

behandlingar kan göra lidandet tolerabelt för en patient som befinner sig i livets slutskede.

Vi påpekade vidare att det kan uppfattas som försumelse att avstå från att erbjuda sederingssterapi med hänvisning till en arbiträr tidsgräns.

**3. Karlsson och Strang frågar** hur vi skiljer på dödshjälp och sederingssterapi om den sistnämnda innebär att patienten avlider veckor eller månader före förväntad död.

Aktiv dödshjälp innebär att en läkare på patientens begäran ger läkemedel som direkt orsakar patientens död.

Sederingssterapi består av två moment: 1) man avstår från att inleda parenteral vätske- och nutritionsbehandling på patientens begäran; 2) man sederar patienten med läkemedel som i sig inte förkortar livet. Patienten avlider som följd av att han/hon tackat nej till parenteral vätsketillförsel och nutrition, något som patienten har rätt att göra. Om sedering i det läget är enda sättet att kontrollera lidandet för patienten i livets slutskede är det straffrättsligt försvarbart (med hänvisning till ansvarsfrihetsregeln) och medicinskt befogat, oberoende av om patientens liv förkortas med timmar eller månader.

Om man är restriktiv med att erbjuda sederingssterapi i syfte att hålla en bred rågång mellan sederingssterapi och vad man tolkar som dödshjälp så är detta bekymmersamt. Sagt på ett annat sätt: Den palliativa vårdens mål att inte förkorta liv [3] kan vara i strid med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning.

**4. Karlsson och Strang frågar** sist om behandlingar ska vara evidensbaserade eller patient-accepterade. De anser att om behandlingar endast ska vara patientaccepterade så öppnar det för att patienter kan kräva alla typer av behandlingar, inklusive sederingssterapi.

Vår utgångspunkt är att behandlingar ska vara både evidensbaserade och värdebaserade. Att en behandling också är värdebaserad innebär att behandlingen även ska kunna accepteras av patienten.

Behandling ska ges i samråd med patienten, och finns det ett behov och resurser så har läkare en skyldighet att informera om och erbjuda patienten eventuella behandlingsalternativ. Det gäller inte minst patienter som befinner sig i livets slutskede. Om en sådan patient med en terapiresistent existentiell ångest föredrar sederingssterapi i stället för exempelvis vårdighetsterapi bör man respektera patientens önskemål.

Vi menar att den här diskussionen är viktig, och vi välkomnar möjligheten att utveckla vår uppfattning ytterligare. Det förefaller uppenbart att det finns en hel del ställningstaganden inom den palliativa vården som är mer värdebaserade än evidensbaserade. I sista instans är det kanske en fråga om vems vården ska accepteras: den palliativa vårdens eller patientens.

Madeleine Leijonhufvud  
professor emerita,  
Stockholms universitet

Niels Lynøe  
professor i medicinsk etik,  
Karolinska institutet, Stockholm  
niels.lynoe@ki.se

REFERENSER

- Juth N, Lindblad A, Lynøe N, Sjöstrand M, Helgesson G. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliat Care*. 2010;9:20.
- Svenska Läkaresällskapet etikdelegation. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. 2010 [citerad 4 dec 2010]. <http://www.svls.se/cs-media/xyz/000012134.pdf>
- Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med Med*. 2009;23:581-93.

Produktiviteten i sjukhusvården:

## Läkarna är fångar i byråkratiskt system

Marie Wedin och Sjukhusläkarföreningen anser i ett debattinlägg i *Läkartidningen* 45/2010 (sidan 2826) att antalet mottagningsbesök per läkare är ett missvisande och orättvist mått för att bedöma sjukhusläkarnas patientkontakter. Vad som upprör henne är att *Dagens Nyheter* i en ledare i augusti 2010 återigen lyfter fram måttet »2,17 patientbesök per sjukhusläkare/dag« från boken »Den sjuka vården« (2003), som jag är medförfattare till.

Marie Wedins debattartikel är fylld av missuppfattningar och felaktiga slutsatser samtidigt som hon blandar samman mått som är viktiga för patienters tillfrisknande med mått som är viktiga för skattebetalarna. Det är viktigt att kunna ta emot många patienter för att undvika köer och för att det annars åtgär fler läkare än vad som borde behövas.

Antalet patientbesök per läkare är då ett viktigt signalmått eftersom sjunkande produktivitet över tid pekar på att resurser används alltmer ineffektivt. Det allra viktigaste är då att undersöka vad läkarnas tid används till. De tre olika studier som vi redogjorde för i »Den sjuka vården« visade alla att bara mellan 20 och 40 procent av läkares tid används till direkt patientkontakt. Minst hälften av tiden går åt till administration, dokumentation, kommunikation och möten, arbetsmoment där det ofta finns stora effektiviseringsmöjligheter. Det måste ju te sig som enbart irriterande, även för läkare, att tvingas ägna tid åt att leta efter vårdplatser eller kämpa med långsamma icke-kommunicerande datasystem.

Sjukvården brottas fortfarande med stora produktivi-

tetsproblem. I Stockholms läns långtidsutredning (2008) anges att produktiviteten, mått som antalet patientbesök per läkare, sjunkit med 19

procent det senaste decenniet och uppgår till 2,6 besök per dag. I den siffran ingår all sjukvård, det vill säga såväl den mer besöksintensiva primärvården som öppna specialmottagningar utanför sjukhusen. Jämförbar siffra som anges i »Den sjuka vården« för år 2000 för hela riket uppgick till 4 patientbesök per dag. Medelantalet patientbesök per läkare i OECD-länderna är dubbelt så högt som i Stockholms läns landsting.

Det privata näringslivet har under de senaste decennierna lyckats med stora produktivitetshöjningar, till stor del genom implementering av IT. Sjukvården har trots otaliga lokala och regionala IT-satsningar inte lyckats med detta. Felet är förstås det bristande ledarskap som kännetecknar sjukvårdens organisation, struktur, administration och ledning i Sverige.

Marie Wedin verkar uppleva måttet 2,17 patientbesök per dag som personligt kränkande för läkarkåren. Men läkarna ska snarare ses som systemets fångar i byråkratiska landsting och i sjukhus med många dåliga ledare.

Läkare anställda vid den amerikanska sjukvårdsorga-



Marie Wedin borde satsa på annat än att försvara siffran 2,17, anser Monica Renstig.

Illustration: Ewa Knutsson

nisationen Kaiser Permanentes sjukhus i Santa Clara, Kalifornien (där allmänläkare och specialistläkare arbetar integrerat) gör 4 000 patientbesök per läkare och år, vilket med 225 svenska arbetsdagar motsvarar 18 patienter per dag. Att de lyckas med detta beror på att den direkta patienttiden, enligt deras egna uppgifter, uppgår till 80 procent. Det har varit möjligt bland annat genom ett intelligent IT-system som inte enbart är till för att registrera i patientjournalen, utan även innehåller stöd för läkare att hitta rätt diagnos och evidens

för rätt behandling. Samtidigt som systemet omvandlar patientdata till ekonomiska styr- och rapporteringsdata till koncernledningen.

Mättet antalet patientbesök per dag är självklart inte det enda mått som kan och bör ligga till grund för en bedömning av läkarnas produktivitet och effektivitet. Väl så viktigt är kontinuerliga studier av läkarnas tidsanvändning. De hittills kända studierna visar på en betydande förbättringspotential.

I stället för att försvara siffran 2,17 patientbesök borde

Marie Wedin och Sjukhusläkarföreningen snarare och hellre pressa sina arbetsgivare, landstingen, och sina chefer till att bli avsevärt bättre på att hitta system som stimulerar produktiviteten inom vården. Framförallt borde man ta fram produktivetsmått som är mer inriktade på att underlätta »benchmarking» mot effektiva sjukvårdssystem och att lära av de framgångsrika.

Monica Renstig  
medförfattare till boken  
»Den sjuka vården«  
monica@renstig.se

## replik:

# Antalet besök inget relevant mått

■ Monica Renstig undviker i sitt inlägg att beröra kärnpunkten i min text, nämligen att antalet mottagningsbesök per dag inte är ett relevant mått, varken för sjukhusläkarnas patientkontakter eller för effektiviteten i sjukvården.

Svenska sjukhus har skurit ner på antalet vårdplatser under lång tid, så att vi i dag har det lägsta antalet i västvärlden räknat per invånare. Utvecklingen har gått mot en hög poliklinisering av den svenska sjukvården, det vill säga det görs mycket behandling och många ingrepp över dagen, där patienterna tidigare blev inlagda på sjukhus. Ju fler polikliniska ingrepp som utförs, desto färre mottagningsbesök i öppenvård hinner sjukhusläkaren med.

Ett dagkirurgiskt ingrepp räknas inte som ett patientbesök trots att sjukhusläkaren kanske tillbringar två timmar med patienten. Inte heller andra patientkontakter på avdelningen eller vid rondning räknas med, liksom allt det arbete som läggs ner av radiologer, patologer och andra specialister.

Med allt färre vårdplatser och kortare vårdtider blir den sjukhusvård som inte räknas in i statistiken över mottag-

ningsbesök allt intensivare, mer ska göras på kortare tid. Det innebär att det inte är relevant att jämföra antalet mottagningsbesök vare sig över tid eller internationellt, eftersom förutsättningarna skiljer sig i grunden mellan olika sjukvårdssystem och sjukhus. Jämförelsen haltar även för primärvården, som är otillräckligt utbyggd och präglas av läkarbrist.

Vi har även rekordfå privatpraktiserande läkare i en internationell jämförelse. Självklart ska vi arbeta för att få bort väntetiderna i vården. Jag och Läkarförbundet tror att detta i stor utsträckning kan ske genom en utbyggnad av primärvården och genom att fler sjukhusspecialister får möjlighet att arbeta i den öppna sjukvården utanför sjukhusen, i egna mottagningar eller i specialistläkarhus. Stora delar av läkares mottagningsverksamhet kan skötas mer kostnadseffektivt utan sjukhusens administrativa överbyggnad.

I mitt förra inlägg skrev jag att en positiv sida av debatten efter boken »Den sjuka vården» är att läkares administrativa arbetsbörda lyfts upp och granskats. Det verkar ha

gått Monica Renstig förbi, då hon ägnar stora delar av sitt inlägg åt just detta. I Läkarförbundet ägnar vi oss inte bara åt problembeskrivning, vi har även konkreta förslag för att ta bort tidstjuvarna i vården – att minska den administrativa arbetsbördan, renodla läkares arbetsuppgifter och ta bort tidskrävande sidouppgifter, fler läkarsekreterare för att avlasta läkarna, funktionella IT-system och mycket mer.

Monica Renstig skriver att jag blandar samman mått som är viktiga för patienters tillfrisknande med mått som är viktiga för skattebetalarna. Samtidigt skriver hon avslutningsvis att vi borde stimulera landstingen till att ta fram bättre effektivitetsmått. Just detta var en av huvudpunkterna i mitt förra inlägg. Patientnyttan är det centrala i sjukvården, och mått som förmår fånga in detta är värdefullare för skattebetalarna än antalet patientbesök per läkare, vilket endast beskriver en del av arbetet med och för patienterna.

Marie Wedin  
vid pressläggningen:  
förste vice ordförande  
i Läkarförbundet  
marie.wedin@slf.se

## slutreplik:

# Både betametason och dexametason ska vara tillgängliga i akut pediatrik

■ Min artikel i LT 49/2010 (sidorna 3148-9) slutar: »... betapred ska användas endast i nödfall, om man inte snabbt får fram dexametason.« Det är bra att Infektionsläkarföreningen i sin replik nämner båda alternativen, och jag tror att sjuksköterskorna på akutmottagningarna förmår ta hand om licenspreparat. Ursparade försök att översätta dexametason till betametason finns det fler och vanligare exempel på. I Fass står det fortfarande att krupp ska behandlas med höga doser betametason (Betapred) fastän dokumentation saknas, medan det finns evidens för god effekt av budesonid eller lägre doser betametason [1, 2].

Djurförsök kan generera hypoteser men duger inte som grund för kliniskt arbete, framför allt inte för att fastställa lämplig dos. Betametason och dexametason har olika förmåga att penetrera CNS. Dexametason förebygger främst dövhet, ett allvarligt handikapp som Infektionsläkarföreningen inte nämner några data för. Föreningens arbete med kliniska riktlinjer och Meningitregistret är utmärkt och föredömligt, men jag tycker att jag står på fast mark när jag säger att både betametason och dexametason ska finnas tillgängliga där det bedrivs akut pediatrik.

Inge Axelsson  
överläkare, barn- och ungdomskliniken Östersunds sjukhus  
inge.axelsson@miun.se

## REFERENSER

1. Axelsson I, Malmvall BE, Mölstedt S. Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna. I: Läkemedelsboken 2009/2010, p. 670-95. Stockholm: Apoteket; 2009.
2. Axelsson I, Krupp (pseudokrupp, falsk krupp). [http://www.internet-medicin.se/dyn\\_main.asp?page=723](http://www.internet-medicin.se/dyn_main.asp?page=723)