

den och i tarmen, och städar vi bort dem med t ex antibiotika så vet vi att den mikrobiologiska floran ändras och kroppen intas av några andra bakterier ett tag innan den vanliga balansen återställs.

Vad händer med floran på vårdpersonalen när vi ökar hygien ytterligare? Vi städar bort elaka bakterier, vilket förstås är bra så att personalen inte flyttar resistent stafylokocker mellan sjuka patienter på sjukhuset. Inom vardaglig motagningsverksamhet – vilka konsekven-

ser får bortstädandet av alla bakterier? Hur förändras floran och den mikrobiologiska balansen, och vilka blir följderna? Det kan väl inte vara så att vi i städ-ivern och ambitionen att göra gott, av brist på faktakunskaper och inlevelseförmåga i att det kanske inte alltid fungerar som vi tror, fattar beslut om regler som i slutändan i värsta fall får en effekt motsatt den önskade?

Sara Holmberg

med dr, ST-läkare, Vårdcentralen Ingelstad
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Socialstyrelsen svarar:

Försiktighetsprincipen bör gälla

■ Det finns många aspekter och synpunkter på vad som är lämplig klädsel för läkare i vårdarbetet. Socialstyrelsen har i sin tillsyn endast haft synpunkter på vad som är viktigt för patientsäkerheten, i det här fallet skyddet mot vårdrelaterade infektioner. I den nära kontakten mellan personal och patient sker överföring av mikroorganismer. Där högteknologisk vård bedrivs och antibiotiketrycket är stort ökar risken för förekomst av olika resistent bakterier. Många patienter vandrar mellan sådan vård och primärvård eller kommunens särskilda boenden. Det går därför inte att avfärda någon vårdmiljö som en »lågriskmiljö« i detta avseende.

För att minska risken för vårdrelaterade infektioner anser Socialstyrelsen att all vårdpersonal, enligt rekommendationer från vårdhygienisk expertis, bör tillämpa basala hygienrutiner, som beskrivs i kunskapsunderlaget »Att förebygga vårdrelaterade infektioner« (Socialstyrelsen 2006).

För att kunna tillämpa basala hygienrutiner krävs att arbetsdräkten vid patientnära arbete är kortärmad och att inga armbandsur, ringar eller andra smycken bärs på underarmar eller händer.

Kravet på god handhygien verkar inte ifrågasättas av någon. Kortärmad arbetsdräkt däremot, som rekommenderas framför allt för att möjliggöra att handdesinfektionen blir tillräckligt effektiv, anses av vissa läkare skapa problem. För att på bästa sätt förebygga vårdrelaterade infektioner är det viktigt att alla de åtgärder som bidrar till detta inkluderas i rutinerna. Även rutiner som inte enskilt leder till en mätbar och signifikant sänkning av antalet infektioner kan vara betydelsefulla för det sammantagna resultatet. Att följa försiktighetsprincipen

för att undvika att patienter kommer till skada ses som självklart i många situationer. Det är svårt att förstå att det inte skulle kunna accepteras i detta sammanhang när det gäller att minska risken för att orsaka patienten en annan sjukdom än den som vården avser.

Det ankommer på vårdgivarna att, utifrån rådande kunskapsläge, fastställa riktlinjer för skydd mot vårdrelaterade infektioner. Att all personal, oavsett kategori, i det patientnära arbetet följer samma riktlinjer för arbetsdräkt och personlig skyddsutrustning ter sig logiskt. Det innebär naturligtvis att alla personalkategorier måste ha möjlighet att hämta kläder när det behövs, ha en lämplig plats för ombyte och även kunna lämna smutstvätt direkt efter byte. Detta är arbetsgivarens ansvar, och det finns exempel på att läkargruppen här har större svårigheter än andra personalkategorier.

Det är också viktigt att det finns lämpliga arbetskläder för alla personalgrupper. Många sjukhus/landsting arbetar för att ta fram en arbetsdräkt som är praktisk och bekväm även för läkare, och på vissa håll har detta redan genomförts.

Kravet på kortärmad arbetsdräkt gäller det patientnära arbetet och utesluter inte enligt Socialstyrelsens mening att läkarrock bärs ovanpå arbetsdräkten i andra situationer och tas av vid undersökning eller behandling av patient.

Inger Riesenfeld-Örn

sakkunnig läkare vårdhygien/smittskydd
Inger.Riesenfeld-Orn@socialstyrelsen.se

Johan Carlson

medicinalråd, avdelningschef;
båda vid Socialstyrelsens tillsynsavdelning

Snart pensionär ...

■ För drygt två år sedan skrev jag några raljerande inlägg i Läkartidningen om de taskiga konsekvenserna av att ha lagt mitt livslånga pensionsspårande i läkarnas eget försäkringsbolag SalusAnsvar.



Foto: IBL

Finansvalp?

Slutsatsen blev att madrassen sannolikt varit en lika framgångsrik sparform som pensionsförsäkringen. En lång rad mejl och brev, liksom ett flertal avslöjande inlägg i massmedierna, visade att det inte bara var jag som kände mig grundlurad.

Vad har hänt i frågan sedan dess? Sveriges läkarförbund är tillfreds och ser ingen anledning att begära närmare utredningar av bolagets affärer. Några tappra kollegor har satsat pengar på att försöka föra SalusAnsvar inför rätta. Majoriteten av lurade doktorer har nog följt SalusAnsvars råd att överföra pensionspengarna till Skandinaviska Enskilda Banken, som enligt rekommendationerna skulle vara en stabil bank med hög finansiell kompetens för att ge god räntabilitet på läkarnas pensionsbesparingar.

Detta lilla inlägg föranleds av att jag här-omdagen fick mitt första årsbesked från SEB, och dess innehåll gör att jag måste be SalusAnsvar om en viss ursäkt.

2006 var ytterligare ett gyllene börsår. De bästa placeringarna inregistrerade värdeökningar på 35–40 procent; den svenska börsen steg med 28 procent; en dement orangutang ökade värdet av sin aktieportfölj med 17 procent.

Och förvaltarna av mina pensionspengar på Wallenbergarnas stolthet SEB, dit jag vänt mig efter starka rekommendationer från SalusAnsvars styrelse, har lyckats öka värdet på mina besparingar med 0,7 procent (nollkommasju).

I ett smörigt följebrev orerar Jan Ridderwall, Chef SEB Trygg Liv Sverige, om bolagets visioner och önskar mig välkommen att satsa mer av mina sparpengar i bolaget. Jo, jag tackar jag!

Det var således orättvist av mig att beskylla SalusAnsvar för att vara landets mest inkompetenta pengaförvaltare; åtminstone ett företag till bör kunna komma ifråga för detta betyg.

Johannes Järhult

överläkare, Jönköping
Johannes.Jarhult@lj.se

Novartis bör lägga ned patentmålet i Indien!

■ Priset är ett av många hinder för fattiga människors tillgång till läkemedel. Den indiska generikaindustrin förser en stor del av världen med läkemedel, ofta till ett betydligt lägre pris än patenthållarens. Detta har hittills varit möjligt eftersom patent tidigare godkändes enbart på processen och inte på den färdiga produkten.

I och med att Indien blev fullvärdig medlem i Världshandelsorganisationen WTO måste landet följa det internationella regelverket kring patent. För att i någon mån säkra produktionen av och tillgången till modern behandling ställs i den indiska patentlagen från den 1 januari 2005 krav på ett högre nyhetsvärde än exempelvis i motsvarande svenska lag.

Detta var orsaken till att Novartis förra året vägrades patent på Glivec, en ny variant av företagets tidigare cancerläkemedel med uppgivet förbättrat upptag. Trots att företaget hittills – utan att ha patent – donerat preparatet till 7 000 personer med leukemi i Indien, och till 21 000 i hela världen, ifrågasätter det nu beslutet och även den indiska statens rätt att ställa dessa högre krav. Utgången är osäker och kan bli prejudicerande.

Vad kan resultatet bli om Novartis vinner och den indiska patentlagen måste ändras till att acceptera produkter med lägre nyhetsvärde? Det skulle innebära att monopol/exklusiviteten kan förlängas genom »evergreening« – via ändrade beredningsformer, kombinationer eller indikationer. Därigenom undviks priskonkurrens, och preparaten blir fortsatt tillgängliga bara för de individer och de stater som är beredda att betala. Alla andra blir utlämnade till företagets välgörenhet i form av donationer eller frivilliga prissänkningar. Donationer kan se bra ut men saknar hållbarhet, och frivilliga prissänkningar har visats fungera dåligt när det gäller exempelvis HIV-läkemedel.

Att förlängd patentiid – och därmed högre intäkter för patenthållaren – skulle leda till fler innovationer motsägs dessutom av flera studier under de senaste åren med förstärkt patentskydd. Enligt FDA tillförde tre fjärdedelar av 1 000 nyregistrerade preparat i USA inget terapeutiskt nytt. I en studie från Kanada betraktades endast 5 procent av nya godkända läkemedel som terapeutiska landvinningar. Och en WHO-kom-

mission uttalade nyligen: »på marknader där köpkraften är mycket liten ... är patent varken relevant eller effektivt för att få ut nya produkter på marknaden«.

Vi kan också anta att de nuvarande generikaföretagen, huvudsakligen lokaliserade till Indien och som ju också styrs av vinstintressen, kommer att bli mindre intresserade av att vänta ut patenttiden eftersom preparatet ifråga då redan riskerar att vara ersatt av ett nytt preparat. Det som hittills varit den fattiga världens apotek kan komma att stängas.

Att som Novartis hävda – att patent räddar liv – är att förvränga sanningen. Skillnaderna mellan dem som har och dem som inte har tillgång till modern behandling kommer att öka.

Du som inte tycker att människor skall förvägras behandling bara för att de är fattiga – skriv på uppropet på Läkare utan gränser webbplats <www.lakereutangranser.se>! Uppmana Novartis att lägga ned fallet i Indien!



PehrOlov Pehrson
infektionsläkare, Stockholm;
styrelseledamot i Läkare utan gränser
pehrolov.person@hotmail.com

Novartis syn på patentstriden i Indien ges på företagets webbplats: <<http://www.novartis.com/about-novartis/corporate-citizenship/india-glivec-patent-case/index.shtml>>.

red

Beställ kvalitet – och ni skall få det!

■ Äldre- och folkhälsominister Maria Larsson visar mycket fräscha och handfasta ambitioner att vilja förbättra våra äldres livskvalitet, både ur omsorgsmässig, social och medicinsk synvinkel. Hon talar om att öka läkartillgången för dem som har svårt att ta sig till vårdinrättningar. Hon talar om att förbättra kontrollen av den mängd läkemedel som äldre får utskrivna av olika läkare, vilka saknar fungerande kommunikationsvägar. Hon talar om förebyggande arbete.

Alla dessa områden är mycket viktiga. De flesta läkare och vårdpersonal är med entusiasm beredda att bidra i det arbete det innebär att, enligt Maria Larssons målsättningar, få till stånd bättre arbetsformer och rutiner vad gäller vården av våra äldre.

- Vi vill kunna erbjuda en mer flexibel vård, där det t ex är enkelt att ordna med hembesök, om en individ behöver detta.
- Vi vill ha tid och enkla former för samarbete mellan sjukhus- och primärvårdsinstanser.
- Vi vill kunna ha helhetsperspektiv på våra patienter.
- Vi vill hinna prata med våra patienter i ett tempo som gör att samtalet känns respektfullt och givande.

För att vi skall kunna arbeta så, behöver vi dock mandat från vår beställare, dvs de politiker i hälso- och sjukvårdsnäm-

terna som beslutar om hur och med vad vi skall arbeta på våra vårdinrättningar.

En tråkig trend de senaste åren har varit att kvaliteten på vården endast mäts i antal patientbesök. Tröttsamt ofta förekommer reportage i medierna där man rankar vårdinrättningars effektivitet efter hur många patienter de tar emot under en viss period. Tröttsamt ofta får vi från sjukvårdspolitiker feedback på antalet patientbesök vi genomför – men förvånande sällan på kvaliteten på dessamma. Detta mätförfarande är förstas felaktigt, då ju olika åkommor såväl som olika individer ställer helt olika krav på tidsåtgång och engagemang.

Att på ett bra sätt hjälpa en ung kvinna med okomplicerad urinvägsinfektion tar bara några minuter, medan ett kvalitativt meningsfullt möte med en äldre gentleman med rollator, hörselnedsättning, hjärtsvikt och diabetes tar det tiodubbla. Ett hembesök tar förstas än mer tid i anspråk.

Jag hoppas att man i den spännande framtid vi går till mötes, med stora politiska ambitioner för våra äldre, lyckas föra ned kvalitetstänkandet som Maria Larsson visar prov på, till regional- och lokalpolitisk nivå. Beställ kvalitet – och ni skall få det!



Anna Holst
läkare, Primärvården, Göteborg
anna.holst@vgregion.se