

för illa skötta blödningspatienter

**1240** Själv mord i slutenvård borde kunna undvikas

Svenskarna har stort förtroende för vården

**DEBATT OCH BREV**

**1241** »Övervägande positiva erfarenheter av att framträda i massmedierna«

Fredrik Nyström



Ur Aftonbladet  
8/2 2010.

**1243** »Läkare som uttalar sig offentligt får betänka sitt ansvar« Johnny Ludvigsson

**1244** Neonatal invasiv grupp B-streptokockinfektion. Förhastat av Socialstyrelsen att avfärda allmän screening Erik Eklund, Aftab Jasir, Claes Schalén

**1246** Replik: Underlaget svagt – utvärdering kan eventuellt leda till omprövning Stellan Håkansson, Inger Riesefeld-Örn

Sjukvårdens tulipanaros? Hans Fredin

**1247** Diskutabel tvångsvård av barn: Upprörande att autistisk pojke vårdades i »cell« Karl Grunewald



**KULTUR**  
Augustenborgs slott på ön Als användes som fältsjukhus under det dansk-tyska kriget 1864. Sidan 1249

**1248** Slutsatser om antidepressivas effektivitet vid lindrig till måttlig depression bör vänta Mats Adler, Göran Isacson

**KULTUR**

**1249** Svenska läkare vid fronten i dansk-tyska kriget 1864 Tomas Gustafsson, Peter M Nilsson

**1252** Recensioner

**1253** LEDIGA TJÄNSTER

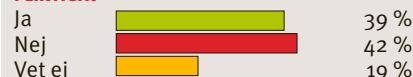
**1256** PLATSANNONSER

**1268** MEDDELANDEN

**1270** INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

**Förra veckans webbfråga**

**BORDE ÄVEN METICILLINKÄNSLIGA STAPHYLOCOCCUS AUREUS-INFektionER, INTE ENDAST METICILLINRESISTENTA, VARA ANMÄLNINGSPLIKTIGA?**



151 hade svarat den 3 maj kl 9.00.

**W** Artiklar märkta med W-sigillet har varit förhandspublicerade på Lakartidningen.se

**R** Artiklar märkta med R-sigillet har genomgått referentbedömning. Varje manuskript granskas av minst en (ofta fler) av Lakartidningens stab av 220 fasta och 350 extraordinarie vetenskapliga experter. Granskningen av manuskript sker enligt internationella rekommendationer (www.icmje.org).

**REFLEXION**

**Hälsoekonomi i läkarutbildningen**

**G**ränserna för vad som är medicinskt möjligt utvidgas kontinuerligt. Men, att göra allt för alla patienter vore ekonomiskt orimligt. Detta problem är dock knappast något som tas upp systematiskt i läkarutbildningen. I en artikel av Molly Cooke (N Engl J Med 2010;362:1253-5) diskuteras just den medicinska utbildningens ansvar för att utbildna till kostnadsansvar.

Jag kommer ihåg en debatt på Läkaresällskapet för cirka tio år sedan där resultaten av en studie som jämförde ett äldre och ett nyare läkemedel mot högt blodtryck diskuterades. Det nyare läkemedlet var statistiskt säkert ställt bättre än det äldre, men prisskillnaden mellan medlen var stor. Var det ekonomiskt rimligt att byta behandling för en stor grupp personer med högt blodtryck? Moderatoren var närmast tvungen att slå knut på sig själv när han sammanfattade debatten ungefär så här: »Som läkare vill man alltid göra det som är absolut bäst för patienten man har framför sig.

Men man måste också ha ansvar för totalekonomin i sjukvårdssystemet.«

Exemplet med hypertoni behandling är inte längre aktuellt då patenten på flera nyare läkemedel har gått ut. Den tidigare dyrare behandlingen är numera billigare än den äldre!

För att ta fram ny behandling måste det finnas ekonomiska incitament. Det är nödvändigt att en ny och bättre behandling får kostas mer än den äldre. Avvägningar om hur stor prisskillnad som är rimlig och hur länge denna ska bestå är en grannlaga uppgift. Naturligtvis måste också diagnostiska, medicinskt tekniska och övriga vårdåtgärder utsättas för granskning ur ett kostnadsnyttoperspektiv. Kortsiktiga ekonomiska hänsyn får dock inte leda till att den medicinska utvecklingen avstannar.

Läkare kan inte ensam besluta i dessa frågor, men utan rätt utbildning och intresse finns risken att läkare inte deltar i besluten över huvud taget!

**»Det är nödvändigt att en ny och bättre behandling får kostas mer än den äldre. Avvägningar om hur stor prisskillnad som är rimlig och hur länge denna ska bestå är en grannlaga uppgift.«**



**Jan Östergren**  
medicinsk  
huvudredaktör

jan.ostergren@lakartidningen.se