

undvika att ge vård, medan de läkare som kräver att deras patienter ska få bästa möjliga vård betraktas som bråk-stakar. Det känns surrealistiskt.

Det är också svårt att som läkare diskutera med patienter och anhöriga om vad som händer med patienter på väntelistor. Kanske kan man argumentera trovärdigt avseende patienter som väntar på operation av gallsten och ljuvsk-bräck, men hur argumenterar man gentemot en cancerpatient som måste vänta 6 eller 8 veckor på sin operation? Att patienter med ortopediska, arbets-hindrande smärtor ska vara sjukskrivna i månader i väntan på operation har vi heller inte några bra argument för. Ändå förväntas vi försvara det system vi arbetar i. Kan vi verkligen tro på att det inte spelar någon biologisk roll om en canceroperation blir uppskjuten? Har vi inte också ett ansvar för oro och ängslan under väntetiden – varvid operation är mycket, mycket bättre än lugnande tabletter och sömnmedel?

Det nästan värsta är emellertid att vi som läkare vänjer oss vid chanstagningar och småljugande som en del av den normala verksamheten. Skickar man hem tio patienter från kirurgavdelningen för tidigt kanske bara en eller två behöver återinläggas för sina komplikationer. Men är de tvås misslyckanden värre än triumfen över att de åtta chanstagningarna gick hem utan att patienterna behövde komma tillbaka (vad som händer där hemma får vi bara till liten del en reell uppfattning om)?

Det allra värsta med ovanstående sammandrag är emellertid vad den sammanlagda verksamheten gör med läkare och sjuksköterskor. Det är min bestämda uppfattning att man inte kan vara kvar i verksamheten utan att den empatiska förmågan gradvis slipas ned. Att ständigt skicka hem patienter för tidigt, att vägra inläggning av dem som behöver vård, att använda sin auktoritet för att överbetona möjligheterna och underbetona riskerna är på gränsen till att ljuga. Att mot bättre vetande ofta tvingas arbeta med näst eller tredje bästa lösningen för den enskilda patienten leder till en okänslighet hos läkaren och sköterskan. Det är de hemskaste följderna av vårdplatsbristen. Vår läkekonst förnekas.

Detta borde vi tala mer om – för att skydda oss själva men också för att ge de styrande en möjlighet att förstå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

apropå! Socialministerns redovisning av en rapport

Vad är förbättrad tillgänglighet värd utan ett gott behandlingsresultat?

Aterigen, passande nog inför den från sjukhusplatstillgänglighetssynpunkt så kritiska sommaren, lyfter socialminister Göran Hägglund och Anders Knape, ordförande i Sveriges Kommuner och landsting (SKL), fram tillgängligheten som avgörande för den förbättrade svenska sjukvården. På DN Debatt den 21 juni redovisade de en rapport från SKL, »Väntetider till vård i ett internationellt perspektiv«, i vilken konstateras att ett flertal länder har någon form av of-fentliggjord väntetids-uppföljning.

Därefter redovisar de svenska data: »i maj 2011 fick 9 av 10 patienter vård i tid«, att jämföras med hösten 2006 »då var fjärde patient väntade för länge på behandling och drygt var femte väntade för länge på besök«. Denna för socialministern så avgörande förbättring av svensk sjukvård tillskrivs införandet av vårdgarantin.

Vi finner ingen anledning att kritisera förbättringar vad gäller tillgänglighet till vården. Vi tror oss dock tala för patienter med mindre banala sjukdomar som hellre ser ett gott och optimalt behandlingsresultat med en något sämre tillgänglighet som viktigare än motsatsen.

I diskussioner kring vårdgarantins innehåll har kvalitetsaspekten funnits med som en mycket viktig komponent. Såväl i socialminister Göran Hägglunds betraktelse inför den stundande sommaren som i den redovisning av

Stockholms framtida sjukvårdspolitik som gjordes på DN Debatt i mars lyser krav på redovisning av behandlingsresultat och kvalitetssäkring med sin totala frånvaro.

Vi har under femton års multidisciplinärt arbete kring patienter med diabetes mellitus och avancerad fotproblematik vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge bedrivit ett kontinuerligt kvalitetsarbete. Utebliven fotamputation (= patientens högsta önskan) har varit den viktigaste kvalitetsmarkören. Amputationstal i nivå med de lägsta internationellt rapporterade har visat på värdet av det multidisciplinära arbetet.

Trots sjukhusledningens kännedom om dessa resultat och det pågående kvalitetssäkringsarbetet görs de största satsningarna på sjukhuset i dag, helt enligt regeringens och landstingets önskemål, på ökad tillgänglighet. I Karolinska universitetssjukhusets personaltidning Karolina framhåller produktionsdirektör Björn Nyberg att en konsekvens av 2012 års vårdavtal är en satsning på tillgänglighet för att undvika ekonomiska sanktioner mot sjukhuset.

Vi ser här en fara i att man från regeringens sida fokuserar på enbart tillgänglighet utan att samtidigt framhålla vikten av kvalitetssäkringsarbete. Vi anser att de ekonomiska incitament som socialministern vill använda för att stimulera till förbättringsarbete bör an-

vändas inte enbart för att förbättra tillgänglighet utan fastmer till att förbättra kvalitetssäkringsarbetet i vården.

Om såväl regering som Stockholms läns landsting blir tydligare med att dessa signaler om förbättrad tillgänglighet kompletteras med krav på kvalitetssäkring av vården kan en hotbild undvikas mot till exempel den i dag existerande multidisciplinära verksamheten vid Karolinska universitetssjukhuset kring patienter med diabetes mellitus och avancerad fotproblematik.

Endast med en samlad erforderlig kompetens från endokrinolog, kärkirurg, ortoped och infektionsspecialist kan det moderna optimala multidisciplinära arbetet bedrivas. Endast då kan diabetespatienten tillsammans med sjukvården glädjas över en utövd amputation. Det är ett faktum att om den nödvändiga kompetensen saknas så riskerar flera av de »9 patienter av 10 som 2011 fick vård i tid« att inte kunna känna någon som helst glädje över resultatet.

Börje Åkerlund
överläkare, infektionskliniken
borje.akerlund@karolinska.se

Kurt Gerok-Andersson
överläkare, endokrinologen;
båda vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Carlos Saro
överläkare, ortopedkliniken,
Södertälje sjukhus; tidigare
vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge