

»Albin« – en primärvårdspatient

Sjukvården riskerar att fastna i mätbarhetens återvändsgränd. Men om sjukvården havererar, blir då »Albin« utlämnad till spikmattor och charlataner?

Albin var en 80-årig ensamstående arbetare som slitit och bugat på bruket tills ryggen sa stopp och han fick förtidspension. Därefter kom kärlkrampen, och han blev kransopererad, medicinerad och tillsagd att banta och motionera. Rygg- och benvärken berodde nog på spinal stenosis, artros, gikt eller den miss-tänkta diabetesneuropatin. Dessutom besvärades han av tung andning och hosta. Han hade fått diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) efter en lunginflammation några år tidigare.

Med sin stora mage hade han förstas metabola syndrom sedan länge, med manifest diabetes åtminstone de senaste fem åren. Täta besök hos diabetessköterskan hade väl inte precis förbättrat läget, även om rapporteringen till Nationella diabetesregistret (NDR) var pedantiskt skött. Tobaks- och alkoholbruk var nogsamt negerat i journalen. De sista två åren hade vårdcentralen fått en KOL-sköterska, som också kallat och kallat Albin upprepade gånger.

Nu sökte han mig, efter att ha blivit trött på förmaningar och tillrättavisanden från diabetessköterskan och gamla doktor Ekstam, som hållit ställningarna på vårdcentralen under alla år av läkarbrist. »Han Ekstam lyssnar aldrig och har aldrig tid. Han

lovade mig en remiss till urologen i fjol, men än har jag inget hört.«

Dystymen hos Albin var tydlig. Nu hade han hört från sina grannar – eller var det på PRO-mötet? – att det fanns en annan bra doktor på orten [1]. Albin hade svårt med kisseriet och stod inte ut.

Efter alla konstens regler gjorde jag en kroppssundersökning och lät Albin kryssa i IPPS skattningsskala och utföra tidsmiktions. Nog gick det trögt med kisseriet rent objektivt; 18 symtompoäng och fullständigt outhärdlig livskvalitet.

På en läkemedelslunch hade jag fått information om det nya antikolinerga medlet som skulle hjälpa patienter med överaktiv blåsa. Vi kom överens om att pröva medlet i avvaktan på urologen, som jag skrev remiss till.

Vid återbesöket fullkomligt strålade Albin! Han var ytterligt tacksam, en fantastisk medicin och en duktig doktor! Livskvalitetsformuläret gav full poäng! IPPS och tidsmiktions poäng dock exakt samma utfall som för tre månader sedan. »Hur har det gått att ta medicinen?« Ja, morgondosen hade han inte tagit, det var ju så många andra tabletter, och kväldsdosen tog han »när han kom ihåg«. Vi kunde avboka urologremissen. Albin var nöjd och ville inte längre åka »till stan«.

Vårdcentralen var vida berömd för sitt strukturerade arbetssätt, doktor Ekstam var nationellt drivande och alla mätvärden var i topp, men bland patienterna/



Foto: Colourbox

»Dystymen hos Albin var tydlig.«

befolkningen var åsikterna delade. »Cykelverkstan med en ny läkare varje gång, och svårt att få tid«, var en vanlig recension på orten [1].

Albin, med sina många sjukdomar, plågades av besvär som inte rymts i nationella vårdprogram eller register, så vem bryr sig (förutom han själv)? Vid hans ålder kvalificerar han sig för begreppet multisjuk och är drabbad av polyfarmaci under vederbörlig assistans av både diabetes- och KOL-sköterska. Är detta god vårdkvalitet? Jag »försämrade« statistiken med ytterligare ett medel, ett antikolinergikum som är bannlyst av Socialstyrelsen, men alltså älskat av patienten. Vem äger denna kvalitetsbedömning, registret eller Albin själv?

Det var ju uppenbart att den objektiva mätvärderingen [2] – tidsmiktions – stod i skarp kontrast till livskvalitetsregistreringen, som i sin

»Statistiskt sett blir resultatet bra om alla neurotiker överbehandlas och alla dissimulanter underbehandlas.«

tur inte stämde med följsamheten avseende det antikolinerga preparatet.

Måhända gällde samma följsamhet och felmarginal både tobaks- och alkoholregistreringen, som därigenom helt saknar intresse för annat än P4P (pay for performance)-entusiasterna [3]?

Albins låga följsamhet till livsstilsråden gick vårdpersonalen på nerverna [4], och kanske hade Albin löst polyfarmaciproblematiken på samma sätt? Vad är då NDR:s, Riskssvikts eller KOL-registers registreringar värda, fränsett att deras surrogatvariabler (HbA_{1c}, FEV% med flera) är ifrågasatta? Tar Albin acetylsalicylsyra, ACE-hämmare och kortison, eller »står« han bara på dessa? Självklart måste detta följas upp, men sker det bäst via ett register [5] eller genom kontinuitet och återbesök?

Statistiskt sett blir resultatet bra om alla neurotiker överbehandlas och alla dissimulanter underbehandlas. »Med en fot i helvetet och en i himlen har man det ganska bra« är ett gammalt talesätt som får ny aktualitet. Kokboksmedicinen (vårdprogram och register) har fått ett nytt ansikte genom jämförelsen mellan mästarkockens och amatörens förhållningssätt till kokböcker [6].

Sträcker sig inte våra ambitioner längre när det gäller kunskapsbaserad medicin och patientsäkerhet? Det basala krav patienterna borde kunna ställa på värden är »en duktig doktor man känner och får träffa igen«. Alla människor vill och behöver få en egen, personlig bedömning [7].

Tillgänglighet – kontinuitet – och kunnsighet är (allmän-) medicinens basala kvalitetsparametrar. Dessa går att mäta och registrera, och skiljer sig från de surrogat-



ROBERT SVARTHOLM specialist i allmänmedicin, distriktsläkare, Björknäs vårdcentral, Boden
robert.svartholm@nll.se



Foto: Sandra Selfors

Sjukvården står vid ett vägskeäl, och frågan är vem som kommer att ta hand om människan bakom symtomen när sifferexercisen tar över?

variabler som vi numera alltmer tvingas hålla till godo med och som felaktigt kallas »kvalitetsindikatorer«.

Inte heller dessa tre är enkla och självklara att mäta, men de handlar om tydliga signaler, förståeliga för vem

som helst. En redovisning behöver inte förklaras så omständligt som Kjell Asplund kräver av öppna jämförelser: »... måste redovisningarna och jämförelserna förse med maningar om försiktighet så att skillnader inte övertolkas« [5].

Frågan är om inte sjukvården håller på att haverera och fastna i en mätbarhetens återvändsgränd eller en mätbarhetens tyranni [2, 6], och därmed lämna människan till charlataner och spikmattor? Är detta en utveckling som friska politiker vill ha och sjuka människor tvingas hålla till godo med? Descartes delade på sin tid upp människan i kropp och själ – kroppen som maskin. Har vi inte kommit längre sedan 1600-talet?

Vi står nu vid ett vägskeäl.

Medicinarutbildningen tycks alltmer ske via statistiska institutioner och vid tekniska högskolor, men vem tar hand om människan bakom symtomet – det kliniska problemet – när sifferexercisen tar över [8]? Australiens veterinärer har slutat behandla kor och får som individer och arbetar alltid på gruppnivå – epidemi-

ologiskt. Sjukvården får inte anamma detta arbetssätt utan måste tänka nytt [9]. Sjukvård och hälsovård är så nära förbundna med människan att det oftast är mycket svårt att kvantifiera kvaliteten. Kan livet mätas?

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Lindman A, Kallioinen M. Kan primärvårdens kvalitet mätas eller bara recenserat? Allmänmedicin. 2009;(3):11-2.
2. Björklund K. Försök se också det osynliga. Medicinsk vetenskap & praxis. 2006;(2).
3. Renström T, Lerner A, Persson L, Berglund O, Westerlund B, Westström M, et al. Hög tid att testa kvalitetsindikatorer i primärvården. Läkartidningen 2009; 106:1069-70.
4. Engström I. Värdebaserad medicin. Allmänmedicin. 2009;(3):8-10.
5. Asplund K. Att mäta kvalitet i hälso- och sjukvård. Allmänmedicin. 2009;(3):5-7.
6. Fanestil B. A piece of my mind. The tyranny of the measuring cup. JAMA. 2009;301(15):1515-6.
7. Kanter T. Vårdnivåer – vårdorganisation. Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt. Stockholm: Läkemedelsverket; 2006.
8. Liedman SE. Lack och Markschie: »What the hell is quality?« [bokrecension]. Stockholm: Dagens Nyheter. [Publicerat 2009-02-26]. <http://www.dn.se/dnbok/bokrecensioner/lack-och-markschie-what-the-hell-is-quality-1.808729>
9. Werner R, McNutt R. A new strategy to improve quality: rewarding actions rather than measures. JAMA. 2009;301(13):1375-7.

Människa – och maskin

National Geographic tar oss till »Bionicåldern«

■ Januarinumret av National Geographic (bilden) handlar om hur människa och maskin smälter samman. Tidskriftens huvudartikel handlar om proteser, och hur ingenjörer kommit allt längre i sitt arbete att ersätta förlorade extremiteter, men också våra sinnen.



Mest utrymme ägnas en kvinna som blivit av med en arm i samband med en bilolycka. För att ge henne tillbaka delar av sin hand- och armfunktion flyttade forskarna resterna av hennes arm- och handnerv så att de i stället innerverade axelmuskulatur.

Efter ett par månaders träning kunde kvinnan utlösa muskelkontraktioner i sin axel, vilka i sin tur kunde styra ett axelskydd kopplat till en armprotes.

National Geographic beskriver också hur blinda får implanterade elektroder som stimulerar näthinnan och gör det möjligt för människor med retinitis pigmentosa att uppfatta siluetter. Även kokleaimplantat avhandlas. National Geographics signum är de vackra bilderna och överskådliga illustrationerna. Av sådana finns det många.

I samma nummer återfinns även en illustration av framtida möjligheter att behandla H1N1-virus samt klassiska naturreportage, som bilder av clownfiskar, eller anemonfiskar, och en beskrivning av Singapore.

Jonas F Ludvigsson

docent, barnkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro; enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska institutet, Stockholm
jonasludvigsson@yahoo.com