

nisationen Kaiser Permanentes sjukhus i Santa Clara, Kalifornien (där allmänläkare och specialistläkare arbetar integrerat) gör 4 000 patientbesök per läkare och år, vilket med 225 svenska arbetsdagar motsvarar 18 patienter per dag. Att de lyckas med detta beror på att den direkta patienttiden, enligt deras egna uppgifter, uppgår till 80 procent. Det har varit möjligt bland annat genom ett intelligent IT-system som inte enbart är till för att registrera i patientjournalen, utan även innehåller stöd för läkare att hitta rätt diagnos och evidens

för rätt behandling. Samtidigt som systemet omvandlar patientdata till ekonomiska styr- och rapporteringsdata till koncernledningen.

Mättet antalet patientbesök per dag är självklart inte det enda mått som kan och bör ligga till grund för en bedömning av läkarnas produktivitet och effektivitet. Väl så viktigt är kontinuerliga studier av läkarnas tidsanvändning. De hittills kända studierna visar på en betydande förbättringspotential.

I stället för att försvara siffran 2,17 patientbesök borde

Marie Wedin och Sjukhusläkarföreningen snarare och hellre pressa sina arbetsgivare, landstingen, och sina chefer till att bli avsevärt bättre på att hitta system som stimulerar produktiviteten inom vården. Framförallt borde man ta fram produktivetsmått som är mer inriktade på att underlätta »benchmarking» mot effektiva sjukvårdssystem och att lära av de framgångsrika.

Monica Renstig  
medförfattare till boken  
»Den sjuka vården«  
monica@renstig.se

## replik:

# Antalet besök inget relevant mått

■ Monica Renstig undviker i sitt inlägg att beröra kärnpunkten i min text, nämligen att antalet mottagningsbesök per dag inte är ett relevant mått, varken för sjukhusläkarnas patientkontakter eller för effektiviteten i sjukvården.

Svenska sjukhus har skurit ner på antalet vårdplatser under lång tid, så att vi i dag har det lägsta antalet i västvärlden räknat per invånare. Utvecklingen har gått mot en hög poliklinisering av den svenska sjukvården, det vill säga det görs mycket behandling och många ingrepp över dagen, där patienterna tidigare blev inlagda på sjukhus. Ju fler polikliniska ingrepp som utförs, desto färre mottagningsbesök i öppenvård hinner sjukhusläkaren med.

Ett dagkirurgiskt ingrepp räknas inte som ett patientbesök trots att sjukhusläkaren kanske tillbringar två timmar med patienten. Inte heller andra patientkontakter på avdelningen eller vid rondning räknas med, liksom allt det arbete som läggs ner av radiologer, patologer och andra specialister.

Med allt färre vårdplatser och kortare vårdtider blir den sjukhusvård som inte räknas in i statistiken över mottag-

ningsbesök allt intensivare, mer ska göras på kortare tid. Det innebär att det inte är relevant att jämföra antalet mottagningsbesök vare sig över tid eller internationellt, eftersom förutsättningarna skiljer sig i grunden mellan olika sjukvårdssystem och sjukhus. Jämförelsen haltar även för primärvården, som är otillräckligt utbyggd och präglas av läkarbrist.

Vi har även rekordfå privatpraktiserande läkare i en internationell jämförelse. Självklart ska vi arbeta för att få bort väntetiderna i vården. Jag och Läkarförbundet tror att detta i stor utsträckning kan ske genom en utbyggnad av primärvården och genom att fler sjukhusspecialister får möjlighet att arbeta i den öppna sjukvården utanför sjukhusen, i egna mottagningar eller i specialistläkarhus. Stora delar av läkares mottagningsverksamhet kan skötas mer kostnadseffektivt utan sjukhusens administrativa överbyggnad.

I mitt förra inlägg skrev jag att en positiv sida av debatten efter boken »Den sjuka vården» är att läkares administrativa arbetsbörda lyfts upp och granskats. Det verkar ha

gått Monica Renstig förbi, då hon ägnar stora delar av sitt inlägg åt just detta. I Läkarförbundet ägnar vi oss inte bara åt problembeskrivning, vi har även konkreta förslag för att ta bort tidstjuvarna i vården – att minska den administrativa arbetsbördan, renodla läkares arbetsuppgifter och ta bort tidskrävande sidouppgifter, fler läkarsekreterare för att avlasta läkarna, funktionella IT-system och mycket mer.

Monica Renstig skriver att jag blandar samman mått som är viktiga för patienters tillfrisknande med mått som är viktiga för skattebetalarna. Samtidigt skriver hon avslutningsvis att vi borde stimulera landstingen till att ta fram bättre effektivetsmått. Just detta var en av huvudpunkterna i mitt förra inlägg. Patientnyttan är det centrala i sjukvården, och mått som förmår fånga in detta är värdefullare för skattebetalarna än antalet patientbesök per läkare, vilket endast beskriver en del av arbetet med och för patienterna.

Marie Wedin  
vid pressläggningen:  
förste vice ordförande  
i Läkarförbundet  
marie.wedin@slf.se

## slutreplik:

# Både betametason och dexametason ska vara tillgängliga i akut pediatrik

■ Min artikel i LT 49/2010 (sidorna 3148-9) slutar: »... betapred ska användas endast i nödfall, om man inte snabbt får fram dexametason.« Det är bra att Infektionsläkarföreningen i sin replik nämner båda alternativen, och jag tror att sjuksköterskorna på akutmottagningarna förmår ta hand om licenspreparat. Ursparade försök att översätta dexametason till betametason finns det fler och vanligare exempel på. I Fass står det fortfarande att krupp ska behandlas med höga doser betametason (Betapred) fastän dokumentation saknas, medan det finns evidens för god effekt av budesonid eller lägre doser betametason [1, 2].

Djurförsök kan generera hypoteser men duger inte som grund för kliniskt arbete, framför allt inte för att fastställa lämplig dos. Betametason och dexametason har olika förmåga att penetrera CNS. Dexametason förebygger främst dövhet, ett allvarligt handikapp som Infektionsläkarföreningen inte nämner några data för. Föreningens arbete med kliniska riktlinjer och Meningitregistret är utmärkt och föredömligt, men jag tycker att jag står på fast mark när jag säger att både betametason och dexametason ska finnas tillgängliga där det bedrivs akut pediatrik.

Inge Axelsson  
överläkare, barn- och ungdomskliniken Östersunds sjukhus  
inge.axelsson@miun.se

## REFERENSER

1. Axelsson I, Malmvall BE, Mölstedt S. Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna. I: Läke-medelsboken 2009/2010, p. 670-95. Stockholm: Apoteket; 2009.
2. Axelsson I, Krupp (pseudokrupp, falsk krupp). [http://www.internet-medicin.se/dyn\\_main.asp?page=723](http://www.internet-medicin.se/dyn_main.asp?page=723)