

Replik:

Viss förbättring kan vara på gång

Läkarförbundets lönestatistik bygger på det kommunala statistikavtalet och den partsgemensamma insamling och bearbetning som görs i november månad varje år. Förbundet kompletterar detta material med respektive läkares specialitet hämtat från Socialstyrelsens register.

Denna partsgemensamma statistik har stor validitet och är inte ifrågasatt av någongdera parten. Detta gäller även efter de kompletteringar förbundet gör med specialistkoderna. I Socialstyrelsens register finns endast de läkare med som har en specialistkompetens och inte de ST-läkare som är på väg mot en sådan.

Förbundet har heller ingen egen registrering av vilka specialiteter de olika ST-läkarna siktar på. Det enda sättet för närvarande att hantera en specialitetsindelad statistik för ST-läkarna är att genom egna enkäter eller liknande manuellt föra på blivande specialitet. Detta kan nog av praktiska skäl hanteras endast i det lokala arbetet, och då får man göra som Sylf Stockholm gjort.

För närvarande arbetar parternas statistiker med att ändra befattningsklassificeringen, vilket i sig innehåller ett antal problem. Dock finns för den frågeställning Simon Kyaga väcker en ny komponent som delvis kan tillmötesgå kraven. Med viss sannolikhet kommer den partsgemensamma statistiken fr o m 2008 att vara uppdelad i de åtta nya bas-specialiteter som skall gälla i framtiden.

Förbundets behov av en sådan grov specialitetsindelning är litet, men en poäng med den är att den då bör gälla även ST-läkarna. Förutsättningarna är att parterna blir överens om denna nya klassificering och att alla ST-läkare verkligen klassificeras på rätt specialitet. Detta måste då bevakas i det lokala arbetet.

En sådan ordning löser inte helt de önskemål som finns men kan ändå leda till en något bättre uppdelad statistik för ST-läkarna. För de specialistkompetenta läkarna kommer förbundet att fortsätta med den betydligt mer finfördelade specialitetsstatistik som vi har nu genom samarbetet med Socialstyrelsen.

Conny Gustafsson
chefsförhandlare,
Läkarförbundets avdelning
för arbetsliv och juridik

Apolipoproteinbestämning introducerades *med* allmänläkarnas medverkan!

Lindström, Järhult och Lindahl har fel när de påstår att apolipoproteinbestämning introducerades i Jönköpings läns landsting utan distriktsläkarnas medverkan. I den expertgrupp som tagit fram riktlinjer för handläggning av kärlsjuka patienter fanns allmänläkarna representerade, framhåller kardiologerna Jan-Erik Karlsson och Olof Svensson.

Skattning av kardiovaskulär risk har varit och är ett stort kliniskt och praktiskt problem, och någon perfekt modell finns inte ännu. Nationella och internationella riktlinjer poängterar idag vikten av att uppnå målvärden för såväl blodtryck som lipider för en optimal preventionssatsning [1]. Vår bedömning är därför att vi bör fokusera på att mäta vad vi gör och att bedriva ett aktivt kliniskt förbättringsarbete inom såväl undersökningsmetodologi som behandling för att inte utvecklingen ska avstanna.

Distriktsläkarna Bengt Järhult, Sven-Olov Lindahl och Kjell Lindström hävdar i en debattartikel i Läkartidningen 11/2007 (sidorna 883-4) att apolipoproteinbestämning introducerats i Jönköpings län utan distriktsläkares medverkan.

Under ett par år har man i Linköping bestämt apolipoproteiner parallellt med traditionellt lipidstatus. Resultaten är i överensstämmelse med post hoc-analyser av stora placebokontrollerade lipidstudier. Dessa visar att sänkning av

apo B/apo A1-kvot är associerad med minskad kardiovaskulär risk. Vidare har INTERHEART-studien, en global fall-kontrollstudie, visat att apo B/apo A1-kvoten är den bästa prediktorn för hjärtinfarkt [2]. Kvoten apo B/apo A1 har fördelen av att patienten inte behöver vara fastande och att metodfelet är betydligt mindre än för »beräknat« LDL-kolesterol enligt klassisk Friedewalds formel. Kostnaden är dessutom jämförbar med traditionellt lipidstatus och vid större volymer till och med lägre. Om man tar enbart total kolesterol så är givetvis kostnaden betydligt lägre, men total kolesterol har ju ett betydligt lägre prediktivt värde.

Medveten om argumenten för och emot apolipoproteinbestämning – dvs att det idag inte finns några prospektiva randomiserade statinstudier som använt sig av apolipoproteiner som baslinje för val av behandling – beslutade Regionala medicinska programgruppen för hjärtsjukvård i mars 2006 att hjärtsjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen successivt ska övergå till bestämning av apolipoproteiner. Därefter följde en lång process med diskussion och utbildning tillsammans med laboratorieläkare, internmedicinare och primärvårdsläkare i Jönköpings län. I expertgruppen hjärta-kärl finns såväl kardiologer, internmedicinare som allmänläkare representerade, och dessa har gemensamt tagit fram riktlinjer för handläggning av kärlsjuka patienter.

Fortfarande finns dessutom möjligheten att välja traditionellt lipidstatus, dvs enbart total kolesterol, men sedan maj



JAN-ERIK KARLSSON
överläkare, med dr; ordförande i Regionala medicinska programgruppen för hjärtsjukvård i Sydöstra sjukvårdsregionen; ordförande i Jönköpings läns grupp för kardiologi och i expertgruppen hjärta-kärl



OLOF SVENSSON
överläkare; ordförande i Jönköpings läns landstings läkemedelskommittés lipidgrupp

2006 också apolipoproteinbestämning. I en enkätundersökning med god svarsfrekvens framkommer också att de flesta ställer sig positiva till möjligheten av att använda apolipoproteiner, men det har också framförts invändningar av den typ som diskuterats under processens gång.

Samarbete med läkemedelsindustrin har vid ett flertal tillfällen diskuterats med verksamhetschef och landstingsledning och syftar i första hand till att få stöd i form av utbildnings-

material, föreläsare och professionell expertis. Skriftliga avtal enligt regler mellan Läkemedelsindustriföreningen och Sveriges Kommuner och Landsting finns alltid vid utbildningar som genomförs tillsammans med läkemedelsindustrin. Givetvis måste man alltid vara medveten om vad industrin har för syfte och hur vi inom professionen påverkas. De vårdcentraler som önskat oberoende utbildning har fått detta via medicinkliniken eller kliniskt-kemiska laboratoriets försorg.

Användning av apo B/apo A1-kvoten medför i sig inte med automatik att någon viss läkemedelsbehandling ska genomföras. Läkemedelskommittén i Jönköpings läns landsting och dess expertgrupp hjärta-kärl har tvärtom en långvarig tradition av att i första hand rekommendera väldokumenterade och relativt billiga generika. Simvastatin är därför den enda statin som finns med på rekommendationslistan, och andelen simvastatin (80 procent) ligger därför klart över riksgenomsnittet (75 procent). Den kliniska erfarenheten är hittills att apo B/apo A1-kvoten bättre än LDL-kolesterol kan urskilja patienter som inte behöver läkemedelsbehandling.

Genom forskning med bland annat förfinad hjärtinfarktdiagnostik har flertalet forskningsgrupper kunnat visa att prognosen förbättras genom adekvat läkemedelsbehandling och revaskularisering [3], vilket i sin tur innebär att fler individer har fått tillgång till dessa åtgärder och därmed bättre hälsa. Hjärt-sjukvården har under den senaste tioårsperioden således utvecklats avsevärt och med ett flertal register också kunnat visa att resultat från stora randomiserade studier ger likartade goda resultat i verkligheten [4]. Lars Wallentin och Ulf Stenestrand kan med RIKS-HIA visa att intensiv hjärtinfarktvård med revaskularisering och statinbehandling även re-

ducerar mortaliteten hos de äldre [5, 6], som annars oftast är exkluderade i randomiserade studier.

Exemplen med misslyckade läkemedelsstudier och problematiska koronarstenarter visar att inte alla nyheter håller måttet och att initialt lovande resultat måste följas upp under längre tid. Återigen kan våra nationella register, såsom SCAAR (Svenska Coronar Angiografi- och Angioplastik Registret), vara till god hjälp. Men utan försök och studier kom-

mer utvecklingen att stanna och nya metoder och behandlingsprinciper inte se dagens ljus, och en sådan utveckling kan väl knappast någons av oss önska.

Sammanfattningsvis finner vi att införandet av alternativet att mäta apo B/ apo A1-kvot inom vårt landstingsområde har föregåtts av debatt såväl inom regionen som lokalt. Representanter för primärvården har deltagit i en arbetsgrupp för hjärta-kärl, på ett motsvarande sätt som arbetet bedrivits inom den lokala läkemedelskommittén. Den kliniska medicinen måste ständigt ifrågasätta äldre metoder för att se om nya kan vara av större värde; ett belysande exempel är ambulatorisk blodtrycksmätning i relation till konventionellt mottagningsblodtryck. Undersökningsmetoden kan dock inte bestämma behandlingen – det är den behandlande läkarens medicinska ansvar på basen av evidens och de rekommendationer som finns inom olika kliniska områden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikel författarna har fått föreläsaravoden från AstraZeneca, MSD, Sanofi-Aventis, Schering-Plough och GlaxoSmithKline.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
3. Wallentin L, Lagerqvist B, Husted S, Kontny F, Ståhle E, Swahn E for the FRISCH II Investigators. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease: the FRISCH II invasive randomised trial. *Lancet*. 2000;356:9-16.
4. RIKS-HIA. Årsrapport 2005.
5. Stenestrand U, Wallentin L. Early revascularisation for myocardial infarction. *Lancet*. 2002;360:1603.
6. Stenestrand U, Wallentin L. Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA*. 2001;285:430-6.

Vit rock och cigarr



Foto: Jan Lind

Bör placeras på mindre framträdande plats, anser skribenten.

■ Svenska Läkaresällskapetets hus har uppmärksammats i ett inlägg i *Läkartidningen* 6/2007 (sidorna 436-9) av PO Haraldsson med replik av Mats Bauer – det gällde frågan om att modernisera eller att stanna i vördnad inför det 100-åriga huset och dess interiör och inredning.

Jag har stor respekt för att bevara och illustrera det som varit – till framtiden. Vi får inte bli historielösa. Men – varje gång jag går uppför trappan till föreläsningssalen får jag ett ordentligt adrenalinpåslag. Där hänger Bo Beskows porträtt från 1934 av Adolf Lichtenstein (1884–1950), professor i pediatrik vid Karolinska institutet 1932–1949 och Läkaresällskapetets ordförande 1949–1950. En vacker målning i sig och AL var säkert en utmärkt representant för skräret – men vår forna kollega har låtit sig avmålas i vit rock och med (statussymbolen?) en tjock cigarr. Den vita rocken antyder väl att han är mitt uppe i klinisk verksamhet, där han då säkert bjuder på unken cigarrdoft till stora och små.

Förvisso har många av oss väl rökt – pediatriker och andra – och ska skämmas för detta. Men att en av landets stora pediatriker fått en så framträdande plats för hängning – med cigarr!? Är det inte tid att överväga en mindre iögonfallande plats – där vår kollega kan få fortsätta att bolma sin cigarr mera i avskildhet.

Yngve Hofvander
professor, tidigare chef, internationell barnhälsovård, Uppsala Universitet
yngve.hofvander@kbh.uu.se