

God vårdkvalitet trots kortare vårdtider

De senaste tio åren har medelvårdtiderna halverats inom internmedicin i Sverige, och utvecklingen mot ultrakorta vårdtider väcker oro. Finns det kvalitetsvinster med korta vårdtider som är svåra att se på grund av brist på kvalitetssystem som »känner av» bra eller dålig vårdkvalitet. Inom internmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en akutmedicinsk enhet med målsättning att på ett optimalt sätt handlägga patienten oavsett diagnos, och planera för rätt vårdnivå, tempo och diagnostik/behandling, vid behov i samverkan med grenspecialister. Är denna typ av organisation en lämplig modell för framtiden inom internmedicinen?

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU/S) är en komplex organisation som under de senaste åren genomgått omfattande organisatoriska förändringar parallellt med förändrade medicinska krav. Förändringarna har i många delar varit positiva ur huvudmannaperspekti-

vet, men inte alltid till fördel för verksamheten, dvs patientvården. Detta medför att ökande fragmentering kan skapa komplicerade ansvarsförhållanden, och därför ökar risken för medicinska felbedömningar och tempoföruster. Flertalet, för närvarande >90 procent av patienterna, kommer nu som tidigare [1] via akutintaget, ofta med fler än en diagnos eller orsak till vårdbehovet [2]. Vi vet också att behovet av akutmedicinsk kompetens sannolikt fortfarande ökar [3]. Inom framför allt universitetssjukhusen har en ökad specialisering och fragmentering inneburit att man ofta kondenserat kompetens kring ett begränsat diagnosutbud inom en geografisk enhet, ibland med hårt planerad verksamhet som fungerar bra på kontorstid. Risker med alltför fragmenterad organisation är att patienten hamnar i »fel» säng och/eller träffar »fel» specialist. Det kan också innebära att tomma sängar står och väntar på »sina» diagnoser, vilket från ekonomisk och medicinsk säkerhetssynpunkt är förkastligt. Riskerna med sådan utveckling har tidigare tagits upp [4].

I samband med en omorganisation 1989 förändrades verksamheten kring akutvården vid Sahlgrenska intagningsavdelning. Flerdygnsvård med inriktning mot akutvård, observation och primärhandläggning infördes. Enheten dominerades av akut internmedicin och bemannades därför med internmedicinare med övriga specialiteter som konsulterande patientansvariga läkare. Denna modell, med ett diversifierat ansvar, visade sig bristfällig avseende svarsfrågan för patientansvarig läkare (PAL-skapet) när patienten hade flera diagnoser, som var för sig skulle handläggas av två eller flera läkare.

I samband med omorganisationen reducerades medelvårdtiderna, och allt fler patienter handlades direkt av överläkarkompetent internmedicinare utan fördröjning. I denna modell med 19 vårdplatser var medelvårdtiden 1,7 dygn med ca 3 800 vårdtillfällen/år. 70 procent av patienterna färdigvårdades och skrevs ut till eget boende, 15 procent flyttades ut på medicinavdelning, kardiologavdelning, njuravdelning och dylikt för fortsatt vård och utredning, 15

procent gick till geriatrisk rehabilitering. En starkt bidragande orsak till kortare vårdtider var samverkan med geriatriken.

Ny akutenhet för internmedicinska diagnoser

Nya Sahlgrenska invigdes i maj 1996, och medicinområdet hade uppdraget att organisera akutsjukvården av patienter med internmedicinska diagnoser. En enhet med 40 platser i anslutning till akutintaget utrustades för att klara stora patientflöden och patienter med multidisciplinärt vårdbehov. Enheten skapades genom att intagningsavdelningen och en medicinavdelning som tidigare fungerat som slag-anfallsenhet slogs ihop och bildade en akutenhet.

Starka men enkla rutiner skapades utifrån verksamhetens behov, och ett processtänkande etablerades i organisationen. Bemanning, schema och rutiner skiljde sig därför från de traditioner som finns/fanns inom internmedicinen i övrigt. Personalsammansättningen utgörs av sjuksköterskor och undersköterskor 50/50, vilket verkar vara en optimal kvot med nuvarande medicinska och omvårdnadsmässiga krav.

En stark samverkan har under året byggts upp tillsammans med akutintag, intensivvård, lungmedicin, njurmedicin, kardiologi, neurologi, infektionsmedicin, geriatrik samt servicedisciplinerna. Enheten ligger samlad i gatuplanet i anslutning till akutintag med hjärtavdelningar, intensivvård och röntgen i samma hus.

Flyttandet av slaganfallskompetensen innebär att en teammodell skapats med målet att fler slaganfallspatienter skall få tillgång till teamets kompetens än tidigare, då endast 25 procent av alla slaganfallspatienter inom medicinområdet sköttes inom slaganfallsenheten. Flexibiliteten i det nybildade slaganfallsteamet medför att akutrehabilitering kan starta omedelbart och fortsatt rehabiliteringsplanering initieras med rätt vårdgivare.

Tyngdpunkten i slaganfallsteamets arbete ligger i handledning, utbildning och samordning, samtidigt som teamets resurser kan användas till an-

Författare

BENGT R WIDGREN

docent, överläkare och chef för akutmedicin

BENGT PERSSON

docent, överläkare

CHRISTINA SANDBERG

leg sjuksköterska, avdelningsföreståndare

ROSE-MARIE RYDBERG

legitimerad sjuksköterska, avdelningsföreståndare

LILLEMOR SVENSSON

legitimerad sjuksköterska; samtliga vid avdelningen för akutmedicin, divisionen för invärtesmedicin, thorax- och kärlkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Tabell I. Vanligaste huvuddiagnoserna inom akutmedicinenheten, vilka utgör 78 procent av alla vårdtillfällen.

Huvuddiagnos	Antal/ 12 månader
Bröstmärta	1 038
Lungsjukdomar ¹	565
Slaganfall/TIA	509
Hjärtsvikt	470
Angina pectoris	449
Arytmier	386
Intoxikationer	319
Hjärtinfarkt	235
Lungemboli/DVT	168
Epilepsi	110
Sepsis	43
Totalt	4 292

¹Kronisk obstruktiv lungsjukdom, astma, pleurit, pneumoni.

nat när antalet slaganfallspatienter är lågt.

Specialistbedömning inom tolv timmar

Inom den nya akutenheten producerades de första tolv månaderna 5 476 vårdtillfällen med en medelvårdtid på 2,7 dagar och en medelålder hos patienterna på 67 år. Utomlänspatienterna inom akutvårdsavdelningarna utgör 6 procent av produktionen, resten är Göteborgspatienter. Inom medicinområdet produceras ca 10 000 vårdtillfällen/år med en medelvårdtid på 4,5 dagar, akutenheten inräknad. Under hela vårdtiden inom enheten är överläkaren PAL (patientansvarig läkare) för alla patienter.

Patientansvarig sjuksköterska (PAS) som funktion finns 24 timmar/dygn genom ett flexibelt patientfördelningssystem. Arbetssätt och rutiner har anpassats till verksamhetens krav, vilket innebär att enheten rondas av specialistkompetent läkare tolv gånger i veckan, två gånger/dag vardagar och en gång övriga dagar. Målet är att alla patienter skall bli bedömda av specialist i internmedicin inom tolv timmar dygnet runt, året runt. Rutiner för provsvarshantering och remissvar har rationaliserats för att minska ledtiden mellan ordination och spårbart svar. Patientansvarig sköterska sköter därför alla inkommande medicinska uppgifter kring sina patienter och journalför dessa i den medicinska journalen.

Patienter som är i behov av vård/utredning hos grenspecialiteterna flyttas efter akutfasen. Dessa utgör 4,7 procent av totala antalet vårdtillfällen. Huvuddelen av dessa går till kardiologi, lungmedicin och övrig internmedicin. Till geriatrisk rehabilitering överförs för närvarande 7,8 procent, och enstaka procent går till eftervård. Resten av pa-

tienterna färdigvårdas och skrivs ut till eget boende eller servicehus. De vanligaste huvuddiagnoserna inom enheten framgår av Tabell I. Antalet bidiagnoser inom akutavdelningarna är 1,76 enligt DRG-databasen, en hög siffra vilken beskriver att patienterna ofta är multipelt sjuka.

Produktiva, ekonomiska och kvalitativa verksamhetsmål

Verksamhetsmålen, som satts upp i samråd med ledningen, verksamma överläkare, avdelningsföreståndare och personal, innehåller produktiva, ekonomiska och kvalitativa mål.

I de produktiva målen ingår att enheten alltid skall kunna erbjuda eller ordna en vårdplats. Patienten skall erhålla ett snabbt omhändertagande med hög kompetens oavsett diagnos. Det aktuella vårdbehovet och inte diagnosen skall kvalificera patienten för vård inom enheten. Flyttning av patienten skall undvikas om det inte är medicinskt indicerat och PAL-ansvar och PAS-ansvar skall vara tydligt och spårbart. Verksamheten skall fungera 24 timmar/dygn avseende kvalitetsmålen, dvs tillgänglighet av specialist i internmedicin, hållbara rutiner för att snabbt komma till rätt undersökningar, laborationer och behandling.

Det ekonomiska målet för verksamheten är att enhetens kostnad för de tio vanligaste diagnoserna var för sig skall ligga inom den ersättningsram som sjukhuset erhåller från beställaren.

Samverkan med grenspecialister

En rad olika modeller har prövats på enheten för att få tillgång till grenspecialisternas kunskap och resurser. Den nuvarande modellen bygger på principen lokalt PAL-ansvar av en specialist i internmedicin (överläkaren) och en i princip remissfri konsultation med i huvudsak bakjourkompetent grenspecialist, där dokumentationen sker direkt i patientjournalen. Grenspecialisterna har som primärjourer inläggningsrätt, och om patienten stannar kvar inom enheten övertas PAL-skapet nästa dag av enhetens överläkare.

Under hösten 1996 genomfördes ett projekt i samverkan med kardiologsektionen med målet att bättre strukturera omhändertagandet av patienter med bröstsmärta/ischemisk hjärtsjukdom. Primärt fanns önskemål om att bilda en bröstsmärtenhet, men eftersom enheten präglas av akutmedicin med flera andra indikationer för monitorering än bröstsmärta fann vi att en geografiskt avgränsad enhet med »diagnosmärkta» sängar var orationell. I stället skapades en modell med flexibelt omhändertagande som baserades på teknisk och

medicinsk kompetens inom hela enheten. Kompetensen samlades genom detta runt patienten oavsett var patienten placerades. Arbetsmodellen hade tidigare prövats av enhetens slaganfalls-team med gott resultat.

I samverkan med geriatriken har rutiner utarbetats för omhändertagande av patienter med direkt behov av geriatrisk rehabilitering och vårdplanering inför sjukhem, hemsjukvård och dylikt i syfte att minska väntetiderna inom akut-sjukvården. Liknande modeller har reducerat medelvårdtiden för patienter med behov av geriatrisk rehabilitering, om primärbedömning och vårdplanering sker tidigt i vårdförloppet [4]. Inom enheten finns därför sedan flera år ett team med geriatriker och kurator som vid behov i samverkan med enhetens sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och läkare tidigt bedömer behovet av eventuell rehabilitering.

För flera diagnosgrupper har vårdprogram eller liknande dokument utarbetats och implementerats i samverkan med grenspecialisterna, bl a för slaganfall, tromboembolism, kronisk obstruktiv lungsjukdom, respiratorisk insufficiens, och torakalt aortaaneurysm.

Hög teknisk och medicinsk kompetens

Enhetens 40 vårdplatser är utrustade med tolv monitorer för EKG, blodtryck, pulsoximetri och andningsfrekvens. Utöver de fasta monitorerna finns 16 kanaler för telemetri samt centralenheter och slavmonitorer. Enheten förfogar över CPAP-utrustning och genomför självständigt arbets-EKG. Enheten sköter i samverkan med grenspecialister patienter med multidisciplinärt vårdbehov och exempelvis CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis), pleura-dränage och dylikt. Enheten har ett relativt bra IT-stöd med tillgång till Internet, och försök med datoriserad patientjournal pågår. Enheten har för närvarande sekreterare alla dagar på dagtid. Läkarbemanning utgörs av två överläkare och fyra avdelningsunderläkare.

Utvärdering av dokumentation och vårdprocesser

Kvalitetsarbete inom sjukvård, och då särskilt inom internmedicinen, är komplicerat. Svårigheten att finna bra kvalitetsindikatorer, som på ett objektivt sätt kan särskilja bra kvalitet från mindre bra, är uppenbar. De flesta modeller har svagheter och är många gånger alltför subjektiva och svårvärderade för att kunna användas som planeringsinstrument.

Vi har konsekvent försökt att välja objektiva variabler och kriterier som går att studera mer än vid enstaka tillfällen. Detta innebär att vi har valt att begränsa

oss till dokumentation och vårdprocesser. Dessutom har patientenkäter från medicinrådet delvis använts som verktyg i utvärderingen. Här redovisas resultatet från tre analyser som gjorts under 1996 och 1997. Syftet var att dels testa modellen för kvalitetsarbete, dels genomföra en mindre internrevision som sedan skulle ligga till grund för framtida kvalitetsindikatorer och modeller.

Patientenkät visade hög procent nöjda patienter

Resultatet från patientenkäten analyserades avseende den av patienten upplevda kvaliteten på informationen, vårdtidens längd och kompetensen hos vårdpersonalen. 191 slumpvist utvalda patienter tillfrågades via frågeformulär som besvarades anonymt.

Av denna enkät framgick att 82 procent av patienterna var nöjda med informationen de fick på akutintag och vid utskrivningssamtal. 75 procent ansåg vårdtiden lagom, och 10 procent ansåg vårdtiden för kort. 89 procent ansåg vårdpersonalen tillräckligt kompetent för sin uppgift.

En retrospektiv undersökning gjordes på 188 konsekutiva patienter (alla vårdtillfällen på akutenheten under tio dagar) där journalhandlingar analyserades enligt ett protokoll med nio frågor av objektiv natur.

Medelåldern var 67 år, varav hälften kvinnor. Vårdtiden var 2,67 dagar. I medeltal hade patienterna 1,78 bidiagnoser. Av dessa 188 patienter avled 1,6 procent, 77 procent skrevs ut till eget boende, och 22 procent till annan vårdavdelning inom SU/S, geriatrisk vård, sjukhem, servicehus eller eftervård.

41 patienter eller 22 procent hade någons gång under den senaste sex månadersperioden vårdats inom SU/S.

Resultatet från journalgenomgången visade att huvuddiagnos, utredning och given behandling samt status vid utskrivning fanns väl beskrivna i journalen. Endast i ett fåtal procent saknades en eller flera av dessa uppgifter. 97 procent av patienterna vårdades på rätt vårdnivå, dvs krävde inte flyttning till annan specialitet av medicinska skäl. Uppföljning i öppenvård och poliklinisk planering efter vårdtillfället var något sämre beskriven i journalen men fanns med i 85 procent av epikriserna. Avseende uppgifter om aktuella läkemedel vid utskrivning fanns detta i 90 procent av epikriserna, och uppgift om vem (läkarens namn) som ansvarar för patienten i öppenvård eller primärvård var beskriven i 84 procent.

En andra kvalitetsuppföljning gjordes med tre olika frågeställningar ur 100 konsekutiva patientjournaler tre till fyra veckor efter utskrivningen.

- Kan nödvändiga data från vårdtillfället återfinnas i journalen?
- Patienten tillfrågades om man uppfattat sina diagnoser, skälet till vården, om återbesök erhållits och om patienten visste till vilken läkare och mottagning som återbesöket var planerat.
- Dessutom kontaktades vårdcentraler, öppenvårdsmottagningar och tillfrågades om information (epikris) erhållits och om informationen var uppfattad, dvs om patienten fått ett planerat återbesök hos ordinarie läkare.

Resultatet av denna undersökning visade att >90 procent av journalerna innehöll nödvändiga medicinska data samt uppgifter om PAL i öppenvården och planerad uppföljning. Vid telefonintervjun svarade 90 procent av patienterna att de kände till sin huvuddiagnos, 82 procent hade fått tid för återbesök, och 83 procent av dessa visste till vilken läkare. Vid kontakt med öppenvården hade 90 procent av patienterna fått ett återbesök inbokat på vårdcentralen, och i 92 procent hade man fått epikris.

Sverige har de kortaste medelvårdtiderna i Europa

Akutvårdsavdelningar av denna typ tenderar att alltid vara i fokus avseende vårdkvalitet, produktion, arbetsmiljö och ekonomi. Detta är naturligt med tanke på att hög produktionstakt ställer särskilda krav på organisation, ledning och kompetens, samtidigt som det finns medicinska och omvårdnadsmässiga risker med hög produktionstakt. Inom akutmedicin finns också metodologiska svårigheter att genomföra kvalitetsanalyser som på ett objektivt sätt beskriver levererad vårdkvalitet.

Sverige har sannolikt de kortaste medelvårdtiderna i Europa, och erfarenheter från tidigare har visat att medelvårdtiden reducerats i liknande organisationer som på akutenheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset SU/S [5, 6]. Akutavdelningar har också visat sig effektivare avseende vårdtid och vårdekonomi än traditionella vårdavdelningar [7, 8]. Kvotering av patientflödet från akutintaget till vårdavdelningarna har också visat sig reducera medelvårdtiden [9]. I Dimfog IV beskrevs riskerna med en alltför fragmenterad vård, och man förutsåg också en utveckling inom internmedicin som liknar den vi har beskrivit här [4].

Kvalitetsmålen har klarats bra

I vår revision finns det inget tydligt tecken på att korta vårdtider medför att patienterna skrivs ut i förtid. Även om målet är 100 procents spårbarhet på alla patientdata fann vi att dokumentationen var relativt god utan allvarliga brister

och att PAL i öppenvården har goda förutsättningar att klara ett fortsatt omhändertagande av patientens polikliniska vårdbehov med levererad information. Patienterna verkar också välinformerade om diagnos och fortsatt planering. Dokumentation, rutiner och kvalitetsmål klaras bra. En analys av de 22 procent som tidigare inom sex månader vårdats vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset visade att huvuddelen av dessa var patienter med flera kroniska sjukdomstillstånd som var för sig ofta kan motivera ett intermitterande behov av slutenvård. Andelen patienter, utskrivna från akutenheten, som återkom inom sju dagar var 2 procent. Denna låga återinlägningsfrekvens talar emot att patienterna skrivs ut »halvfärdiga». Tidigare studier har också visat att de patienter som återinläggs inom internmedicin är de med i huvudsak längre vårdtider [10].

Större medicinsk säkerhet och kostnadseffektivitet

Utan tvekan har akutenheten medfört att medelvårdtiden ytterligare reducerats. Det tycks också finnas andra vårdkvalitativa fördelar som sannolikt innebär större medicinsk säkerhet och kostnadseffektivitet än med tidigare arbetssätt.

Denna undersökning visar att man trots korta vårdtider och stora patientflöden, med i princip samma bemanning som enheter med lägre flöde, kan klara god vårdkvalitet. Utvärderingen antyder också att det med starka rutiner, moderna arbetsmetoder och multidisciplinär kompetens hos personalen kan skapas god vårdkvalitet med korta vårdtider. Innehållet under vårdtiden betyder sannolikt mer än vårdtiden för de flesta patienter.

Erfarenheterna från samverkansprojektet visar också att man med gemensamma mål och tydlighet i ansvarsförhållanden inom verksamhetsområdet kan skapa effektiv, rationell sjukvård som är till fördel för både patienter och huvudman.

Kompetenstillväxt de närmaste åren

Sannolikt kommer liknande enheter att växa fram på andra håll i Sverige. Modellen är kostnadseffektiv och kommer, med rätt organisation, rutiner, teknisk och medicinsk kompetens, att leverera högkvalitativ akutsjukvård.

Framtiden inom vår enhet kommer sannolikt att, om huvudmannen vill, präglas av kompetenstillväxt de närmaste åren. Även om vårdtiden aldrig varit ett mål i sig, utan ett resultat av arbetssättet, är kortare vårdtider inom enheten, med nuvarande metoder för diagnostik, knappast möjlig. Verksamhets-

målen för de närmaste åren är kompetenstillväxt, ökad samverkan med akut-intaget, ökade möjligheter till näranalys av de vanligaste laborationerna, ökade möjligheter till snabb översiktsdiagnostik med exempelvis ultraljudskardiografi, utveckling av kommunikation och dokumentation med IT-stöd samt fortsatt utveckling av kvalitetssäkringsarbetet. Dessutom pågår ett samarbete för att utveckla liknande enheter inom den nya sjukvårdsorganisation som skapats i Göteborg där Sahlgrenska, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus slagits samman till en organisation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SU.

Referenser

1. Böttiger LE, Larsson M. Intagning och utskrivning vid medicinavdelning inom Storstockholms-området. Läkartidningen 1976; 73: 1207-9.
2. Bergsen O, Björnstad E, Nordhaug B, Abildgaard U, Stene-Larsen G. Internal medicine-limited or wide medical speciality? Tidsskr Nor Laegeforen 1990; 110: 3357-8.
3. Fagrell B. Minskad akutsjukvård – en felsekulation! Läkartidningen 1985; 82: 87-8.
4. Dimfog IV. Stockholm: Svensk internmedicinsk förening, 1996.
5. Khan SA, Millington H, Miskelly FG. Benefits of an accident and emergency short stay ward in the staged hospital care of elderly patients. J Accid Emerg Med 1997; 14: 151-2.
6. Porath A, Reuveni H, Grinberg G, Lieberman D. The intermediate care unit as a cost-effective option for the treatment of medical patients in critical condition. Isr J Med Sci 1995; 31: 674-80.
7. Glucksman E, Costello J, Smith D. King's College Hospital A&E department. BMJ 1992; 305: 954.
8. Hallert C. Akuta återinläggningar inom 14 dagar vanliga. En tvåårsstudie på en medicinklinik. Läkartidningen 1995; 92: 3670-2.
9. Rotstein Z, Barabash G, Noy S, Wilf-Miron R, Shani M. Allocation of emergency ward patients to medicine departments: increasing physicians incentive to shorten length of stay. Public Health Rev 1996; 24: 37-48.
10. Hadden DS, Dearden CH, Rocke LG. Short stay observation patients: general ward are inappropriate. J Accid Emerg Med 1996; 13: 163-5.

Även preventionen bör vara evidensbaserad

Prevention och folkhälsoarbete inom primärvården

Primärvårdens roll i det förebyggande arbetet har diskuterats på senare år, såväl på individ- som på familje- och samhällsnivå. Det finns ett mycket brett stöd för tanken att det är bättre att förebygga sjukdomar än att behandla, och bevis för denna uppfattnings bärkraft har hämtats från bl a infektionssjukdomarnas bekämpande, inte bara med vaccinationer utan också med förebyggande hygieniska och sociala åtgärder. Ett annat viktigt och framgångsrikt exempel är den förebyggande tandhälsovården. En rad olika primärvårdsbaserade preventionsprojekt, som har startats och genomförts med växlande framgång alltsedan 1970-talet, blir belysta. Behovet av en utveckling av den evidensbaserade medicinen till evidensbaserad prevention understryks.

I underlagsstudier till den stora HS90-utredningen slogs det 1984 fast att primärvården har en mycket viktig roll att spela i det förebyggande arbetet, i samarbete med såväl kommunala som statliga myndigheter och frivilligorganisationer [1]. Det talades om arbetsuppgifter vad gäller upplysning om hälsorisker, screeningverksamhet samt gruppaktiviteter riktade till bl a nyblivna föräldrar. På samhällsnivå ansåg man att primärvården skulle kunna dels vara med och samla in lokala hälsodata från befolkningen inom upptagningsområdet, dels delta i en vidare samhällsplanering i lokalsamhället, med stöd av t ex landstingens samhällsmedicinska enheter [1]. Denna uppfattning har dock ifrågasatts av HSU 2000-utredningen, som i ett delbetänkande (SOU 1997: 119) nyligen föreslagit att primärvårdens preventionsarbete enbart skall vara individinriktat, inte samhällsinriktat. En medlem av HSU 2000, Göran Dahlgren, var dock av annan mening.



SERIE Folkhälsa

Tidigare artiklar i serien »Folkhälsa» har publicerats i Läkartidningen 35, 36, 37 och 39/97.

Författare

PETER NILSSON
docent i allmänmedicin

ÅKE ISACSSON
docent i samhällsmedicin, båda vid institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper, Lunds universitet.

Han anser i en reservation att utredningen inte redovisat vad som faktiskt gjorts och görs inom folkhälsoarbete med primärvården som bas. Bland annat detta är fokus för denna översiktsartikel.

Kritik mot preventionens metoder och resultat

Hela tiden har det förebyggande arbetet således varit omdebatterat, och kritik har pekat på dålig vetenskaplig grund, bristande kostnadseffektivitet samt, ur etisk synvinkel, tvivelaktigheter vad gäller legitimitet och etik i att närma sig friska människor med riskfaktorresonemang. Särskilt den numera avlidne preventionskritikern Petr Skrabanek från Dublin har framhållit att mycket i preventionsarbetet står på dålig vetenskaplig grund och att preventionsprojekt måste bedömas av etiska kommittéer före start [2]. Även i vårt land finns det gott om kritiker som angripit preventionsarbetet från liknande utgångspunkter, och detta har märkts i debatten [3]. Man kan också konstatera att många goda föresatser på området har gått om intet i ett allt kärvare ekono-