

större användning av Losec + antibiotika. Känslan finns att det sker en behandling av »trolig» H pylori-infektion utan föregående diagnostik. Johannes Järhult tog nyligen också upp denna problematik i en artikel i Läkartidningen [1].

Vår bedömning, baserad på marknadspriser och sensitivitetsspecificitetssiffror, är att den idag kostnadseffektivaste metoden för H pylori-diagnostik är serologi. I framtiden kommer också UBT (Urea Breath Test) att vara ett bra komplement när registrerade och lättillgängliga produkter finns på marknaden.

Minskad sjukvårdskostnad på 100 miljoner kr

Vårt flödesschema för diagnostik är också till för att visa på alternativ till den traditionella utredningen som alltid kräver gastroskopier. Med den diagnostikstrategi som vi förordar skulle säkerligen gastroskopierna kunna minska med 25–30 procent utan att för den skull riskera ett sämre patientomhändertagande [2].

Med en kostnad på 1 500 kr per gastroskopi, och idag ca 200 000 gastroskopier per år skulle det innebära en minskad sjukvårdskostnad på nästan 100 miljoner kr.

Vi bedömer att vår diagnostikstrategi ger både en minskad oselectiv användning av antibiotika och minskade direkta sjukvårdskostnader för patienter med övre gastrointestinala problem, där misstanke om H pylori-infektion föreligger. Genom detta inlägg hoppas vi att det bringats klarhet i det »övertramp» vi påstås ha gjort. Vi ser fram emot en öppen diskussion om diagnostik och behandling för att nå en konsensus.

Pehr-Johan Fager
direktör, Orion Diagnostica AB,
Trosa

Referenser

1. Järhult J. Hejda medicinering utan föregående diagnos! Läkartidningen 1996; 93: 2518–20.
2. Information från Läkemedelsverket Uppsala 1996 årgång 7, nr 1.

Register för första halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 30–31/96.

KORRESPONDENS



Sjuka intyg?

Under senaste året har vi fått nya sjukintyg. Debatten gick i cirklar i våras – hur har utfallet blivit?

Jag har hört med kollegerna här i Östersund, bland annat vid möte i Läkarföreningen och faktum kvarstår att mottagningar drar över planerad tid på grund av att intygen tar någon minut extra – tid som ej finns.

Många fyller bara i det som står på de gamla intygen om det gäller kortare sjukskrivningstid. Läkaren ger sig ej tid till mer och Försäkringskassan hinner ej protestera.

När det gäller längre sjukskrivningar fylls intygen i mer fullständigt men Försäkringskassan hinner många gånger ej reagera förrän det gått 2–3 månader, detta även om rutan om att kontakt med Försäkringskassan önskas har kryssats i.

Bättre resultat ger rehabiliteringsplan i samverkan med arbetsgivaren.

Sjukskrivna arbetslösa faller fortfarande mellan stolarna.

Här i Jämtland har vi registrerat icke beordrad övertid. Många arbetar 2–3 timmar extra varje dag, vilket skulle motsvara 20 tjänster i slutenvården och ca 14 tjänster i primärvården. Detta är nog vanligt på många ställen, men ingen lär få fler tjänster med dagens ekonomi.

Arbetsmiljöanalys bör göras

Arbetsmiljöanalys bör göras av nya besparingar och omorganisationer, så även nya pålagor i form av intyg! Det föreslår yrkesmedicin att vi, i samarbete med yrkesinspektionen, skall kräva innan ytterligare förändring sker. Det är nu alldeles för lätt att olika myndigheter och även politiker, oberoende av varandra, ställer nya krav utan att först ta reda på hur det påverkar vården – har patienterna någon nytta av förändringen? Klarar de som arbetar i

vården de nya kraven utan att det går ut över den egentliga vården?

En pappersreform?

Intycket är att de nya sjukintygen är en pappersreform utan stor betydelse. De tar tid från annat arbete utan att det är visat att de sjuka eller deras återgång i arbete påverkas positivt. Vem svarar för utvärderingen?

Mats E Nilsson
överläkare, Östersund

Vilseledande information om utländsk primärvård

Göran Sjönell hävdar att hans Kvartersakuten är det bästa Sverige kan erbjuda inom primärvården [1]. Tillgänglighet och kontinuitet är nyckelord. Stimulans och motivation uppnås via »överenskommelser om prestationer eller service». Parallellt dras med Danmark och England där, enligt Sjönell, kontraktet i entreprenadform garanterar familjeläkarnas effektiva och stabila arbetsinsats.

Fakta som talar mot det Sjönell beskriver som verklighet kan lätt samlas. Sjönell får gärna besöka min vårdcentral och uppleva att tillgänglighet och

kontinuitet ligger på en hög nivå. Det är inget fel på motivationen, varken när det gäller sjuksköterskornas rådgivning till patienter eller dialogen mellan mig och sjuksköterskorna; en dialog som kan leda till journalanteckningar och ändring av medicinordination, utan att man behöver gå via mottagningens kassa.

Vi har varit på studiebesök på en privatklinik i en grannstad. Där ger sjuksköterskan inte någon telefonrådgivning utan enbart tid till läkare. Strep-A används inte, beroende på att man inte kan lita på testet, förklarade sjuksköterskan. Men förmodligen är skälet att testmaterial och laborantens lön kostar mer än ett receptblock.

Danskt och engelskt

Det värsta är Sjönnells påstående om de danska och engelska systemen. Stabiliteten bland läkarna inom primärvården i Danmark och England har olika förklaringar, men inte de Sjönell kommer med.

Enligt en nypublicerad artikel i BMJ [2] har endast 26 procent av blivande familjeläkare i England haft önskan att bli det från början. Resten har mer eller mindre tvingats bli det, då det inte finns några fasta tjänster för dem inom sjukhussystemet. I en senare upplaga av BMJ [3] kan man läsa om olika primärvårdsformer som finns idag, bl a familjeläkare med fast lön liknande dem i Sverige.

Jag har varit bosatt i Danmark i 26 år och under alla dessa år har problemet med att få tjänst varit brännande, dvs det är brist på överläkare- och familjeläkartjänster. Det är förklaringen till att ca 2 000 danska läkare lämnat hemlandet och finns i Sverige och övriga nordiska länder. De som lyckats bli överläkare eller familjeläkare klamrar sig fast vid sina tjänster.

Nyligen var jag med min dotter hos vår familjeläkare för att få en remiss. Han visade mig sin bokningsbok med 60 patient-läkarkontakter den dagen. Är det bra?

Youval Mlynsek
distriktsläkare,
Vårdcentralen, Osby

Referenser

1. Sjönell G. Ger enskild drift effektivare primärvård? Läkartidningen 1996; 93: 2722–4.
2. Allen I. Career preferences of doctors. BMJ 1996; 313: 2.
3. Ham C. A primary care market? BMJ 1996; 313: 127–8.