

Glädjande om ersättningsetablering, men maktfullkomliga landsting oroar

En översyn av lagen om läkarvårdsersättning har mynnat ut i ett förslag om möjlighet för privatläkare som går i pension att låta en kollega fortsätta verksamheten. I tre avseenden bör paragraferna emellertid diskuteras ytterligare för att värna patienternas integritet och skydda läkarna mot godtyckliga landstingsbeslut.

Äntligen kan det bli möjligt för en privatpraktiker att överlåta sin mottagning till en kollega som driver mottagningen vidare med samma villkor och med oförändrad inriktning. På det sättet garanteras patienterna en kontinuitet i vården, samtidigt som småskaliga mottagningar också fortsättningsvis blir en naturlig del i sjukvårdsutbudet. Det behövs, eftersom många patienter efterfrågar en vård med den privata praktikens särskilda kännetecken: kvalitet, kontinuitet och konfidentialitet.

Dessa glädjande nyheter framgår av den översyn av lagen om läkarvårdsersättning (1993:1651) som gjorts av Socialdepartementet. Översynen har resulterat i en promemoria (Ds 2007:22) i vilken regeringen föreslår att det skall vara möjligt för läkare och sjukgymnaster att i samband med pensionering överlåta praktiken till en kollega som driver praktiken vidare på ovan nämnt sätt. Förhoppningsvis kommer lagändringen att träda i kraft den 1 juli 2008.

Men i promemorian finns



CHRISTER SJÖDIN
ordförande, Storstockholms privatläkarför-
ening (S-SPLF)
sjodin.christer@
telia.com

det tre frågor som kan ifrågasättas och som förtjänar ytterligare diskussion. För det första finns det i § 26, som reglerar verksamhetsuppföljning, ett krav på rapportering till centrala register.

För det andra finns det i samma paragraf en skrivning som ger landstingen rätt att granska enskilda patientjournaler. För det tredje finns det i § 8, som reglerar läkarens arbetstid, och i § 9, som reglerar läkarens andra anställningsförhållanden, skrivningar som försvårar rörligheten mellan öppen vård och sjukhusbunden vård.

Tyvär för utredarna inte något principiellt resonemang om betydelsen av den personliga integriteten, något som blir alltmer nödvändigt i en tid när den virtuella verkligheten växer i betydelse.

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) betonas betydelsen av patientens integritet och självbestämmande. Sedan Biobankslagen (SFS 2002:297) trädde i kraft i januari 2003 skall patienten informeras och ge sitt samtycke till att prov sparas i en biobank.

Också i utredningen om en ny patientdatalog (SOU 2006: 82) föreslås ett regelverk som möjliggör en komplex användning av IT inom sjukvården, samtidigt som den en-

skilde individens integritet skyddas.

I förslaget står det på sidan 17: »... detta förutsätter att man inte överger principen om att hälso- och sjukvården skall byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I förlängningen riskerar man annars att medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården minskar.«

I lagförslaget (7 kap 2 §) står det att personuppgifter inte får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om den enskilde motsätter sig det. Det tänkesättet stämmer väl överens med privatpraktikernas mål att värna den enskilde patientens integritet.

Detta borde ha beaktats av utredarna som föreslår förändringar i lagen om läkarvårds-
taxan. Själv skulle jag gärna ha sett att de hade gått ett steg vidare och slagit fast att individen äger informationen om sig själv. Därmed skulle krävas att patienten lämnar sitt medgivande när information rörande honom eller henne lagras i centrala databaser, sökbara på individnivå.

Mot denna bakgrund finns det också skäl att ifrågasätta landstingens rätt att granska journaler och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient. Detta är problematiskt eftersom landstinget inte bara är beställare av vård utan också en producent av vård.

I många år har de värnat den egna verksamheten och konsekvent motarbetat privatpraktikerna. I Stockholm har man inte medgett några ersättningsetableringar, trots att vi 2002 träffade en överenskommelse med målsättningen att bibehålla minst så många privatläkare som fanns

då. Därmed har antalet privatpraktiker med etablering minskat i Stockholm, och på nationell nivå har antalet minskat från 1 183 år 2001 till 1 037 år 2005.

Till det kommer att landstinget i Stockholm visat en bristande förmåga till dialog och respekt för sin motpart när man skrivit vårdavtal. I de avtalsmallar som togs fram 2004 misslyckades landstinget med att konstruera en text som utgick från det självklara faktum att det är två parter i ett juridiskt bindande avtal.

I stället tog man fram avtalsmallar med innebörden att Stockholms läns landsting från en dag till en annan kan säga upp avtalet om landstinget tror (eller »bedömer«, som man skrev i förslaget) att praktikern inte kan fullgöra sitt uppdrag. Med sådana skrivningar blir vårdgivaren helt rättslös. I andra stycken var förslaget till avtalsmall så substanslös att de åtaganden landstinget ville att läkaren skulle gå in i blev helt obegripliga. Det hänvisades till »samhällets värderingar«, avvägningar som skall göras »på ett rimligt sätt« och att vården skall vara i »överensstämmelse med – eller överträffa – uttalade eller underförstådda krav«.

Dessa erfarenheter gör att det finns skäl att ifrågasätta landstingens förmåga att på ett varsamt och respektfullt sätt handha rättigheten att granska enskilda mottagningar och patientjournaler. Vi befärar att lagen i stället kommer att användas för att trassla enskilda vårdgivare.

Tyvär finns det en ömsesidig misstro mellan landstinget och privatpraktikerna. Det är en misstro som behöver beaktas, och där det finns skäl

att skydda den svagare parten – den enskilde praktiskern.

Därför finns det skäl att ändra skrivningen i § 26. I första hand bör granskningen överlåtas till den granskningsmyndighet som redan finns, nämligen Socialstyrelsen. Om lagstiftarna ändå vill ge landstingen ökade möjligheter att kontrollera enskilda mottagningar bör granskning av en enskild praktik föregås av ett samråd med den lokala läkarföreningen. Då finns det åtminstone en instans som kan bedöma trovärdigheten i skäl till en granskning.

Trots avidentifiering kommer individers integritet att kränkas. Dessutom påverkar det patient-läkarerelationen, eftersom ett förtroendefullt samarbetet mellan läkare och patient gör det nödvändigt att informera patienten om att en granskning ägt rum.

En sådan öppenhet är nödvändig i framtidens sjukvård, som också kommer att präglas av ett ökat utbyte mellan olika vårdformer, mellan öppen vård och sjukhusbunden vård och företagshälsovård. Vi ser en framtid där läkare – exempelvis kirurger, öronläkare, psykiatrer och barnläkare – arbetar en del av sin tid i privat praktik samtidigt som de tjänstgör på sjukhus. De nuvarande skrivningarna i § 8 och § 9 förhindrar en sådan rörlighet.

Därför behövs det ett tillägg som gör det möjligt för den enskilde läkaren att träffa en överenskommelse med landstinget om arbete i andra vårdformer utan att för den skull behöva skriva ett samverkansavtal. I sådana fall behövs det också möjlighet att anställa vikarie för att kunna fullfölja de åtaganden som redan finns i den egna verksamheten.

Det är glädjande att regeringen nu lägger fram denna efterlängtnade promemoria.

Varmt tack till socialministern!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REPLIK TILL EVA NILSSON BÅGENHOLM:

Svår etikprövning i Hunter-fallet

■ Etik och prioriteringsfrågor är svåra, och inte heller tolkningen av § 30 i Helsingforsdeklarationen är självklar. Men Eva Nilsson Bågenholm gör det så enkelt i sitt ledarstick i LT 38/2007, sidan 2651.

Hon hävdar att det strider mot läkaretiken när Karolinska Universitetssjukhuset inte anser sig ha möjlighet att, utan extra ersättning, ta över en behandling av en patient med Hunters sjukdom som har medverkat i en klinisk prövning. Hon hänvisar till § 30 i Helsingforsdeklarationen, där det framgår att en patient som varit med i en klinisk prövning skall erbjudas den bästa behandling som studien påvisat. Läkemedelsföretagets prissättning medför att behandlingen kommer att kosta vårdgivaren cirka 10 miljoner kronor per vuxen patient och år tills vidare.

Helsingforsdeklarationens § 30 kom till för att hindra läkemedelsföretag att genomföra kliniska prövningar i fattiga länder utan att ta ansvar för patienternas fortsatta behandling. Paragrafen är mycket tydlig när det gäller att studiepatienter skall erbjudas fortsatt behandling men berör inte hur eller vem som skall ansvara för kostnaderna.

I en förklarande not framhålls att frågan om ansvaret för den fortsatta behandlingen skall anges i det studieprotokoll som bifogas ansökan till etisk prövning. I protokollet som bifogades ansökan i det aktuella fallet gjordes dock inget sådant förtydligande.

Oklarhet kring tolkning av § 30 skapar ett mycket svårt etiskt och ekonomiskt dilemma för samtliga aktörer. Tolkas § 30 så att den klinik som rekryterar patienter också skall ta ansvar för kostnaderna för den fortsatta behandlingen kommer många sjukhus att tvingas avstå från

att delta i kliniska prövningar av denna typ. Annars riskerar vårdgivaren att dra på sig väldiga kostnader under oöverskådlig tid, vilket åskådliggörs i det aktuella fallet.

Om § 30 å andra sidan tolkas så att det är företaget som skall bära alla kostnader för fortsatt behandling för sina studiepatienter är det troligt att det kommer att innebära ett negativt incitament även för läkemedelsindustrin. I båda fallen riskerar angelägen forskning att hämmas eller att inte bedrivas överhuvudtaget. Frågan om tolkningen av § 30 måste därför upp till diskussion.

Det aktuella fallet illustrerar också ett mer generellt etiskt dilemma som handlar om prioritering mellan olika behov hos individer och grupper av individer. Det är sannolikt att den berörda patienten erhållit gynnsamma och symptomlindrande effekter, vilka sammantagna har gett en väsentlig livskvalitetsförbättring. Jämförs utfall mellan de två behandlade och kontrollgruppen i den kliniska prövningen av läkemedlet är dock skillnaderna måttliga. Det finns inget i dokumentationen som visar effekter på förväntad livslängd eller minskad dödlighet, vilket har antytts av vissa medier.

Vi anser inte, till skillnad från Eva Nilsson Bågenholm, att det är självklart att det är den enskilde vårdgivaren som skall behöva ta över ett livslångt behandlingsansvar till ett pris som företaget dikterar. För att kunna rekvirera det aktuella läkemedlet skulle Karolinska Universitetssjukhuset tvingas dra ned på annan verksamhet. För 10 miljoner kronor/år skulle vi t ex kunna öppna och driva en avancerad intensivvårdsplats, 10 vanliga vårdplatser eller ha 10 läkare anställda. Med en avancerad intensivvårdsplats

skulle vi kunna rädda 70–80 liv/år.

Vår bedömning på Karolinska Universitetssjukhuset var därför att den etiska principen om rättvisa skulle brytas om vi prioriterade en extremt dyr behandling – som inte är livräddande utan främst sjukdomslindrande – före alternativ användning där vi bedömde nyttan vara tydligt större.

Carl-Gustaf Elinder

ordförande för Läkemedelsrådet
Carl-Gustaf.Elinder@karolinska.se

Stefan Engqvist

ordförande för Etiska rådet;
båda vid Karolinska
Universitetssjukhuset,
Stockholm

REPLIK:

Finansieringen måste lösas på nationell nivå

■ Jag instämmer i mycket av det Elinder och Engqvist skriver. Helsingforsdeklarationens § 30 är viktig, inte enbart i fattiga länder. Den kraftiga ökningen av nya dyra sår-läkemedel vi nu ser gör att det är ofrånkomligt att det redan i studieprotokollet måste tas hänsyn till hur fortsatt behandling ska finansieras.

Det är oacceptabelt att avbryta en välfungerande behandling, men därmed inte sagt att det är den enskilde vårdgivaren som ska stå för behandlingskostnaden.

Detta fall visar tydligt på behovet av att det snarast tas fram riktlinjer för hur sår-läkemedel ska finansieras. För att inte enskilda kliniker ska drabbas måste det till en nationell lösning.

Eva Nilsson Bågenholm

ordförande, Läkarförbundet
eva.nilsson.bagenholm@slf.se