

större förändringar i det svenska sjukvårdssystemet!

Spri studerade primärvård i olika länder. Man fann att systemen hade olika brister som vi var förskonade ifrån. En del av de bristerna importerade vi senare då husläkarsystemet genomfördes.

Jag har träffat utländska allmänläkare som avundas oss vårt samarbete med distriktsköterskor och hemtjänst. De vet att den medicinska behandling de kan ge patienten är en begränsad insats i förhållande till patientens behov.

Under en kort period 1992 trodde jag att kapiteringen skulle gälla individens behov av primärvård – en tilltalande lösning. Den enhet som fick kapiteringen skulle kunna bygga upp en välfungerande konkurrenskraftig primärvårdsenhet, med kompetenser för medicinsk vård, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande hälsovård.

Risk för uppsplittring

Den lösning som efter politiska kompromisser gick igenom innebar en stor risk för uppsplittring av primärvården. Denna risk fick stor genomslagskraft i delar av landet, bl a delar av Stockholms län. Ingen utvärdering av uppsplittrad respektive sammanhållna primärvård är gjord. En sådan är svår att göra, eftersom målen för förändringarna var oklara och till stor del ej handlade om kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Om man arbetar i en organisation där målen är oklara och motsägande, där prestationsmåten ej stämmer med uppsatta mål, där ingen frågar efter vad man är bra på att prestera, där budgeten ständigt ändras och där kraven ökar ju mindre resurser man får – då är det naturligt om man mår dåligt.

Kanske det har fördel att vara privat husläkare. Dels har de ett klart huvudmål: att få in pengar så att verksamheten går runt, dels har de ofta ekonomiska flerårsavtal.

Som skattebetalare/försäkringstagare vill jag att finansieraren har kontroll över sjukvårdsproducenten, så att vinstintresset ej blir för stort. Som läkare med folkhälsoinriktning är jag intresserad av att vården är jämlik.

Beträffande kostnadseffektivitet, jämlikhet och valfrihet har jag inte funnit något sjukvårdssystem överlägset de nordiska.

Ingrid Eckerman

specialist i allmänmedicin, Ektorps vårdcentral, Nacka

KORRESPONDENS



»Varför inte arbeta för att verkligen göra läkaren till ett gott föredöme?»

Varför dessa halvmesyrier i tobaksdebatten?

Efter att ha läst Håkan Unnegårds och Staffan Ohlssons korrespondensinlägg i tobaksdebatten (Läkartidningen 44/96) slår mig en tanke. Varför dessa halvmesyrier? Varför inte arbeta för att verkligen göra läkaren till ett gott föredöme? Varför bara begränsa sig till arbetstid?

Varför inte omedelbart verka för ett förbud mot intag av kakor, sötsaker och fet mat på landstingens arbetsplatser? Eller att förbjuda läkare att åka hiss? Begränsa överviktiga läkares patientkontakter!

Varför inte i anställningskontraktet kräva att läkaren använder hjälm under cykelturen till arbetet? Förbjud läkare att exponera sig för sol utöver vad D-vitaminsyntesen kräver!

Kräv att läkaren alltid sover minst 6 timmar per natt! Avkräv läkaren ett löfte att aldrig smaka något starkare än en lättöl! Tvinga läkaren att känna sig lycklig, inte bara på sin arbetsplats utan även hemma! På detta vis skulle vi alla kunna vara ett gott föredöme i alla aspekter, inte bara ur ett så snävt perspektiv som tobaksfrågan...

Pelle Gustafson

leg läk,
ortopediska kliniken,
tumorsektionen,
Universitetssjukhuset
i Lund

Replik:

Olika frågor blandas ihop

Pelle Gustafson buntar ihop min protest mot tobakspropaganda med Håkan Unnegårds inlägg om tobaksfrihet under bl a arbetstid, men angriper bara den senare. Dessa är för mig helt skilda frågor: den ena handlar om allmän moralkänsla och den andra om professionalism.

1. Swedish Match har som enda syfte att presentera en så stor vinst som möjligt. Visserligen kan man använda tändstickor till annat än att tända cigaretter, men de stora vinsterna görs ju på tobaksprodukter, som är de enda lagliga produkter som rätt använda så uppenbart skadar användaren. Alkoholhaltiga produkter är förvisso skadliga i övermått, men måttlighetsdrinkaren löper en mycket ringa risk för skador av sitt bruk. »Måttlighetsrökaren» däremot löper en avsevärt ökad risk för att drabbas av sjukdomar i hjärta, kärl och lungor m m.

Inte nog med att användaren själv drabbas av dessa skador – även den omgivning som passivt utsätts för tobaksröken drabbas av dess skadliga effekter, om än i inte riktigt lika stor utsträckning. Dessa skadliga effekter av passiv rökning finns dokumenterade i ett otal studier de senaste 15 åren, de är tobaksindustrins akilleshäla och bakgrunden till produkter som den rökfria cigarett »Inside» m fl. Det är också för att skydda den icke-rökande majoriteten av den svenska befolkningen (ca 75 procent) som Tobaks-

lagen (SFS 1993:581 samt 1994:98) tillkommit.

Att finansiera studier för att motbevisa detta må vara förståeligt från tobaksindustrins synpunkt – de har ju sina aktieägare att tänka på! – men att just Läkartidningen låter publicera en dylik annons, har jag svårt att smälta.

2. Att lukta rök eller ståta med en snusbuktande läpp inför patienten med hjärtinfarkt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, lungcancer, osteoporos eller inför den gravida kvinnan måste väl anses som lika oprofessionellt som att slicka gräden ur mungipan inför obesitaspatienten, knapra på sockerbitar inför diabetikern eller visa sig bakfull inför alkoholisten?! Jag är ingen förbudsvirare, men vi måste börja se lika professionellt på tobaksfrågan som på andra medicinskt relevanta frågor.

Staffan Ohlsson

AT-läkare, Lidköping

Socialstyrelsens paradox om amalgam

Socialstyrelsens generaldirektör uttalar i en intervju i Läkartidningen 42/96 att verksamheten vid Amalgamenheten i Uppsala borde avbrytas under tiden som en utvärdering genomförs. Han tillägger att patienternas behov – även på sikt – bör kunna tillfredsställas av den reguljära sjukvården och tandvården. Men den möjligheten har Socialstyrelsen själv saboterat genom att i många år förneka att amalgam är ett hälsoproblem fränsett enstaka allergiska reaktioner [1-3].

Socialstyrelsens negativa attityd grundas på felaktig tolkning av befintlig litteratur, och den har vid skilda tillfällen saluförts av Socialstyrelsens tjänstemän och experter i Läkartidningen, Tandläkartidningen och massmedia, och senast vid Läkardagarna i Örebro 1996 [4].

Detta har lett till att flertalet läkare inte velat eller kunnat sätta sig in i amalgamproblemet och inte vet vilka symtom som kan associeras med påverkan från amalgam.

Vågar inte ställa diagnosen

Läkarna undviker att ta en tandanamnes och att ägna en

minut åt tandstatus. De vågar inte ställa diagnosen kvicksilverförgiftning, utan håller sig till ospecifika diagnoser såsom kronisk trötthet, huvudvärk etc, detta för att inte stöta sig med försäkringskassan eller Socialstyrelsen.

En del försäkringskassor accepterar inte diagnosen kvicksilverförgiftning.

En av mina patienter skickades av denna anledning till Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, där hon efter tre veckor fick diagnosen trötthet + muskelvärk. Vilket slöseri med allmänna medel för att få fram en annan diagnos än kvicksilverförgiftning.

I tandvården medför Socialstyrelsens agerande att flera tandläkare fortfarande använder amalgam, medan andra ger sig på att avlägsna amalgam ur tänderna utan att iakttäta nödvändiga skyddsåtgärder. Detta leder ibland till svåra och långvariga reaktioner hos patienterna och försämrade hälsa hos tandvårdspersonalen.

Vad som behövs är andra signaler från Socialstyrelsen, och därefter ett mödosamt arbete med omskolning av läkare och tandläkare.

Fredrik Berglund
professor, Sollentuna

Referenser

1. Socialstyrelsens allmänna råd om utredning av patienter med symtom som antagits bero på kvicksilverexponering från amalgam samt om användning av amalgam. SOSFS 1988: 9.
2. Socialstyrelsens allmänna råd om utredning av patienter som sätter sina symtom i samband med kvicksilver från amalgam. SOSFS 1991: 6.
3. Rapport från Socialstyrelsens expertgrupp. Blir man sjuk av amalgam? SoS-rapport 1994-21.
4. Langworth S. Amalgamsjuka. Kropp och själ, Psykosomatik i praktisk sjukvård. Stockholm: Spri, 1996: 261-8.

Replik

Utvärderingen vid Amalgamenheten gav vid handen att rätt diagnos redan var ställd när patienten remitterades dit. Det förefaller därför onödigt med en särskild utredningsenhet. Det tycks också som om ökad försiktighet redan iakttogs vid amalgamsaneringar.

För närvarande arbetar en grupp på Socialstyrelsen med att följa amalgamfrågan och också bevaka att patienter, vars

besvär bl a hänförs till amalgam, bemöts på ett professionellt sätt.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

Begreppsoreda i resursfördelningsdiskussionen

I Läkartidningen 42/96 finns tre artiklar som med olika vinkling tar upp vårdbehovsresurser och (o)-jämlighet i vården, Finn Diderichsen och Eva Varde; Bengt Haglund och Måns Rosén; samt Peter Allebeck.

För Diderichsen och Varde är antal sjukskrivningsdagar och förtidspensionering viktigast som grund för resursfördelning.

Skälet anges vara att dessa uppgifter är tillgängliga i register (Cajsa Warg-principen), inte att de är lämpliga. Detta mått inverkar på fördelningen av miljarder kr, men har så vitt jag har fått fram inte validerats mot sjuklighet eller hur denna påverkas av behandling och prevention.

Förledande terminologi

Deras terminologi är förledande; man använder »behovsindex» (deras Tabell IV), trots att det rör sig om efterfrågan och konsumtion. Det politiska språkets ibland avsiktliga mångtydighet får sin efterföljd i arbeten där forskaren i den rollen drar ner den vårdadministrativa mössan över sina forskarögon och -öron.

Dagens snabba och genomgripande vårdpolitiska beslut gör att underlagen för dem riskerar bli inaktuella. Diderichsen och Varde prioriterar i det fortsatta arbetet att inkludera fler variabler, en allt mer förlängsamt process.

Slutligen, behovsindikatorer »... must be validated, ...» [1].

ULF-materialet

Haglund och Rosén påpekar sjuklighetens centrala betydelse för vårdutnyttjandet. De har bearbetat det rikhaltiga ULF-materialet, SCBs undersökning av levnadsförhållan-

den, som bl a innehåller uppgifter om upplevd hälsa.

Jag tror också på deras bedömning att vårdutnyttjandet sannolikt är jämlikt, medan ej tillgodosedda vårdbehov inte är det. Valideringsstudierna av ULF är tyvärr få och rätt små (koordinator G Nordström, SCB) och pekar på inte lösta problem i tolkningen av självrapporterad sjukdom och dess svårighetsgrad i översättningen till diagnos.

En kombination av strategierna, bl a samkörning (Datainspektionen?) av Diderichsens och Roséns material på individnivå skulle sannolikt komma sanningen närmare. Folkhälsoinstitutet efterlyser satsning på internationalitet och interventionsstudier [2].

Kompletterande metoder i överflöd

Allebeck tar i sin medicinska kommentar upp de grundläggande värderingar och beslut som »måste» ligga bakom varje diskussion och resursfördelning och principen »rätt till vård på lika villkor». Hans utgångspunkt är att hälsotillstånd och tillgång till vård är starkt snedfördelade. Allebeck efterlyser »kompletterande metoder». Dessa finns redan i överflöd i den vetenskapliga litteraturen, men används föga i den aktuella politiska diskussionen [3].

Allebecks slutkläm »... att prioritera områden där vi har anledning att tro att resurserna gör mest nytta», är »more of the same».

Mals inte ner av och in i byråkratpolitisk maskineriet!

Analysera vad de grundläggande begreppen, t ex behov, nytta, efterfrågan, jämlighet står för i forskning och resursfördelningsdebatt!

Erik Allander
professor,
Socialmedicinska enheten,
Huddinge sjukhus

Referenser

1. Pampalon RT, Saucier A, Berthiaume N, Ferland P, Couture R, Carise P et al. The selection

of needs indicators for regional resource allocation in the fields of health and social services in Québec. Soc Sci Med 1996; 42: 909-22.

2. Folkhälsoinstitutet inför sekelskiftet. Folkhälsoinstitutets fördjupade anslagsframställning 1997-1999. Folkhälsoinstitutet, 1996: 83.

3. Allander E. Vad åstadkommer ett sjukhus? Det går att finna enkla mått på vårdresultat. Läkartidningen 1994; 91: 1949-52.

Socialstyrelsen och hjärtinfarktdödligheten

Socialstyrelsens numera famösa utredning om hjärtinfarktdödligheten vid svenska sjukhus under åren 1992-1994 kommenteras nu på flera håll. De flesta kommentarerna hittills har kretsats kring de aktuella siffrornas riktighet. Detta är inte överraskande med tanke på att man valt att studera en tidsperiod från dag 3 till dag 15, och resultaten är ju därför ej direkt jämförbara med kliniskernas egna mortalitets-siffror. Själva grundidén att jämföra icke jämförbara patientmaterial är också ett skäl att diskutera och ifrågasätta hela undersökningen.

Den ovan startade diskussionen är viktig om än något teknisk och får enligt min uppfattning inte dölja den viktigare frågan om motivet för Socialstyrelsen att producera denna rapport. Den har redan i skrivande stund fått ett stort genomslag i medierna och skapat såväl glädje som förstämning ute på sjukhusen och inte minst oro hos patienterna.

Jag skulle tro att de flesta i dessa kvalitetssäkringstider finner det naturligt att tillsynsmyndigheten ser det som sin uppgift att bevaka att de svenska sjukhusen når upp till acceptabel standard, men att denna undersökning skulle bidra till detta är mycket svårt att förstå. De sjukhus som statistiskt har en klart ökad mortalitet har inte blivit föremål för någon revision av Socialstyrelsen trots att deras resultat faller utanför det 95-procentiga konfidensintervall, vilket med tydlighet visar vilken tilltro myndigheten själv har till sina siffror. För de utpekade sjukhusen hade dock en revision närmast varit att betrakta som en rättighet med tanke på det mediala gat-

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.