

## Vanskligt värdera läkares professionalism

Att bedöma en läkares kliniska förmåga är svårt, och man bör iaktta försiktighet när patienters och kollegors omdömen utvärderas. Det visar en analys i BMJ.

Det brittiska General Medical Council (GMC) har föreslagit att alla kliniker i England bör genomgå en sk revalideringsprocess, där läkares licens att praktisera förnyas, givet att de kan visa att de är kunskapsmässigt uppdaterade och lämpade för yrket. Bland annat har det föreslagits att läkare ska visa sin lämplighet genom att inge ett antal utvärderingar av sin förmåga som gjorts av kollegor och patienter.

**I en pilotstudie** inbjöds 2 454 färdigutbildade kliniker (non-training grade doctors) att delta, representerande ett brett spann av specialiteter. De 1 065 som deltog (43 procent) fick sedan själva distribuera GMC:s frågeformulär om kompetens och bemötande till 20 valfria kollegor och 45 patienter. Frågorna besvarades på en femgradig skala och gällde t ex om patienten upplevt läkaren som artig, inlyssnande, kompetent och pålitlig. Kollegorna fick svara på frågor om läkares kompetens, förmåga att lära ut, pålitlighet etc.



Foto: Colourbox

Systematiska skillnader som inte var kopplade till individuella egenskaper, t ex utbildning utanför Europa, gav sämre poäng.

I analysen av prediktorer för samlad poäng (högre poäng = bättre omdöme)

framkom att det fanns systematiska skillnader i bedömningen som inte var direkt kopplade till individuella egenskaper. Sämre poäng kunde förutses när läkaren var utbildad utanför Europa, när en lägre andel av patienterna uppgav sig vara vita, när läkaren var psykiater, när färre patienter ansåg sitt besök som viktigt och när patienter inte fick träffa sin vanliga läkare.

Sämre poäng från kollegor kunde förutses t ex när läkaren fått sin examen från ett annat land än Storbritannien eller södra Asien, när läkaren arbetade som psykiater eller allmänläkare och när fler kollegor rapporterade att de endast sällan hade kontakt med läkaren i fråga.

**Resultaten pekar på** svårigheterna med att be patienter och kollegor bedöma ens förmåga. Det är av största vikt att man är medveten om dessa svårigheter, anser forskarna.

**Karin Sundström**

läkare, doktorand, Karolinska institutet, Stockholm

Campbell JL, et al. BMJ. 2011;343:d6212. doi: 10.1136/bmj.d6212

## Klart ökad livslängd hos brittiska HIV-patienter

Den förväntade livslängden bland HIV-positiva patienter i Storbritannien har ökat påtagligt, även om den fortfarande är kortare än generellt i befolkningen. Det visar en studie i BMJ.

Dödligheten i HIV har minskat och är (bland välbehandlade patienter) nu jämförbar med dödligheten i kroniska sjukdomar som diabetes och sjukdomar kopplade till storrökning och påtaglig alkoholkonsumtion. Det finns dock begränsad information kring den förväntade livslängden i HIV-positiva grupper.

**I en brittisk multicenterstudie** granskades 17 661 patienter som samtliga var HIV-positiva, äldre än 16 år och hade påbörjat antiretroviral behandling med åtminstone tre läkemedel mellan åren 1996 och 2008. Samtliga hade CD4-nivåer på mindre än 350 celler/mm<sup>3</sup>. I denna kohort inhämtades därefter data om dödsfall och vid vilken ålder de skett.

Genom att beräkna dödlighet och faktisk livslängd bland kohortens medlemmar samt extrapolera dessa trender till en hypotetisk kohort kunde den förväntade livslängden hos en HIV-positiv person som startade behandling vid 20 års ålder beräknas.

tade livslängden hos en HIV-positiv person som startade behandling vid 20 års ålder beräknas.

**Sammanlagt dog** 1 248 av 17 661 patienter under uppföljningstiden. Den förväntade livslängden vid 20 års ålder ökade från 30,0 år under perioden 1996–1999 till 45,8 år under perioden 2006–2008. Detta innebar därmed att (förväntad) ålder vid död steg från 50 år till 65,8 år vid studiens slut. Den förväntade livslängden ökade alltså med över 15 år under studieperioden men var ändå runt 13 år kortare än den generella befolkningens.

**»Längst förväntad livslängd sågs bland de HIV-positiva som påbörjat behandling vid CD4-nivåer på 200–350 celler/mm<sup>3</sup>. De hade 15 år längre beräknad livslängd än de som haft <100 celler/mm<sup>3</sup> vid behandlingsstart.«**

Längst förväntad livslängd sågs bland de HIV-positiva som påbörjat behandling vid CD4-nivåer på 200–350 celler/mm<sup>3</sup>. De hade 15 år längre beräknad livslängd än de som haft <100 celler/mm<sup>3</sup> vid behandlingsstart.

**Man valde** att inte inkludera injektionsmissbrukare då deras dödlighet är betydligt högre än den hos andra HIV-positiva patienter, vilket förstås haft stor påverkan på skattningarna av livslängd. Dessutom måste det betonas att resultaten härrör från en hypotetisk modell med flera antaganden och att de inte är generaliserbara till Sverige.

Dock kvarstår den klart ökade livslängden som ett tecken på den positiva utvecklingen inom HIV-behandlingen i Storbritannien. Författarna lägger också särskild vikt vid behovet av tidig behandlingsstart.

**Karin Sundström**

läkare, doktorand, Karolinska institutet, Stockholm

May M, et al. BMJ. 2011;343:d6016. doi: 10.1136/bmj.d6016