

Råd till läkare från förbundet och sällskapet

Så bör du använda sociala medier

Vad som gäller i analogt sammanhang gäller också på nätet: Tänk på sekretesslagstiftningen, var rädd om kårens anseende och kritiserar arbetsgivaren med eftertanke. Men du bör också tänka lite extra på att det du skrivit i ett sammanhang oväntat kan dyka upp i en helt annan kontext.

I går godkände Läkarförbundets styrelse en vägledning till läkare vid användning av sociala medier, som förbundets etik- och ansvarsråd (EAR) och Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik gemensamt tagit fram.

Vid EAR:s och Läkarsällskapets etikdelegations gemensamma etikdag för två år sedan diskuterades läkareetik på nätet och då kom frågan upp om riktlinjer. Thomas Flodin, ordförande i EAR, säger att man sedan sett att många andra jämförbara länder redan har, eller håller på att ta fram, regler för läkares kommunikation och närvaro på nätet. Thomas Flodin påpekar att det som Läkarförbundet och Läkarsällskapet nu enats om emellertid inte är regler, utan råd.

– Det betonar att det inte rör sig om knivskarpa rätt eller fel.

Varför behövs då särskilda anvisningar för hur man bör bete sig i sociala medier? Kan man som läkare inte bara luta sig mot de regelverk som Läkarförbundet redan antagit om etik i allmänhet och till exempel marknadsföring i synnerhet?

– Sociala medier är ett nytt och kraftigt växande sätt att kommunicera, säger Thomas Flodin och fortsätter:

– Internet är inte vilket medium som helst. Spridning och tillgång är enorm, och det man en gång skrivit går aldrig att ta bort. Det man skrivit



De sociala medierna breder ut sig.

Illustration: Colourbox

kan också läggas ihop på sätt som man kanske inte förutsett från början.

Just de riskerna påminns man också inledningsvis om i råden. Mer konkret uppmanas läkare och läkarstuderanter att särskilt ge akt på fem områden:

- **Secretesslagstiftningen.** Hälso- och sjukvårdssekretessen gäller även i sociala medier, också i slutna forum. Inte ens avidentifierad information bör publiceras i sociala medier. Om du själv utsätts för nätkritik från patienter eller anhöriga så är du på grund av sekretessreglerna ändå förhindrad att gå i svaromål.
- **Patient-läkarrelationen.** Upprätthåll en professionell relation med din patient. Det är oftast olämpligt att utbyta personlig information med patienter på nätet. Om en person i ditt sociala nätverk på internet blir din patient måste du överväga om det är lämpligt att fortsätta den kontakten i nätverket.



Thomas Flodin

- **Läkarkårens anseende.** Även inlägg som inte bryter mot sekretessen kan vara olämpliga och skada förtroendet för läkarkåren. Tonen bör vara sansad när du uttalar dig i professionella frågor, men även läkare som använder sociala medier privat bör tänka på detta.

- **Marknadsföring.** Läkare ska avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning. Läkarförbundets marknadsföringsregler gäller även i sociala medier.

- **Kritik av arbetsgivaren.** Du bör ta reda på vilken policy din arbetsgivare har i fråga om användningen av sociala medier. Även om man som offentligt anställd ofta har rätt att kritiserar sin arbetsgivare bör det göras med viss eftertanke. Som privatanställd har man däremot ofta lojalitetsplikt, och det finns därför anledning till stor försiktighet när det gäller offentlig kritik mot sin arbetsgivare.

Råden kommer enligt Thomas Flodin att finnas på Läkarförbundets webbplats.

Sara Gunnarsdotter

Samfällad kritik mot förslag om vård till papperslösa

43 organisationer, däribland Läkarförbundet, Läkarsällskapet och Läkare utan gränser, kritiserar i ett gemensamt remissvar regeringens förslag till nya regler för vård till papperslösa.

Regeringen vill bara ge barn upp till 18 år vård på samma villkor som resten av befolkningen. Vuxna papperslösa ska precis som vuxna asylsökande bara få »vård som inte kan anstå«. Detta oklara begrepp öppnar för olika tolkningar och går emot det medicinsk-etiska kravet att vård ska ges efter medicinskt behov, anser remissinstanserna inom det så kallade Rätt till vårdinitiativet. Att senarelägga vård till det datum då den »inte längre kan anstå« kan dessutom leda till att vården fördröjas och att smittsamma tillstånd inte upptäcks i tid. **ML**

Premiär för direktåtkomst till journal

Den 8 november blev invånarna i Uppsala län de första i landet att kunna logga in på sin egen patientjournal hemifrån. Enligt ett pressmeddelande från landstinget i Uppsala län stärker detta patienternas ställning och kan på sikt öka vårdkvaliteten.

Projektet har kritiserats hårt från Upplands allmänna läkarförening, och landstinget har tills vidare backat från den ursprungliga planen att lägga ut även osignerade journalanteckningar (se LT 38/2012). **ML**

SLF positivt till snabbare tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård ska kunna sättas in tidigare i ett sjukdomsförlopp, när insatserna är mer effektiva. Det föreslog Psykiatrilagsutredningen i våras (se LT nr 16/2012). Förslaget tillstyrks av Läkarförbundet, som nu lämnat sitt remissvar till Socialdepartementet.

Läkarförbundet betecknar utredningen som väl genomarbetad, och tillstyrker flertalet av förslagen. Det gäller bland annat förslaget att samla bestämmelserna om psykiatrisk tvångsvård i en enda lag, i stället för två som i dag, och att man ska kunna besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård för en patient utan föregående sluten tvångsvård.

När det gäller rättspsykiatri är förbundet positivt till förslaget att följa den internationellt vedertagna modellen och återinföra begreppet otillräknelighet. **MA**

Stort gensvar på förbundets bemanningsenkät

Just nu pågår Läkarförbundets stora kartläggning av bemanningen i primärvården. På bara ett par veckor har man fått in svar från nästan 1 000 av 1 200 vårdcentraler, och med ytterligare lite tid är förhoppningen en svarsfrekvens som närmar sig 100 procent.

I slutet av oktober fick verksamhetscheferna vid alla landets vårdcentraler en enkät med 11 frågor om läkarbemanningen.

– Bristen på fasta läkare i primärvården är ett av sjukvårdens allra största problem och framför allt är det ett väldigt allvarligt arbetsmiljöproblem för allmänläkarna.

Det säger Svante Petters-

son, utredare på Läkarförbundet. Han menar också att Läkarförbundet därvidlag är enigt med personalcheferna i landstingen, även om de mest ser problemet med stafettläkarfrågan.

– Vi måste hitta ett sätt att få en långsiktig plan för hur man kan uppnå en bra bemanning i primärvården. Risken finns att den här situationen blir en självgående ond spiral på de ställen som har dålig bemanning och svå-



Svante Pettersson

righeter med rekrytering. Enkäten är ett sätt att lyfta upp de här frågorna på dagordningen och få en mer samlad syn, säger Svante Pettersson.

Nu har Läkarförbundet alltså fått in svar från cirka 80 procent av vårdcentralerna. På Gotland och i Dalarna är svarsfrekvensen lägre medan samtliga vårdcentraler i Jämtland kan bockas av på listan.

Att så många har svarat tror Svante Pettersson beror på att många känner igen och brottas med frågeställningarna i enkäten. Men trots hög svarsfrekvens anser Svante Pettersson att det är nödvändigt att den blir ännu högre

för att undersökningen ska bli användbar på landstingsnivå.

– Det finns ingen nationell nivå för det här. Grundelementet är ST-planeringen. Eftersom det är i landstingen besluten om antal platser för specialisttjänstgöring fattas, måste det finnas en konkret beskrivning för varje landsting.

Förutom att verksamhetscheferna alltså i stor utsträckning besvarat enkäten säger Svante Pettersson att enkäten också väckt stort engagemang och gensvar hos medlemmar i allmänhet.

– Vi har fått massor av mejl där man beskriver problemet

»Samhället har stora statistiksystem som beskriver viktiga frågor, det är förvånande att en så viktig samhällsresurs som läkarförsörjningen, som dessutom har varit så oerhört omdebatterad, inte finns undersökt sedan 1998 ...«

och har idéer om hur man skulle kunna lösa problemet eller hur man bör jobba vidare med frågan. Det är verkligen tydligt att bemanningen är ett stort bekymmer, läkarna i primärvården känner av det här i vardagen och har stora förväntningar på att vår undersökning ska kunna lyfta upp frågan.

Svante Pettersson hoppas att såväl resultatet från enkäten som responsen från enskilda läkare ska kunna sammanställas till en rapport. Men trots de glada tongångarna

menar han att Läkarförbundet egentligen gör undersökningen utifrån förutsättningen »här till nödd och tvungen«. Svante Pettersson tycker att det är obegripligt att det inte finns ett nationellt system för att få en bild av försörjningen av läkare i primärvården, eller av läkare överhuvudtaget.

– Samhället har stora statistiksystem som beskriver viktiga frågor, det är förvånande att en så viktig samhällsresurs som läkarförsörjningen, som dessutom har varit så oerhört omdebatterad, inte finns undersökt sedan 1998 då Socialstyrelsen gjorde en mätning.

Svante Pettersson är både kritisk och frågande till att inte Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting eller Socialdepartementet gör undersökningen nu 2012.

– Vi på Läkarförbundet kände att det fanns alla skäl att ta det här initiativet eftersom ingen annan har gjort det. Samtidigt är det inte naturligt att Läkarförbundet ska göra stora undersökningar!

Sara Gunnarsdotter

Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet slås ihop

Folkhälsoinstitutet och Smittskyddsinstitutet läggs ner och deras uppgifter övertas av en ny folkhälsomyndighet, Institutet för folkhälsa, dit även delar av Socialstyrelsens uppgifter flyttas, enligt förslag från Socialdepartementet.

De uppgifter vid Socialstyrelsen som flyttar till den nya myndigheten rör folk- och miljöhälsoberedning, uppgifter inom ramen för miljöarbete samt vissa inom hälsoskydd.

Bildandet av den nya myndigheten Institutet för folkhälsa blir det tredje steget i regeringens ambition att förändra myndighetsstrukturen inom vård och omsorg, enligt promemorian.

Första steget är den nya tillsynsmyndigheten Inspektio-



■ INSTITUTET FÖR FOLKHÄLSA

nen för vård och omsorg, som ska bildas den 1 juni 2013.

Steg två är ombildningen av Apotekens Service AB till en infrastrukturmyndighet den 1 januari 2014.

Vad gäller regeringens fortsatta planer för en förändrad styrning av vård och omsorgssektorn står »ansvaret för kunskapsstyrningens normativa delar« näst i tur. Ansvaret ska tydliggöras, och det nationella kunskapsstödet till hälso- och sjukvården, socialtjänsten och folkhälsoarbetet ska samordnas, enligt promemorian, något som kommer att beröra en rad myndigheter.

EO

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

Förlamad efter missad kotfraktur

Först under den tredje dagen på sjukhuset upptäcktes det att patienten hade frakturer i halskotorna. Patienten blev totalförlamad från bröstkorgen och nedåt. Socialstyrelsen kritiserar både ambulansföretaget och sjukhuset. (Soc 9.3.1-26760/2010)

Patienten hittades liggande nedanför en trappa. Han var alkoholpåverkad, nedkyld och bara delvis kontaktbar. Efter larm var en ambulans snabbt på plats och transporterade honom till akutmottagningen. Ambulanspersonalen sände EKG från ambulansen, och fick svar från sjukhuset att en blödning i hjärnan inte kunde uteslutas. En eventuell skada på ryggraden diskuterades inte.

På akutmottagningen under-

söktes patienten av en oerfaren vikarierande underläkare utan AT-utbildning. Efter fyra timmar på intensivvården – varifrån inga läkaranteckningar finns bevarade – flyttades patienten till en medicinavdelning där han undersöktes av en annan läkare. Denna skrev remiss för skiktröntgen av hjärnan inom ett dygn.

Nästa dag konstaterades att patienten hade en hjärnblödning. Han hade då ont i axlar och nacke, och kunde inte röra på benen. Först dagen därpå, den tredje dagen efter fallet, antecknade en läkare i journalen att ett trauma skulle kunna vara orsak till hjärnblödningen. Läkaren beställde en kompletterande magnetkameraröntgen av hjärnan, nacken och brösttryggen.

Magnetrontgen visade frakturer i halskotorna, och patienten flyttades akut till neurokliniken på ett universitetssjukhus. Han blev totalförlamad från bröst-

korgen och nedåt, med viss rörlighet i armarna och nästan ingen rörlighet i händerna.

Av ambulansöverläkarens händelseanalys framgår, att ambulanspersonalen har riktlinjer om att patienter med misstänkt skalltrauma ska undersökas och stabiliseras kring nacken före transporten. Varför detta inte skedde framgår inte.

Medicinkliniken skriver i sin analys bland annat att fallet i trappan inte blev tillräckligt uppmärksammat vid överlämningen av patienten till akutmottagningen. Patienten hade ingen halskrage vid ankomsten, och traumalarm gjordes inte. Personalen på akutmottagningen tog över tidigare ställd diagnos utan att ifrågasätta.

Vårdgivaren listar ett antal åtgärder som genomförts för att komma till rätta med dessa problem, bland annat en checklista för bättre traumaanamnes, utökad samarbete mellan perso-

nal på akutmottagning och ambulans och ett introduktionsprogram för vikarierande underläkare som är av samma standard som introduktionen för AT-utbildning.

Socialstyrelsen konstaterar i sin bedömning att det brustit i flera led i omhändertagandet av en patient där trauma inte kunde uteslutas. Patienten skulle ha fått en nackkrage i ambulansen, och på sjukhuset skulle man direkt ha undersökt nacke och rygg. Ambulanspersonalen missbedömde händelsen, och på sjukhuset förbisågs risken för allvarlig ryggskada i flera led – något som tyder på brister i organisationen. Socialstyrelsen riktar därför kritik mot såväl ambulansföretaget som sjukhuset.

Miki Agerberg

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se