

Läkarförbundet:

Nej till utökad anmälningsplikt

Läkarförbundets Etik- och svarsråd, EAR, vill inte se någon skärpning av läkares anmälningsplikt av olämpliga bilförare. Patient-läkarrelationen hotas om läkare ses som myndighetspersoner, menar EAR.

I en utredning (SOU 2008: 130) om en ny körkortslagstiftning föreslås att läkare i framtiden ska vara skyldiga att anmäla inte enbart patienter som är »uppenbart olämpliga« att inneha körkort, utan även de som bara är rätt och slätt »olämpliga«. Läkarna ska alltså bli hårdare i sin bedömning av vilka patienter som ska anmälas till länsstyrelsen.

Förändringen motiveras

med att det kan vara svårt att avgöra om patientens medicinska tillstånd är sådant att han eller hon utgör en akut trafikfara, vilket kan göra att läkare avstår från att anmäla.

EAR ställer sig rent generellt tvivlande till att fler anmälningar skulle leda till att trafiksäkerheten skulle öka. Vad gäller gränsdragningen tror EAR till skillnad från utredaren att den blir svårare med den föreslagna skärpningen, så länge en definition av »olämplig« saknas.

Huvudinvändningen är dock att förtroendet för läkarna riskerar påverkas negativt.

– Om läkare får en vidare anmälningsplikt kan patienterna börja se läkare mer



Olämplig som bilförare? EAR menar att patient-läkarrelationen hotas om läkare ska agera myndighetspersoner och göra den bedömningen.

Foto: Gaetan Bally/Scanpix

som myndighetspersoner än som patientens företrädare. Varje åtgärd som riskerar skada patient-läkarrelationen är vi tveksamma till, sä-

ger EARs ordförande Thomas Flodin.

EAR tycker att det är ett bra förslag att även förare som inte dömts för rattfylleri, exempelvis personer med missbruksproblem, ska kunna ansöka om att få alkoholås som alternativ till indraget körkort. Beslut tas efter en lämplighetsprövning där läkarintyg är tänkt att ingå.

EAR ifrågasätter dock vad läkare har att tillföra i en sådan prövningsprocess.

– Vi har inga särskilda prov som kan avgöra folks förmåga att sköta alkoholås. Den bedömningen kan lika gärna göras av polismyndigheten eller någon annan.

Michael Lövtrup

Läkarförbundet kräver vårdplatsgaranti

Läkarförbundet upprepar sitt krav på en vårdplatsgaranti i remissvaret till utredningen om patientens rätt. Man vill också att alla patienter som önskar ska ha rätt till en läkare som ansvarig vårdkontakt.

PAL-funktionen (patientansvarig läkare) fungerar inte alltid tillfredsställande. Om det råder stor enighet. För att bättre tillvarata patientens behov av kontinuitet och samordning har utredningen om patientens rätt i ett delbetänkande föreslagit att PAL ersätts av en »fast vårdkontakt« som utses av verksamhetschefen. Denna kontaktperson kan, men behöver inte, vara läkare.

I sitt remissvar understryker Läkarförbundet att kroniskt eller långvarigt sjuka alltid ska ha en läkare som ansvarig kontaktperson. Däre-

mot finns det andra situationer där vårdkontakten inte behöver vara läkare. Likväl kräver förbundet, i linje med vad som beslutades på senaste fullmäktigemötet, att den patient som vill ha en läkare som fast vårdkontakt ska få det.

Läkarförbundet stöder förslaget om en lagreglerad vårdgaranti där maxtiden från första besök till behandling är 120 dagar. Förbundet håller med utredaren Toivo Heinsoo om att i synnerhet väntetiden för specialistbesök bör kortas ned rejält, från dagens 90 till 30 dagar.

En tillfredsställande vårdgaranti, skriver förbundet, måste dock även omfatta rätten att vid behov få en vårdplats på rätt klinik bemannad med rätt kompetens.

Läkarförbundet tillstyrker delbetänkandets tredje hu-

Mest tveksam till att införa en paragraf om vårdgaranti ... är Socialstyrelsen.

vudförslag, att patienter som lider av särskilt allvarlig sjukdom alltid har rätt till en förnyad medicinsk bedömning – en »second opinion« – och inte som i dag bara när vetenskapen och den beprövade erfarenheten inte är entydig.

Reaktionerna bland övriga remissinstanser på delbetänkandets förslag är överlag positiva. SKL liksom en del av landstingen anser dock att det i dag är för tidigt att sänka vårdgarantins maxgränser.

Läkarsällskapet är besviken på att utredningen inte gått till botten med den viktiga frågan hur patientens rätt

till delaktighet och inflytande över sin vård ska öka. Liksom ett par andra remissinstanser varnar man också för att kroniskt sjuka kan trängas undan av en skärpt vårdgaranti.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, påpekar att en del av de problem som förslagen vill komma till rätta med – som långa väntetider och avsaknad av kontinuitet i kontakterna med vården – härrör från organisatoriska brister.

Mest tveksam till att införa en paragraf om vårdgaranti i hälso- och sjukvårdslagen är Socialstyrelsen. Man konstaterar att frivilliga överenskommelser om väntetider inte efterlevs, och påpekar lite syrligt att det saknas en redogörelse för varför en lagreglering per automatik skulle förbättra situationen.

Michael Lövtrup

Sjukvård som framtida exportindustri?

En rapport från regeringens Globaliseringsråd pläderar för en kunddriven och försäkringsfinansierad vård i syfte att gynna svenskt näringsliv. Den är en av flera aktuella rapporter kring globalisering av sjukvården. Förra veckan presenterades två.

I samband med förslag till ett nytt EU-direktiv om patientrörlighet, och regeringsuppdraget »Entreprenörskap och upphandlingar av vård och omsorg«, duggar rapporter kring en mer marknadsorienterad, internationaliserad hälso- och sjukvård rätt.

– Den globala hälso- och sjukvårdsindustrin är ett tåg vi inte får missa, säger professor emeritus Gunnar Eliasson, KTH, författaren till rapporten »Svensk sjukvård som en framtida exportindustri? En industriekonomisk analys«, som presenterades



vid ett evenemang som regeringens Globaliseringsråd ordnade förra veckan.

I rapporten pläderar Gunnar Eliasson, för ett systemskifte av svensk hälso- och sjukvård. Syftet är att möta en ökad efterfrågan på vård från en åldrande och många gånger välbeställd befolkning, men inte minst att stötta svensk industri i omvandlingen från varu- till tjänsteproduktion.

Sveriges åldrande och förhållandevis ekonomiskt välmående befolkning väntas efterfråga och vara beredd att betala för kvalificerad och individualiserad hälso- och sjukvård.

– Utvecklingen av innovativa och effektiva produkter och behandlingsmetoder för individualiserad medicin kostar. Samtidigt ger ny medicinsk teknologi löften om en förbättrad arbetsförmåga i alla åldrar,

hävdar Gunnar Eliasson, som tar glödlampan som modell för ett eftersträvanvärt människoliv: stadigt brinnande och med snabb död.

Richard Murray, nationalekonom, involverad bland annat i utredningen om internationaliseringen av välfärdstjänster (SOU 2007:95) ställer sig skeptisk till förhoppningen om att svensk industri löser sina strukturomvandlingsproblem genom att slå in på en »global hälso- och sjukvårdsmarknad«.

– Strömmarna går snarare åt andra hållet. Det finns länder i soligare lägen som kan utföra högkvalitativ vård till väsentligt lägre kostnader. För övrigt så talar vi om mycket små volymer. Bara 0,3 procent av alla sjukvårdskostnader går i dag på import/export. Då är det ändå möjligt att till exempel skicka röntgenbilder och konsultutlåtan den över nätet.

Förra veckan presenterade också tankesmedjan Global utmaning rapporten »Internationaliseringen av svensk hälsovård – hot, möjlighet eller ickefråga?«, författad av Mats Lundin, fristående konsult som tidigare bland annat arbetat med standardiseringsfrågor. I denna fastslås efter intervjuer med ett antal företrädare för politik, näringsliv, högskola och förvaltning att vårdproduktionen i huvudsak kommer att förbli en nationell angelägenhet, men att kundval ställer krav på kvalitetsmätningar av vården, något som också utländska intressen efterfrågar.

Inom den närmaste dryga tioårsperioden kan hälso- och sjukvårdens andel av BNP inte väntas öka. Inte heller tror de intervjuade företrädarna att vi kommer se något utländskt storsjukhus i Sverige 2020.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se