

## Effektiv sjukvård kräver mer tid för undervisning och forskning

I Läkartidningen 7/97 besvarar Läkarförbundets centralstyrelse den kritik Anders Milton och Bo Södersten fått efter att i Dagens Nyheter ha menat att Sverige har för många läkare. Centralstyrelsens förbundsordförande Robert Leth står för denna skrivning.

Det är en mycket bra översikt över situationen i Sverige vad avser läkare och sjukvårdsresurser. Detta gäller såväl sjukvårdsbehov, ekonomiska ramar som hur resurserna används. Det noteras bl a att läkararbetstiden ökar liksom produktionen. Arbetsintensiteten är högre. Jag instämmer också helt i Robert Leths synpunkt att läkartätheten är ett mycket dåligt mått på effektiviteten i sjukvården. Vi har i Sverige minskat värdtiden och ökat produktionen mycket kraftigt under det senaste decenniet. Detta har bidragit till att sjukvårdskostnaderna generellt är låga i Sverige jämfört med övriga västländer.

### Utbildning och forskning?

Jag efterlyser dock ett ställningstagande från Läkarförbundet vad gäller utbildning och forskning. Med det mycket snabba omhändertagandet av patienter och de korta värdtiderna försämras undervisningen avsevärt för medicine kandidater och även för läkare under utbildning. De korta värdtiderna medför att patienten är antingen på EKG, operation, röntgen eller hemskriven.

Begränsad tid till diskussion vid ronder på vårdavdelning eller vid röntgenronder föreligger.

Som radiolog har jag upplevt att röntgenronderna till stor del förlorat sitt undervisningsvärde, då de nu har splittats upp, och diskussionen vid ronderna hinner ofta ej fördjupas. Jag anser att vi måste införa även begreppet utbildning inom sjukvården och att det också måste få kosta både pengar och tid.

Detsamma gäller forskningen och den är inte koncentrerad enbart till universitets-klinikerna. Mycket betydande och viktig forskning bedrivs även vid primärvårdsenheter och sjukhus på annan nivå än

## KORRESPONDENS



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

universitetssjukhusen. Detta är en förutsättning för en effektiv sjukvård i framtiden till lägsta möjliga kostnad. Jag önskar att Läkarförbundet även ville ta in denna aspekt i synen på sjukvården i Sverige.

Anders Hemmingsson  
professor, Akademiska  
sjukhuset, Uppsala

### Replik:

## Vi säger av den gren vi sitter på

De förändringar som skett av den kliniska vardagen har inneburit nya förutsättningar för såväl grundutbildning av blivande läkare som den fortsatta vidareutbildningen till specialister och den kliniska forskningen.

Trots detta torde idag kvaliteten på grundutbildningen vara bättre än för fem år sedan. Ny pedagogik såsom problemorienterad inläring, temadagar med verkliga kliniker och målinriktade handledda praktiska moment förbereder studenterna bättre för läkaryrket.

Särskilt viktigt är att studenterna idag lär sig att ta ansvar för sin egen kompetensutveckling, något som är viktigt

»I längden är detta inte förenligt med en fortsatt hög kvalitet inom hälso- och sjukvården.»

under hela den yrkesverksamma tiden. Ny pedagogik vid examinationer har också haft betydelse. Studenterna lär sig att integrera såväl tidigare kunskaper som aktuella kurskrav för att få godkänd kurs och godkänt skriftligt prov. Dessa förändringar ställer större krav på kompetens, engagemang och tid hos lärare/handledare. Pedagogisk kompetens är en självklarhet hos våra docenter och professorer. Läkare-läraryrket är klart mer krävande idag.

### Oroande

Beträffande specialistutbildningen är situationen betydligt mer oroande. Effektivitetsskraven leder ofta till att underläkarnas yrkesinnehåll försämras. Gemensamma aktiviteter, t ex röntgenronder och storronder, begränsas. Därtill har vikariatsträsket, med ofta korta förordnanden och täta arbetsplatsbyten, lett till sänkt utbildningskvalitet. Tyvärr är medvetenheten om konsekvenserna på längre sikt för kvaliteten i sjukvården hos ansvariga landstingspolitiker begränsad eller i varje fall underordnad akuta ekonomiska problem. Socialstyrelsens neddragningar av ST-kursverk-

samheten är ytterligare exempel på att utbildningskvaliteten försummas.

Problemen för den kliniska forskningen är uppenbara. När lagen ändrades för ett par år sedan och tydliggjorde sjukvårdshuvudmännens ansvar för den kliniska forskningen valde man att omdefiniera begreppet klinisk forskning. Traditionell kvalitetskontroll inkluderades. Därmed konstaterade man att man uppfyller lagens krav, och resurserna fortsatte att minska i takt med neddragningarna.

Vi säger således av den gren vi sitter på. I längden är detta inte förenligt med en fortsatt hög kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Robert Leth  
förbundsordförande

## Vilseledande marknadsföring om patientnära bakteriologisk diagnostik

Vi genomförde i december 1996 några enkla jämförelser mellan sju olika fabriker av streptokocktest och fem olika fabriker av nitritstickor inför Stockholms läns landstings senaste upphandling av kemikalier och testremсор.

Förutom begränsade spädningar av streptokocker och nitrit jämförde vi utförande, förpackning, handhavande, metodbeskrivningar m m enligt ett förutbestämt protokoll. Denna utvärdering genomfördes endast för att vi skulle kunna välja bort de test som ej nådde upp till våra minimikrav innan anbudspriserna jämfördes, men ej för att i övrigt kunna rangordna testen. Med stöd av dessa bedömningar kunde vi rekommendera två streptokocktest och två nitrittest till vår materialdepå.

Samtliga företag fick en fullständig rapport av våra bedömningar och kände väl till i vilket syfte undersökningen utfördes. Delar av vårt jämförelsematerial har nu av några företag ryckts ur sitt sammanhang, feltolkats och använts som argument i deras marknadsföring.

### Övertolkats

Det är framför allt resultaten av våra in vitro-jämförelser

som övertolkats. För streptokocktesten användes tio olika testsuspensioner. Vi använde *Streptococcus pyogenes* ATCC 19615 (Grupp A) och *Streptococcus equisimilis* CCUG 4211 (Grupp C). Som blankprov användes PBS (två rör). Grupp A användes i tre olika spädningsrör där 50 µl innehöll 20 000 bakterier (två rör), 10 000 (tre rör) och 5 000 (ett rör).

Grupp C (ett rör) innehöll 600 000 bakterier per 50 µl. Testen utfördes av två biomedicinska analytiker vana vid snabbtest.

Tio olika personer på laboratoriet med varierande erfarenhet av snabbtest läste av samtliga resultat. Nitritstickorna jämfördes på liknande sätt.

Vad man bör tänka på vid utvärdering och användning av test för patientnära mikrobiologisk diagnostik har tidigare behandlats i *Läkartidningen* av Löfgren och medarbetare [1]. En jämförelse mellan rutinmetoden odling och ett snabbtest måste genomföras i den miljö där testet ska användas (t ex vårdcentral) och kräver att 400–500 personer undersöks [2].

Vi föreslår att de som använder snabbtesten för patientnära diagnostik försäkras sig om att en tillräckligt omfattande jämförelse med en referensmetod har utförts.

*Claes Henning*  
docent, överläkare,

*Lena Bengtsson*  
vårdsläkare,

*Ann-Marie Hellström*  
vårdsläkare,  
kliniskt bakteriologiska laboratoriet, LabMedicin, Huddinge sjukhus

#### Referenser

1. Löfgren S, Ek E, Henning C, Schwan A, Falck G, Grandien M et al. Test för patientnära mikrobiologisk diagnostik. Att utvärdera och använda. *Läkartidningen* 1993; 90: 1845-51.
2. Henning C, Bengtsson L. Abbott Test Pack Plus Strep A OBC: A new rapid assay for the detection of group A strep with on board controls. Abstract D 74. 36th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 15–18 september 1996, New Orleans.

Läkartidningens författar-  
anvisningar publicerades  
senast i nr 42/96. De  
kan även beställas från  
sekretariatet.

#### Max 400 ord

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

Eftersom korrespondensspalterna 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.

## Legaliserad dödshjälp förödande instrument i enskilda hand

I läkaren Bert Keizers bok »Stram tango med döden» beskrivs hur en nederländsk långvårdsläkare vardag ser ut när dödshjälp tillämpas rutinmässigt. Sex fall av eutanasi redovisas. I två av fallen går förfarandet till enligt föreskrifterna, dvs ytterligare en läkare konsulteras och skeendet rapporteras till de rättsvårdande myndigheterna. I fyra av fallen rapporterar emellertid läkaren inte sina dödande ingrepp, och han tar heller inte med en kollega i bedömningen. I åtminstone ytterligare ett fall ger läkaren en dödande dos morfin till en patient utan att denne först begärt att få dö.

Detta stämmer med hur de nederländska läkarna rapporterar sina dödshjälpsingrepp. 1995 rapporterades 3 200 fall av eutanasi i Nederländerna, officiellt. Samtidigt uppgav läkarna att de i 59 procent av eutanasifallen inte rapporterade dem [1]. De fall där eutanasihandling utfördes av läkare, utan att patienten först begärt detta, uppgick till 900.

Göran Isacson pekar på något mycket viktigt när han skriver: »Vi som svenskar är inte immuna mot en ond utveckling som i tex före detta Jugoslavien eller som i Nazityskland» [2].

Det är just detta som har känts lite besvärande i den svenska debatten kring dödshjälp: en viss aningslöshet, för att inte säga naivitet.

Så skriver tex P C Jersild i Statens medicinsk-etiska råds »Eutanasi – en debattskrift» 1992 att givetvis kan de handikappade känna oro – men »... kan inte denna oro stillas på annat sätt? Och är det rimligt att med denna farhåga som argument tvinga ett fåtal döende till ett svårt lidande?»

#### Naturen och sjukdomen har sin gång

– Frågan är demagogiskt ställd – ingen »tvingar» någon till ett svårt lidande – det är naturen och sjukdomen som, liksom alltid, har sin gång. Här ställs på ett olyckligt vis de handikappade emot en annan grupp människor med »ett svårt lidande».

Jersild tar också upp jämförelsen med Nazityskland: »Men då gällde det inte eutanasi i dess egentliga betydelse, alltså hjälp att avsluta livet på frivillig begäran, utan då gällde det mord. Kärnfrågan blir då om eutanasi kan glida över i mord i ett civiliserat och demokratiskt samhälle som Sverige ... Hur skulle riksdagen i en demokrati som Sverige fås att acceptera ett okontrollerat dödande?» (3, sid 29). – Givetvis skulle ett godtyckligt ökat eutanasihandling aldrig nå ofentligheten eller riksdagen!

Ja, kärnfrågan gäller mord – och den förefaller redan besvarad, i Nederländerna.

Ett »okontrollerat dödande» – är det inte just detta som redan nu äger rum i det landet?

I 1 000 personer dödas där varje år, *utan att själva först ha begärt detta*, därför att någon annan anser det vara det bästa för dem. 59 procent av alla eutanasifall rapporteras inte. Läkaren Anton i Keizers bok, som jag nämnde inledningsvis, är en defaitistisk och osäker människa, som egentligen inte tror att läkarvetenskapen kan hjälpa någon. Så dödar han också en patient med akuta andningssvårigheter – »det var ändå ingen idé ...»

Visst kan det tänkas att det finns filosofiska självmord. Det utesluts inte av auktoriteter som såväl Jan Beskow som Johan Cullberg. Visst kan det tänkas att alla som vill dö inte är

deprimerade, i klinisk mening. Det är ju inte det som är det viktiga i frågan om dödshjälp eller ej. Det som är viktigt, och verkligt allvarligt, är om ett så dramatiskt och förödande instrument som legaliserad dödshjälp skulle sättas i en enskild människas hand. Därmed skulle en dynamisk process startas vad gäller synen på människovärdet i vårt samhälle, en process vars resultat vi inte kan förutse.

*Susanne Ringskog*  
överläkare,  
psykiatriska kliniken,  
Ystad

#### Referenser:

1. Sheldon T. Euthanasia reporting is increasing but is still low. *BMJ* 1996; 313: 1423.
2. Isacson, G. Förslaget om självmordskliniker. Filosofisk grund för etiskt moras. *Läkartidningen*, 1996; 93: 4708-9.
4. Statens Medicinsk-etiska råd. Eutanasi – en debattskrift. Stockholm: Allmänna förlaget, 1992.

#### Replik:

## Fler osakligheter om eutanasi

Susanne Ringskog tillhör de debattörer som tar till de stora rallarsvingarna. Förra året försökte hon koppla ihop transplantationer, eutanasi och hjärndöd med utgångspunkt i en artikel i *British Medical Journal*. Hon befarade att eutanasi skulle användas för att häva bristen på organ för transplantation. Vad hon i hastigheten inte lagt märke till var att den engelska artikeln inte handlade om hjärndöd utan om persisterande vegetativt tillstånd.

Den här gången är källan inte *BMJ* utan holländaren Bert Keizers bok »Stram tango med döden» i vilken redovisas en handfull fall där eutanasi ges utan att reglerna följs. Vad Ringskog emellertid inte upplyser sina läsare om är att »Stram tango med döden» är ett skönlitterärt verk, en roman. Och med romaner är det ju så att man inte kan veta vad som är påhitt och vad som är hämtat direkt ur verkligheten.

Vad som hänt i Holland mellan 1990 och 1995 är att antalet förfrågningar om eutanasi har ökat, och eutanasi i sig har ökat med en halv procent. De fall där ett av kraven – att pati-