

Stockholms läkarorganisationer: Slopa remisstvånget – det stjäl tid från patientarbetet

Landstingets planer på remisstvång till alla privata specialister – utom de i gynekologi, psykiatri och barnmedicin – måste stoppas, hävdar Stockholms läkarförening och Stor-Stockholms privatläkarförening. Remisstvång omyndigförklarar kunniga patienter som själva kan avgöra om de behöver träffa en generalist eller en specialist, och skapar köer och onödiga konflikter i vårdarbetet.

THOMAS FLODIN
ordförande, Stockholms läkarförening;
hjärtläkare
thomas.flodin@medhs.ki.se

CHRISTER SJÖDIN
ordförande, Stor-Stockholms privat-
läkarförening; psykiater
sjodin.christer@telia.com

CAROLINE ASPLUND
1:e vice ordförande, Stockholms läkar-
förening; distriktsläkare
Caroline.Asplund@slpo.sll.se

Med hänvisning till den dåliga ekonomin införde Stockholms läns landsting i maj 2004 remisstvång för besök hos privata hud- och öronläkare. Förhoppningen var att spara 50–100 miljoner kr per år. Efter fyra månader har landstingsledningen inte kunnat visa några besparingar. Ändå vill man införa remisstvång för alla specialiteter utom gynekologi, barnmedicin och psykiatri. Som skäl anges att man vill stärka husläkarnas ställning i vården. Att söka sin husläkare skall vara ett naturligt förstahandsval när invånarna Stockholm behöver sjukvård.

Ett annat motiv, som högre tjänstemän i landstinget framfört direkt till oss, har negativa förtecken. De tycker att de privata specialisterna genom att vara attraktiva för många patientgrupper hindrar husläkarna från att höja sin kompetens till samma nivå som den husläkarna har ute i landet – en häpnadsväckande nedvärdering av husläkarna i Stockholm.

De ekonomiska konsekvenserna

I Stockholms läkarförenings överläggningar med den politiska ledningen har vi fått ett löfte om att de ekonomiska konsekvenserna av remisskravet skulle granskas innan landstinget gick vidare. Ekonomin har framhållits som det helt avgörande motivet för remisstvång, och landstingsledningen har tillbakavisat att det skulle finnas en dold agenda, att införa ett grindvaktssystem. Gäller inte dessa utfästelser längre?

Inför budgeten år 2005 vill vi dela med oss av våra erfarenheter. För patienterna innebär remisstvånget att de först måste besöka sin husläkare för att få remiss till den privata specialisten. I stället för ett besök får patienten göra två. Remisshanteringen tar tid från vårdarbetet för både husläkaren och specialisten. De privata hud- och öronläkarna har erfarenhet av fall där vården fördröjts, ibland till men för patienten. Därför avvisar privatläkarna remisstvånget.

Olika uppfattningar bland husläkarna

Bland husläkarna finns olika uppfattningar. Många menar att husläkarna genom sin specialistutbildning och sin praktiska kliniska erfarenhet klarar en hel del av de patienter som nu går direkt till de privata specialisterna. Remisstvång skulle därför kunna vara av godo för patienterna – under förutsättning att det finns tillräckligt många husläkare, och att var och en av dem har ett rimligt antal patienter att ansvara för. Så är tyvärr inte fallet idag. I husläkarperspektiv är det därför otillfredsställande att landstinget planerar ett generellt remisstvång. Husläkarna behöver tid för de svårast sjuka patienterna och kan då inte slösa sin tid på onödigt pappersarbete.

Som läkare ser vi patienternas ökande kunskaper som en viktig resurs i vården. De flesta patienter kan själva avgöra om de behöver träffa en specialist eller en generalist. Den kunskapen behöver vi ta tillvara och inte, som nu, motarbeta genom att införa ett remisstvång som omyndigförklarar patienten och skapar onödiga konflikter i vårdarbetet och vårdköer. Med patienter i köer tillfrisknar förstas en del, andra blir sämre och några dör. Men inte är det en sådan sjukvård vi vill ha i Stockholm. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Se även inlägg sidan 3371. *red*

Kliniska prövningar: GCP ingen kvalitetsgaranti

I kliniska prövningar betraktas följsamhet till »good clinical practice» (GCP) som det absolut viktigaste för att en studie ska kunna godkännas. Från kvalitetssynpunkt är det emellertid förberedelsearbetet som lägger grunden för det vetenskapliga värdet av en prövning. Dessa aspekter täcks inte av GCPs procedurer, vilket är uppseendeväckande, milt uttryckt.

MATS LÖRSTAD

PhD, adjungerad professor i kvalitets-
teknik, Linköpings universitet; styrelse-
ledamot i Berzelius Clinical Research
Centre AB i Linköping
matlo@ikp.liu.se

Inom klinisk prövning presenteras följsamhet till »Good Clinical Practice» (GCP) som det absolut viktigaste för att en studie ska accepteras av den godkännande myndigheten. Detta kan dock inte tolkas som att studien håller hög vetenskaplig kvalitet.

På läkemedelskongressen härförleden hade »Föreningen för klinisk prövning» en heldag för att diskutera gemensamma problem. Dagen avslutades med en allmän diskussion med frågor till representanter för Läkeemedelsverket.

Vad menas med »rumstemperatur»?

En fråga som engagerade flera av deltagarna var tolkningen av termen »rumstemperatur» och hur förvaring av prövningsläkemedel i en sådan miljö skall dokumenteras. Det fundamentalistiska synsätt som uppenbarligen omhuldas i branschen speglades i frågorna: Kunde t ex intervallet 15–25°C tänkas vara rumstemperatur eller borde det hellre snävas in till 18–22°C? Hur ofta skall man registrera temperaturen ifråga, räcker en gång i veckan eller krävs det kontinuerlig registrering? Rumstemperaturen i Afrika är väl högre än i Sverige?

De detaljrika synpunkterna ledde så långt att Läkeemedelsverkets representant kände sig föranlåten påpeka att med

ANNONS

ANNONS

Från kvalitetssynpunkt är det förberedelsearbetet som lägger grunden för det vetenskapliga värdet av en prövning.

sunt förnuft borde man kunna tolka användningen av begreppet rumstemperatur som ett sätt att indikera att temperaturen inte var en viktig faktor för sådana läkemedels hållbarhet.

Av frågorna att döma går företagsinterna tolkningar av GCP ut på att det gäller att med alla till buds stående medel försäkra sig om att myndighetens inspektörer vid sina besök inte hittar några oklarheter i dokumentationen av studerade patienter och deras behandling. Följaktligen ägnas liten uppmärksamhet åt det som myndigheten inte inspekterar.

Förberedelsearbetet lägger grunden

Från kvalitetssynpunkt är det förberedelsearbetet som lägger grunden för det vetenskapliga värdet av en prövning, i synnerhet definition av variabler och säkerställande av att de ansvariga för mätningarna har standardiserat sin förståelse av vad som ska göras. Dessa aspekter täcks inte av GCPs procedurer, vilket är uppseendeväckande, mildt uttryckt.

Ju fler undersökare som engageras för en studie, desto större betydelse har standardiseringsarbetet. För en enskild forskare spelar det liten roll, men för stora fas III-studier med kanske hundratals undersökare räcker det väl med att hänvisa till det sunda förnuft som myndigheten hoppas på, för att man ska förstå att man måste säkerställa likformighet i datahanteringen.

Brister i förberedelsearbetet

Enligt min bedömning är det brister i det planeringsarbete som ska säkerställa ett vetenskapligt hållbart resultat, som är anledningen till att det inte är så ovanligt att fas III-studier inte leder till förväntat resultat. Utanför läkemedelssektorn kallas sådant usel kvalitet. Brister i GCP-kontrollen av det löpande arbetet har inga sådana effekter; frågan är om de märks överhuvudtaget. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Inför nästa fästingsäsong:

TBE-vaccinera barn över 7 år i endemiska områden, men låt de små barnen slippa

Det är bra att Baxter tar vår kritik på allvar och bemöter vår debattartikel (LT 37/2004, sidan 2833)! Tyvärr kommer företaget inte med några nya fakta som talar för att barn under 7 år i Sverige bör vaccineras mot TBE (»tick-borne encephalitis«). Faktum är att de flesta artiklarna som Rolf Gustafson och Robert Ström refererar till inte innefattar barnmaterial.

Mycket få barn under 7 år insjuknar

Mycket få barn under 7 år insjuknar i TBE i Sverige, ca 2–5 barn/år [1–3, 8]. Barn får ett lindrigare förlopp vid TBE, och vi har inga rapporter från Sverige om att förskolebarn har drabbats av bestående men efter TBE. Detta vill Baxter inte diskutera utan tar upp siffror från ISW-mötet i våras (International Scientific Working Group on TBE) där ett svenskt barnmaterial redovisades [4]. Åtta av 17 fall hade »complicated or protracted disease«. Dessa barn var 7–15 år. I samma material fanns också den åldersgrupp vi diskuterar, nämligen barn 0–6 år. Inget av dessa barn rapporterades med sequelae.

Detta nämner inte Gustafson och Ström i sin replik. De refererar till konsensus från detta ISW-möte där man rekommenderat TBE-vaccination av barn som vistas i endemiska områden [5]. Granskar man de få artiklar som finns publicerade i Europa om långtidsuppföljning av barn med genomgången TBE finner man endast ett fåtal barn med kvarstående neurologiska skador [6, 7]. Samtliga barn med sequelae var över 7 år.

Vad är genomtänkt?

»Att konsekvent säga nej är inte genomtänkt«, skriver Gustafson och Ström angående vaccination av förskolebarnen.

Slutreplik:

Låt risken och inte åldern avgöra

Det rapporterade antalet barn under 7 års ålder som drabbas av TBE är inte högt, vilket vi heller aldrig hävdar. Dock kan sjukdomen vara en tragedi med mycket lidande för det enskilda barnet och dess familj. Vi vet inte hur många barn som egentligen drabbas av TBE i Sverige. De barnkliniker, även i fästingsrika områden, som regelmässigt efter-

enligt vårt förmenande är det väl genomtänkt och befogat att säga »Nej, det behövs inte« till föräldrar som frågar om TBE-vaccination av sina små barn. Det är information baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i Sverige ska stå för.

Vår förhoppning inför nästa fästingsäsong är att de barn som behöver skydd mot TBE ska få det, nämligen barn över 7 år i endemiska områden, men att övriga barn ska slippa smärtsamma stick i onödan.

Barbro Hedin Skogman

ST-läkare

Lennart Nilsson

specialistläkare

Stefan Croner

överläkare;

alla vid

barn- och ungdomsmedicinska kliniken

Pia Forsberg

professor och överläkare vid infektionsmedicinska kliniken; samtliga vid Universitetssjukhuset i Linköping.

Referenser

- Holmgren B, Forsgren M. Epidemiology of tick-borne encephalitis in Sweden 1965–1989: a study of 1116 cases. *Scand J Infect* 1990;22:287–95.
- Haglund M, Günter G. Tick-borne encephalitis – pathogenesis, clinical course and long-term follow-up. *Vaccine* 2003;21:Suppl 1:11–8.
- Kunze U, Asokliene L, Bektimirov T, Busse A, Chmelik V, Heinz FX, et al. Tick-borne encephalitis in childhood – Consensus 2004. *Wien Med Wochenschr* 2004;154:242–5.
- Cizman M, Rakar R, Zakotnik B, Pokorn M, Arnez M. Severe forms of tick-borne encephalitis in children. *Wien Klin Wochenschr* 1999;111:484–7.
- Lesnicar G, Poljak M, Seme K, Lesnicar J. Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:612–7.