

der, upprepar påståenden och insinuationer om fler onödiga/korta besök så finns det inget som visar på det. Jag upprepar: antalet besök per patient har inte ökat mer än marginellt och diagnoserna är fortfarande i princip desamma. Invånarna i Stockholms län gör dessutom fortfarande, trots den rekordstora ökningen med vårdval, få husläkarbesök jämfört med andra europeiska länder.

Ökningen beror på att fler nu går till husläkaren, vilket alltså har gjort att vi för första gången ser lika många husläkarbesök bland dem som bor i sk utsatta områden som i övriga länet. Kanske måste vi också acceptera ett och annat inte strikt medicinskt motiverat läkarbesök – vilket inte alls betyder att det är onödigt. För människor med mindre kunskap om sjukdomar och den egna kroppen, och med sämre socioekonomiska resurser, kan det vara just denna tillgänglighet som definierar en trygg vård och förebygger framtida ohälsa. Dålig tillgänglighet gynnar däremot resursstarka individer.

Vi ser inga problem med att, och var, det öppnar nya vårdcentraler. Vi har ingen önskan att politiskt detaljstyra etableringarna – världens geografi baseras nu på patienternas och invånarnas val och önskemål. Vi gläds över att det nu kommer nya vårdcentraler i underförsörjda och utsatta områden där det inte öppnats nya vårdmottagningar på årtionden. Kanske kommer också en del mottagningar att lägga ner sin verksamhet – om de inte är attraktiva nog för patienterna, eller inte lever upp till våra högt ställda kvalitetskrav för auktorisering.

Vårdval med etableringsfrihet verkar också ha gjort att det har blivit mer attraktivt för läkare att arbeta i primärvården och utbilda sig till allmänläkare. Sedan Vårdval

»... 'Vårdval Stockholm 2.0' – en modell som ännu bättre ska svara mot varje individs vårdbehov. Tillbaka till det gamla går vi aldrig.«

Stockholm startade har vi fått nästan 100 nya husläkare och dessutom över 20 fler ST-läkare i primärvården.

Vad vi bryr oss om är kvalitetskontroll. Utan de återkommande, tidskrävande vårdavtalsförhandlingarna

med de enskilda vårdgivarna finns tid och kraft till uppföljning och vidareutveckling av ersättningsmodellerna.

Till sist skulle jag vilja uttrycka en önskan om lite större ödmjukhet i debatten. Hätskheten mot en vårdvalsmodell som bara funnits i två år får ibland häpnadsväckande proportioner. Var fanns kritiken under de decennier med tidigare system där man aldrig kunde påvisa någon ökad jämlikhet i tillgången till vård?

Ingen påstår att Vårdval Stockholm är den perfekta modellen, men nu ser vi ändå ett trendbrott. Vi är på rätt väg. Vi förändrar och anpassar vårdvalet utifrån erfarenheterna, och redan nästa år hoppas vi gå vidare med »Vårdval Stockholm 2.0« – en modell som ännu bättre ska svara mot varje individs vårdbehov.

Tillbaka till det gamla går vi aldrig.

Birgitta Rydberg

landstingsråd (FP) för sjukvård och folkhälsa, Stockholms län

Alltid inläggning vid TIA och stroke?

■ Med anledning av HSAN:s beslut 1272/09 (refererat i Läkartidningen 5/2010, sidan 268), angående inläggningsbehov för patienter med transitorisk ischemisk attack (TIA), anser vi att några kommentarer är på sin plats.

I de nya nationella riktlinjerna för strokesjukvård [1] anges (sidan 70) att patienter med misstänkt stroke eller TIA bör hänvisas till närmaste sjukhus (rekommendationsnivå 1). Det står däremot inte att patienten med nödvändighet ska läggas in.

Men riktlinjer är vägledande, och det kan finnas många skäl att i det enskilda fallet agera annorlunda. Det viktiga är att beslut och handläggning när det gäller patienter med stroke eller TIA sker skyndsamt [2, 3].

Ibland kan det finnas skäl till att avstå från utredningar (såsom datortomografi och karotisdoppler), om man bedömer att utredningarna inte skulle föranleda någon åtgärd. Sådana skäl kan vara demenssjukdom, multisjuklighet, kontraindikationer för karotiskirurgi, eller att patienten nyligen är utredd.

Tyvärr framgår inte av Läkartidningens referat om bedömningar enligt ovan gjordes i just det här fallet. Men

»Om ovanstående villkor är uppfyllda är det enligt vår uppfattning förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att utreda patienten polikliniskt.«

om läkaren hade försäkrat sig om att tidigare utredning och behandling fortfarande hade aktualitet, borde handläggningen mycket väl ha kunnat ske polikliniskt.

Följande punkter är viktiga att trycka på om ett TIA-fall ska handläggas polikliniskt:

- Att man i akutskedet tar ställning till om ytterligare utredning ska ske, t ex med datortomografi och karotisdoppler, och att akuta remisser i så fall skickas.
- Att vaskulära riskfaktorer är optimalt kontrollerade, dvs blodtryck, blodfetter, diabetes, rökning och cardiella faktorer. Uppföljning ska ske.
- Att ett lämpligt antitrombotiskt preparat är insatt (förutsatt att inga kontraindikationer råder).

Om ovanstående villkor är uppfyllda är det enligt vår

uppfattning förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att utreda patienten polikliniskt.

Den generella rekommendationen kvarstår dock att patienter med misstänkt TIA eller stroke i det akuta skedet utreds snabbast och enklast genom sjukhusets försorg.

Peter Appelros

docent, specialistläkare, neurokliniken,

Universitetssjukhuset i Örebro
peter.appelros@orebroll.se

Andreas Terént

professor, överläkare, akutsjukvården, akut- och rehabdivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

andreas.terent@akademiska.se

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007;6:953-960.
3. Rothwell PM, Giles MF, Chandrathewa A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet* 2007;370:1432-42.