

hänsyn till om det finns faktorer som ger ökad risk för komplikationer eller långsammare läkning.

Parallellt med en minskad antibiotikaförskrivning måste det fortsatt på nationell nivå utvärderas om komplikationer till vanliga infektioner ökar, till exempel mastoidit, där ingen ökning kunnat påvisas hittills [2].

I Sverige förskrevs under perioden oktober 2009 till september 2010 i genomsnitt 386 recept per 1000 invånare och år, men fortfarande finns stora regionala skillnader som saknar medicinsk grund (för mer information se <<http://www.strama.se>>). Förutsatt att landstingen inrättar en Stramagrupp och verkar för ökad följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer fördelar regeringen 100 miljoner kronor till de landsting som minskar sin antibiotikaförskrivning inom öppenvården med 10 procent av mellanskillnaden av nuvarande förskrivning och målet 250 recept per 1000 invånare och år under 2011. Brytpunkten för utvärderingen är september 2011.

Smittskyddsinstitutet har fått i regeringsuppdrag att utvärdera patientsäkerhets-satsningen inom detta område. Utvärderingen ligger till grund för beslut om stimulan-medel. För att följa upp arbetet med att öka följsamheten till rekommendationer kommer Smittskyddsinstitutet att i dialog med landstingen tidigt under 2011 ta fram utvärderingsinstrument för detta.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Mölstad S, André M, Norman C, Hedin K, Engström S. Vid vanliga infektioner: att ge eller inte ge antibiotika. *Läkartidningen*. 2009;106:3162-6.
2. Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM). Information från Läkemedelsverket. 2010;21(5):13-24.

REPLIK TILL LEIJONHUFVUD OCH LYNØ OM SEDERINGSTERAPI:

Patienternas uppfattning viktigast

■ »Vems vården ska accepteras – den palliativa vårdens eller patientens?« frågar sig Madeleine Leijonhufvud och Niels Lynøe i sin replik till vårt inlägg i *Läkartidningen* 50/2010. De menar att den palliativa vården är mer värdebaserad än evidensbaserad [1, 2].

Vi anser att Leijonhufvud och Lynøe målar upp en vrågbild av den palliativa vården och sedan använder den som utgångspunkt för sin argumentation, vilket naturligtvis gör det mycket enklare att finna kritik. Leijonhufvud och Lynøe beskriver en palliativ vård som verkar baseras på en systematisk förekomst av (udda) värderingar, som dessutom påtvingas patienter utan respekt för dem som individer, och där vården utnyttjar ett maktöverläge mot den döende patienten.

I *Läkartidningen* 49/2010 (sidorna 3153-4) beskriver Lynøe den palliativa vården som »inofficiella subkulturers värderingar inom sjukvården« och menar att patienterna kan »bemötas av en oförstående och ifrågasättande personal« och att de »blir utsatta för den ultimativa kränkningen: att även på dödsbädden bli bemött som en mindervärdig medmänniska« [3].

Som läkare verksamma både kliniskt och akademiskt inom palliativ vård vill vi bemöta denna kritik. Vi känner inte igen den bild som målas upp och kan inte riktigt förstå varifrån Leijonhufvud och Lynøe fått sina intryck.

Enligt vår erfarenhet genomsyras den palliativa vården av samhällets värderingar med en djup respekt för den individuella patienten och hennes autonomi. Vi delar självklart författarnas åsikt att det är patienten som bedömer graden av sitt lidan-

de, och vi särskiljer inte mellan lidande med ursprung i olika dimensioner.

Palliativ vård har samma krav på evidensbaserad och vederhäftighet som all annan medicinsk vård. I det praktiska bemötandet av den döende patienten används en bred terapiarsenal av ett multiprofessionellt team som arbetar med det gemensamma målet att lindra patientens lidande, oavsett lidandets ursprung, samt upprätthålla funktion och livskvalitet och att patienten ska få leva även den sista tiden i livet på sina villkor, vilket naturligtvis ser olika ut för olika människor [4].

Uppenbarligen är Leijonhufvud och Lynøe mycket kritiska till den palliativa vården, men för vår del är patienternas egen åsikt det intressanta i frågan. Enligt en pågående kvalitetsuppföljning inom Stockholms läns landsting, där hittills över 800 patienter och närstående har svarat, tyckte 99 procent av patienterna att vården var bra, mycket bra eller utmärkt, 1 procent (8 patienter) tyckte att den var någorlunda, och ingen tyckte vården var dålig (tills vidare opublicerade data). Detta är mycket höga siffror i jämförelse med den övriga vården. Motsvarande siffra för anhöriga, som svarat på frågan efter patientens bortgång, var 97 procent. Den palliativa vården lyckas uppenbarligen svara mot pa-

tientens och familjens behov i synnerligen hög grad.

Leijonhufvud och Lynøe hänvisar till att den »palliativa vårdens mål att inte förkorta liv kan vara i strid med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning«. Vi vill påtala att den palliativa vårdens målfastslagits av WHO, som knappast kan anses företräda någon »inofficiell subkultur« [4]. Utgående från WHO:s definition delas denna formulering av samtliga länder som arbetar med specialiserad palliativ vård. Uppenbarligen har Leijonhufvud och Lynøe varken samsyn med oss eller med WHO.

Marit Karlsson

överläkare, Linköpings avancerade hemsjukvård (LAH); doktorand, Karolinska institutet, Stockholm
marit.karlsson@ki.se

Peter Strang

professor i palliativ medicin; Karolinska institutet, Stockholm

REFERENSER

1. Leijonhufvud M, Lynøe N. Replik: Vems vården ska accepteras – den palliativa vårdens eller patientens? *Läkartidningen*. 2010;107:3222-3.
2. Karlsson M, Strang P. Replik till Leijonhufvud och Lynøe: Finns det en etisk skillnad mellan döshjälp och sederingssterapi? *Läkartidningen*. 2010;107:3221-2.
3. Lynøe N. Nyttigt med Kierkegaard inom den palliativa vården? *Läkartidningen*. 2010;107:3153-5.
4. WHO. Definition of palliative care [citerat 22 december 2010]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

REPLIK TILL ENGSTRÖM OCH ECKERDAL:

Erbjud sederingssterapi när behov föreligger

■ Ingemar Engström och Gunnar Eckerdal (E & E) har reagerat på vår debattartikel

»Sederingssterapi som förkortar livet – dråp eller adekvat vård?« (LT 45/2010, sidorna



Vinjet: Airi Iltise

så drägligt som möjligt, inte så länge som möjligt. Om E & E på allvar tror att alla patienter i livets slutskede egentligen skulle vilja bli sederade så vittnar det inte om någon tilltro till den palliativa vårdens insatser.

2772-3) där vi argumenterar emot en arbiträr tidsgräns för sederingsterapi. E & E anser att tidsgränsen bör fasthållas vid en till två veckor före förväntad död (LT 51-52/2010, sidan 3297). Vi ska kort kommentera E&Es argument i de delar vi inte redan bemött till ett svar till Marit Karlsson och Peter Strang (LT 50/2010, sidorna 3222-3).

1) E & E anser att det finns medicinska skäl mot att seditera under en längre tid – exempelvis risk för infektioner, trombosor och muskelatrofi. Menar E & E på allvar att dessa risker skulle vara en kontraindikation mot sederingsterapi i livets slutskede? Det är ungefär som det förlegade argumentet mot att ge morfin till en döende patient – det finns risk att patienten kan utveckla ett beroende! Om patienten är informerad om vad sederingen innebär – framför allt vad den kan innebära för död tidpunkten – och att den kan ha verkningar som dessa, är det rimligen patientens bedömning som avgör.

2) E & E skriver att sederingsterapi med risk att förkorta livet strider mot syftet med palliativ vård. Men det är ju just detta som är kärnfrågan. Vi understryker att det inte finns något straffrättsligt hinder mot sedering under de givna förutsättningarna, och vi hävdar att den palliativa vårdens värderingar i detta avseende kan vara i strid med patientsäkerhetslagen.

3) E & E anser att alla som lider av obotlig sjukdom inte kan bli sederade. Varför skulle det bli aktuellt? Palliativ vård syftar till att göra den sista tiden tolerabel och därmed hjälpa patienten att leva

4) E & E anför att det bara är under det sista dygnet som man med säkerhet kan förutsäga att patienten är omedelbart döende. Det är möjligt, men att avstå från sederingsterapi för att man vill vara helt säker på att patienten är omedelbart döende är oetiskt (och rubriceras som försumelse) om det innebär att patienten utsätts för ett outhärdligt lidande som hade kunnat undvikas.

5) E & E hänvisar till att tidsgränsen för inledandet av sederingsterapi också är två veckor i vissa andra länder. Att tidsgränsen är två veckor i Holland är inget hinder för att man i Sverige gör en annan bedömning både etiskt och juridiskt. Rättsläget är som bekant ett helt annat i Holland när det gäller eutanasi.

I den hittills förda debatten har inte framkommit några vägande argument mot att sederingsterapi ska kunna erbjudas när det finns ett behov. Det går inte att återopna något straffrättsligt stöd för att avstå från denna lindringsmöjlighet därför att döden inte med säkerhet kan emotses inom högst två veckor. Det är inte förenligt med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning att avstå från att erbjuda sederingsterapi med hänvisning till en tidsgräns som motiveras av medicinska eller ideologiska skäl som saknar relevans i de situationer som här är aktuella.

Madeleine Leijonhufvud
professor emerita,
Stockholms universitet

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

Tack, Marie Wedin!

■ Det bådär gott att Marie Wedin blivit vald till ny ordförande för läkarnas fackförbund. När hon skriver (LT 50/2010, sidan 3224) att det som antalet patientbesök per läkare beskriver utgör endast en del av arbetet med och för patienterna, och att det behövs andra mått för att fånga in vad som ger mest patientnytta, ja, då vill jag ropa: Hurra! Äntligen! Äntligen! Kanske vi kan börja tala om kvalitet i stället för kvantitet!

Antalet vårdplatser i Sverige har skurits ned till det lägsta i västvärlden, skriver Wedin. Ja, men det är inte bara antalet slutenvårdsplatser som skurits ned, utan också den medicinska kompetensen. Om jag talar om min egen specialitet, psykiatri, så har man där tagit bort resurser i slutenvården såsom arbetsterapi, gymnastikmöjligheter, psykolog knuten till avdelningen, handledning av personalen, vidareutbildning och kompetenshöjning av både personal och läkare.

När öppenvården, som mist specialresurser som arbetsterapeuter, sjukgymnaster och mentalskötare, för att nämna några yrkeskategorier, inte klarar av att hålla sina patienter utan behöver lägga in dem i slutenvård en tid, så får man inte den kvalificerade hjälp man önskar – i stället kommer besvikna patienter ut från en tids sjukhusvård och säger: »Värde löst. Aldrig mer.«

Kvantitet är inte detsamma som kvalitet. Att en läkare tar fem patientbesök kanske inte hjälper dessa fem mer än att en annan, mer kompetent och specialutbildad läkare tar sig an en enda patient, bötar denne och får igång honom i arbete igen. Tyvärr är det inte sällan så, att många psykiatriska patienter går i behandling år ut och år in – därför att de inte får kvalificerad vård. Skenbart be-

nämns denna verksamhet för »produktion«, medan det i själva verket rör sig om en kronisk rundgång.

Låt oss inom Läkarförbundet ta initiativet till att tala tydligt om kvalitet inom sjukvården igen. Denna tydlighet innebär krav – krav på kompetenshöjning, vidareutbildning och medicinskt sakkunnigt ledarskap.

Susanne Ringskog Vagnhammar
facklig företrädare, Malmö läkarförening, specialist i psykiatri, överläkare, allmänpsykiatriska kliniken, Skånes universitetssjukhus Malmö;
sringskogvagnhammar@gmail.com

Mer debatt på Lakartidningen.se

Lakartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. I denna ruta upplyser vi om att det finns fler debattinlägg på Lakartidningen.se/debatt.

Replik om behandling av bukaortaaneurysm:
Inget problem med förväntad överlevnad

Fredrik Lundgren

Slutreplik 1:
Endovaskulär behandling är evidensbaserad

Martin Björck,
Anders Wanhainen, Kevin Mani

Slutreplik 2:
Missförstånd när det gäller statistisk metod

Fredrik Lundgren



Debatten om behandling av bukaortaaneurysm inleddes i LT 50/2010 (sidorna 3226-7) och gäller användningen av EVAR kontra OAR vid rutinmässig behandling av bukaortaaneurysm. Debatten avslutas här.