

Temat för den medicinska riksstämman i Göteborg förra veckan var »Jämlig vård ger bättre hälsa«. Även om sociala olikheter i hälsa i huvudsak bottnar i faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården, tryckte många på att vården kan bidra mer till att utjämna dem.

Vården kan göra mer för att minska ojämlikheten

Professor Johan P Mackenbach från Nederländerna var inbjuden som talare under det allmänna mötet, som inledde riksstämman. I hans studier finns flera exempel på att Sverige utmärker sig med större hälsoskillnader mellan låg- och högutbildade än till exempel länder i Sydeuropa. Den viktigaste förklaringen är att rökning och hög alkoholkonsumtion är starkare kopplat till svag position i samhället här än i andra länder.

– Om ni i Sverige vill minska ojämlikheten i hälsa behövs effektiva policyprogram för att motverka rökning och överdriven alkoholkonsumtion i de lägre socioekonomiska grupperna. Och även om inte vården är orsaken så har hälso- och sjukvårdspersonal ett särskilt ansvar, sa han.

Inne på samma linje var Folkhälsoinstitutets generaldirektör, Sarah Wamala. På riksstämman presenterade myndigheten färskta siffror ur den nationella folkhälsoenkäten som visar att många svenskar vill ha hjälp med att förändra sina levnadsvanor i mer hälsosam riktning. Den önskan är särskilt stor bland personer som saknar kontantmarginal.

– Det finns en vilja till förändring men man lyckas inte. Frågan är – kommer hälso- och sjukvården att klara att möta det behovet? undrade hon när frågan om vårdens roll för att utjämna hälso-



Professor Johan P Mackenbach, som inledde riksstämman, visade att Sverige utmärker sig med större hälsoskillnader mellan låg- och högutbildade än flera länder i Sydeuropa.

Foto: Lena Garnold

skillnaderna diskuterades på ett symposium under riksstämman.

Att det med insatser från vården går att påverka både

»Om ni i Sverige vill minska ojämlikheten i hälsa behövs effektiva policyprogram ...«

folkhälsan i stort och de sociala skillnaderna visar exemplet Norsjö i Västerbotten. I början av 1980-talet hade länet högst dödstal i landet för hjärt-kärlsjukdomar, och värst låg kommunen Norsjö till. Det blev startskottet för

en intervention där man erbjöd alla 30-, 40-, 50- och 60-åringar i kommunen screening för riskfaktorer med påföljande hälsorådgivning.

– På runt åtta år minskade skillnaden i dödlighet i hjärtinfarkt mellan hög- och lågutbildade med 18 procent i Norsjö medan den i resten av länet ökade, berättade Margareta Norberg, Epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet, som konstaterade att i dag, när projektet utvidgats till hela länet, har Västerbotten näst lägst mortalitet i hjärt-kärlsjukdomar av alla landsting.

Vid ett annat symposium på samma tema, arrangerat av Läkarförbundet, konstaterade Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm att inte heller vården är jämlig. Det finns skillnader relaterade till kön, ålder, ekonomi och ursprungsland, liksom geografiska skillnader både inom och mellan landstingen.

– Det kommer alltid att finnas skillnader, men de oskäliga skillnaderna måste vi hantera, annars skadar vi tilltron till det offentliga systemet.

Flera deltagare varnade för att det kan finnas en konflikt mellan ambitionen att ge mer makt åt patienten och att uppnå jämlikhet. Att förbättra kunskapsstyrningen genom exempelvis nationella riktlinjer och nationella vårdprogram är ett sätt att minska ojämlikheten, menade Lars-Erik Holm, eftersom det försvårar för patienterna att argumentera sig till annan behandling än vad diagnosen motiverar.

– Det betyder att professionen är överens om att patienten ska behandlas så här oavsett om man kommer från Somalia eller Stockholm. Och samtidigt får man parametrar för att följa utvecklingen.

Göran Stiernstedt, chef för Vård och omsorg på Sveriges Kommuner och landsting, menade att den standardisering som riktlinjer innebär är positiv, men betonade att utmaningen snarare ligger i att



möta skillnaden mellan so-
maliern och djursholmaren.

– Det kan vara två helt oli-
ka uppgifter även om det är
samma sjukdom och samma
parametrar vi ska följa upp.
Det löser vi inte med behand-
lingsriktlinjer, utan här kan-
ske det behövs andra typer av
riktlinjer för hur man ska
möta människor med en an-
nan kulturell bakgrund.

På den punkten fick han
medhåll av Eva Jaktlund,
ordförande för Svensk fören-
ing för allmänmedicin.

– Vår kompetens att indivi-
dualisera vartenda vårdpro-
gram till den patient vi har
framför oss är oerhört viktig
för att vi ska kunna ge en
jämlig vård.

Hon lyfte även behovet av
feedback av kvalitetsdata till
enskilda läkare för att man
ska kunna försäkra sig om att
man lever upp till nationell
och internationell standard.

– Vi har under året fört en
diskussion med SKL om hur
det ska kunna ske, för det är
oerhört viktigt för en jämlig
och patientsäker vård. Viljan
finns, men det är svårt. Det
största hindret är IT-struk-
turen.

När det gäller de geografiska
skillnaderna är det mycket
Öppna jämförelser förtjänst
att de kommit att uppmärk-
sammats på senare tid. Upp-
gifterna i Öppna jämförelser
bygger i långa stycken på kva-
litetsregistren, och Jonas An-
dersson (FP), oppositions-
landstingsråd i Västra Göta-
land, konstaterade att inom
de områden där man har haft
kvalitetsregister längst tid är
skillnaderna minst mellan
bästa och sämsta landsting.

– Kvalitetsregister driver
fram en mer jämlig vård, för
ingen vill vara sämst.

Göran Stiernstedt konsta-
terade att många jämförelser
bygger på processmått, vilket
han menade inte var optimalt.

– Jag skulle mycket hellre
stå i media och diskutera re-
sultatmått – hur patienterna
mår.

**Michael Lövtrup
Elisabet Ohlin**

Frustrerad profession krävde besked om IT

**– Det slår mig varje dag att
det är väldigt mycket tid jag
ägnar framför datorn, och att
det är tid som tas från pa-
tientkontakt.**

**Så lät det när Mattias Lund-
quist, läkare på kirurgklini-
ken, Kungälv's sjukhus, in-
ledde en hearing om IT i
vården på den medicinska
riksstämman.**

Han var det första av två vitt-
nen, som moderatorn Göran
Petersson, ordförande i Läka-
resällskapets IT-kommitté,
kallat in.

Mattias Lundquist beskrev
en läkarvardag som börjar
med en omfattande inlogg-
ning på en rad system och, väl
inne i systemen, fortsätter
med tidskrävande sällning i
ett stort informationsflöde.
Ibland består halva hans ar-
betsdag av arbete framför da-
torn.

– **IT-system** är en bakomlig-
gande orsak till minst vart
tionde lex Maria-ärende, be-
rättade nästa vittne, Carina
Forsberg, Socialstyrelsens
tillsynsenhet i Göteborg.

I ett av dessa ärenden orsa-



**Lars-Erik Holm, Socialstyrel-
sens generaldirektör, betona-
de vårdgivarens ansvar.**

Foto: Lena Gamold

kade en överlastad disk att
systemet blev trögt och omöj-
ligt att logga in i, vilket bland
annat ledde till uppskjutna
operationer, försenade dia-
gnoser och försvunna opera-
tionsberättelser.

Sedan var det dags för ut-
frågarna Mikael Rolfs, ordfö-
rande i Läkarförbundets råd
för läkemedel, IT och medi-
cinteknik, och Nina Rehn-

qvist, SBU:s ordförande, att få
besked från beslutsfattare,
myndigheter och industri om
konkreta åtgärder.

– **Regeringen kommer** att
göra allt den kan för att de
system som finns ska imple-
menteras, lovade Karin Jo-
hansson, statssekreterare,
Socialdepartementet.

Hon påpekade att det går
att göra mycket inom dagens
lagstiftning. Men också att
lagstiftningen får ses över om
det finns behov av det.

Karin Johansson sade att
regeringen tidigare i år gjort
Apotekens elektroniska ex-
peditionsstöd, EES, tillgäng-
ligt för sjukvården, i väntan
på att landstingssystemen
SIL och Pascal kommer på
plats. Nu provkörs EES på ett
par akutmottagningar.

– Lagg ner revirstriderna
om systemen och låt oss ge-
mensamt göra något positivt,
manade hon.

Karin Johansson lovade
också ökade bidrag till kvali-
tetsregistren.

**Lars-Erik Holm, generaldirek-
tör, Socialstyrelsen, betonade
vårdgivarens ansvar.**

– Men vi kan ge vårdgivar-
na bättre styrning och väg-
ledning, fortsatte han.

Socialstyrelsen hade kort
om tid för att ta fram före-
skrifter till patientdatalagen.
Nu ska föreskrifterna ses
över igen, till exempel kraven
på vad som är nödvändigt att
dokumentera.

Här nämnde Lars-Erik
Holm ett tips från Mikael
Rolfs: Förlossningsjournalen
är den bästa IT-journalen;
där finns nästan inget utrym-
me alls för fritext.

– Kanske kan man tänka
sig en basjournal, med några
indikatorer, som sedan olika
moduler kopplas till, spånade
Lars-Erik Holm.

Han nämnde också att Soci-

»Den tröga datorn finns kvar«

– Jag är nöjd med att aktörerna
nu verkar dra åt samma håll,
säger Mikael Rolfs till Läkar-
tidningen efter hearingen.

Han tycker det är särskilt
viktigt att de fokuserar på att
systemen är användarvänliga.

– Så länge
journalen består
av stora mäng-
der ord och ing-
en struktur och
ordning är det
inte bra, säger
Mikael Rolfs. Det
är patientsä-
kert att skriva
för mycket.

Han skulle gärna se före-
skrifter som inte bara talar om
vad som ska finnas i journa-

len, utan också tydligt säger:
Ni får inte dokumentera vad ni
vill!

Vad gäller läkemedelsstöd
håller Mikael Rolfs med rege-
ringen om att EES inte är av
ondo, utan kan användas för
att det faktiskt finns.

Mikael Rolfs påpekar också
att det fortfarande är ett pro-
blem att många landsting inte
satsar på tillräckligt starka da-
torer.

– Den tröga datorn finns
kvar.

En förklaring kan, enligt Mi-
kael Rolfs, vara att man inte
vet vad framtiden innebär när
datorerna köps in.

– Om detta klagörs kan det
bli bättre. ■



**Mikael
Rolfs**

alstyrelsen sätter igång tillsyn kring informationssäkerhet.

Nästa generaldirektör, Christina Åkerman, berättade att Läkemedelsverket, inom ramen för Centrum för bättre läkemedelsanvändning, tittar på samordning mellan befintliga informationskällor. Dessutom planeras information om de nya kraven på att mjukvara måste certifieras. De gäller sedan mars i år, enligt EU:s medicintekniska direktiv.

Branschen jobbar med standardisering av system och moduler, berättade Anna Lefevre Skjöldebrand, vd, Swedish Medtech.

– Vi kommer också att arbeta för en fungerande tillsynsverksamhet.

Åke Rosandher, chef för landstingens organisation CeHis (Center för eHälsa i samverkan), radade upp vad som står på dagordningen 2010–2012:

Invánartjänster genom 1177, där medborgare ska komma åt sin journal, boka tid etc; den nationella patientöversikten införs, också av kommuner och privata vårdgivare; SIL ska finnas i alla journalsystem; den nationella läkemedelslistan, där det ska framgå både vad patienten fått utskrivet och hämtat ut, är på gång.

Mikael Rolfs undrade varför användarna inte är med när systemen utprovas.

– Det blir nödvändigt, och är redan nu, mycket användare med från början, svarade Åke Rosandher. I de nationella projekten ser vi till att det finns resurser för det. Vad som sker lokalt vet vi dock inte.

Karin Bergqvist



Lee Aase. Till höger, basebollspelaren Jayson Werth visar sin handled för en ny patient med samma problem.



Foto: Lena Garnold

»Sociala medier bra för vården«

Sociala medier är här för att stanna. De är bra för sjukvården. De är billiga. Alla kan delta. Det är inte svårt. Men tänk på hur ni gör det. Det är några budskap från statsvetaren Lee Aase, chef för Center for Social Media vid Mayo Clinic, Minnesota, USA.

I sin gästföreläsning »Bringing the social media revolution to health care« och under ett efterföljande symposium gav Lee Aase exempel på hur sociala medier kan knyta kontakter mellan människor och blixtn snabbt sprida budskap.

Förra året la Mayo Clinic ut en Youtube-film på sin webbplats där en känd basebollspelare, Jayson Werth, intervjuades om hur han hade fått en skada i sin handled åtgärdad tack vare ny forskning och behandling av dr Richard Berger vid Mayo Clinic. När Jayson Werth ett halvår senare räddade sitt lag med två så kallade homeruns lade Mayo ut filmen igen på sin

nyhetsblogg. Detta gav artiklar i bland annat USA Today. Och via Twitter och andra sociala medier hittade nya patienter med liknande skador till kliniken. Under förra året opererade Richard Berger 20 sådana patienter.

»Sociala medier har drivit detta till praxis på två år i stället för på sju ton«, ska Berger ha sagt.

Mayo Clinic använder flitigt sociala medier och uppmanar även sina anställda att göra det.

– Vi uppmanar folk att använda Facebook, Twitter och bloggar, men fundera på vad som är bäst för vad!

– Facebook är för vänner, Twitter för dem du ännu inte känner. På bloggar och Twitter passar generell information, men inte specifik patientinformation.

– Bli inte vän med dina patienter på Facebook. Om du ändå blir det, gör det med ett syfte och använd sekretessinställningarna.

– Och det är viktigt att den

information som läkare och andra sprider är av god kvalitet.

Om arbetsgivaren har blockerat Facebook och Twitter på datorn, använd smarta telefoner, uppmanade Lee Aase auditoriet.

Nu går sjukhuset vidare och lanserar i januari ett socialt medienätverk för sjukvården med ambitionen att bli världsomspännande. Det ska innehålla ett slutet diskussionsforum för professionen där man kan diskutera medicinska problem och se »webinars«. En del av nätverket ska ha material tillgängligt utan inloggning.

Men till skillnad från de vanliga sociala medietjänsterna har detta kostat pengar: hittills har Mayo Clinic investerat 800 000 dollar.

– För 100 år sedan krävdes långa resor för att bygga nya nätverk. I dag räcker det med ett handslag på Twitter, sa Lee Aase.

Elisabet Ohlin

För fler länkar, se en längre webbversion av artikeln på Lakartidningen.se

De fick dela på visslarpris

Sjukhusläkarföreningens två priser Årets visslare och Årets friska sjukvårdspris delades ut på stämman. Det förra delas mellan Vincent Ugarph, läkare från Hudiksvall, och Kerstin Lundgren, sjuksköterska från

Falköping. Vincent Ugarph JO-anmälde landstingsledningen för att den försökt stoppa en namninsamling på sjukhuset mot planerna på att stänga akuten i Hudiksvall – och fick rätt. Kerstin Lundgren reagerade och gick till medierna när en patient avled för att Falköpings sjukhus dragit in en av nattambulanserna. För det fick hon kritik av



Foto: Lena Garnold

sina chefer, men den indragna nattambulansen tvingades man återinföra.

Friska sjukvårdspriset tilldelades Elisabeth Wallenius, ordförande för Riksförbundet för sällsynta diagnoser (se sidan 3118), för hennes bidrag till att öka kunskapen om hur det är att ha en diagnos som många läkare inte ens känner namnet på, och hur vården kan förbättras för patientgruppen.

Michael Lövtrup

Regeringens missbruksutredare:

Låt landstingen ansvara för beroendevården

Dagens situation med delat och otydligt ansvar går ut över individen. Det säger regeringens missbruksutredare Gerhard Larsson, som i vår väntas föreslå att all behandling av missbruk och beroende ska samordnas hos landstingen.

Gerhard Larssons uppdrag är att göra en grundlig översyn av hela den svenska missbruks- och beroendevården, och han kommer att föreslå omfattande förändringar. Det framgick när han medverkade på ett symposium vid den medicinska riksstämman.

Kartläggningar han låtit göra visar stora brister i dagens system, säger han:

– I Sverige har vi omkring 500 000 personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Men bara en av fem är kända inom vården. Därför måste vi satsa mer på tidig upptäckt, bland annat genom primärvården



Gerhard Larsson, regeringens missbruksutredare.

och företagshälsovården.

Docent Sven Andréasson, alkoholforskare vid Karolinska institutet, presenterade två nya studier som pekar i samma riktning:

– Huvuddelen av de svenskar som dricker riskabelt mycket alkohol nås inte av vården, säger han. Jag beslöt att fråga dem vilken vård de vill ha.

»Om landstingen ska ta över ansvaret för beställningarna, handlar det om en överföring på 1–2 miljarder kronor.«

– En stor majoritet svarade att de vill ha hjälp av sjukvården, inte av socialtjänsten. De vill inte bli klassade som missbrukare, en etikett som de kopplar till utslagning och stigmatisering. Förutom hjälp av sjukvården, var många också intresserade av självhjälpssystem på Internet.

I flertalet europeiska länder är beroendevården sedan gammalt en del av sjukvården, medan Sverige av tradition har ett delat huvudmannaskap mellan landstingens sjukvård och kommunernas socialtjänst.

Gerhard Larsson väntas inte gå så långt som till att föreslå

att det blir en enda huvudman, men däremot vill han se en tydlig uppdelning av vem som ska göra vad. All behandling, både medicinsk och psykosocial, ska samordnas hos landstingen, medan kommunerna får ansvar för rådgivning och socialt eller psykosocialt stöd.

Den nya uppdelningen kan innebära ökat ansvar för landstingen:

– På en hel del ställen i Sverige blir det en viss resursöverföring från kommuner till landsting, säger han. Vi tittar också nu på en överföring av ansvaret för Sveriges cirka 300 behandlingshem från kommuner till landsting. Om landstingen ska ta över ansvaret för beställningarna, handlar det om en överföring på 1–2 miljarder kronor.

Gerhard Larsson räknar med att överlämna Missbruksutredningens förslag till regeringen i början av april.

Miki Agerberg

Varför är du på stämman?

Varför tror du inte fler är det?

Vad tycker du om stämman?

Hur många gånger har du varit på stämman?

Stämman krymper

Den medicinska riksstämman arrangerades i år för första gången i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening, som har 76 000 medlemmar. Ändå sjönk besöksstalet. På onsdagen besökte 2 919 personer stämman, enligt Svenska Mässans servicecenter. Det är ettusen besökare färre än onsdagen förra gången som stämman hölls i Göteborg, 2008.

Ett litet bortfall kunde förklaras av att en del besökare blev fast på väg till Göteborg

och fick vända i Skövde på onsdagen, på grund av vintervädret.

Den totala utställningsytan var lika stor som förra året, men luftigare. Många utställare hade krympt sin monterytta. Till exempel hade Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting i år inga egna monter, utan samsades i stället med andra på det så kallade Hälsotorget.

Elisabet Ohlin
Foto: Lena Garnold

Karin Sebelius, 34, ST-läkare i reumatologi, Uddevalla:

– För att uppdatera mig inom mitt område.

– Många har nog

svårt att komma ifrån kliniken. Jag tror att



de flesta som är här har koppling till forskningen.

– Jättespännande. Mycket man kan ha nytta av i vardagen.

– Det är första gången.

Christos Loizou, 30, ST-läkare i ÖNH, Umeå:

– Vi resonerade med vår studierektor och tyckte det var ett bra utbildningstillfälle eftersom de flesta ST-läkare på kliniken sysslar med forskning. Vi får även delta i ÖNH-dagarna.

– Det kanske inte är så många forskningsinriktade symposier.

– Jättebra miljö och bra stämning.

– Det är andra gången.



Göran Ekstedt, 61, specialist i allmänmedicin, Trollhättan:

– Det är en mötesplats och jag tänkte lyssna på Stephan Rössner med flera.

– Jag tror det har blivit svårare att komma ifrån.



Man har bara ett visst antal dagar för utbildning och ledighet.

– Som vanligt. Bra vetenskapligt utbud. Man knyter lite kontakter. Och här kan man få de senaste forskningsrönen och sådant som är på gång i olika specialiteter.

– Åtta, tio gånger.

Han fick nya priset »Årets handledare«

Jakob Johansson, bilden, överläkare vid anestesikliniken på Akademiska sjukhuset och studierektor för läkarprogrammet vid Uppsala universitet, är »Årets handledare 2010«.



Foto: Lena Garnold

Utmärkelsen är ny, instiftad av Medicine studerandes förbund, MSF, och Läkarförbundet, och delades ut på riksstämman under symposiet »Klinisk handledning – merit eller börda?«.

Syftet är att uppmärksamma god handledning och skickliga handledare under grundutbildningen.

– Otroligt inspirerande att ta emot priset. Tack till MSF och Läkarförbundet. Jag tror priset kan få »impact« på många utbildningsorter, sa Jakob Johansson.

Han fick priset för att han i Uppsala har infört två verktyg för att höja kvaliteten på handledningen. Det ena är en webbaserad »Pedagogisk meritportfölj«, där handledare kan få sina pedagogiska meriter synliggjorda och dokumenterade. Portföljen kan sedan användas till exempel för att

söka pedagogiska ALF-medel eller vid löneförhandling.

Det andra verktyget är en sjukhusövergripande utvärdering av den kliniska grundutbildningen. Utvärderingen, med Stanford Educational Framework som förebild, kan ligga till grund för jämförelser mellan olika kliniker och riktade förbättringsinsatser. Studenterna betygsätter varje klinik ur tio aspekter. I Uppsala framträdde stora skillnader både inom och mellan kliniker första gången den användes.

Jakob Johansson fick förutom äran, inträde och resa till stämman också en namnskylt att bära i jobbet med namn och titel, »Årets handledare 2010«.

Det är studenterna själva som nominerat kandidater till priset.

Elisabet Ohlin

Katharina Stibrant Sunnerhagen, 53, specialist i rehabiliteringsmedicin, Göteborg:

– Vi har årsmöte, och för att gå på föredrag i min specialitet och andra.



– Det finns så mycket andra konferenser som har bättre nivå inom den egna specialiteten, och folk har inte tid att vidga sina vyer. De får väl inte ledigt.

– Skönt att det är mindre utställningar, för förr var det lite Kiviks marknad. Det är bra med bre-

da gränsöverskridande symposier och gästföreläsare.

– Arton kanske.

Lena Åberg, 52, specialist i transfusionsmedicin, Skåne:

– Jag ska lyssna på sektionssymposier och föredrag i min specialitet. Och jag är sekreterare i Kvinnliga läkares förening och var moderator på ett av våra symposier.

– Det har jag tänkt på. Jag tror stämman har förlorat lite av sin samlande roll, men även för läkemedelsindustrin har den förlorat sin roll som marknadsplats, man har inte

så stor chans att påverka läkare längre. Många specialitetsföreningar ordnar andra möten. Kanske det är den krassa ekonomiska verkligheten, man får inte ledigt.

– Jag har alltid tyckt att det varit lite för mycket intryck för att man ska må bra i flera dagar. Man måste studera programmet och fokusera.

– Säkert mer än tio.



Central finansiering kan förbättra behandling av sällsynta sjukdomar

Finns det orättvisor i diagnostiken och vården av barn med sällsynta diagnoser? Svaret är »ja!«. Åtminstone om man får tro deltagarna i symposiet med samma namn.

Ungefär 7 procent av svenskarna har en sällsynt sjukdom, och den överväldigande majoriteten har genetisk bakgrund. Man räknar med att det finns upp till 8 000 olika diagnoser som kan betecknas som sällsynta. Den svenska definitionen anger en sjukdom som sällsynt om 1 av 10 000 bär den. Den europeiska definitionen innebär 5 av 10 000, och med det sättet att räkna kommer man upp i 30 miljoner europeiska patienter.

– För inte så länge sedan trodde man att det var farligt för en gravid kvinna att spänna ögonen i en hare eftersom barnet då kunde bli harmynt, sa Ann Nordgren, klinisk genetiker vid Karolinska universitetssjukhuset.

Den genetiska diagnostiken går ständigt och blixtnabbt framåt, tillstånd som i går inte kunde förklaras kan i dag beskrivas och förstås utifrån till exempel kromosomavvikelser så små att de för bara några år sedan inte ens kunde upptäckas.

– Vi har enormt mycket att göra, sa Ann Nordgren.

Men som alla deltagarna i



Foto: Lena Garmold

Elisabeth Wallenius

symposiet också poängterade finns det stora skillnader i landet när det gäller såväl diagnostik som behandling och bemötande. Göran Annerén, professor i klinisk genetik vid Uppsala universitet och även verksam vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, listade de värsta orättvisorna:

- Preimplantatorisk genetisk diagnostik tillåts inte i alla landsting.
- Genetisk diagnostik accepteras olika på grund av kostnader: Individuer och släkter kan behandlas olika beroende på var de bor.
- Dyrbar läkemedelsbehandling godkänns olika och riskerar att sluka små enheters hela budget.
- Den så kallade R-listan är

inte uppdaterad, och ingen bryr sig om den.

På symposiet framfördes flera gånger önskemålet om nationella riktlinjer och en central och solidarisk finansiering av kostnader kring diagnostik och behandling.

– Kostnader för en stor släkt eller familj som bor i samma område kan knäcka en vårdcentral, sa Ann Nordgren.

Elisabeth Wallenius, ordförande i riksförbundet Sällsynta diagnoser, har en 28-årig dotter med en sällsynt diagnos. Hennes reflektion var att trots den medicinska utvecklingen är dagens omhändertagande inte särskilt annorlunda jämfört med det som hennes dotter fick som barn.

– Träffar jag rätt vårdgivare kan jag få otroliga möjligheter. Jag eller mitt barn kan vara ett »spännande fall«, då känner man sig lyckligt lottdad.

Men Elisabeth Wallenius konstaterade krasst att det inte händer så ofta att man har sådan tur att man bor i rätt landsting, eller till och med vid rätt sjukhus och träffar rätt vårdgivare.

– Det går an med tur om det handlar om en trisslott, men det är obehagligt i de här sammanhangen, sa hon.

Sara Gunnarsdotter

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE

Läs fler artiklar från medicinska riksstämman på vår webbplats.

- Ojämligheterna i hälsa består
- »Större risk att drabbas av harpest än av klamydia«
- Döendet är orättvist
- Goda beslut lika viktigt som bra behandling
- Läkare och patient prioriterar olika
- »Vetenskapen måste kompletteras med verklighet«
- Vården kan göra mer för att minska ojämlikheten
- Gör typ 2-diabetiker delaktiga i sin egen vård!
- Brist på PET-centra ger sämre cancervård
- Hepatit B vanligare i området utan sprutbyte
- Kognitiva symtom vid många olika sjukdomar
- »Messa pinan«
- Få valde vård i andra landsting
- Astma- och allergivård lever inte upp till riktlinjer
- Ljumsckbräck hos kvinnor är ofta femoralbräck
- Tillgången till ADHD-behandling ojämnt fördelad
- Snacka går ju – hur ser det ut med jämställdheten?
- Jämställd vård – en infekterad fråga?
- Största vinsten med träning ses bland gamla
- Intresseförening kan läggas ner



Foto: Lena Garmold

Inge Axelsson och Linn Koræen, två av vinnarna i Läkartidningens tävling »Årets artikel«. Se fler bilder från prisutdelningen på webbplatsen.

DO stämmer landsting för diskriminering

Nu stämmer Diskrimineringsombudsmannen, DO, landstinget i Värmland. Ärendet gäller en läkare vid Central sjukhuset i Karlstad, som DO anser diskriminerat en patient med invandrabakgrund.

Kvinnan fick enligt DO ett dåligt och respektlöst bemötande när hon sökte vård. I DO:s underlag återberättas

hur läkaren frågade kvinnan varför hon inte pratade svenska efter 15 år i Sverige, och tillade att om han hade bott i Kurdistan så skulle han lärt sig språket där.

DO lyckades inte komma



Läs mer i LT nr 47/2010.

formulera svaromål och kom-

överens med landstinget om förlikning och gick därför vidare med stämning. Nu får landstinget en månad på sig att formulera svaromål och kom-

ma med synpunkter. Sedan sker en muntlig förberedelse i Värmlands tingsrätt. Uppnås inte förlikning då avgörs målet slutligen i tingsrätten.

Carina Eliasson
frilansjournalist

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE

En längre version finns att läsa på vår webbplats.