

# Hjärtinfarktregister eller läkekonst – kan de förenas?

Den minskade dödligheten i hjärtinfarkt kan ha andra förklaringar än Riks-HIA och det nya kvalitetsindex som införts. Vem kan egentligen ta åt sig äran av mortalitetssänkningen? Och hur ska läkekonsten få tyngd i förhållande till register som bara redovisar kortsiktiga resultat?

**U**nder åren 1995–2005 påstås hjärtinfarktvården kraftigt ha förbättrats, med en halverad 30-dagarsdödlighet [1]. Ulf Stenström, Bertil Lindahl och Lars Wallentin (SLW) menar att kvalitetsregister, öppna redovisningar och tydliga terapimål har gett resultat. Ja, till och med att en absolut dödlighetsminskning på 8 procent (för dem över 60 år) har sin grund i »en ny behandlingsstrategi«.

För att styrka sin tes anger SLW i Figur 3 mortaliteten inom 30 dagar per sjukhusens kvalitetsindex. Det skiljer 1–1,5 procent mellan de sjukhus som kan redovisa 0–2, 3–6 respektive 5–9 variabler (med definierade målvärden för antalet behandlade) såsom reperfusion vid ST-höjningsinfarkt, insatta lipidsänkare och klopidogrel.

Tre frågor inställer sig:

1. Varför är skillnaderna inte större?



**KJELL LINDSTRÖM**  
medicin doktor,  
distriktsläkare Öxnehaga vårdcentral/  
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping  
kjell.lindstrom@lj.se



**BENGT JÄRHULT**  
distriktsläkare, Ryd och Öxnehaga vårdcentraler/  
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping  
bengt.jarhult@hotmail.com

2. Är patienterna (redovisade i de tre staplarna) jämförbara mellan de olika sjukhusen?
3. Vad förklarar den stora mortalitetssänkningen, för vissa grupper mer än 10 procent under 11 år [2], när den bästa behandlingen svarar för högst 1,5 procent?

**Det är på ett sätt** förvånande hur liten skillnaden är mellan stora och små insatser vid hjärtinfarkt, i synnerhet om man betänker hur kardiologin expanderat, säkrat sina resurser i förhållande till övrig vård och att ballongvidgning av kranskärl (PCI) nu finns på ett stort antal länsjukhus.

Samtidigt är ett flertal av de insatser som påstås höja kvaliteten högst diskutabla från vetenskaplig synpunkt, t ex invasiv kardiologi [3]. Tillika saknas evidens för många av insatserna, åtminstone för viktiga patientgrupper utifrån ålder och andra sjukdomar. Det gäller t ex lipidsänkare [4]. Dessutom slutar många äldre ta sina läkemedel redan inom 30 dagar, antingen på grund av biverkningar eller för att de har svårt att förstå behovet av så många nya läkemedel.

SLW kopplar minskade geografiska skillnader till bättre infarktvård, men diskuterar inte i vad mån trenden mot jämställdhet i själva verket är en registrerings-effekt. Det har ju inte varit ro-



Foto: Jessica Gow/Scampix

**Inte bara incidens utan även allvarlighetsgrad och förlopp vid hjärtsjukdom kan hypotetiskt påverkas av sociala faktorer såsom massarbetslöshet, anser Kjell Lindström och Bengt Järhult.**

ligt för många sjukhus/landsting att ibland på diskutabla grunder hängas ut i massmedierna som dåliga, kanske utan att vara det. Själva bokföringen har blivit bättre. Finns det en tendens att fler av de lyckade fallen nu kommer in i registren?

**Ursprungsrapporten** [2] är ytterst försiktig med att på sjukhus- och länsnivå koppla ihop behandlingsinsatser med mortalitetsskillnader: »Det krävs vid jämförelser ett säkerställande av identiska intagningskriterier för hjärtintensivvård och en komplett registrering i Riks-HIA vid alla jämförbara sjukhus för att jämförelsen ska bli rättvisande.«

Detta kloka påstående gäller även kvalitetsindex. Ingenstans anger SLW om standardiseringar gjorts för dem som inkluderats. 6 000 infarktpatienter, företrädesvis äldre, är över huvud taget inte med i Riks-HIA. Som läsare hade man velat veta om mortaliteten i de tre grupperna (1–1,5 procent skillnad enligt Figur 3) beror på olikheter i ålder eller andra förhållanden såsom diabetes, etnicitet etc. Om vissa sjukhus

tar in fler gamla med kanske andra sjukdomar finns det anledning att tro att färre åtgärder, s k kvalitetsindexvariabler, sätts in. Då speglar Figur 3 mer den ökade mortaliteten hos äldre infarktpatienter än bristen på insatser. Om denna typ av felkällor rensas bort, hur stora blir då skillnaderna mellan stora och små insatser?

Det framgår inte av artikeln [1] vilket kvalitetsindex svenska sjukhus sammantagna kan ha haft år 1995. Men om alla sjukhus då hade varit lika dåliga som de sämsta idag (index 0–2 enligt Figur 3) kan bara en mindre del av den halverade mortaliteten under elvaårsperioden tillskrivas bättre behandlingsinsatser. SLW antyder inte att andra faktorer under det dryga decenniet kan spela väl så stor roll som vårdinsatserna.

**Är infarktpatienterna** desamma 2005 som 1995? I början av 2000-talet infördes successivt troponin i diagnostiken, vilket torde ha inkluderat ett antal patienter i infarktgruppen som tidigare ansågs ha instabil angina eller andra diagnoser. Om en större del av infarktpopulationen utgörs av lättare fall blir ju behandlingsresultaten bättre, oberoende av behandlingsinsatserna. Varför nämner inte SLW detta? Det är komiskt att samma nummer av Läkartidningen innehåller en medicinsk kommentar, som tydligt anger att just denna diagnosvidgning är en fortlöpande process [5].

Andelen icke-ST-infarkter har sedan 1995 ökat från 46 till 60 procent [2]. Denna typ av infarkt ger lägre risk för död inom 30 dagar än ST-höjningsinfarkt, dvs dödligheten totalt har minskat genom en förskjutning inom infarktbegreppet. Har primärvårdens insatser på diabetesområdet

på liknande sätt inneburit att fler diabetiker idag är upptäckta och under behandling jämfört med 1995? Det skulle också kunna påverka dödligheten, då diabetiker har högre dödsrisk vid infarkt än icke-diabetiker.

Sedan 1995 har motionens avgörande roll för hjärt-kärlsjukdom allt bättre dokumenterats. På många håll har »hjärtgympa« vuxit fram som en del i infarktbehandlingen, och kanske spelar den roll redan de första 30 dagarna. Motion finns dock inte med bland indexvariablerna!

**WHO** har i sina sammanställningar från Östeuropa bekräftat den stora roll som samhällsförändringar och stress spelar för mortaliteten i hjärt-kärlsjukdom. Tidsmässigt finns det en direkt koppling i tid till övergripande samhällsförändringar: murens fall, finanskrisen i Ryssland 1998 och de baltiska ländernas EU-inträde. Dessa sociala faktorer och denna samhällsstress överflyglar helt nivån av alla medicinska insatser [6].

I Sverige innebar slutet av 1990-talet och framåt att den djupa krisen med massarbetslöshet etc gick mot en ljusning. Det är mycket möjligt att inte bara incidens påverkas av samhällsstress, utan även allvarlighetsgrad och förlopp vid hjärtsjukdom. Låt det vara en hypotes, men likväl en social faktor som kan ha betydelse i elvaårsperspektivet.

Vi hittar således ett flertal faktorer, förutom läkemedel och andra medicinska insatser, som kan ha avgörande betydelse för mortaliteten under åren 1995–2005. Det är en brist att SLW inte framför att något annat än HIA-registret, öppna redovisningar och terapimål kan vara betydelsefulla faktorer för mortalitetsminskningen.

SLWs artikel illustrerar en sorglig utveckling i svensk sjukvård där varje specialitet ser till sin sfär hur sjukdomar ska behandlas enligt riktlinjer, och där s k öppna

redovisningar av diagnoser, medicinska insatser och resultat – om än i sin begynnelse – på felaktiga grunder kommer att styra patientströmmar/intäkter. Var är helheten, individualiseringen, läkekonsten?

Kan det finnas fler mått, en annan dimension, på goda vårdinsatser än Riks-HIA? Hjärtkliniken får guldstjärna, dvs högt kvalitetsindex, om fler än 95 procent av infarktpatienterna får acetylsalicylsyra/antikoagulantia och 75 procent får ACE-hämmare/A II-blockerare före utskrivningen. Man värderar behandlingen med 30 dagars mortalitet och prisar sina kvalitetsregister.

Men sjukhusens styrekonomer och kvalitetscoacher vet inte, eller bryr sig inte om, att patienten får en ulkusblödning och dör ett och ett halvt år senare, eller att äldre som på kardiologen standardmässigt ställs på ACE-hämmare sänds hem och i efterföljandet får njurinsufficiens och eventuellt avlider.

**Vi ser hur tidigare** väsentligen friska äldre lämnar kardiologikliniken med fyra till sex olika läkemedel, som de aldrig varit med om att diskutera värdet av. Ofta är ju läkemedlen inte symtomlindrande utan ges utifrån en statistisk modell – ofta med höga värden för NNT (number needed to treat). I resonemanget om behandlingens för- och nackdelar har den äldre personen aldrig fått delta. Socialstyrelsen har påpekat bristen på delaktighet, en rättighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen [7], men utvecklingen i modern medicin drivs av andra krafter, nämligen processtänkande om och evidens för hur diagnoser ska skötas, allt överordnat patientens vilja.

Inte ens för de allra äldsta, medelålder 95 år, kan svensk sjukvård frångå sina diagnos- och behandlingsmallar. Socialstyrelsen konstaterar i sin kartläggning av situationen vid internmedicinska kliniker att patienterna i genomsnitt

hade nio fasta läkemedel (exklusive inhalationer, injektioner m m) vid intagningen på kliniken – ofta läkemedelsorsakad – och lika många vid utskrivningen: »Kvalitetsregister, nationella riktlinjer och vårdprogram tar inte hänsyn till de äldre patienternas särskilda behov och riskfaktorer vid läkemedelsbehandling, vilket kan leda till en föreställning om att 'alla skall ha allt'« [8].

**Det är vi allmänläkare** som i huvudsak sköter de äldre patienterna under en längre tid. Kardiologernas perspektiv och självvärdering är 30 dagar; i bästa fall blir perspektivet så småningom längre med t ex sekundärpreventiva register [2]. Hur ska följsamhetsproblem till livsviktig medicin vid glömska/demens, riskerna med interaktioner och biverkningar vid multifarmaci, försämrad livskvalitet genom medikalisering osv få tyngd mot de lätt mätbara, kortsiktiga vinster som kan redovisas i register som Riks-HIA? Trots allt inträffar de flesta infarkterna hos äldre/de äldsta.

**REPLIK:**

**Vad som behövs är mer kunskaper – inte diffus »läkekonst«**

**Fortfarande saknar vi systematisk kunskap om bästa vården av patienter över 80 år och patienter med flera samtidiga sjukdomar. Lösningen heter inte »läkekonst«. Riks-HIA-gruppen har påbörjat särskilda studier för att få fram mer kunskaper om dessa patientgrupper, svarar Ulf Stenestrand och medförfattare.**

**A**propå vår sammanfattning av Riks-HIAs årsrapport [1] framför Kjell Lindström och Bengt Järhult (LJ) en rad reflektioner om hjärtsjukvården i allmänhet och Riks-HIAs arbete i synnerhet. I detta svar tar vi upp de frågor som berör Riks-

Vilken skulle den verkliga måttstocken för medicinska insatser i denna åldersgrupp kunna vara om läkekonsten fick styra?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Stenestrand U, Lindahl B, Wallentin L. Hjärtinfarkt vården kraftigt förbättrad 1995–2005. Läkartidningen. 2007;104:1580-3.
2. www.riks-hia.se
3. Ekroth R, Ståhle E, Werkö L. Kan experter vara objektiva vid granskning av medicinska metoder? Läkartidningen. 2006;103:174-9.
4. Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten förlag; 2004. Nepi-rapport.
5. Nilsson G. Hjärtinfarktdiagnos på ny bas. Läkartidningen. 2007;104:1573-4.
6. Rutz W. Depression – ett folkhälso- och kostnadsproblem som inte bara handlar om pengar. Stockholm: Lundbeck; 2005.
7. Lindström K, Järhult B. Läkemedelsförskrivning – ett patriarkalt eller demokratiskt beslut? Jönköping: Jönköpings läns landsting; 2003. Rapport från Primärvårdens FoU-enhet 2003:3.
8. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

alla patienter som tas in på hjärtintensivvårdsavdelning med misstanke om hjärtinfarkt, inkluderande patientkarakteristika och behandlingsinsatser (Riks-HIA). Ännu mer unikt är att registret följer effekterna av sjukdomen och behandlingen med avseende på återinsjuknande och överlevnad, inte bara på kort sikt utan så länge registreringen pågår (för närvarande upp till elva års uppföljning).

Under dessa elva år är det tveklöst så att hjärtinfarktvården kraftigt har förbättrats; efter 30 dagar har dödligheten på sjukhus halverats. Vid långtidsuppföljning efter ett år kvarstår denna överlevnadsvinst i alla åldrar och för båda könen [1]. De framförda sambanden mellan behandlingsinsatser och utfall baseras dels på den dramatiska minskningen av dödligheten, dels på ett nyinförande och/eller en dramatisk ökning av en lång rad evidensbaserade behandlingsåtgärder under elvaårsperioden. Underlaget kommer från samtliga sjukhus och omfattar hela den HIA-vårdade hjärtinfarktpopulationen.

**Riks-HIA-registrets** bidrag till denna utveckling är naturligtvis svårt att vetenskapligt säkert bevisa. Vi finner det dock mycket sannolikt att Riks-HIA-gruppens nationella samarbete påtagligt bidragit till den gynnsamma utvecklingen. Detta tack vare ut-



Foto: George Mattei/Photo Researchers/BL

**Överlevnad och livskvalitet har förbättrats genom evidensbaserade medicinska insatser. Till många förvåning har detta gynnat inte minst äldre patienter; överlevnadsvinsterna i Riks-HIAs material är störst för patienter över 75 år, skriver artikelförfattarna.**

vecklingen av en gemensam terminologi och definitioner samt kontinuerlig mätning, återkoppling, offentlig redovisning och publicering av tider för och genomförande av alla rekommenderade vårdinsatser samt deras kortsiktiga och långsiktiga resultat.

Prospektiva randomiserade studier har genomförts där registret använts som arbetsinstrument för att öka följsamheten till nationella riktlinjer. Dessa studier har påvisat signifikant högre följsamhet till riktlinjerna vid de sjukhus som aktivt tillämpat ett Riks-HIA-baserat förbättringsarbete [2, 3].

**Under denna elvaårsperiod** har Riks-HIA utvecklat en lång rad verktyg som stöd för övervakning och utveckling av vårdprocesserna i hjärtinfarktvården. Dessa har ofta handlat om mätningar av andelen behandlade, med viss åtgärd bland dem med en viss diagnos i specificerade åldersgrupper. Under de senaste åren har gruppen utvecklat bättre modeller med kvalitetsprofiler bestående av ett tiotal behandlingar med hög prioritet i nationella riktlinjer. I dessa avser proportionen behandlade enbart en målgrupp med indikation för och ingen kontraindikation mot respektive behandling. Sedan några år tillbaka har

sjukhusen tillgång till dessa rapporter och profiler, dels interaktivt via Internet, dels i form av ett prenumerationsförfarande med utskick varannan månad.

**Under 2006** lanserade Riks-HIA på försök ett nytt verktyg i form av ett kvalitetsindex där sjukhusen fick poäng (i nio variabler) om de låg inom den översta fjärdedelen av samtliga sjukhus' behandlingsaktivitet inom respektive variabel. Avsikten med detta instrument är att på ett enkelt sätt försöka förmedla en helhetsbild av vårdaktiviteten i relation till nationella riktlinjer som en enda siffra.

Eftersom indexets innehåll och uppläggning under första året var okänt för deltagarna fungerade det nog relativt väl som en »temperaturmätare« på aktiviteten i vårdinsatserna. Detta styrktes av att det fanns en relation mellan kvalitetsindex och dödligheten efter en månad, även om det inte nödvändigtvis var de variabler som ingick i index som var den fullständiga förklaringen till sambandet.

**»Trots att variationen i vårdinsatser och vårdresultat blivit allt mindre hoppas vi att vår konstruktion av kvalitetsindex ska fungera som en sporre i det fortsatta arbetet på respektive sjukhus.«**

**Samma analys** har nu upprepats under ytterligare ett år, och sambandet mellan detta index på vårdaktivitet och dödlighet är oförändrat. Liknande samband mellan sjukhusens behandlingsaktivitet och långtidsöverlevnaden efter hjärtinfarkt har redan tidigare påvisats av Riks-HIA-registret [4].

Som tur är uppvisar inget sjukhus oförändrad vård och oförändrade behandlingsresultat under dessa elva års registrering. Tvärtom har samtliga sjukhus genomfört mycket stora förändringar i vårdinsatser avseende såväl behandling med läkemedel som interventionella ingrepp. Denna utveckling är mycket väl redovisad i Riks-HIAs årsrapporter. Den genomsnittliga skillnaden över en elvaårsperiod, inkluderande alla sjukhus, är alltså 5–10 gånger större än den genomsnittliga

skillnaden mellan den mest och minst aktiva tredjedelen av sjukhusen under samma år.

**Kvalitet är ju** ett relativt begrepp som förändras med åren. Även om utvecklingen går olika fort på olika sjukhus har samtliga sjukhus som ingår i Riks-HIA genom åren utvecklat och behållit en god

vårdkvalitet. Riks-HIAs kvalitetsindex belyser ju enbart skillnaderna i sjukhusens behandlingsaktivitet under samma år, där alltså variationen mellan sjukhusen under de senaste åren endast är 1/5–1/10 av variationen under hela elvaårsperioden.

Trots att variationen i vårdinsatser och vårdresultat blivit allt mindre hoppas vi att vår konstruktion av kvalitetsindex ska fungera som en sporre i det fortsatta arbetet på respektive sjukhus. Vår inneboende tävlingsmentalitet är ju ofta ett bra och bil-



**ULF STENSTRÖM**  
medicine doktor,  
överläkare,  
kardiologiska kliniken,  
Universitetssjukhuset i  
Linköping  
ulf.stenström@lio.se



**BERTIL LINDAHL**  
docent, överläkare  
kardiologiska kliniken,  
Akademiska  
sjukhuset, Uppsala



**LARS WALLENTIN**  
professor, överläkare,  
kardiologiska kliniken,  
Akademiska  
sjukhuset, Uppsala

ligt sätt att skapa stimulans i det dagliga arbetet.

**Ett generellt problem** för alla register- och observationsstudier är jämförbarheten över tid och mellan olika enheter. Riks-HIA har i detta sammanhang arbetat med många olika tekniker för att öka jämförbarheten. När det gäller kvalitetsindex som ett mått på vårdprocessen har det varit viktigast att fokusera på målgruppen för behandling, dvs patienter med säker indikation och inga kontraindikationer för behandlingen. I flertalet av Riks-HIAs analyser har man fokuserat på patienter under 80 år för att undvika alltför mycket »confounding« (störande inverkan) av samtidig annan sjukdom som inte registreras. Under andra året har så också skett för kvalitetsindex, utan att resultatet förändrats.

För närvarande pågår en fortsatt vetenskaplig utvärdering av kvalitetsindex med en lång rad analyser av eventuell inverkan av »confounders« (störfaktorer) avseende sambanden med kort- och långsiktig morbiditet och mortalitet. Detta hindrar dock inte att instrumentet redan nu verkar vara väl användbart för att stimulera diskussion och utveckling av vårdprocesserna på sjukhusen.

Ett annat problem med registerstudier är jämförbarheten av patientgrupper mellan olika tidsperioder. Ändrade diagnoskriterier skulle kunna vara betydelsefullt eftersom Riks-HIA-gruppens infarktdefinition vidgats med tillkomsten av troponin som infarktmarkör under elvaårsperioden. Detta verkar dock bara ha en marginell effekt på resultaten, eftersom såväl förändringarna av vårdinsatser som dödligheten är desamma

hos ST-höjningsinfarkter, där infarktmarkörer inte påverkar diagnostiken.

**Ett större problem** kan vara att patienter som insjuknar elva år senare naturligtvis inte är desamma som vid registrets tillkomst. Registret noterar patienternas demografi och kan konstatera att de med tiden karakteriseras av ökad andel äldre, kvinnor, diabetes, hypertoni, behandlad blodfetterubbing, övervikt och tidigare revaskulariserade samt fler med icke-ST-höjningsinfarkt.

**»Avsaknad av påtagliga förbättringar av återinsjuknande och dödlighet efter den första månaden talar för ett ökat behov av att utveckla även eftervården med stöd av register.«**

Med undantag av kvinnligt kön borde samtliga dessa faktorer innebära en ökad risk för att dö, vilket kontrasterar mot observationen av en minskande kort- och långtidsmortalitet. Man kan dock naturligtvis inte förutsätta att prognosen vid insjuknande i hjärtinfarkt ska vara oförändrad över åren, eftersom en allmänt bättre hälsa och bättre behandling av den underliggande hjärt-kärlsjukdomen även kan ha en gynnsam effekt på vårdresultaten vid nya akuta händelser.

**I ett flertal vetenskapliga rapporter** har Riks-HIA påvisat de gynnsamma effekterna av ett antal enskilda vårdinsatser efter att ha tagit hänsyn till alla dessa faktorer [5-12]. För närvarande arbetar vi också med den vetenskapliga utmaningen att värdera effekten av de samlade insatserna i den akuta vården, givetvis med hänsyn till ovanstående andra effekter, som också skulle kunna påverka överlevnad och återinsjuknande.

Innan dessa resultat är klara har vi främst fokuserat på diskussionen på sambanden mellan vårdinsatser och korttidsresultat, eftersom det är sannolikt att utfallet på sjuk-

hus och under första månaden främst beror på insatser i vården snarare än på primär och sekundär prevention. Det är också under den första månaden som vi ser de största förändringarna av vårdresultaten.

**Avsaknad av påtagliga förbättringar av återinsjuknande och dödlighet efter den första månaden talar för ett ökat behov av att utveckla även eftervården med stöd av register.** Därför driver vi sedan två år också det sekundärpreventiva registret efter hjärtinfarktvård (SEPHIA), som framlägger sitt första årsresultat hösten 2007. I SEPHIA registreras bl a hjärtsymtom, följsamhet till medicinering, återinläggningar, blödningskomplikationer och livskvalitet för att vi ska kunna följa såväl effekter som eventuella bieffekter av givna behandlingar. Sekundärprevention efter hjärtinfarkt är ett område som kräver ett bra samarbete mellan den sjukhusbaserade vården och primärvården för att vara långsiktigt framgångsrikt. I SEPHIA-gruppen ingår därför, utöver sjukhuspersonal, även företrädare för primärvården och patientföreningen.

**Vetenskapligt ställer vi oss synnerligen kritiska** och allmänt mycket tvivlande till LJs allmänna kommentarer och filosoferande om att vi borde återgå till läkekonsten snarare än att fortsätta att utveckla evidensbaserad vård. Inom hjärt-kärlsjukvården har vi under den senaste 20-årsperioden sett exempellösa framgångar med en kraftigt förbättrad överlevnad och förbättrad livskvalitet genom ett systematiskt framtagande och genomförande av evidensbaserade medicinska insatser. Till mångas förvåning har dessa insatser gynnat inte minst äldre patienter, och överlevnadsvinsterna i t ex Riks-HIAs material är störst för dem över 75 år.

Fortfarande saknar vi dock ofta systematisk kunskap om den bästa vården av äldre pa-

tienter (över 80 år) och patienter med flera samtidiga sjukdomar. Men detta betyder inte att den bästa lösningen är att återgå till något odefinierat som kallas läkekonst. Snarare indikerar denna brist på kunskap ett behov av att systematiskt studera denna grupp prospektivt, både randomiserat och i register.

Under senaste åren har Riks-HIA-gruppen därför påbörjat särskilda studier av dessa patientgrupper. Detta är något som mycket väl kan ske samtidigt med en god omvårdnad och skydd av patientens och anhörigas integritet och självbestämmande i nära samarbete mellan olika vårdgivare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Stenstrand U, Wallentin L. RIKS-HIA Årsrapport 2005. Utgiven oktober 2006. Tillgänglig via <www.ucr.uu.se>, <www.riks-hia.se> eller <www.socialstyrelsen.se>
2. Carlhed R, Bojestig M, Wallentin L, Lindstrom G, Peterson A, Aberg C, Lindahl B; QUICC study group. Improved adherence to Swedish national guidelines for acute myocardial infarction: the Quality Improvement in Coronary Care (QUICC) study. *Am Heart J*. 2006;152:1175-81.
3. Peterson A, Carlhed R, Lindahl B, Lindstrom G, Aberg C, Andersson-Gare B, et al. Improving guideline adherence through intensive quality improvement and the use of a National Quality Register in Sweden for acute myocardial infarction. *Qual Manag Health Care*. 2007;16:25-37.
4. Stenstrand U, Lindbäck J, Wallentin L. Hospital therapy traditions influence long term survival in patients with acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2005;149:82-90.
5. Stenstrand U, Wallentin L, for the RIKS-HIA group. Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA*. 2001;285(4):430-6.
6. Stenstrand U, Wallentin L, for the RIKS-HIA group. Early revascularisation and 1-year survival in 14-day survivors of acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *Lancet*. 2002;359:1805-11.
7. Stenstrand U, Wallentin L, for the RIKS-HIA group. Fibrinolytic therapy in patients 75 years and older with ST-segment elevation myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2003;163:965-71.
8. Norhammar A, Malmberg K, Rydén

L, Tornvall P, Stenstrand U, Wallentin L. Under utilisation of evidence-based treatment partially explains for the unfavourable prognosis in diabetic patients with acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2003;24:838-44.

9. Stenstrand U, Lindbäck J, Wallentin L, for the RIKS-HIA group. Anticoagulation therapy in atrial fibrillation in combination with acute myocardial infarction influence long-term outcome – a prospective cohort study from RIKS-HIA. *Circulation.* 2005;112:3225-31.

10. Björklund E, Stenstrand U, Lindbäck J, Svensson L, Wallentin L, Lindahl B. Pre-hospital thrombolysis delivered by paramedics is associated with reduced time delay and mortality in ambulance-transported real-life patients with ST-elevation myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006;27(10):1146-52.

**LÄS MER** Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>

**SLUTREPLIK:**

## Läkekonst är att individualisera vården

Det är värdefullt att Ulf Stenstrand, Bertil Lindahl och Lars Wallentin (SLW) i sin replik på vår artikel om hjärtinfarktregister och läkekonst nu medger att ett stort antal faktorer kan förklara dödlighetsminskningen under de senaste 11 åren. Således inte bara Riks-HIA, kvalitetsindex och terapimål, vilket var deras budskap i ursprungsartikeln.

Det är också värdefullt att ett förtydligande skett; att kvalitetsindex är en försöksverksamhet, där en fortsatt vetenskaplig utvärdering av störfaktorer avseende sambanden med dödlighet sker. Vi efterlyste just en standardisering av kvalitetsindex.

Nu säger SLW att instrumentet »verkar vara väl användbart för att stimulera diskussion och utveckling av vårdprocesserna på sjukhusen«. Det är ju något ganska annorlunda än att, utan reservation, låta indexet bli bevis för Riks-HIAs förträfflighet och för att mycket farmakologiska och andra insatser leder till mortalitetsminskning.

Det är slutligen värdefullt att SLW redovisat sin syn på läkekonst. Denna syn vilseleder de läkarstudenter som ska bli praktiserande läkare. Vi kan bara hoppas att SLW är ett unikum och att universiteten som helhet har en annan in-

ställning. SLW anser att det som behövs är mer kunskaper – inte diffus »läkekonst«.

För det första är inte läkekonst något diffust. För det andra finns det ingen motsättning mellan kunskap och läkekonst. SLW tror vår uppfattning är »att vi borde återgå till läkekonsten snarare än att fortsätta att utveckla evidensbaserad vård«.

Något sådant har vi aldrig sagt. Tvärtom menar vi att läkekonst innefattar all medicinsk kunskap men också att man individualiserar vården genom att man tar hänsyn till andra sjukdomar, risker med läkemedel och polyfarmaci samt individens situation och önskemål.

Med all respekt för SLWs goda ambition att via register öka den systematiska kunskapen om den bästa vården av också äldre, ibland med många sjukdomar – men nuvarande register räcker inte. Registren behöver utvecklas och även inkludera mått på att man har individualiserat vården på ett optimalt sätt, dvs att man använt god läkekonst.

**Kjell Lindström**  
medicin doktor, distriktsläkare,  
Jönköping

**Bengt Järhult**  
distriktsläkare,  
Jönköping

## Rimliga farhågor om förstadagsintyg

I svepande formuleringar och med lösa antaganden i Läkartidningen 26–27/2007 nedvärderar Anders W Jonsson allmänläkarkårens helt rimliga farhågor om ökad arbetsbörda i fall allmän rättighet för arbetsgivarna att begära förstadagsintyg vid sjukdom införs. I författarpresentationen står det att han är barnläkare, tjänstledig samt sakkunnig. Jag undrar vilken erfarenhet han har av att skriva sjukintyg åt vuxna patienter under de senaste tio åren?

Anders W Jonsson är välkommen att besöka verkligheten i dagens primärvård, där våra patienter söker för en brokig samling symtom. I denna djungel har allmänläkaren den svåra uppgiften att skilja det friska från det sjuka och det farliga från det banala. Varje patient ska tas på fullt allvar tills misstanke om svår sjukdom kunnat undanröjas.

Som information till Jonsson kan jag berätta att vi redan nu varje vecka kontaktas av patienter där arbetsgivaren kräver förstadagsintyg. De flesta av dessa patienter har dock ingen frekvent korttidsfrånvaro, utan arbetsgivaren har slentrianmässigt ställt detta krav på den anställde. Arbetsgivaren klarar alltså inte av att hantera sitt ansvar ens innan utökandet av deras rätt att begära förstadagsintyg införts. Är då farhågan om ökad arbetsbörda orimlig?

När det gäller förstadagsintyg ska det inte vara primärvårdens uppgift att agera kontrollant åt arbetsgivaren. I dagsläget kan vi vägra att undersöka dessa friska, men för tillfället sjuka, patienter.

Genom att hänvisa dem till företagshälsovården kan vi i stället ägna vår tid och kraft åt att sköta de kroniskt sjuka och de gamla som enligt prioriteringsdokumentet ska gå

före intygsskrivande och enkla självläkande åkommor.

Å ena sidan uppger Anders W Jonsson att frekvent korttidsfrånvaro kan vara ett tecken på bakomliggande missbruk, å den andra påstår han att det inte kan vara några svåra medicinska fall som kommer att söka för förstadagsintyg. Hur vill han ha det? Han antar vidare att diagnos av en förkylning och utfärdande av intyg inte tar många minuter, men glömmer att i läkarens arbete ingår att ta upp anamnes, undersöka, ordinera eventuella laboratorieundersökningar, värdera dessa, förskriva medicin, journalföra, diktera och sedan även signera journalen. De minuter han talar om blir snabbt den kvart som vi i dagens pressade primärvård behöver för att hinna med hembesöket till den gamla sjuka patienten som inte orkar ta sig till mottagningen.

En annan effekt av att vi ska se nyinsjuknade patienter är smittspridningen, som rimligtvis bör öka när vi tar emot patienter på första eller andra dagen efter insjuknandet. Ökad sjukfrånvaro hos läkarna bör komma som ett brev på posten, eller tror Jonsson att vi är immuna mot förkylningar?

På vilket sätt anser Anders W Jonsson att det inte är konstruktivt att protestera mot dumheter? Förstadagsintyg är ju inte i sig något banbrytande konstruktivt förslag för att minska kostnader i sjukförsäkringen, då det inte är denna som betalar för dessa patienter. Om denna lagstiftning införs kan jag bara uppmana till allmänt lagtrots!

**Jonas Orve**  
familjeläkare, verksamhetschef  
Odensvi läkarmottagning  
Västerås  
[jonas.orne@ptj.se](mailto:jonas.orne@ptj.se)