



Läkartidningen  
51–52/2011.

replik till jan halldin angående den farliga tystnaden:

## Etiken ett gemensamt ansvar

Jan Halldin tar i i LT 51–52 /2011 (sidan 2730) upp flera viktiga etiska perspektiv på den förändring som hälso- och sjukvården genomgår med allt fler utförare.

Läkarförbundet har med både patienternas och läkarnas intresse för ögonen under en längre tid varit tillskyndare av en mångfald bland vårdgivare. Vi tror att mångfald på rätt sätt och med rätt förutsättningar kan både öka vårdens kvalitet och skapa bättre arbetsvillkor för vårdens olika yrkesgrupper. Detta innebär inte att vi bagatelliserar de etiska risker med förändrade vårdstrukturer som Jan Halldin pekar på.

Vi erkänner gärna att Läkarförbundet i sitt arbete för ökad mångfald inom sjukvården inte alltid tydligt nog betonat dessa risker. Det finns dock exempel där Läkarförbundet påpekat både etiska brister och svagheter i organisatoriska förändringar un-

der senare tid. Bland dessa kan nämnas undanträngningseffekter till följd av olika vårdgarantier eller regler om maximala väntetider på akutmottagningar.

Som ledamöter i förbundets etik- och ansvarsråd ser vi som vår särskilda uppgift att formulera stöd för den enskilde läkaren att luta sig mot. Som legitimerad yrkesutövare är läkaren ålagd ett ansvar inte bara gentemot sin patient, utan även mot sin arbetsgivare och mot samhället. Läkaretiken kan här, rätt formulerad, vara ett välbehövligt stöd.

Hur förhåller man sig som läkare till rekommendationer från sin arbetsgivare att sätta upp patienter för onödiga återbesök om det i den aktuella vårdvalsmodellen ger högre ersättning? Alternativt att avskriiva patienter från mottagningen trots att ytterligare återbesök är medicinskt motiverat men ligger utanför det vårdavtal som

slutits på överordnad nivå? Eller till att prioritera väntande friska personer framför sjuka på akutmottagningen för att verksamheten har som uttalat mål att uppfylla en väntetidsgaranti?

De etiska riskerna är kopplade inte bara till driftsform, utan exemplen ovan är hämtade ur offentliganställda läkares vardag. Snarare är det, som Jan Halldin skriver, fråga om en förändring av vårdens incitamentsstrukturer där det i såväl offentligt som privat driven vård finns en risk för att ekonomiskt och logistiskt tänkande får dominera utan att hänsyn tas till sjukvårdens särskilda roll och ansvar när det gäller att värna de icke lönsamma och osedda patienterna. Risken är stor att ett strikt ekonomiskt tänkande leder till en sjukvård utformad för de starka, friska, lönsamma och aktiva patienterna.

Som läkare måste vi se som vår uppgift att tala även för

de patienter som inte själva gör sig hörda, exempelvis de kroniskt sjuka och gamla. Vi uppfattar Jan Halldins inlägg som en viktig signal att medlemmarna önskar mer av sitt Läkarförbund när det gäller att belysa de etiska riskerna med vårdens nya incitamentsstrukturer.

Till stöd för sitt dagliga agerande har läkaren sin yrkesetik, oberoende av organisationsmodeller eller finansieringsformer. Det är vår gemensamma skyldighet att inte kompromissa bort läkaretiken till förmån för kortsiktiga ekonomiska vinster eller andra fördelar.

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd kommer att återkomma med mer konkret stöd till medlemmarna i dessa frågor.

Thomas Flodin  
Johan Zelano

ordförande respektive ledamot  
i Läkarförbundets  
etik- och ansvarsråd

vården av tortyr- och krigsskadade:

## WeMind skulle ha skött uppdraget på bästa sätt

■ Gösta och Malin Alfvén kritiserade i en insändare i LT 1–2/2012 (sidan 43) Stockholms läns landstings beslut att ge WeMind AB uppdraget att sköta en del av vården av krigs- och tortyrskadade. Beslutet överklagades till förvaltningsrätten och nu har dom fallit.

En kommentar: WeMind kommer inte att behandla krigs- och tortyrskadade i Stockholm under de kommande åren eftersom rätten ansåg att WeMind inte tekniskt uppfyllt alla ska-krav.

Från WeMinds sida kommer vi inte att överklaga domen då vi inte vill bidra till att öka patienternas osäkerhet.

Vi är dock övertygade om att WeMind skulle ha skött uppdraget på bästa sätt inte minst genom att arbeta med de metoder som har starkast evidens, på det sätt WeMind gör i dag för de patienter vi behandlar på uppdrag av Stockholms läns landsting.

Anders Milton  
ledamot av WeMinds styrelse,  
tidigare nationell  
psykiatrisamordnare

replik:

## Landstingets undermåliga upphandling oroar

■ Det var väntat att förvaltningsdomstolen skulle ändra Landstingets upphandling av vård för tortyrskadade. WeMind erbjöd en mottagning med sex och en halv personal, varav endast två med viss erfarenhet av tortyrskadade. På Röda korsets centrum för tortyrskadade (RKC) har samtliga 11 anställda långvarig, evidensbaserad erfarenhet av behandling av tortyroffer.

Landstinget skulle ha tjänat 265 000 kronor om WeMind, med sämre kompetens och ingen juridiskt säkerställd specifik erfarenhet,

fått uppdraget. Det innebär att om de anställda på WeMind skulle fått lika lön som de på RKC skulle företaget ha kunnat hämta hem mångmiljonbelopp i vinst.

Vi undrar oroat vilken policy som legat bakom Landstingets undermåliga upphandling? Något svar på denna fråga har vi ännu inget fått.

Gösta Alfvén  
docent, Stockholm  
gosta.alfven@slmk.org  
Malin Alfvén  
leg psykolog, barn- och  
föräldrapsykolog, Stockholm