

- L., Tornvall P, Stenestrand 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. Stenestrand 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, Stenestrand 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://larkiv.lakartidningen.se>

SLUTREPLIK:

Läkekonst är att individualisera vården

Det är värdefullt att Ulf Stenestrand, 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
medicine 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 anställda. 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