningar genomfördes. Det blev inga dylika.

När det gäller sjukvården står Sveriges läkare inför liknande svåra etiska ställningstaganden.

En viss oro eller osäkerhet hos allmänheten börjar märkas. »Får jag i tid den vård jag behöver, när stunden är inne?» frågar sig många.

Raka, klara ordalag

Sveriges läkare måste för sjukvårdsledning och politiker i distinkta ordalag anmäla när de inte längre kan ta det medicinska ansvaret.

Demonstrationer mot sjukhusnedläggningarna tycks inte få landstingen att tänka om. Tyvärr är det nog så att först när läkarna direkt kan påvisa att patienter riskerar att avlida på grund av personal- eller apparatbrist får sjukvården gehör hos de politiskt ansvariga.

Ordet prioritera har för politiker och läkare i vården blivit ett ord som ofta döljer sanningen. Det betyder att vissa går före andra. Dessa andra får sämre vård eller ingen vård alls. Prioritera är ett sätt att komma undan sitt samvete.

En etisk fråga

Av läkare måste krävas att den medicinska säkerheten alltid går före. Om den är i fara och nedskärningarna fortsätter måste läkarna ärligen säga ifrån. Det är en etisk fråga av hög dignitet för Sveriges läkare.

Sett från landstingens och beslutsfattarnas synpunkt måste de få denna information i

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspaltarna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

klara, raka ordalag. De får då det opinionstryck som förhoppningsvis är det tyngsta argumentet för att stoppa nedrustningen av sjukvården. Deras egen trygghet är i fara. Pengar finns om man vill. En möjlighet är höjning av landstingsskatten, men andra utvägar finns.

Göteborgs tingsrätt gav klara besked. Av Sveriges läkare krävs nu: Ge politikerna det tryck de måste ha genom att klart tala om att ni inte längre kan ta det medicinska ansvaret.

Tor Lindgren
advokat, Lerum

Hjälpläkare fängslad för sin åsikt

I Läkartidningen 43/95 kunde man läsa om dr Ma Thida, kvinnlig kirurg och författare i Burma (Myanmar), som arresterades 1993 och dömdes till 20 års fängelse för att ha »äventyrat den allmänna ordningen». Hennes enda brott bestod i att tillsammans med fredspristagaren Aung San Suy Kyi ha arbetat för demokrati i sitt land.

Idag, nästan ett år senare, sitter hon fortfarande i solesringscell. Hon har varit sjuk utan tillgång till vård.

Under 1988 demonstrerade hundratals människor i Burma i protest mot militärdiktaturen. Demonstrationerna slogs ner brutalt och hundratals (kanske tusentals) dödades. Det största oppositionspartiet fick över 80 procent av röster-

na i allmänna val 1990, men juntan vägrar att lämna ifrån sig makten och även om Aung San Suy Kyi släppts fängslas och torteras människor fortfarande utan att ha begått andra brott än att kritisera regeringen.

En »samvetsfänge»

Amnesty International är en världsomspännande organisation som kämpar för frigivning av samvetsfångar, korrekta rättegångar för politiska fångar, stopp för dödsstraff, tortyr och annan grym, omänsklig och förnedrande behandling samt stopp för politiska mord och »försvinnanden». I Amnestys ögon är Ma Thida en »samvetsfänge», dvs hon sitter fängslad enbart på grund av sin övertygelse, utan att ha förespråkat eller utövat våld.

Skriv ett brev!

Huvuddelen av Amnestys arbete utförs inte av anställda experter, utan av enskilda människor världen över. Skriv ett brev till ordföranden i Burmas militärregering och begär att Ma Thida frigges:

General Than Shwe, Chairman State Law and Order Restoration Council
Ministry of defense
Signal Pagoda Road
Yangon, Myanmar

Brevförslag: Your Excellency, Dr Ma Thida was sentenced to 20 years of imprisonment in 1993. I/we believe that she should be released immediately and unconditionally if she is imprisoned solely for her peaceful exercise of her rights to freedom and association. Yours respectfully and sincerely.

Inom svenska Amnesty finns en Hälso- och sjukvårds-

grupp med medlemmar från alla yrkesgrupper inom vården. Man samarbetar med andra liknande grupper i ett internationellt nätverk. Dessa reagerar dels när en fånges hälsa äventyras eller skadas av tortyr, dåliga fängelseförhållanden, utbliven vård eller liknande, dels när medicinsk personal fängslas av politiska skäl.

För mer information om Hälso- och sjukvårdsgruppen ring: Inger Sjöberg, ordförande, tel 018-32 02 10.

Eva-Lena Pettersson
AT-läkare, Vänersborg

Elisabet Lönnemark
AT-läkare, Mölndal
Båda aktiva i Svenska sektionen för Amnesty International

Chöl är ute – tydlig

Som kommentar till dagens diskussion om ledare/ledarskap föreslår jag följande:

Varför inte kalla honom/henne arbetsledare eller förmän eller varför inte överläkare – om man tar bort alla nya irrelevanta definitioner på detta begrepp.

Det är en person som – på grund av sin kompetens, sin erfarenhet och sina meriter och verifierade förmåga att få saker och ting att fungera – kan leda en klinik. Det väsentliga är att han/hon kan se till att saker och ting blir utförda, att jobbet blir gjort!

Niels Olaf Christensen
docent, Åhus

Kvalitetssäkra baslistan

En central uppgift för läkemedelskommittéer är att ta fram en lokal lista över rekommenderade läkemedel, en »baslista». En översyn varje år är nödvändig på grund av hög aktivitet inom läkemedelsområdet. Många nya specialiteter, generika och kombinationspreparat tas fram. Modifieringar i terapirekommendationer sker.

Sedan två år har den gemensamma läkemedelskommittén för Stockholms södra och sydöstra sjukvårdsområden, Nacka/SÖS och Ersta sjukhus arbetat med att förbättra kvaliteten i bedöm-

ANNONS

ningsarbetet [1]. Denna grupp ingår vi i, liksom i gruppen för rationell läkemedelsanvändning i Stockholm (RALS), som belyser läkemedelsförbrukning och läkemedelsval.

Argumenten för val av enskilda preparat torde bli mer genomtänkta och konsekventa om arbetssättet följer en viss ordning och dokumenteras.

Läkemedelskommittén har fastställt en bedömningsmall för läkemedelsvärdering (Figur 1), vilket underlättar arbetet. Värderingsargument som »lokal terapitradition» och »beprövad erfarenhet» har rensats bort. Ett dokument med principer för läkemedelsval är resursbesparande. Förfinade värderingsinstrument finns framtagna [2, 3], men dessa kräver större resurser.

Bedömningsblankett

Varje preparat på baslistan registreras på en bedömningsblankett med argumenten. Vi har konstaterat att argumenten blir mer stringenta och konsekventa då de formuleras i texter. Risken för att resonemangen glöms, t ex vid personbyten, minskar. Inaktuell argumentering upptäcks lättare. Bedömningsblanketter skrivs för både nya preparat och dem som tas bort. Även läkemedel som bedömts men inte accepterats dokumenteras för att undvika framtida dubbelarbete. På blanketten anges referenser och dokumentation som varit av betydelse. På bedömningsblanketten skrivs en kort argu-

mentation för eller emot preparatet på högst tio meningar. Den används för att ge en kort information om preparatbedömningen. Den korta texten är användbar för att »sälja in» baslistan.

Med den strama budget som nu råder inom sjukvården ökar kraven på rationella och billiga terapier. I Stockholms län kalkylerar man med att läkemedelskostnaderna för en vårdcentral utgör minst 20 procent av dess budget. Om detta inte ska leda till kvalitetsminskning måste läkemedelsterapi vara mycket väl genomtänkt.

Leif Wallén
fil dr, apotekare, Södersjukhuset, Stockholm

Christer von Bahr
docent, överläkare i klinisk farmakologi vid medicinkliniken, Södersjukhuset

Referenser

1. Bergman U, Myrhed M. Åtta läkemedelskommittéers listor jämförda. Antalet preparat varierar mycket. Läkartidningen 1996; 93: 1459-60.
2. Karr A. Improving the drug evaluation process. The Pharmaceutical Journal 1994; 252: 576-7.
3. Janknegt R, Wijnands WJA, Stobberingh E. Antibiotics in lower respiratory tract infections. Drug selection by means of the system of objectified judgement analysis (SOJA) method. European Hospital Pharmacy 1996; 2: 64-71.

Figur 1. Bedömningsmall med faktorer väsentliga för läkemedelskommitténs preparatval.

Bedömningsmall			
Faktorer av vikt vid för bedömning inför val till baslistan:			
• Dokumentation av klinisk effekt och biverkningar	God	—	Dålig
• Vanligt förekommande sjukdomar i primärvården	Ja	—	Nej
• Förstahandsval inom öppen vård	Ja	—	Nej
• Läkemedel med enkel och säker dosering/dosinställning	Ja	—	Nej
• Läkemedlets pris, behandlingskostnad	Högt	—	Lågt
• Farmaceutisk ändamålsenlighet och sortimentbredd	Stor	—	Liten
• Leveranssäkerhet	God	—	Dålig
• Läkemedlet har varit tillgängligt minst två år i Sverige	Ja	—	Nej
• Information och utbildning från företaget	Bra	—	Dålig
• Rekommendationer från andra kommittéer och expertorgan	Ja	—	Nej

Rektal palpation när det är motiverat – Slutreplik

Självklart bör rektalpalpation ingå i den kliniska undersökningen när det är motiverat. Däremot måste värdet av denna undersökning ges rätta proportioner. Jag konstaterar att Lars-Ove Farnebo och Anders Somell (Läkartidningen 39/96) är överens med mig om att det diagnostiska värdet av rektalpalpation vid misstänkt appendicit har övervärderats. Glädjande nog har den ene av de två prickade kollegerna nyligen blivit upprättad vid en förnyad prövning av ärendet i Länsrätten i Falun [1]. Som man kunde misstänka fanns nämligen inga tecken till appendicit vid eftergranskning av preparatet.

Vi måste känna till spelreglerna

Mitt syfte är att klargöra vilka kriterier och vilka beviskrav som gäller när HSAN anser att en läkare har gjort ett fel som motiverar ett disciplinärt straff. Om vi inte känner till spelreglerna hamnar vi en rättsosäker situation där vi inte vågar förlita oss på vårt eget omdöme utan tenderar att utföra onödiga undersökningar för att »få ryggen fri». Dessa onödiga undersökningar som patienterna utsätts för gagnar inte patientsäkerheten och borde därmed stå i strid med HSANs intentioner.

I de refererade exemplen kritiserades läkarna för att de underlåtit att göra vissa handlingar. Jag tolkar detta så att HSAN vill markera vissa minikrav som skall uppfyllas för att en klinisk undersökning skall accepteras som adekvat. Detta syfte har också HSANs företrädare meddelat mig muntligt. Man menar att den uteblivna rektalpalpationen är en symbol på en slarvigt utförd undersökning.

Svåra subjektiva gränsdragningar

Att i förväg definiera minikrav för vad som från medikolegal synpunkt skall anses vara en adekvat undersökning hos en viss patientgrupp måste med nödvändighet leda till svåra subjektiva gränsdragningar,

om det ens är möjligt. Det är därför angeläget att få klarlagt om HSAN har denna målsättning och vilka kriterier man i så fall använder vid denna bedömning. Jag antar att endast moment med vetenskapligt säkerställt och mycket klart diagnostiskt värde kan komma ifråga som obligatoriska moment. [2].

Den kliniska verkligheten kan inte alltid inordnas i lärobokens fyrkantiga ramar. Handläggningen måste individualiseras utifrån den enskilde patientens symtom och särskilda hänsyn måste ibland göras vid krav på patientmedverkan. För många barn innebär exempelvis en rektalundersökning ett mycket stort obehag som därför måste vägas mot det förväntade värdet av undersökningen. Det är därför sannolikt oftare regel än undantag att man vid ett ansvarsärende hittar avsteg från den rekommenderade handläggningen av en patient.

För rättssäkerhetens skull är det nödvändigt att klarlägga under vilka förhållanden HSAN anser att ett sådant avsteg kan vara grund för ett disciplinärt straff även om man inte kan konstatera ett orsaksamband med patientens skada?

En utebliven rektalpalpation vid en missad appendicit kan mot denna bakgrund inte automatiskt tas som grund för ett disciplinstraff om man inte kan bevisa eller göra sannolikt att resultatet av denna skulle ha medfört en ändrad handläggning.

Roland Andersson
specialistläkare, kirurgkliniken, Ryhovs sjukhus, Jönköping

Referenser

1. Läkare felaktigt prickad. Dagens Nyheter 1996, 11 september.
2. Muris JW, Starmans R, Wolfs GG, Pop P, Knottnerus JA. The diagnostic value of rectal examination. Family Practice 1993; 10: 34-7.

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/»mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!