

Arbetsmiljöverket förbjuder överbeläggningar i Kungälv

Arbetsmiljöverket förbjuder Kungälv's sjukhus att lägga patienter i korridorer, expeditioner, undersökningsrum och andra lokaler som inte är avsedda för ändamålet. Varje gång så sker efter den 1 mars 2010 ska landstinget betala ett vite på 150 000 kronor, enligt beslut den 12 november.

I februari 2008 gjorde huvudskyddsombuden vid Kungälv's sjukhus en så kallad 6:6a-anmälan till Arbetsmiljöverket på grund av överbeläggningssituationen på sjukhusets medicinavdelningar.

Vid en tillsyn på plats bekräftades bilden av en stundtals mycket svår arbetsmiljö

på grund av platsbristen. Samtidigt konstaterades att det fanns ett pågående arbete med att förbättra arbetsmiljösituationen, bland annat med avseende på överbeläggningarna.

När Arbetsmiljöverket genomförde ett uppföljningsbesök i september i år medgav dock verksamhetschefen att platsbristen fortfarande var påtaglig, även om bemanningssituationen var bättre. Den aktuella dagen fanns patienter i korridor, bakom skärmar i dagrum och i behandlingsrum.

Att vårda patienter i lokaler som inte är avsedda för ända-

målet innebär en ökad psykisk och fysisk belastning på personalen, menar Arbetsmiljöverket. Vid vite förbjuds därför sjukhuset, enligt 7:7 arbetsmiljölagen, att lägga patienter i korridorer samt i expeditioner, undersökningsrum, behandlingsrum, dagrum eller duschrutiner när dessa utrymmen behövs för sitt egentliga ändamål.

Eftersom sjukhuset visat att det finns åtgärder på gång för att förbättra situationen ger Arbetsmiljöverket anstånd till den 1 mars 2010 innan förbudet träder i kraft.

Michael Lövtrup

Knäoperationer för miljoner i onödan

Varje år utförs 10 000 onödiga knäledsartroskopier, till en kostnad av ca 100 miljoner kronor. Det framgår av årets »Öppna jämförelser«.

I årets upplaga av SKL:s »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet«, den fjärde i ordningen, ingår 124 indikatorer, 23 fler än 2008.

Artroskopin är ett exempel där det ges för mycket vård. Annars handlar många av skillnaderna om att man på sina håll inte ger optimal vård. Ett exempel är dialys, där den bästa metoden används i över 90 procent av fallen i Jämtland, men bara i 36 procent av fallen i Uppsala.

Rapporten visar att skillnaderna i överlevnad i bröstcancer – ett område med tydliga nationella riktlinjer – är små, medan skillnaderna i överlevnad i tjocktarmscancer varierar mer mellan landstingen: för kvinnor från 54 till 68 procent, för männen från 52 till 69 procent.

Michael Lövtrup

VÅRD PÅ (O)LIKA VILLKOR. Läkartidningen har i två nummer speglat vårdens sociala och geografiska ojämlikheter. I detta nummer ställer vi politiker från allians och opposition till svars.



Nr 46/2009 av Läkartidningen.

Nr 47/2009 av Läkartidningen.

Cecilia Widegren (M):

»Tydligare styrning behövs«

Den nationella styrningen av vården måste bli tydligare för att minska ojämlikheten, anser Moderaternas socialpolitiska talesperson Cecilia Widegren. Moderaterna vill bland annat att landstingen blir skyldiga att följa nationella riktlinjer om vilka läkemedel som ska tillhandahållas.

Lever vården upp till lagkravet om vård på lika villkor i Sverige i dag?

Nej, det gör den inte. Under vårt arbete med att förnya det moderata hälso- och sjukvårdsprogrammet har vi arrangerat rundabordssamtal och seminarier, gjort arbetsplatsbesök och träffat patientorganisationer. I dessa möten har det framkommit som en röd tråd att man upplever att portalparagrafen inte har det genomslag i vardagsituationen som den borde ha. Särskilt påtagligt blir det om man talar med patientföreningarna. De kan ofta tala om precis var du ska bo och inte bo beroende på vilken diagnos du har.

Vilka är de viktigaste politiska åtgärderna ni föreslår för att minska den sociala ojämlikheten?

Vi tror att det framför allt behövs en tydligare nationell reglering av svensk hälso- och sjukvård om vi ska kunna leva upp till kraven om både social och geografisk jämlikhet. Vi vill se fler och mer bindande nationella riktlinjer men vi vill även fullfölja detta i en lag om slår fast patienternas rättigheter när det gäller vilken vård, vilka läkemedel,

eller vilka hjälpmedel man ska få. Lagen bör klart ange vilka skyldigheter landstingen har. Det måste också till nationella myndigheter som har behörighet mot de 21 sjukvårdshuvudmännen. Bland annat har vi tankar kring en nationell auktorisation av nya vårdgivare så att vi inte har 21 huvudmän som var och en ställer upp sina egna kriterier.

På vilket sätt skulle det minska ojämlikheten?

Genom att man måste leva upp till samma krav från början när man erbjuder sig att vara vårdgivare ökar förutsättningarna för att också slutresultatet blir mer likt och därmed mer rättvist.

Det här rör jämlikhet i vård, men portalparagrafen talar också om vårdens ansvar för att alla ska ha en god hälsa. Vad vill ni göra åt det?

Det huvudsakliga ansvaret för en god hälsa ligger hos den enskilde. Men samhället kan göra mer för att informera, uppmuntra och stimulera människor att göra mer för sin hälsa. Vi resonerar i vårt program bland annat kring rådgivning på Internet eller telefon. Vi ser en växande generation som kanske är för långt ifrån den vanliga primärvården men som ändå har behov av att få en snabb rådgivning exempelvis en söndagskväll. Vi tror mycket på att använda den nya tekniken för att nå grupper som i dag är lite för långt ifrån och kanske inte tar sig tid att göra sin ordinarie hälsokontroll.

Behövs det även insatser

när det gäller den traditionella primärvården?

Ja, absolut, och här är vi inne på att det måste till en rejäl satsning på allmänmedicinen. Jag tror att vårdvalet i sig kommer att leda till en statushöjning för allmänläkaryrket. Jag bor i Skaraborg och här har vi på vissa orter inte haft en fast läkare på år och dar men när vårdvalet kom fick vi nio nya vårdcentraler med fasta läkare över en natt. Tillsammans med de utökade platserna på läkarutbildningen tror jag att det kommer att leda till att man får fokus på behovet att försörja landet med allmänläkare på lång sikt.

Kommer det att komma de svaga grupperna till godo?

Det måste vara förhoppningen att när vi ökar tillgängligheten på första linjens vård kommer det att leda till att man får mer tid till att se vad som ligger bakom snuvan eller huvudvärken.

Är det acceptabelt att det finns så pass stora skillnader mellan landstingen i vilken behandling man får?

Nej, det finns för stora skillnader både inom och mellan landstingen. Det är därför det behövs mer nationell styrning av hälso- och sjukvården. Vi når inte det utopiska tillståndet att det blir fullständigt lika eftersom Sverige är ett stort land. Men gapet måste minska och det har det inte gjort hittills under de år man har kunnat följa utvecklingen.

Vilka politiska åtgärder måste till?



Foto: Emilia Öje

Det är samma sak här: lagstadgad rätt till lika läkemedelsbehandling, nationell auktorisation och fler och mer bindande nationella riktlinjer. Till detta vill vi koppla någon form av morot för den som lever upp till kravet på god och jämlik vård över landet.

Behöver landstingens prioriteringar samordnas mer för att minska ojämlikheten?

I vårt hälso- och sjukvårdsprogram har vi inte resonerat kring det, men när det gäller läkemedel, som är den största gruppen av behandlingar i vården, vill vi som sagt att de ska beslutas nationellt, kanske genom att man utökar TLV:s uppdrag.

Måste vi acceptera ett visst mått av skillnader i vården för att inte hämma den medicinska utvecklingen?

Jag tror ingen är rädd för



Ylva Johansson (S):

»Kvalitets-säkra vården«

Det finns mycket att vara stolt över i svensk sjukvård, anser Ylva Johansson, talesperson (S) i hälso- och sjukvårdsfrågor, men vill kvalitetssäkra vården nationellt. Servicenivå och organisation överlåter hon på landstingen att själva bestämma.

Lever vården upp till lagkravet om vård på lika villkor i Sverige i dag?

– Det finns oacceptabla skillnader både i kvalitet och säkerhet för patienter i den vård som ges. Staten måste ta ett ansvar för att säkra likvärdighet och kvalitet också i förväg. I dag ingriper staten i efterhand, när det visat sig finnas kvalitetsbrister. Vi föreslår en nationell kvalitetscertifiering av alla offentligt finansierade vårdgivare för att säkerställa att man har förutsättningarna att bedriva vård av hög kvalitet, och att man kan erbjuda en likvärdig kvalitet över landet och för alla medborgare. Staten behöver starkare nypor i den här frågan.

– Man måste ha ett resursfördelningssystem inom vården som tar hänsyn till behov. Där finns det stora brister i dag. Mest flagrant bryter man mot detta i Stockholms

vårdvalssystem. Men skulle vi titta närmare på vårdens resursfördelning skulle vi sannolikt se fler brister vad gäller de svårast sjuka och dem med störst behov.

Vilka är de viktigaste åtgärderna inom vårdens ram för att minska de sociala skillnaderna?

– Vi måste minska de sociala klyftorna, att barnen inte misslyckas i skolan, att man bekämpar arbetslöshet och att man har trygghetssystem som fungerar och verkar utjämnande. Det andra, och som då gäller vården, är att förstärka det förebyggande arbetet. Det vi gjort i Sverige inom mödrahälsovård och barnhälsovård har haft en enorm betydelse för att utjämna skillnader i förutsättningar för de barn som föds. Jag tror man skulle kunna tänka på motsvarande sätt för fler grupper än mödrar och barn.

Kan du ge exempel?

– Jag tänker närmast på den stora gruppen gamla, pensionärer. Sådana insatser skulle såväl gynna individer som innebära samhällsekonomiska vinster när människor kan leva ett gott, hälsosamt och långt liv.

Hur tycker du att man ska komma till rätta med att högt utbildade får nyare och dyrare läkemedel än lågutbildade? Vad kan du som politiker göra?

– Det viktigaste är att man har en nationell kvalitetscertifiering som säkerställer att man faktiskt följer de riktlinjer och de vårdplaner som finns. Jag tror ingen i vården i dag medvetet diskriminerar den som är lågutbildad. Det sker genom att man omedvetet följer olika riktlinjer eller rekommendationer för olika



Foto: Stefan Bladh

ha olika ambitioner när det gäller till exempel servicenivå och närhet. Men när det gäller viktiga frågor, som vilken kvalitet på vården man ska få, så ska det inte skilja mellan landsting.

Måste vi acceptera vissa geografiska skillnader för att inte hämma medicinsk utveckling?

– Det finns en väldig utvecklingskraft i en decentraliserad ordning. Jag vill inte ha en förstatligad sjukvård. Det är naturligtvis en grannliga balansgång, men jag tror absolut att det är möjligt att ställa krav på kvalitet, likvärdighet och säkerhet och samtidigt ha ett stort utrymme för forskning, utveckling och nya innovativa metoder – för det är så vården utvecklas. Jag vill att det ska vara obligatoriskt att delta i kvalitetsregister. Det är ett snabbt sätt att notera de landsting som går före. När bättre vård eller snabbare rehabilitering eller lägre kostnader kan bevisas, är det naturligt att andra kan följa efter snabbt.

Behöver landstingen prioritera mer samordnat?

– Jag ser inte att alla landsting ska sätta sig tillsammans och göra prioriteringar av vården. Däremot bör den prioriteringsordning som riksdagen har beslutat om få större genomslag i landstingen. Sedan kan det finnas vissa områden, som att landstingen ska samordna hur man finansierar, hur man till exempel ska betala speciellt dyra läkemedel för smala patientgrupper.

Vårdval, finns det en risk att vissa grupper förlorar på det?

– Det beror helt på vilket ansvar politikerna tar. Jag tycker att det i grunden är bra att medborgare och patienter har rätt att välja. Det är en demokratisk rättighet att få välja sin vårdgivare. Om politiken däremot abdikerar från att ta ansvar för kvalitet, säkerhet och tillgänglighet – ja då får vi omedelbart oerhört stora skillnader.

Marie Närlid

positiva variationer som stimulerar utvecklingen. Men det måste finnas en struktur så goda erfarenheter förs vidare och implementeras över allt, så att inte bara vissa patienter får exempelvis biologiska läkemedel mot reumatism. I dag finns det ibland fungerande behandlingar framme, men budgetfrågor sätter stopp.

Michael Lövtrup

Konkreta råd för att hantera patienter som kommer in akut med yrsel

En handfast beskrivning av handläggningen av patienter med yrsel tilltalade juryn allra mest i kategorin översiktsartiklar. Författare är Mikael Karlberg, docent och överläkare vid öron-, näs- och halskliniken vid universitetssjukhusen i Lund och Malmö.

Hur känns det att få utmärkelsen?

– Det är glädjande. Det var en artikel som var trög att komma i gång med, men när jag väl var klar tyckte jag att den inte blev så tokig, säger Mikael Karlberg.

Den prisbelönta artikeln ingick i ett temanummer om yrsel och är en mycket konkret beskrivning av hur man bör handlägga en patient som kommer in på akuten eller vårdcentralen med akut yrsel.

– Det finns få symtom som gör en patient så vettskrämd som yrsel. Även doktorer blir skrämda eftersom man inte vet hur man ska ta sig an patienten, säger Mikael Karlberg.

En patient som bara har yrsel och inga andra symtom har i fjortonio fall av femtio ingen allvarlig sjukdom. Kruxet är att skilja ut de övriga.

– Här har det kommit fram mycket ny kunskap de senaste decennierna, men kunskaperna är inte spridda. Ett skäl är att de inte handlar om läkemedel och högteknologisk utrustning där industrin har ett intresse av att utbilda.

Själv har Mikael Karlberg intresserat sig för yrselsjukdomar i 20 års tid.

– Mycket har jag lärt mig när jag var i Sydney som post



Mikael Karlberg har skrivit om vård av yrselpatienter.

doc 1999–2000 och arbetade med professor Michael Halmagyi, som är en av de ledande personerna på området och som utvecklat en del av de metoder jag beskriver.

Huvudbudskapet i artikeln kan tyckas lite paradoxalt för att komma från en öronläkare:

– Det viktigaste är att se patienten djupt i ögonen. De flesta har inte koll på det utan börjar knacka reflexer och liknande. Men i ögonen finns oftast svaret på var patientens yrsel sitter.

Michael Lövtrup

Matematik – en viktig del av läkarens vardag

Intuitivt vill vi tro att ett test med både hög specificitet och hög sensitivitet oftast träffar rätt. Att så inte alltid är fallet demonstreras elegant av Attila Frigyesi, vars artikel vann i kategorin »övriga artiklar«.

Matematik i allmänhet och sannolikhetslära i synnerhet har mer med läkarens patientnära vardag att göra än vad man tror, menar Attila Frigyesi, specialist i kardiologi och ST-läkare i anesthesi och intensivvård vid Univer-

sitetssjukhuset i Lund.

– Jag har alltid varit fascinerad av den kliniska blicken som en del läkare har. Jag tror att det i botten handlar om att de är bra på att vikta ihop information och hantera sannolikheter, även om de kanske inte alltid kan formulera det.

Själv är han med sin bakgrund som filosofie doktor i matematik väl ägnad att formulera den matematik som gör att ett test kan ha både



Attila Frigyesi

hög specificitet och hög sensitivitet och ändå oftare visa falskt positivt svar än sant positivt. Förhållandet gäller när prevalensen är låg.

– Min uppfattning är att vi i allmänhet inte är tillräckligt

kritiska och ibland litrar lite för mycket till enstaka testresultat, säger Attila Frigyesi.

Artikeln börjar med ett exempel från en fiktiv klinisk vardag. Detta uttryckligen för att inte läsare ska skrämmas

bort av sannolikhetsläran.

Är läkare rädda för matematik?

– Inte mer än andra, men generellt finns en del som är rädda för formler och tycker att det inte är något för dem. Jag ville framhålla att man kan ha behållning av artikeln ändå.

Responsen på artikeln har varit stor och nästan enbart positiv. Många har uppmanat Attila Frigyesi att fortsätta publicera sig i ett ämne som ofta glöms bort.

Michael Lövtrup

Årets vinnande artiklar i Läkartidningen

Här är samtliga vinnande bidrag i Läkartidningens tävling Årets artikel. Prisutdelningen kommer att ske på Stora scenen på Svenska Läkarsällskapets riksstämma i Älvsjö på torsdag kl 13.00.

Medicinsk kommentar
Nilsson G. God läkarkontinuitet kan ge bättre vårdresultat. Krafttag behövs för att skapa fasta läkarkontakter i svensk sjukvård. Läkartidningen 2009;106:344-5.

Klinik och vetenskap – originalstudie/fallbeskrivning
Grimheden P, Bennet R, Hjern A, Nilsson A, Eriksson M. Vattkoppor inte alltid en harmlös barnsjukdom. Allmän vaccination i Sverige kan förhindra be-

tydande sjuklighet. Läkartidningen. 2009;106:580-2.

Klinik och vetenskap – översikt
Karlberg M. Akut yra patienter. Läkartidningen. 2009;106:2134-8.

forts på nästa sida

Vinnarna ... forts

Klinik och vetenskap
– övriga artiklar

Frigyesi A. Alla medicinare bör känna till resonemanget kring Bayes' sats. När är ett positivt test sant positivt? Läkartidningen. 2009;106:122-3.

Medicinens ABC
– yngre skribenter

Sommar P, Huss F. ABC om brännskador. Läkartidningen. 2008;105:3547-52.

Debatt

Andrén-Sandberg Å. Läkarkåren måste själv sätta dagordningen för sjukvården. Läkartidningen. 2009;106:2336-7.

Jury: Johannes Blom, Birger Trollfors, Peter Bergman, Sophie Berglund, Anders Lundin, Mensur Dzabic, Johannes Järhult, Peter Allebeck, Anna Engström-Laurent

Vattkoppor inte alltid harmlöst

Till skillnad från i flera andra länder betraktas vattkoppor som en lindrig sjukdom i Sverige. I artikeln »Vattkoppor inte alltid en harmlös barnsjukdom« visar Peter Grimheden och hans kollegor att även här drabbas barn av allvarliga komplikationer. Artikeln har utsetts till bästa originalstudie.
– Roligt och oväntat, säger Peter Grimheden.

Flera länder, däribland USA, Japan och Australien, har infört allmän vaccination mot vattkoppor. I det svenska vaccinationsprogrammet ingår dock inte vattkoppor, även om diskussioner förs om saken. Det är upp till den enskilda läkaren att avgöra om ett barn bör vaccineras.

I artikeln dras slutsatsen

att med allmän vaccination skulle ca 300 barn per år slippa sjukhusvård på grund av komplikationer till följd av vattkoppor.

– Vi har velat lyfta fram att det kanske inte är en så ofarlig sjukdom som de flesta tror och att det ändå kan finnas skäl att överväga vaccinering. Däremot tar vi inte ställning till vilka risker som kan finnas med en vaccination och som fördelarna måste vägas mot.

Flera studier som visar att vattkoppor kan leda till allvarliga komplikationer har gjorts i andra länder. För att ta ställning till vaccination i Sverige är det dock viktigt med data från vårt eget land,



Peter Grimheden

menar Peter Grimheden, som betonar att studien är unik på det sättet att den bygger på en genomgång av journaldata från inlagda patienter på Astriid Lindgrens barnsjukhus.

– De studier som gjorts i andra länder utgår från registermaterial. Med journalmaterial får man mer rättvisande data.

Peter Grimheden och hans kollegor planerar att följa upp studien med en ny studie där man även ska se hur föräldrarnas socioekonomiska situation och barnets plats i samskolan påverkar komplikationsrisken.

Michael Lövtrup