

Finska Läkaresällskapets Handlingar

Årgång 164 Nr 2, 2004

Allmänmedicin

Specialredaktörer: Hans Blomberg
och Matti Klockars

CAJ HAGLUND: Vårdgaranti och vårdkriterier	3
HANS BLOMBERG OCH MATTI KLOCKARS: Allmänmedicinen i början på tjugohundratalet	5
HANS BLOMBERG: Befolkningsansvar i primärvården	8
MATTI KLOCKARS: Allmänläkarens och allmänmedicinens identitet	11
MATS BROMMELS: Förbättrad tillgänglighet: Till nytta för sjukvården och till glädje för patienterna	15
OUTI ELONHEIMO: Hälsocentralens strategi: Vård i främsta linjen	18
BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM: Åland – i särställning även i fråga om hälso- och sjukvården	26
JOHANNA CASTRÉN OCH IRMA VIRJO: Hälsorådgivning per e-post för högskolestuderande	29
MARJUKKA MÄKELÄ: Evidensbaserad medicin i allmänpraktik: Att hjälpa hela patienten	36
IRENE HETLEVIK: Evidensbaserad medicin i allmänpraktik - ett hinder för optimal läkarvård	41
PERTTI SOVERI OCH KLAS WINELL: Kvalitetsförbättring genom nätverk	47
JOHANN A. SIGURDSSON: Checklistor och screening - ett hot mot konsultationen	51
HARRIET FINNE-SOVERI, ANJA NORO OCH MAGNUS BJÖRKGREN: Polyfarmaci inom de institutionella boendeformerna för äldre i Finland	55
CAMILLA MÅRTENSON OCH MERETE MAZZARELLA: Skönlitteratur och medicin	62
PERNILLA SVIBERG OCH SEPPO MERI: Hur undviker Borrelia burgdorferi immunförsvaret?	68
JARL EKLUND: Vad en gammal gravsten kan förtälja	74
IN MEMORIAM: Carl Eric Sonck och Krister Nordström	76



Redaktion

Huvudredaktör

Caj Haglund
Helsingfors universitetscentralsjukhus
Kirurgiska kliniken
PB 340, 00029 HNS
Tel 09-47172427, fax 09-47171403
E-post caj.haglund@hus.fi

Redaktörer

Hans Blomberg, Johan Lundin,
Tom Scheinin och Kristian Wahlbeck

Språkgranskare

Marianne Saanila
Tel. 09-1351928

Finska Läkaresällskapet

Kanslist

Gerd Haglund
PB 82, 00251 Helsingfors
Tel. 09-47768090, fax 09-4362055
E-post kansliet@fls.pp.fi
Hemsida: www.kulturfonden.fi/fls

Besöksadress

Johannesbergsvägen 8
00250 Helsingfors

Finska Läkaresällskapets Handlingar

ISSN 0015-2501

Utges av Finska Läkaresällskapet
Oy Nord Print Ab, Helsingfors 2005

Vårdgaranti och vårdkriterier

Den 1 mars 2005 träder en ny lag i kraft som garanterar patienter icke-brådskande vård i den specialiserade sjukvården inom 6 månader från den dag då behovet av vård har fastslagits. Inom tre veckor bör patienten få poliklinisk vård. I primärhälsovården bör läkare eller annan yrkesutbildad person inom tre dagar bedöma behovet av vård. Den nya lagen ställer stora krav på många hälso-centraler och sjukhus runt om i landet. Svårast är troligen läget i huvudstadsregionen och framför allt inom kirurgin. Underbudgeteringen i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) har bland de kommunala beslutsfattarna genom åren baserat sig på en övertygelse om ineffektivitet inom sjukvården, och därmed har den specialiserade sjukvården ställts inför ständiga krav på inbesparingar. Kraven har upplevts som sårande bland den hårt arbetande personalen och har också i praktiken visat sig vara orealistiska. Nedskärningarna i budgetanslagen har varje år lett till ett stigande antal patienter som väntar på icke-brådskande operation. Enbart inom verksamhetsområdet kirurgi i Helsingfors omfattar köerna över 12 000 patienter, av vilka över 6 000 har köat i mer än ett halvt år. Den nya lagen medger en övergångsperiod på endast 6 månader, vilket innebär en näst intill omöjlig utmaning. Varifrån skall man plötsligt ta alla de tilläggsresurser i form av operationssalar och personal som behövs för att förkorta köerna? Till all lycka finns det en del oanvända operationssalar på olika sjukhus i staden, och det finns planer på kvällsooperationer, som utförs som extra arbete av den egna personalen. De nyländska kretssjukhusen har en bättre kösituation än sjukhusen i Helsingfors, och en del patienter erbjuds operation i till exempel

Ekenäs. Dessutom kommer den kommunala sjukvården att söka samarbete med privata producenter av sjukvård. Den kritiska faktorn är bristen på operations- och anestesiskötare. Rekryteringen av personal till sjukhusen i Helsingfors har redan före ökningen av antalet operationssalar varit ett problem. Orsakerna är många. Lönenivån i Helsingfors är densamma som i andra delar av landet trots att levnadskostnaderna är högre. Arbetsgivaren kan inte erbjuda ett tillräckligt antal förmånliga tjänstebostäder, och hyresnivån på den fria marknaden är skyhögt i förhållande till lönenivån inom vårdsektorn. En utmanande arbetsplats med goda möjligheter till intern utbildning av hög kvalitet och utvecklande av den egna yrkeskunskapen är i denna situation inte alltid tillräckligt för att uppväga de ovan beskrivna nackdelarna.

Att förkorta de överlånga köerna är inte bara ett praktiskt problem, utan i högsta grad även ett ekonomiskt problem för kommunerna. Kökortningen innebär kraftigt ökade kostnader för den specialiserade sjukvården under nästa budgetår. Staten har lovat kommunerna full kompensation för de kostnader den nya lagen medför, men kommunerna anser sig inte få tillräckligt statsstöd. Också efter att köerna har kortats, krävs en större kapacitet än i dag för att lagens bokstav skall kunna uppfyllas. Å andra sidan innebär kortare väntan på operation samhällsliga inbesparingar i form av mindre behov av sjukskrivning och frånvaro från arbetet.

Parallellt med förberedandet av den nya lagen har social- och hälsovårdsministeriet förberett riksfattande kriterier för behovet av icke-brådskande vård, framför allt för ofta förekommande åtgärder med långa väntetider. En orsak till att ministeriet

har upplevt ett behov av att fastställa enhetliga kriterier är de stora variationer i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster man har noterat mellan olika sjukhus och sjukvårdsdistrikt. I fråga om vissa operationer har skillnaderna varit klart större än skillnaderna i sjukdomarnas förekomst anses vara. Kriterierna för behovet av vård har förberetts av sakkunniggrupper, och förslagen har varit på remiss hos ett stort antal organisationer, föreningar och kommuner. Redan innan ministeriet påbörjade sitt arbete hade HNS utarbetat interna kriterier för behovet av kirurgi för olika sjukdomar, och dessa har legat till grund för de nationella kriterierna. Behovet av operation baserar sig på en poängsättning av fynd och symptom hos patienten. Patienten bör uppnå ett visst antal poäng för att anses vara i behov av operation. Om denna poänggräns inte uppnås, behandlas sjukdomen konservativt tills situationen eventuellt försämras. Poängsättningen ger inte patienterna subjektiv rätt till vård. Beslutet fattas alltid av läkaren, och förutom poängen beaktas alltid patientens helhetssituation. Kriterierna baserar sig på samlad sakkunskap inom medicinen och landets främsta experter har deltagit i arbetet, som har varit krävande. Poängsättningssystemet är inte avsett att användas för att jämföra olika sjukdomar eller olika specialiteter sinsemellan. Ministeriet hoppas med denna reform kunna uppnå jämlikhet i utbudet av specialiserad sjukvård inom landet. Det är nog uppenbart att myndigheterna också har hoppats på att kunna gallra bort onödiga operationer. Övertygelsen om att det tidigare har utförts ett stort antal onödiga kirurgiska ingrepp delas inte helt av expertis inom kirurgin. Men det är uppenbart att ett antal operationer som utförts närmast av kos-

metiska skäl faller utanför de nya kriterierna. Å andra sidan är det uppenbart att utbudet av exempelvis vissa ortopediska och plastikkirurgiska ingrepp har varit underdimensionerat i många sjukvårdsdistrikt. Därmed kan de nya kriterierna som har rent medicinska grunder blotta ett överraskande stort dolt vårdbehov.

Det har i detta sammanhang spekulerats kring frågan hur Folkpensionsanstalten (FPA) kommer att använda de nya kriterierna när ersättningskriterierna fastställs. Hur ställer sig FPA till en patient som på kommunala sidan inte har fått ett tillräckligt antal poäng för att få sina åderbräck opererade kommunalt, men som därefter låtit sig opereras privat? Än så länge har FPA meddelat att de litar på läkarnas objektivitet och omdöme.

Sjukvården står alltså inför stora utmaningar under det närmaste året. Om man lyckas övervinna de praktiska och ekonomiska problemen, kommer nog både den nya lagen om vårdgaranti och de nya kriterierna för behovet av vård att vara till gagn för såväl patienter som sjukvården.

För mig personligen har dessa nya krav inom sjukvården lett till en ökande arbetsbörda i tjänsten, varför jag sett mig tvungen att tacka nej till att fortsätta som huvudredaktör för Handlingarna. De gångna tre åren har varit intressanta och givande. Jag vill tacka redaktionen och kansliet för stimulerande och gott samarbete samt önskar den nya huvudredaktören lycka och välgång. Läsarna tillönskas ett gott nytt år och intressanta lästunder med vårt senaste nummer av Handlingarna.

CAJ HAGLUND

Allmänmedicinen i början på tjugohundratalet

Finska Läkaresällskapets Handlingar (FLH) har i en tid av läkarbrist, än en gång velat uppmärksamma allmänmedicinen eller läkarverksamheten inom primärvården. Senast FLH tog upp allmänmedicinen var åren 1987 och 2003. Politiker har i olika högtidliga sammanhang dyrt och heligt lovat stödja och satsa på primärvården, som man ansett vara stöttepelaren i den offentliga hälso- och sjukvården.

Primärvården är den organisation som patienterna ofta vänder sig till med diffusa hälsoproblem. Tidvis är problemen sådana som medicinen inte har lösningar på och frågorna sådana som läkare som har sökt sig till den specialiserade sjukvården ogärna vill befatta sig med.

Enligt WHO har allmänmedicinaren fyra olika roller; förutom traditionell läkare skall allmänläkaren vara ledare och utbildare samt påverkare med avseende på socioekonomiska förhållanden. Dessa roller finns i bakgrunden då allmänläkaren försöker integrera och lösa patientens hälsoproblem i ett biomedicinskt, psykologiskt, socialt och humanistiskt sammanhang. Ytterligare randområden som gränsar till primärvårdsläkarens arbete är av epidemiologisk, beteendevetenskaplig, miljömedicinsk och hälsoekonomisk karaktär.

I detta nummer erkänner Camilla Mårtensson, att hon fått vänja sig vid att leva med osäkerhet och med ofta förekommande otillräcklighet. Utvecklingen inom medicinen sker allt snabbare, och det har varit svårt att hinna tillägna sig – ja även omöjligt att upprätthålla – goda eller ens tillräckliga kunskaper inom alla de områden, som allmänmedicinen omfattar. Gränsdragningen mellan allmänmedicinens (primärvårdens) och den specialiserade sjukvårdens ansvar har ofta varit otydlig. Etiska frågor har konkretiserats, och patientens autonomi, ställning samt rättigheter präglar varje möte mellan läkare och patienter.

Marjukka Mäkelä visar hur läkaren genom litteraturstudier kan hitta den bästa tillgängliga kun-

skapen och visar även hur man kan hjälpa en patient med en sjukdom, som en allmänläkare sannolikt ser högst en gång per år. Det är viktigt att allmänläkaren vet vad som oroar och vad som lugnar patienten. Då det är fråga om en sjukdom som förekommer så sällan, undrar man om allmänläkaren har tid och intresse att gå till litteraturen, och om inte kunskapen lättare kunde inhämtas av den behandlande läkaren inom den specialiserade sjukvården.

Irene Hetlevik frågar om kunskap, som grundar sig på randomiserade kontrollerade undersökningar av patienter med ett avgränsat problem, egentligen kan försvåra behandlingen av patienter med många sjukdomar. Johann Sigurdsson, Linn Getz och Irene Hetlevik tar upp patientens och läkarens olika agendor. De ifrågasätter kravet på att utreda olika risker och riskfaktorer hos patienten i ett försök att förebygga sjukdom i en situation när patienten har sökt för något helt annat.

Merete Mazzarella framhåller att litteraturläsning kan få medicinare att inse subjektivitetens, mångtydighetens och ambivalensens betydelse.

Mats Brommels redogör för hur det nationella hälsovårdsprojektet skall förbättra förhållandena inom hälso- och sjukvården medan Outi Elonheimo tar upp strategier för att utveckla hälsocentrernas verksamhet. Björn-Olof Ehrnström visar hur man på Åland har tänkt lösa administrationsproblemen, medan Johanna Castrén och Irma Virjo samt Pertti Soveri och Klas Winell ger praktiska exempel på utvecklingsarbete inom primärvården.

Vi hoppas att detta nummer om allmänmedicin skall väcka intresse för allmänmedicinen bland unga läkare och hjälpa äldre primärvårdskollegor att orka i sitt arbete. För specialistläkare inom olika smala områden kan uppsatserna kanske uppskattas som bevis på kravet om allmänläkarens mångsidighet.

HANS BLOMBERG OCH MATTI KLOCKARS

Befolkningsansvar i primärvården

HANS BLOMBERG

Med folkhälsolagen 1972 övergick man från kommunalläkarsystemet till ett system med hälsocentraler. Kommunen har ansvar för befolkningens hälsa, och ansvaret har delegerats till hälsocentralen. Före folkhälsolagen fanns det ca 780 kommunalläkare; i oktober 2002 hade vi 3 500 hälsocentralläkare.

När hälsocentralnätet hade byggts ut, konstaterade man att den byråkratiska modell som hade skapats inte förmådde garantera den servicenivå som kommuninvånarna önskade, speciellt upplevdes möjligheten att erhålla tjänster som ett problem. Därför kom de första experimenten med husläkare i slutet av 1980-talet. I den traditionella hälsocentralsmodellen för organisationen har hälsocentralen ett kollektivt ansvar för befolkningens hälsa. I husläkarmodellen har den enskilde läkaren ansvar för de människor (ansvarsbefolkning) som har tilldelats honom eller henne.

För att motivera läkarna tog man i bruk ett särskilt läkaravtal med befolkningsansvar i början av 1990-talet. Enligt detta avtal får husläkarna en grundlön som är lägre än det traditionella läkaravtalet förutsätter. Men därtill får de en besöksavgift för varje patient som använder läkartjänster obetydligt och en fast månadsavgift för patienter, som använder tjänster i större omfattning (d.v.s. har besökt hälsocentralens läkarmottagning tre eller flera gånger under det föregående året). Arbetstidslagen gäller inte för husläkarna, de har ingen fast arbetstid men förutsätts vara anträffbara för "sina" patienter dagligen med undantag av lördagar och söndagar samt avtalade helgdagar. Enligt avtalet skall en person som ingår i läkarens befolkningsansvar få kontakt med läkaren och ges vård i huvudsak under läkarens följande arbetsdag men dock senast inom tre dagar efter det att han/hon kontaktade hälsocentralen för att konsultera läkaren. När kommunerna byggde upp sitt husläkarsystem kunde de också välja det traditionella läkaravtalet, där läkarens arbetstid är 37 timmar i veckan. I slutet av år 2003

använde 104 hälsocentraler husläkaravtalet, som då gällde 1 825 läkare, vilkas befolkningsansvar omfattade 69 procent av landets befolkning (1).

I början visade erfarenheterna från hälsocentraler som hade övergått till husläkarsystemet genom att tillämpa läkaravtalet för befolkningsansvar, att det hade blivit väsentligt lättare att komma till läkarmottagningarna. Köerna till läkarmottagningarna hade minskat, och man kom till sin egen läkare inom tre dygn, i brådskande fall även samma dag. En större del av befolkningen än före införande av husläkarmodellen hade besökt läkarna, och besöken hade i större utsträckning än tidigare gjorts hos husläkaren. Man

FÖRFATTAREN

ML Hans Blomberg är chefläkare vid Sibbo hälsocentral

konstaterade att husläkarna klarade sig med färre diagnostiska prov och mindre användning av specialiserad sjukvård och sjukhusvård.

Många hälsocentraler övergick till husläkaravtalet bl.a. av rekryteringsskäl för att husläkaravtalet gav läkarna i snitt ca 1 000 euro högre månadslön. Vid vissa hälsocentraler har man övergett husläkaravtalet och övergått till det gamla systemet med klar tidsbeställning, eftersom läkarna tröttnade på den aldrig sinande patientströmmen. Läkarnas lön hade dock förblivit på husläkaravtalets nivå (2).

HUSLÄKARAVTALET BÖR UTVECKLAS

Samtidigt som man har ansett att husläkaravtalet har fungerat bra, har man varit enig om att det bör utvecklas. Intervjuer med sakkunniga har gett följande orsaker till att det måste utvecklas (1).

- Avtalet gör att läkarna är ovilliga att sköta andra läkares patienter, vilket försvårar hälsocentralens verksamhet bl.a. när en läkare blir sjuk.
- Läkarna är inte intresserade av förebyggande arbete.
- Kvinnliga läkare och yngre läkare gör i allmänhet inte hembesök, trots att det skulle vara viktigt bl.a. för att patienterna inte skall belasta den specialiserade sjukvården.
- Avgifterna för olika ingrepp gör verksamheten prestationsinriktad.
- Avgifter för ingrepp och besök orsakar avund och försvårar en ändamålsenlig arbetsfördelning och delegering av uppgifter. En del läkare har tagit på sig uppgifter som sjukskötare tidigare har handhaft, och därigenom räcker inte läkarens resurser för uppgifter som sjukskötare inte kan handlägga.
- Det uppstår konflikter mellan läkarna i fråga om befolkningsansvaret. Det är svårt att beräkna hur arbetskrävande en viss befolkning är; antalet personer varierar mellan 2 700 och 2 050 i de stora städerna.

ORGANISERING AV ARBETET

Ett välfungerande husläkarsystem fordrar att läkarna förbinder sig att sköta sin befolkning

under en längre tid. Unga läkares motivation att gå in för ett långvarigt och helhetsorienterat befolkningsansvar är en problematisk fråga. I en undersökning i form av en enkät som omfattade hela Finland påtalade hälsocentralläkarna olägenheter som stress och bundenhet vid arbetet, problem med tillgången till vikarier, trubbel med ledningen och dåliga forskningsutsikter (3).

En central punkt i husläkaravtalet är ansvaret för en viss befolkning och ingen fastställd arbetstid. Här ligger faran för överbelastning. Ledningen för hälsocentralen bör kunna fördela arbetet rättvist. Men hur stort är den enskilde läkares ansvar då det gäller patienternas utnyttjande av läkartjänster? Läkaren, som är förtrogen med sitt arbete, kan till en del påverka vilka patienter som kommer till mottagningen. Läkaren blir också tvungen att ta ställning till olika rekommendationer om god medicinsk praxis. Rekommendationerna innehåller algoritmer med avseende på när och hur ofta en patient skall besöka sin läkare. Både patienter och annan vårdpersonal är väl medvetna om dessa. Kan läkaren då begränsa kontakterna med hänvisning till sin begränsade disponibla tid, eller är enda möjligheten att allokera mera resurser för arbetet?

Läkare som arbetar som privatföretagare med helhetsansvar för en viss befolkning skulle möjligen ha ett större intresse av att utveckla vården. I Finland har det inte hittills? funnits vilja att ordna primärvården genom att köpa tjänsterna av privatläkare, som t.ex. i Storbritannien, Nederländerna eller Danmark.

Det verkar som största delen av dagens läkare uppskattar en begränsad arbetstid med inbyggda skyddsmekanismer för överbelastning. Stafettfirmorna, som förmedlar läkare till hälsocentralerna, har beaktat detta i sina avtal. I avtalen ingår begränsningar: antalet patienter per timme, klart avgränsade matpauser, tid för telefonsamtal, tid för pappersarbete och begränsad arbetstid. Avtalet innehåller också krav på handledning och utbildning. Om avvikelser förekommer, bör förhandlingar föras med läkaren. Dessa faktorer bör arbetsgivaren beakta även för kommunalt anställda hälsocentralläkare, men de beaktas inte alltid i praktiken.

LÖNEN

Stafettfirman betalar en fast timlön oberoende av prestationer. Stafettläkarens lön är klart högre än den lön som betalas enligt det kommunala läkaravtalet, detta gäller i ett läge när hälsocentralerna har stora svårigheter att rekrytera läkare.

Trots att kontrollen över och innehållet i det egna arbetet kommer att vara den viktigaste faktorn för hälsocentralläkaren även i framtiden, kommer nog löneutvecklingen att ha en central roll. Läkarnas löner är jämför-

bara med lönen för personer i ledande ställning inom den kommunala sektorn. De kommunala lönerna släpar dock efter de privata. Lönesättningen kommer att utgöra en stor utmaning även i framtiden när läkarbrist troligen inte längre förekommer.

ML HANS BLOMBERG
SIBBO HÄLSOCENTRAL
PB 23
04131 SIBBO
hans.blomberg@sipoo.fi

REFERENSER

1. Omallääkärijärjestelmän selvitys- kehittämissuuryhmä 2004. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki 2004-10-27
2. Uotila Eila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen, STM Selvityksiä 2004:3
3. Vehviläinen Arto, Takala Jorma, Haggren Outi, Vihola Tuuli, Kumpusalo Esko. Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta – Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus II, Suomen Lääkärilehti 2002; 57:5063–67.

Allmänläkarens och allmän- medicinens identitet

MATTI KLOCKARS

En människas personliga identitet består av hennes uppfattning om sig själv och av hur andra människor ser på henne. Identiteten förekommer främst i vår föreställningsvärld eller i våra visioner. Läkarnas yrkesidentitet har traditionellt till en stor del baserat sig på autonomi och ett "socialt kontrakt" mellan läkarprofessionen och samhället. Förtroendet för läkarkåren har också en konkret dimension genom det praktiska, ofta framgångsrika och tidvis heroiska arbete som läkare utför. Den strävan efter individualism som kännetecknar vår moderna värld, leder till att identiteten inte uppstår av sig själv, t.ex. via social bakgrund och förmögenhet, utan den måste erövras och skapas via olika funktioner, t.ex. genom yrkesrollen. Identiteten har blivit ett tomrum som man själv måste fylla.

För inte så länge sedan var läkare privata företagare. Hippokrates ed och kollegiala normer var grunden för läkarens etik och identitet. Det självständiga och fria yrkesutövandet har för många läkare förbytt i byråkrati och tjänstemannaideologi. Den identitetsskapande miljön och sammanhangen har förändrats. Identiteten formas av bl.a. medborgarnas och samhällets uppskattning av och förväntningar på den egna yrkesgruppen. Inom vissa yrkesgrupper, som bland läkare; påverkas identiteten också av gruppens "ritualer", beteende och ideologi. För den enskilda individen är identitetssökandet en kontinuerlig process. Det kan ibland räcka med att vi är eniga om att vi är annorlunda än andra. Allmänläkaridentiteten formas där grupper möts, i gränslandet mellan allmänläkare och andra specialister. Identiteten bestäms dels på basis av gruppens sammanhållning, dels av hur grup-

pen profilerar sig i sin miljö, d.v.s. skiljer sig från andra specialistkategorier. Det är naturligt att den forna och den nuvarande horisontalspecialisten (allmänläkaren) och vertikal-specialisten (specialisterna på små specialområden) ser med olika ögon på sina yrkesroller och sin yrkesidentitet. Den numera så svårdefinierade gränsen mellan social-, hälso- och sjukvård förändrar också allmänläkarens syn på sitt arbete.

Den professionella identiteten byggs inte upp av enbart medicinska studier och läkarens arbete utan påverkas också av mötet mellan professionalism och det egna personliga livets särdrag (familj, vänner, erfarenhet och social miljö) (1). Utvecklingen av identiteten blir en konstruktion som kontinuerligt modifieras av dialogen och mötet med samt relationerna till människor i närmiljön. Samtidigt går den vidare och påverkas av sociala institutioner, såsom sjukhusets avdelningar eller hälsocentralernas patientmottagningar. Identiteten påverkas dessutom av individens och de sociala institutionernas (föreningar och övriga nätverk) historia. Ett nytt dilemma är kanske också att läkarens roll som sakkunnig inte alltid är förenlig med rollen som behandlande läkare.

FÖRFATTAREN

*Matti Klockars är professor i allmän-
medicin vid Institutionen för folkhälso-
vetenskap vid Helsingfors universitet*

ALLMÄNMEDICINENS OCH ALLMÄN- LÄKARENS ROLLER

Allmänmedicinen är primärvårdens medicinska specialitet. Vi kan inte undgå definitioner av kunskapsområdets innehåll och gränser när vi beskriver allmänmedicinens eller allmänläkarens identitet. Vad är allmänmedicin? Följande beskrivning av kunskapsområdet kan ge en fingervisning:

“Ämnesområdet allmänmedicin är inriktat på primär handledning av oselektade medicinska problem och hälsotillstånd i en avgränsad befolkning.” (Universitets- och högskoleämvetet, Sverige, 1981).

Allmänläkarens ideella roller innefattar den personliga läkaren, generalisten, pragmatikern, resursförvaltaren, koordinatören, primärklinikern, hälsofrämjaren och närmiljöläkaren. Av detta framgår att ämnesområdet allmänmedicin inte kan definieras som ett specifikt vetenskapligt kunskapsområde utan specialiteten karakteriseras av det sätt på vilket arbetet utförs. Allmänmedicinens kunskapsbas skapas av att också kunnandet inom denna specialitet grundar sig på vetenskapligt tänkande och på resultat från vetenskaplig metodik (jfr t.ex. invärtes medicin och kirurgi). Den evidensbaserade hälsovården är en viktig del av allmänläkarens arbete. Allmänmedicinens identitet kommer alltså att påverkas av det praktiska arbetet, av hur detta arbete utförs och skall utföras samt av hur man förväntar sig att det skall ske.

För identitetsdiskussionen behövs vissa professionella attribut som betonar och karakteriserar allmänmedicinens arbetssätt, t.ex. förmågan att leva i osäkerhet, kontinuitet i vården, epidemiologiskt tänkande, koordinering, det patientcentrerade arbetssättet (i motsats till det sjukdomscentrerade) och de familjemedicinska aspekterna på arbetet. Allmänmedicinens identitet beror alltså även på andra faktorer än kompetens och expertis.

Alldeles som inom andra specialiteter utvecklas allmänläkarens identitet under en lång tid. Identiteten utvecklas och förstärks av arbetsuppgifterna, uppgifter som dels är konkreta, dels upplevda och accepterade på basis av vad som förväntas av allmänläkare. Identiteten beror också på den individuella erfarenheten. En undersökning (1988) bland unga finländska läkare visade att primärvårds-

läkare uppfattar sig mer som humanister (social orientering), hälsofrämjare, vårdare och byråkrater, medan däremot sjukhusläkare snarare såg sig som personer som botar och sysslar med vetenskap och bedriver forskning (2).

ALLMÄNLÄKARENS LÄRAR-, KLINIKER- OCH FORSKARIDENTITET

Inom den medicinska utbildningen finns ett stort intresse för att förlägga en allt större del av undervisningen till primärhälsovården. Detta sker dels via en planerad integrering av undervisningen inom de olika kliniska kunskapsområdena, dels genom en ökad utlokalisering (regionalisering) av medicinsk grundutbildning och specialistutbildning utanför universitetsstäderna/sjukhusen till perifera vårdenheter (bl.a. hälsovårdscentraler). Det finns en stark (utbildnings)politisk vilja att stärka primärvården.

Primärvårdsläkare har en bred kontaktyta med samhället och med de bakomliggande mekanismer som påverkar människors hälsa och sjukdom. Allmänläkaren kan inte ta hänsyn till enbart de biomedicinska faktorerna vid sjukdom utan skall också anlägga humanistiska, beteendevetenskapliga och samhällsvetenskapliga perspektiv i såväl forskning som praktiskt arbete. Denna mångfasetterade syn på människan präglar identitetsutvecklingen.

Många allmänläkare kommer att fungera som lärare för unga medicinare. Det traditionella mästare-gesällförhållandet i utbildningen har igen tagits till heders i specialiseringsprogrammet Utvecklingen av läraryrket och klinikeridentiteten är en integrerad del av grundutbildningen. Genom sina åsikter och sitt uppträdande påverkar akademiska lärare omedvetet de studerandes attityder, värderingar, beteende, identitet och etiska tankar. Inom vissa gränser kan man anse det viktigt och positivt för medicine studerandes identitetsutveckling att de får uppleva varierande förebilder bland sina lärare.

Vissa särdrag i allmänläkarens arbete påverkar själva klinikeridentiteten på ett avgörande sätt. Mångsidighet, kravet på gränser för det professionella kunnandet, osäkerhet vid beslutsfattande och ett fortlöpande patient- och familjecentrat arbetssätt påverkar klinikerrollen. Allmänläkarens mål, att inte under alla förhållanden sträva efter diagnostisk säkerhet men däremot försöka mins-

ka den diagnostiska osäkerheten för att kunna fatta optimala terapeutiska beslut, påverkar klinikerrollen. Allmänläkaren påminns dagligen om att patienterna inte kommer till mottagningen för enbart ett symptom eller en sjukdom utan för att få hjälp med sin egen subjektiva upplevelse i vilken ingår deras egna idéer om besväret, deras oro och förväntningar.

En internationell trend har varit att allt färre läkarstuderande vill ägna sig åt forskning. För allmänmedicinens del är detta ett ännu större problem än för många teoretiska kunskapsområden. Mycket länge har den akademiska medicinen och naturvetenskaperna ställt mycket specifika frågor inom allt smalare kunskapsområden. Detta synsätt har haft svårigheter att få respons inom primärvården, där frågorna och lösningarna ofta är "allmänna" och bildar komplexa system.

De allmänmedicinska forskningsintressena har gällt många olika forskningsområden, bl.a. kliniska frågeställningar, epidemiologi, samt organisatoriska, beteendevetenskapliga och utbildningscentrerade frågor. Forsknings- och utvecklingsfrågor (med tonvikt på utveckling) intresserar dem som vill påverka sitt dagliga rutinarbete. Den patientorienterade kliniska forskningen med utgångspunkt i det oselektade patientmaterial som primärvården kan erbjuda är en god bas för vad man kunde kalla nyfikenhetsforskning. Frågeställningar med direkt ursprung i vardagslivet kan leda in hälsovården på nya banor. Det som nu skulle behövas är en integrering av undervisning och forskning inom hela vårdkedjan från primärvården till den specialiserade sjukvården.

Å andra sidan kan denna mångfald av frågor försvaga allmänläkarens forskaridentitet. Allmänmedicinens mångsidighet har sannolikt varit ägnad att hindra uppkomsten av en s.k. kritisk massa av forskare och kompetens, inklusive metodologiskt kunnande vid de relativt små, akademiska allmänmedicinska enheterna. Resultatet har följaktligen blivit att forskningstraditionerna och forskaridentiteten bland allmänmedicinare har utvecklats i en annan riktning än bland subspecialister. För många forskare har målet blivit att påverka endast vetenskapens utveckling, medan den allmänmedicinska forskningen i dag kräver mer forskning i varför kunskapen inte omvandlas till praktiskt handlande, varför människor inte gör som vi säger. Möjligheterna för forskning kommer att bli en viktig

attraktionsfaktor för att rekrytera unga läkare till allmänmedicinen. För att detta skall uppnås krävs politisk vilja, god infrastruktur för forskning, en tillräckligt stor kritisk massa av forskare och forskningsmedel samt ett gott samarbete mellan hälsovårdscentraler och universitet.

På samma sätt som naturvetenskapliga och övriga vetenskapliga forskningsresultat förändrar kulturella värderingar, påverkar den allmänläkarens och allmänmedicinens identitet.

TRENDER SOM UNDERGRÄVER IDENTITETEN

Allmänmedicinens styrka och svaghet har legat i att den inte har klart definierade gränser. Allmänläkarkåren står tidvis förbryllad inför problemet varför patienter kommer till läkarens mottagning inte bara p.g.a. sjukdom, utan också för besvär som medicinen inte har någon förklaring på och där medicinsk behandling inte existerar. Kanske allmänläkare uppsöks på grund av familjekonflikter, obehag som beror på arbetsplatsproblem eller andra sociala konflikter? Allmänläkare får ta emot det största trycket av tendenserna till medikalisering i samhället och patienternas tidvis orealistiska förväntningar. Under tyngden av yttre arbetspress kan det vara svårt att inifrån bygga upp en stark identitet.

Allt större krav på specialitetens kärnfunktioner, bl.a. förslaget att allmänmedicinens referensramar borde inkludera ett s.k. biopsyko-socialt helhetstänkande ökar allmänläkarens svårigheter att definiera sin roll och yrkesidentitet. Identiteten störs säkert också av konflikter som gäller beslut med etiska och värdeladdade konsekvenser. Hur den framtida roll- och arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom primärvården kommer att påverka allmänläkarens och allmänmedicinens identitet kan ännu inte förutspås. Och hur påverkas allmänläkarens identitetsutveckling av att patienter numera betraktar sig som konsumenter av hälsovårdstjänster, som deltagare i vårdprocessen med allt större önskan om delaktighet i beslutsprocessen? Denna, både patientens och läkarens autonomi framkallar i många fall ett slags etisk stress i allmänläkaren eftersom de nya diagnostiska och terapeutiska möjligheterna verkar oändliga.

SLUTORD

I framtiden kommer läkaridentiteten att påverkas av hur läkarnas professionalism förstås och uppskattas av samhället och hur den utövas. Den sociala och etiska dimensionen i allmänmedicinens sätt att arbeta blir sannolikt lika viktig som det tekniska kunnandet för allmänmedicinens och allmänläkarens identitet. Identitetsutveckling är en aktiv process där man avstår från något gammalt och går in för något nytt som är viktigt för den egna personligheten eller yrkesidentiteten. Identiteten kanske inte längre är något logiskt,

harmoniskt och bestående. I framtiden kommer allmänmedicinens och allmänläkarens identitet att påverkas av vår insikt i och förståelse för samt våra definitioner av hälsa och sjukdom, den praktiska fördelningen av ansvarsområden och vår inställning till medicinens möjligheter.

PROF. MATTI KLOCKARS
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
PB 41
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
matti.klockars@helsinki.fi

REFERENSER

1. Ryynänen Katja: Constructing physician's professional identity – exploration of students' critical experiences in medical education. Akademisk avhandling, Uleåborgs universitet 2001.
2. Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Isokoski M, Kujala S, Jääskeläinen M, Luhtala R. Professional identities of young physicians: A Finnish national survey. Medical Anthropology Quarterly 1994;8:69–77.

Förbättrad tillgänglighet: Till nytta för sjukvården och till glädje för patienterna

MATS BROMMELS

Statsrådets principbeslut 11.4.2002 om tryggheten av hälso- och sjukvårdens framtid innehöll som ett av sex ställningstaganden att medborgarna skall garanteras tillgång till hälso- och sjukvård i enlighet med vårdbehov oberoende av bostadsort och ekonomiska tillgångar, om så krävs genom lagstiftningsåtgärder. I juni 2004 godkände riksdagen de förändringar i folkhälsolagen, i lagen om specialiserad sjukvård och patienträttslagen som preciserar de nya krav som ställs på vårdgivarna för att garantera bättre tillgänglighet. De nya lagarna träder i kraft den 1 mars 2005. Regelverket gäller medicinskt konstaterat behov av vård som definieras i nationella riktlinjer eller god medicinsk praxis.

Reformen är baserad på två övergripande principer. Den första är den medborgerliga rätt till "tillräcklig social- och hälsovård" som är stadfäst i grundlagen och som nu förstärks genom den precisering av den offentliga hälso- och sjukvårdens ansvar som lagändringarna innebär. Den andra principen är att behovet av sjukvård bedöms, och beslut om tillträde till sjukvårdsenhet fattas av hälso- och sjukvårdens yrkesutövare utifrån professionella – inte kommunalekonomiska – kriterier. Den principen har förvisso också gällt tidigare, vilket visas av de entydiga prejudicerande beslut som de senaste åren fattats av högsta förvaltningsdomstolen. Att förvaltningsdomstolarna engagerats i mål som avser tillgodo-

seende av vårdbehov är dock en dyster påminnelse om att principen har glömts bort. Detta har dessvärre också gällt en del administrativt verksamma läkare.

I offentligheten har man ändå mest uppmärksammat den s.k. vårdgarantin, d.v.s. de nya reglerna om maximala väntetider för professionell behovsbedömning och medicinskt motiverad behandling. Under år 2004 har diskussionen inriktats på de nationella riktlinjer för gemensamma behandlingsindikationer som i huvudsak avser förplanerad specialiserad sjukvård. Ambitionen har dock varit att förbättra vårdens tillgänglighet inom både primärvården och den specialiserade sjukvården, samt framför allt att tillgodose behoven hos det stora flertal patienter som lider av en kronisk sjukdom och funktionsnedsättning. För dessa patientgrupper är det viktigare med vårdkontinuitet och fungerande vårdkedjor än korta väntetider till enskilda mottagningsbesök. Den arbetsgrupp som var tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet för att förbereda lagstiftningsreformen, ägnade därför stor uppmärksamhet åt primärvården, den psykiatriska sjukvården, gränsområdena mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (1).

FÖRFATTAREN

Mats Brommels är professor vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet samt vid Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, Stockholm

Tillägget i patienträttighetslagen med krav på uppgörandet av en individuell vårdplan i särskilda fall är ett blygsamt uttryck för den ambitionen, och dess viktigaste uppgift är att säkerställa ett fungerande samarbete mellan dem som i Sverige kallas vårdgrannar.

Betydelsen av gemensamma nationella behandlingsindikationer för att säkerställa jämlik tillgång till specialiserad vård i hela landet och för att minska de högst betydande variationer i praxis som kunnat ses mellan sjukvårdsdistrikten bör inte underskattas. Det är viktigt att benägenheten att följa riktlinjerna följs upp och att dessa uppdateras kontinuerligt – ett ansvar som enligt också tidigare lagstiftning åligger sjukhusdistriktens chefläkare. Att svara mot vårdgarantin (att ordna vård på basis av medicinsk behovsbedömning inom 3-6 månader) ställer sjukvårdsdistriktens och sjukhusklinikernas chefers organisationsförmåga på prov. Min uppfattning är dock att reformen är en större utmaning – och möjlighet! – för primärvården. Det är därför på sin plats att frågan ges utrymme i detta specialnummer om allmänmedicin, och artikeln kommer att i fortsättningen fokusera på hälsovårdscentralernas nya uppgifter.

Primärvårdens övergripande ansvar accentueras paradoxalt nog av förändringarna i sjukvårdsdistriktens ansvar i lagen om specialiserad sjukvård. Från den 1 mars 2005 ansvarar sjukvårdsdistriktens samkommuner för att den specialiserade sjukvården inom distriktet ordnas enligt enahanda medicinska grunder. Ytterligare gäller att vårdbehovet bedöms och beslut om vård fattas likaså på likadana medicinska grunder. Detta innebär att sjukvårdsdistriktet inte längre kan upprätthålla vårdköer kommunvis. Sjukvårdsdistriktets ansvar är att med hjälp av andra vårdgivare ordna de tjänster man inte själv klarar av inom den av lagen fastställda maximala väntetiden. Detta kan självklart inte innebära att räkningarna automatiskt slussas vidare till kommunerna. En bättre översikt över kommuninvånarnas vårdbehov och en bättre fungerande samverkan mellan hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistriktet måste komma till stånd för att ge tillräcklig stabilitet åt kommunernas planering och möjliggöra tydligare krav på sjukvårdsdistriktet. Att hela befolkningens vårdbehov samt hur behovet skall mötas professionellt – och inte upphandling av enskilda behandlingar – därmed står i fokus är en viktig indirekt konsekvens av reformen.

Hälsovårdscentralernas största utmaning är att garantera att medborgarna i enlighet med de nya kraven i folkhälsolagen kan få omedelbar kontakt med sin central under tjänstetid. Det kan ses som en ”skärpning” av statsrådets principbeslut av den 11 april 2002. Å andra sidan har principbeslutet på en viktig punkt omformulerats för att vara bättre anpassat till primärvårdens verklighet. Den professionella bedömningen av en patients vårdbehov, som skall ske inom tre arbetsdagar sedan han har tagit kontakt, skall utföras av en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Ett besök hos läkare bör ordnas om patienten så kräver, och beslut om medicinsk diagnos och behandling fattas alltid av läkare. ”Tredagarsregeln” gäller dock uttryckligen bara den första bedömningen av vårdbehovet. Detta är mer förenligt med vårdens verklighet än en bokstavstrogen regel om rätt till läkarbesök inom tre dagar. Det ligger också väl i linje med den nya arbetsfördelning mellan hälsovårdare, sjukskötare och läkare som redan vuxit fram på väl organiserade hälsovårdscentraler.

Att tillgängligheten till primärvården per telefon har varit dålig, och att t.ex. telefonerna till tidsbeställningen i många fall har varit bemannade bara under några tidiga morgontimmar en gång i veckan, är en olägenhet som reformen nu kan rätta till. Därmed kan också den viktigaste orsaken till ett berättigat missnöje med de lokala sjukvårdstjänsterna undanröjas.

Den åtgärd som alla hälsovårdscentraler måste vidta – gärna i samverkan – är att etablera professionell telefonrådgivning, som också har tillgång till hälsovårdscentralens journal- och bokningssystem. Den bör självklart bemannas med sjukskötare som är utbildade för ändamålet och förtrogna med de lokala omständigheterna.

De juridiska och administrativa aspekterna på telefonrådgivning utreddes våren 2004 av social- och hälsovårdsministeriet. Utredningen skiljer mellan allmän hälsorådgivning och individuell vådrådgivning. I det senare fallet görs en bedömning av den kontaktsökandes hälsotillstånd, och han eller hon ges individuella råd om vård och omhändertagande. Då etableras en professionell vårdrelation och kontakten bör dokumenteras i journalhandlingen i enlighet med patienträttighetslagen. Det är självklart att kontakten då handläggs av en yrkesutövare inom hälso- och sjukvår-

den. Utifrån patientens uppgifter bedömer denna person kontaktorsaken, symtomens natur och svårighetsgrad, hur akut tillståndet bör betecknas samt slutligen vårdbehovet. Bedömningen är professionell under det individuella yrkesansvar som lagen om yrkesutövare i hälso- och sjukvården föreskriver, och med iakttagande av de yrkesetiska principerna i lagen (bl.a. tillämpandet av allmänt vedertagen vårdpraxis). Kravet blir – enligt utredningen – sannolikt att yrkesutövaren då bör ha tillgång till hälsovårdscentralens patientjournaler (-system) och ”ändamålsenlig kontakt” till hälsovårdscentralen.

Hälsovårdscentralerna åligger att anordna vårdtjänster som bedöms vara medicinskt motiverade – och som faller inom hälsovårdscentralens lagstadgade uppdrag – inom tre månader. För denna vård bestäms inte nationella riktlinjer, vilket däremot är fallet inom den specialiserade sjukvården. Hälsovårdscentralernas chefläkare bör därför omedelbart inleda planeringen för att tillgodose efterfrågan på dessa tjänster och diskutera principerna för den medicinska behovsbedömningen med sina kolleger. I första hand bör planeringen fokusera på de tjänster där de råder brist på behöriga utövare, t.ex. när det gäller olika slag av terapi, inklusive fysioterapi. En samverkan mellan hälsovårdscentralerna kan trygga tillgången på specialpersonal – något som redan praktiseras i många regioner.

För den kommunala tandvården tillämpas en sexmånaders regel. Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp gjorde upp en nationell verksamhetsmodell för tandvården som med fördel kunde tillämpas vid hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralernas tandvård uppvisar stora olikheter i fråga om resurser och tillgång till underleverantörer inom den privata sektorn. Många hälsovårdscentraler klarar redan idag av att tillgodose hela befolkningens tandvårdsbehov. Andra har fortsatt stora svårigheter att fylla folkhälsolagens krav på den punkten.

Den nya lagstiftningen ställer primärvården inför stora utmaningar. Samtidigt är det ingen tvekan om att bättre tillgänglighet står högt på befolkningens önskelista. En snabbare, flexiblere och professionell service ligger definitivt i patienternas intresse. Bättre tillgänglighet är också till fördel för hälsovårdscentralernas anställda samt hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Försök med ”open access”, d.v.s. ”öppen mottagning” – mottagning samma dag som kontakt tas, i Sverige kallad ”Bra mottagning” – i USA, England och vårt västra grannland visar att man kan uppnå större framförhållning (!), mindre arbetsbelastning och högre personaltillfredsställelse genom att låta patienternas önskemål styra i avsevärt högre grad än ”normalt” (2-4). Konsten ligger i att analysera variationerna i efterfrågan och anpassa mottagningskapaciteten efter efterfrågan. Erfarenheterna visar att (ett ”steady state”) stabilt tillstånd kan uppnås efter en period då man genom resursförstärkningar klarat av toppar i efterfrågan utan att köer tillåts uppstå (5). Detta kräver ett förändringsarbete vars utmaningar inte skall underskattas. Men det visar att ambitiösa mål inte är omöjliga. Och det visar också på ett konstruktivt sätt att utnyttja inhyrda läkare, stafettläkare.

PROFESSOR MATS BROMMELS
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
PB 41
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
mats.brommels@helsinki.fi

MEDICAL MANAGEMENT CENTRUM
KAROLINSKA INSTITUTET
SE-171 77 STOCKHOLM, SVERIGE
mats.brommels@mmc.ki.se

REFERENSER

1. Social- och hälsovårdsministeriet. Vårdens tillgänglighet och hanteringen av köer. Publicerad på finska. Hoidon saatavuus ja jonon hallinta. Työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
2. Murray M, Berwick DM. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003;289:1035-40.
3. National Primary Care Development Team. www.npdt.org (läst i december 2003).
4. Strindhall M., Pettersson A., Andreasson S., Henriks G. När tiden räcker till. En handbok i tillgänglighet. Kulturum. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län, 2003.
5. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care. Case studies of advanced access model. JAMA 2003;289:1042-6.

Hälsocentralens strategi: Vård i främsta linjen

OUTI ELONHEIMO

Ordboken definierar strategi som krigsledningskunskap. När man talar om hälso- och sjukvård – om att behandla sjuka och att främja hälsa – låter krigsledningskunskap rätt långsökt. Men ordet har en annan definition som betydligt bättre passar in på hälso- och sjukvårdsplanering: en handlingsplan som baserar sig på överväganden eller beräkningar. Strategisk planering är just att göra upp planer för hur man skall uppnå ett visst mål. Speciellt viktigt är både att ha strategisk planering och att leda produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster enligt strategin, när man tillhandahåller kommunala hälso- och sjukvårdstjänster. Detta behövs eftersom hälsovårdens resurser inte utan noggrann planering räcker till för att tillfredsställa de allt större behoven hos den åldrande befolkningen, motverka den tilltagande nyhjälplosheten och svara på de ökande tekniska resurserna. Den ett decennium gamla reformen av statsandelarna och den ansträngda kommunala ekonomin som följde på recessionen, kräver en speciell anpassningsstrategi med avseende på de kommunala tjänsterna. Just nu har hälso- och sjukvården en etisk skyldighet att noggrannare än tidigare definiera vilka hälsovårdstjänster befolkningen behöver och att möta behovet genom att inrikta sina knappa resurser på de rätta verksamhetsformerna (1).

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet har vissa särdrag som präglar den strategiska planeringen av hälso- och sjukvårdstjänster. Den kommunala lagstiftningen samt och hälso- och sjukvårdslagstiftningen ger kommunerna vissa klara skyldigheter att ordna och bekosta tjänsterna. Lagstiftningen säger ändå nästan ingenting om hur tjänsterna skall ordnas, utom till den del det föreskrivs om begränsningar i avgifterna för tjänsterna, och i framtiden också om tidtabellen för när de skall vara tillgängliga. I praktiken har det i Finland uttryckligen slagits fast att det är kommunernas skyldighet att ordna och bekosta de hälso- och sjukvårdstjänster kommuninvånarna behöver. Detta för med sig en ojämlig tillgång till hälsovårdsservice för medborgarna som beror på kommunernas varierande

de ekonomiska situation – och ofta för det också med sig ökande inbesparingskrav för dem som verkar inom hälsovården. Dessutom berörs hälsovårdsadministrationen av de lagbundenheter som gäller för den offentliga sektorn. Befolkningens önskemål inverkar åtminstone i teorin på utbudet av hälsovårdstjänster via det representativa kommunala beslutssystemet. Då måste också hälsovårds-

FÖRFATTAREN

MKD Outi Elonheimo är klinisk lärare vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet

sektorns administration vara offentlig och kontrollerad. Den kommunala demokratin och den offentliga administrationen strävar alltså till samma mål, att skapa möjligheter för medborgarna att påverka.

En väsentlig uppgift för kommunala förtroendemän är också att ansvara för strategin för att tillfredsställa medborgarnas behov av hälsovårdstjänster. Då betonas beslut om resurser och resursallokering samt frågor som gäller produktionsstrukturerna. Att omvandla strategin till operativ verksamhet samt att leda och följa upp verksamheten blir ändå en uppgift för de ledande tjänsteinnehavarna inom hälso- och sjukvården. Den lyckligaste situationen skulle vara att den strategiska planeringen (vad man strävar efter och hur man tänker uppnå målet) skulle ske i samarbete mellan dem som utnyttjar tjänsterna (befolkningen och dess politiska representanter) och dem som producerar tjänsterna (de högre befattningshavarna inom hälsovårdssektorn och de anställda på hälsocentralen). Då skulle man få en effektiv och fungerande kedja från befolkningens behov till en riktig resursallokering och en förnuftig produktion av tjänster. Detta skulle otvivelaktigt också innebära ekonomisk nytta, även om den egentliga fördelen skulle vara att kommunen för hälsovårdstjänsternas del skulle kunna ansvara för sin huvuduppgift, att se till medborgarnas välbefinnande.

PLANERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDS- TJÄNSTER

Man kan säga att planeringen av hälso- och sjukvårdstjänster har två nivåer: strategisk planering och operativ planering. Den strategiska planeringen syftar till att svara på frågan: *gör vi de rätta sakerna*. Målet för den strategiska planeringen är att definiera och hela tiden granska organisationens huvuduppgift, verksamhetsidé och visioner. Det är långtidsplanering som utgör grunden för den operativa planeringen. Att definiera behoven hos den befolkningsgrupp som tjänsterna är avsedda för, är då en del av den strategiska planeringen. Till den strategiska planeringen hör också att besluta hur man vill prioritera förebyggande, vårdande och rehabiliterande tjänster. Följande planeringsnivå är den operativa. Den syftar till att svara på frågan: *handlar vi på rätt sätt*. Är vår verksamhet professionellt och administrativt den rätta och upplever man att den är rätt? Man kan naturligtvis inte helt skilja den strategiska och den opera-

tiva planeringen från varandra, och de har en stor gemensam snittyta. Också en del av de måttstockar som används vid uppföljningen är gemensamma (2).

STRATEGISKA VERKTYG OCH STRATEGISK LEDNING

När en organisation planerar sin strategi har man i allmänhet brukat definiera de gamla slitna strategitermerna mission och vision. Mission betyder organisationens verksamhetsidé, *huvuduppgift*. Att definiera grunduppgiften hjälper organisationen att vara fokuserad, att koncentrera sin verksamhet i rätt riktning. Vision å andra sidan är en önskan eller ett sätt att se på verksamhetens resultat, hurdan organisationen är när den verkar på önskat sätt. Visionen är ofta visionärernas munväder, men i bästa fall sporrar den personalen att arbeta tillsammans för ett gemensamt mål. Det har också varit på modet att använda SWOT-analys som strategiverktyg. Det betyder att man definierar organisationens styrkor, svagheter, möjligheter och hot. Tråkigt nog kan man ibland se den vanföreställningen att strategin skulle vara färdig när man definierat dessa. SWOT-analysen kan ändå i bästa fall bara utgöra en grund och en utgångsanalys för den egentliga planeringen av verksamheten, d.v.s. den verkliga strategin.

Strategiskt ledarskap innebär i sista hand att leda en förändring av organisationen, att planera, att leda och att följa upp verksamheten. Ledaren måste då – gärna i samarbete med andra arbetstagare och politiska beslutsfattare – kunna svara på frågor om förändringen: varför, vad, hur och vilka följder har den (3).

Frågorna *varför?* och *vad?* definierar *det konstaterade behovet av förändring*. Ett behov av förändring kan orsakas dels av omgivningen, av invånarnas behov av tjänster och av den politiska beslutsprocessen, dels av de tillgängliga resurserna och av möjligheterna att använda dem. För att identifiera ett förändringsbehov måste man känna till den nuvarande tjänsteproduktionen och tillvägagångssätten, och man måste också jämföra hur väl de motsvarar omvärldens krav. Förändringsbehovet definieras också av den nuvarande strategin – om förändringen är inbyggd i organisationens strategiska tänkesätt, behövs det ofta bara små förändringar i verksamheten när man reagerar på förändringar i omgivningen.

Tabell I. Råd för strategisk ledning och förändringsledning

1. Förstärk organisationens grundläggande värderingar (definiera huvuduppgiften).
 2. Använd dig av kunskande och teknologi.
 3. Klargör och använd dig av medarbetarnas professionella kompetens.
 4. **Koncentrera dig på att utveckla processen (patientarbetet)** snarare än att förändra strukturen och organisationen.
 5. Skapa engagemang hos medarbetarna att fortlöpande analysera och planera arbetet och dess resultat.
 6. Skapa tydlig ansvarsfördelning mellan medarbetarna.
 7. Följ upp och utvärdera resultatet → gör vid behov upp nya förändringsplaner.
-

I det följande skall vi begrunda *möjligheterna att tillämpa strategin*. På detta inverkar i första hand organisationens ledning och den nuvarande strategin. Det är av största vikt hur starkt ledningen binder sig vid en förändring enligt strategin. Den operativa ledaren, för att inte tala om den som producerar tjänsterna, är inte nödvändigtvis en ivrig förändringsledare. Det är säkrast att hålla fast vid organisationens gamla kända verksamhet – ”i sin egen trygga vrå”. Förutom förändringsinnovatörer behövs också de som för ordet vidare, innan man har fått de långsamma förändrarna (både ledare och arbetstagare) med på förändringsplanerna och på att förverkliga dem. Den valda nya strategins inverkan på möjligheterna att förverkliga förändringen är stor. Ju mera invecklad strategin är, desto svårare är det att genomföra den. Ofta måste man dela upp strategin i delflaner. Det är också skäl att planera förändringen så att man kan återställa verksamheten till det ursprungliga.

Redan planeringsskedet tar ställning till frågan *hur?*. Det mest betydande stadiet när man lägger upp strategin är att färdigt fundera ut de praktiska handlingsmodeller man kommer att använda för att nå målet. *Ledningsprocessen* i och för sig avgör sedan hur man lyckas tillämpa strategin. Ledarens uppgift är, förutom att sörja för den strategiska planeringen och för den verksamhet som följer strategin, att också kontrollera hur strategin genomförs.

De inbördes förhållandena inom organisationen och dess olika enheter måste vara i skick för att man skall uppnå flexibel verksamhet. Ytterligare är det ledarens uppgift att även skapa inre samordning och samarbetsanda.

Uppföljningen av strategin sker i hög grad med samma mätare som man använder för att följa upp den operativa verksamheten. Den operativa uppföljningen koncentrerar sig mera på arbetsfördelning samt på att granska produktionsprocesserna och ekonomin statistiskt. Å andra sidan är en fortlöpande granskning av produktionsprocessen också det viktigaste verktyget för strategisk uppföljning. Exempelvis för verksamheten på en hälsocentral betyder detta att ledaren måste veta för vilka slags patienter man tillhandahåller olika slags undersökningar och behandlingar. Genom att standardisera patientmaterialet enligt hur resurskrävande det är, får man mätare för de olika enheternas produktion (4). Strategikontrollen kan indelas i sådan som sker på förhand (intressegruppsanalys, SWOT, marknadsundersökning) och responsanalys (produktionsmätare, verksamhetsmätare, kundtillfredsställelse o.s.v.). Det viktigaste är att mätaren eller mätarna visar hur bra det som skulle uppnås med strategin har genomförts. När det gäller hälsocentralens verksamhet handlar det oftast om huruvida man producerar tillräckligt med tjänster och huruvida befolkningens hälsa blir omskött. Speci-

ellt inom hälsovården måste man beakta att en kort mätperiod kan ge ett alldeles annat resultat än en lång period. Om man t.ex. satsar på primärvården, kan hälsovårdskostnaderna tillfälligt t.o.m. stiga, men i ett längre perspektiv sjunker kostnaderna för den specialiserade sjukvården när sjukdomskomplikationerna minskar.

De ovan beskrivna faserna i strategisk ledning enligt Shortell visar att strategisk ledning i praktiken är att leda förändring, att inrikta verksamheten på nytt i önskad riktning. För att genomföra förändringsprocessen och bryta ned förändringsmotståndet speciellt för att skapa nya, flexibla verksamhetsmönster, krävs speciella ledaregenskaper av hälsocentralens överläkare, förmåga att lyssna till beslutsfattare, patienter och arbetstagare samt förmåga att organisera och klara av saker. I Tabell I finns en lista på anvisningar som hjälper med avseende på strategisk ledning och förändringar.

STRATEGISK LEDNING INOM HÄLSO- VÅRDEN

Hälsovårdsorganisationen och speciellt hälsocentralverksamheten innebär ovanligt stora utmaningar för den strategiska ledningen. Hälsocentralen är en multiprofessionell organisation, där sakkunniga och yrkesmänniskor från många olika områden arbetar. Därför leds hälsocentralen som en expertorganisation; ledarens uppgift är att få experterna att verka tillsammans. En annan egenhet med hälsocentralen har att göra med föremålet för verksamheten. På hälsocentralen sköter man osålade patienter av alla slag. När man producerar hälsovårdstjänster måste man lösa både enkla och invecklade problem. Ofta har patienterna dessutom flera olika problem och invecklade livssituationer.

Strategisk ledning inom hälsovården är inte längre enbart långsiktplanering, utan uppgiften är anpassning till skiftande betingelser i omgivningen. Om omvärlden (t.ex. befolkningens efterfrågan eller de till buds stående ekonomiska resurserna och arbetskraftsresurserna) är mycket turbulent, kan planeringens tidsperspektiv inte vara långt. Strategisk förmåga är förmågan att klarare än andra se hur och i vilken riktning världen förändras, samt att kunna reagera också på svaga signaler som kräver förändring. Det är viktigt att i framtiden särskilja faktorer som är lätta att förutsäga och sådana som inte kan förutspås. Sådant

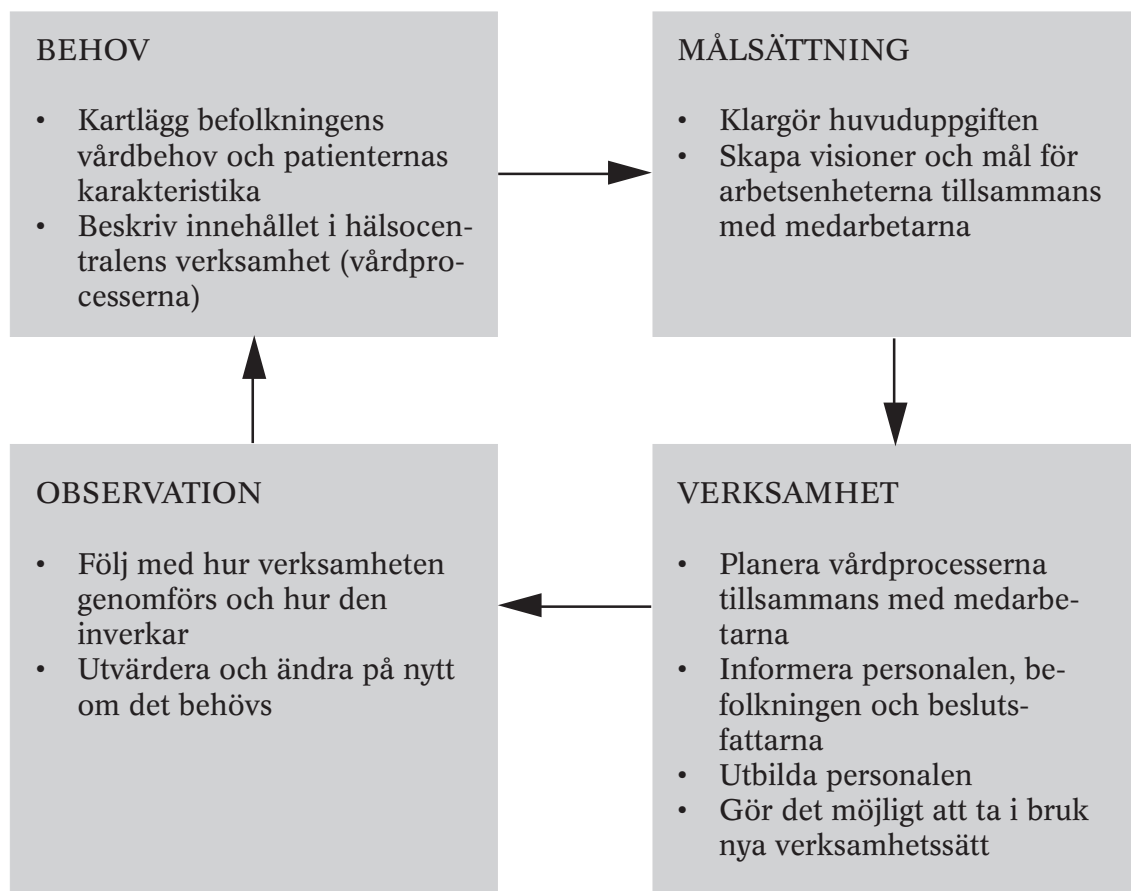
som lätt kan förutsägas t.ex. mängden äldre-tjänster kan skötas med enkel planering. Oförutsedda saker t.ex. epidemier eller förändringar i praxis för hur sjukdomar behandlas kräver reaktionsförmåga och beredskap för förändring. För att bemästra både förutsägbara och oförutsägbara förändringstryck behöver man både förutsägande och uppföljande mätmetoder.

Hälsovårdens verksamhet avviker från afärslivets strategiska planering. I den sistnämnda är det snarare frågan om att skapa framgång och att hållas kvar på marknaderna. Inom hälsovården måste man å andra sidan gå en balansgång mellan långsiktiga mål t.ex. att erbjuda kommuninvånarna tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster och att bemästra omgivningen (t.ex. den obegränsade ökningen av efterfrågan. Dessutom borde man få verksamheten anpassad så att den motsvarar målen.

STRATEGISK LEDNING PÅ HÄLSOCENTRA- LEN

I hälsocentralvärlden ger de strategiska riktlinjerna upphov till ett förändringstryck. För att få hälsocentralen att klara av sin egen huvuduppgift, att sköta kommuninvånarnas sjukdomar och hälsa, måste verksamheten inriktas på att motsvara befolkningens behov. Hälsocentralens verksamhetsstrategi kan alltså bara vara att svara på befolkningens behov och inte på den okontrollerade efterfrågan. I praktiken innebär detta att planera och inrikta den operativa verksamheten, patienternas vårdprocesser, på nytt. På så sätt närmar sig den strategiska och operativa ledningen varandra. Den operativa ledningen skall se till att strategin omsätts i praktiken. Man planerar om vårdprocesserna, utbildar och motiverar arbetstagarna, informerar kommuninvånarna och följer hela tiden verksamheten. På så sätt kan också de strategiska och de operativa mätarna åtminstone delvis vara desamma.

Jag kommer att här beskriva processen med att skapa och planera strategin för Nilsis stads hälsocentral och det därpå följande projektet för att förändra den operativa verksamheten som jag genomförde som överläkare år 2000 (5). Mot den bakgrunden går jag också igenom stadierna i den strategiska och den operativa ledningen av hälsocentralen, som presenteras närmare i Figur 1.



Figur 1. Strategisk och operativ ledning på en hälsocentral.

BEHOVET

Nilsjö hälsocentral hade före år 1999 varit utan chef i 12 år. Detta syntes bl.a. i att de inbesparingar som stadens budget var i stort behov av hade varit lätta att göra genom nedskärningar i hälsovårdssektorns verksamhet. I nästan trettio år hade dessutom samma tjänster producerats utan att man alls funderade på om de längre motsvarade den krympande och åldrande befolkningens behov. Det fanns alltså ett *konstaterat behov av förändring*. För att inrikta de små resurser som fanns kvar så att de skulle ge befolkningen så stor nytta som möjligt, beslöt vi att göra en vidsträckt *kartläggning* av hälsocentralens *patienters* och potentiella användares *behov av hälsovårdstjänster* och av *hälsocentralens nuvarande*

verksamhet. Vi använde en modell för utnyttande av tjänster inom primärvården (6) för att i två månader registrera uppgifter om patientens ålder, kön, tidigare sjukdomar och orsak att söka vård i fråga om alla patientkontakter på hälsocentralen och inom äldre- och ungdomsvården. Dessutom bokförde vi behandlingar och undersökningar i samband med kontakten. Med hjälp av ovannämnda modell beskrev vi sedan vårdprocesserna och vilka patienter som använde olika tjänster. Sedan utökade vi denna modell för utnyttjande av tjänster för Nilsjö med alla tillgängliga registeruppgifter (FPA, Hilmo o.s.v.) om hela befolkningens ålder, kön och sjukdomsmönster. Vi kunde då påvisa vilka verksamheter det var nödvändigt att satsa resurser på och hur framtiden skulle se ut om man inte på allvar

började förebygga de stora folksjukdomarna.

Det var mycket arbetsamt att införskaffa och skräddarsy registeruppgifterna. Därför har de finländska registerproducenterna och några erfarna hälsocentralläkare förenat sina krafter och planerat de viktigaste indikatorerna för kommunbefolkningens behov och användning av hälsovårdstjänster i form av något som kallas Kommunhälsans grundtabeller. De är i fortsättningen tillgängliga på Stakes webbplats som hjälpmedel för hälsocentralöverläkare vid planering av tjänster (1).

MÅLSÄTTNING

I följande skede höll överläkaren och ledande skötaren ett möte med de anställda inom samtliga verksamhetsenheter på hälsocentralen, där vi gick igenom enhetens verksamhet i ljuset av siffrorna och granskade befolkningens behov från enhetens synpunkt. Utgående från dessa uppgifter diskuterade vi huruvida man erbjöd befolkningen de rätta tjänsterna. Under diskussionens gång ställde varje arbetsenhet dessutom upp *målen för sin verksamhet*. Arbetsenheterna definierade vad de tyckte var viktigt och vilka tjänster de tyckte att de borde erbjuda. På samma gång kom de anställda att *göra klart för sig* både hela hälsocentralens och sin egen arbetsenhetens *huvuduppgift*. (Det är häpnadsväckande att aktörerna i allmänhet inte ens inom hälsovården är medvetna om huvuduppgiften – oftast har man inte ens tillsammans dryftat den.) Till slut behandlade vi ytterligare detta inom hälsocentralens ledningsgrupp, och antecknade som hälsocentralens huvuduppgift att behandla insjuknade Nilsböbor och personer från andra kommuner i behov av brådskande behandling, samt att främja Nilsböbornas hälsa och funktionsförmåga.

VERKSAMHET

Efter att ha definierat målet *planerade* vi *patienternas vårdprocesser* på möten inom varje arbetsenhet på nytt. De bästa experterna på arbetet, de anställda, kom med de bästa nya idéerna för att kunna utföra sitt arbete. På samma gång kom vi överens om nya arbetsfördelningar inom och mellan enheterna, och vi avlägsnade små och stora hinder för en smidig verksamhet. Detta stadium var speciellt viktigt just för att de anställda förband sig att gå inför de nya sätten att arbeta. Som "hemläxa" fick varje arbetsenhet att anteck-

na sina förändrade verksamhetsplaner. När alla tio möten inom arbetsenheterna hade hållits, behandlade hälsocentralens ledningsgrupp förändringsplanerna och sammanställde dem till en fungerande helhet som gällde bl.a. arbetsfördelningen. Vi *informerade vidare* hela personalen på arbetsplatsmöten och befolkningen i lokaltidningen om de förändrade verksamhetssätten. Efter det skötte ledningsgruppen om att personalen vid de mest kritiska enheterna fick utbildning i de förändrade arbetsrutinerna (t.ex. de som skötte tidsbeställning vid läkarmottagningen fick utbildning av en likställd mera erfaren kollega). Också de politiska beslutsfattarna (omsorgsnämnden, stadsstyrelsen) informerades om resultaten av kartläggningen och om de förändringar i verksamheten som gjorts utifrån den.

UPPFÖLJNING

I Nilsbö lades uppföljningen av hur förändringarna genomfördes på ledningsgruppens axlar, sedan överläkaren övergått till andra uppgifter. Men man kom på förhand överens om att minst en gång om året ha ett möte för att följa upp hur arbetsenheternas verksamhet stämde överens med planerna. Enligt en muntlig uppgift från Nilsbö gäller största delen av de överenskomna förändringarna fortfarande.

En förändring av den operativa verksamheten (och varför inte också tillämpningen av strategin) kräver *en kontinuerlig uppföljning av verksamheten och dess följder*. Orsaken till detta är att man bara genom att jämföra kan upptäcka förändrade omständigheter och behov i tid samt reagera tillräckligt snabbt på dem. Som verktyg för en sådan uppföljning håller man på att utveckla en Patientklassificering för öppenvården, APRTM, ett samprojekt mellan CHESS-enheten vid Stakes och Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet. APR beskriver både patientens sjukdomar samt de behandlings- och undersökningsåtgärder som de föranlett. På så sätt kan man dels öppna vårdprocesserna, dels beskriva hur krävande patientmaterialet är och vilka skillnader som finns mellan produktionen vid de olika verksamhetsenheterna (7). Hälsocentralledningens uppgift är att i ljuset av den information uppföljningen gett *bedöma* nivån och riktningen för hur strategin har genomförts – och *vid behov ånyo förändra* verksamheten.

Att leda en hälsocentral är, förutom att det är överläkarens arbetssuppgift, också en tekniskgren. Vid sidan av visioner krävs driftighet och engagemang samt också förmåga att leda personalen och att kommunicera. Med arbetsamhet får man också mycket till stånd. I fallet Nilsä kunde man styra de knappa resurserna från minskad service till sådant som befolkningen mest behövde.

FRAMTIDSUTMANINGAR FÖR HÄLSOCENTRALEN

Strategisk förmåga innebär att på förhand se framtidens utmaningar och förbereda sig på att möta dem. För att hälsocentralen inte skall vara som en vinddriven båt, är det bra att centralens ledning följer den aktuella hälsopolitiska debatten och strömningar inom hälsovården – samt begrundar hur dessa borde påverka hälsocentralens verksamhet.

En speciell utmaning inom dagens finländska hälsocentralvärld är läkarbristen. Det finns visserligen flera läkare än någonsin, men av någon anledning är speciellt nyss färdigblivna unga läkare inte redo att engagera sig i det ansvarsfulla arbetet som hälsocentralläkare. Samma brist på arbetskraft hotar också andra specialister på hälsocentralerna; detta gäller också sjukskötarna när de stora årsklasserna snart kommer i pensionsåldern. Ett svar på läkarbristen är ett nytt slags arbetsfördelning, där hälsovårdare och sjukskötare ges ett större ansvar för sådant som tidigare har hört till läkarens arbete (bl.a. kontroll av kroniska sjukdomar och akutmottagning med förkylningar och mindre traumata). Detta kräver att man på nytt synar vårdprocesserna i sömmarna, ändrar verksamhetspraxis på lokalplanet samt går in för en klar arbetsfördelning, för utbildning och möjligheten att vid behov konsultera läkare.

Ett annat sätt att bemästra läkarbristen är att rationalisera mottagningsarbetet. Om de hälso- och sjukvårdstjänster som befolkningen vill ha egentligen är rådgivning pga. nyhjälploshet, är det inte nödvändigt att råden ges av en läkare. Hälsocentralens verksamhet kan och bör vara också annat än besök på läkarmottagningen. Man måste t.ex. fundera på hur verksamheten på rådgivningarna kan förändras för att svara på de problem som nyhjälplosheten för med sig. Det är alltså åter en gång frågan om att kartlägga befolkningens behov och att inrikta produktionsprocessen enligt det.

Också systemet med befolkningsansvar, vilket som känt inte fungerar på orter med läkarbrist, behöver utvecklas. Ett elegant sätt, som förenar idéerna om arbetsfördelning och om att ordna lättviktstjänster utan att behandlingen av patienten blir lidande, är att handlägga befolkningsansvaret med hjälp av team av husläkare och personliga sjukskötare. Då ansvarar sjukskötaren för tidsbeställning, arbetar självständigt polikliniskt och assisterar läkaren. På så sätt kan läkaren använda en större del av sin arbetstid till att behandla mer krävande patienter och till annat hälsocentralarbete. Båda yrkesgruppernas arbetskontroll förbättras, och arbetet blir mer meningsfullt. Om man till detta därtill kan foga en möjlighet för de anställda att som experter på allmänmedicin sköta de patientgrupper som de speciellt har riktat sig in på, får också arbetsgivaren mer ut av de anställdas kunskande. Man bör då indela befolkningen i ansvarsområden enligt patientgrupper och inte enligt kvartersprincipen.

Eftersom en enskild kommun ofta är en tämligen liten enhet som tjänsteproducent, för att inte tala om beställare av specialiserad sjukvård, har kommunerna på senare tid allt mera strävat efter ett mer eller mindre fast regionalt samarbete med hälsocentralerna i grannkommunerna. Fördelarna med ett sådant samarbete är att parterna kan utnyttja dem som har specialkompetens och att man mer flexibelt kan placera personal och skapa arbetsenheter. Man måste ändå alltid komma ihåg att de viktigaste närtjänsterna (rådgivning, mottagning, rehabilitering, mentalvårds- och missbrukartjänster) måste finnas nära patienterna, på den egna kommunens hälsocentral (8).

En framtida trend kommer också att vara att gränsen mellan primärvård och specialiserad sjukvård suddas ut. Primärvården, hälsocentralens husläkare, kommer i fortsättningen mer och mer att bära helhetsansvaret för patientens omvårdnad. Den specialiserade sjukvården får en konsultativ och rådgivande roll samt anlitas vid större ingrepp. Den specialiserade sjukvården på grundnivå kommer att närma sig patienterna. Sådana polikliniska tjänster som inte kräver specialutrustning kan väl ges med lägre kostnader på vårdmottagarens egen hälsocentral, t.ex. kvällstid. Då får patienterna mera flexibelt den vård de behöver, hälsocentralläkarna får snabbt konsultationssvar och råd om eftervård, vårdansvaret för patienten är fortfarande

de husläkarens; behandlingen får fastare former. Sjukhuset behövs då för att garantera specialiserad sjukvård på specialistnivå. Från hela samhällets synpunkt skulle vården av patienten då vara mer flexibel, högklassig och ekonomisk än nu. Primärvården skulle svara för att patienterna smidigt får tillgång till hälsotjänster på grundnivå och för att helheten koordineras. Den specialiserade sjuk-

vården kunde koncentrera sig på patienter som kräver specialkunnande (9–12, 8).

MKD OUTI ELONHEIMO
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
PB 41
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
outi.elonheimo@helsinki.fi

REFERENSER

1. Mäntyranta T, Elonheimo O, Rintanen H, Klaukka T, Koskinen S, Mattila J, Vuori M, Nylander O, Nikka P, Nenonen M. A system of key indicators for needs assessment at local level: The Finnish network of information producers. *Journal of Health Informatics* 2004;10 (2):191–201.
2. Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (red.): *Terveyspalvelujen suunnittelu*. Duodecim, 2004.
3. Shortell S, Morrison E ja Friedman B: *Strategic choices for America's hospitals. Managing change in turbulent times*. Jossey – Bass Publisher, San Francisco, Oxford, 1990.
4. Elonheimo O. Avohoidon tietojen käyttö terveystieteiden kehittämisessä. Föreläsning. Konferens för ledande hälsocentralläkare 29.1.2004, SHM, Helsingfors.
5. Elonheimo O, Lappalainen A-L, m.fl.: *Nilsin kaupunkin terveystieteiden ja vanhustenhuollon toiminnan kartoitus, palvelujen tarpeen analyysi ja toimintojen kehittämissuunnitelmat v. 2000*. Nilsin, 2000.
6. Elonheimo O: *Perusterveydenhuollon palvelujenkäyttömalli: Avoterveyshuollon kuvaaminen ja voimavarojen käyttötarpeen ennustaminen*. Doktorsavhandling. Helsingfors universitet, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja n:o 163:1999. Kuopio, 1999.
7. Elonheimo O, Linna M, Brommels M. Avohoidon potilasryhmitys – työkalu terveystieteiden johtamiseen. Föreläsningssammanfattning, XVI Allmänläkardagarna 23.–24.10.2003, Tammerfors.
8. Elonheimo O: *Raseborgs hälsovårdscentral – samarbete ger styrka. Förslag till regional hälsovårdscentral för Västra Nyland*. Folkhälsan, Ekenäs, 2003.
9. Brommels M. Mega möter mini. Tankar om den framtida sjukvårdsstrukturen. I *Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den?* Högskolverket rapportserie 1997:29 R. Stockholm, 1997.
10. Hencher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilization of hospital care. *BMJ* 1999;319: 845–8.
11. Hencher M, Folup N, Coast J, Jefferys E. Better out than in? Alternatives to acute hospital care. *BMJ* 1999; 319:1127–30.
12. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135–43.

Åland – i särställning även i fråga om hälso- och sjukvården

BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM

Åland är för de flesta bekant som ett naturskönt semesterparadis dit alla färjor mellan Finland och Sverige går, något som ju gör det möjligt att handla skattefritt på båten. Många känner också till att Åland sedan över 80 år har ett utvecklat självstyre och att öriket är en relativt välbärgad del av vårt land.

Något som inte är lika välbekant är den åländska hälso- och sjukvårdsmodellen, som skapades för 10 år sedan. Hälsovården är en del av självstyret, och i detta hänseende fungerar Åland som en (nästan) självständig stat med egen lagstiftningsbehörighet.

Fram till 1994 gällde folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Organisatoriskt var primärvården en kommunal angelägenhet (Ålands folkhälsoförbund), likaså mentalvården (Ålands vårdförbund), medan Ålands centralsjukhus stod under landskapsstyrelsen, som motsvarar det statliga i Finland.

Den 1 januari 1994 genomfördes en administrativ reform. Lagtinget antog en ramlag om hälso- och sjukvården samtidigt som både folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård upphörde att gälla. En ny myndighet under landskapsstyrelsen bildades, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS).

Därmed samlades alla hälso- och sjukvårdsfunktioner under en gemensam styrelse med 5–7 politiskt tillsatta medlemmar och med en gemensam ledningsgrupp bestående av förvaltningschef, sjukvårdschef (cheföverläkare för den specialiserade sjukvården), primärvårdschef (ledande läkare för hälsocentralen), förvaltningsöverskötare och ekonomichef.

ÅHS är organisatoriskt indelat i tre resultatenheter: Primärvård, Specialsjukvård samt Administration och försörjning. Resultatenheter är i sin tur uppdelade i basenheter, som för specialsjukvårdens del i princip motsvarar de kliniska disciplinerna på ett centralsjukhus. Primärvårdens basenheter är också bekanta från folkhälsoarbetet: hälso- och sjuk-

vårdsmottagningar, långvård, tandvård och miljörelaterad hälsovård.

Politikernas styrinstrument är hälso- och sjukvårdsplanen och budgeten som fastställs av lagtinget, den åländska riksdagen. I planen har man tagit in de mest centrala stadgandena från den finska folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård, men i övrigt fungerar planen som en verksamhetsplan för budgetåret.

Före ÅHS-reformen finansierades folkhälsoarbetet och mentalvården genom kommundebitering. Centralsjukhuset fick sina budgetmedel från landskapet Åland. I och med reformen är det lagtinget som beviljar en rambudget, vilken styrelsen sedan fördelar mellan ovannämnda resultatenheter. Ingen kommundebitering förekommer förutom då det gäller långvården, där kommunerna står för den del som inte täcks av patienternas långvårdsavgifter.

FÖRFATTAREN

ML Björn-Olof Ehrnström är specialist i allmänmedicin och är verksam som förvaltningschef vid Ålands hälso- och sjukvård i Mariehamn

Klientavgiftslagen gäller inte på Åland och därför är det fritt fram för politikerna att fastställa både omfattningen av och nivån på avgifterna. Så uppbärs t.ex. avgift för alla läkarbesök, men också för vissa besök hos sjukvårdspersonalen både på hälsocentralen och på sjukhuset, för receptförnyelse samt för utlåning av hjälpmedel. Ett kostnadstak på 450 euro/kalenderår gäller för vuxna. För barn under 18 år är taket 200 euro. I år infördes dessutom ett låginkomstskydd på 225 euro/mån. för alla med en årsinkomst under 14 000 euro (för makar/samboende gäller en sammanräknad inkomst på högst 22 000 euro/mån.). Patientavgifterna beräknas uppgå till ca 4 milj. euro, vilket täcker 6,6 procent av bruttoutgifterna (uppgifterna gäller för år 2004).

Till den åländska självstyrelsen hör också egna avtalsförhandlingar och kollektivavtal. Detta blev riksbekant i samband med den TEHY-strejk, som pågick i 3 månader sommaren 2003. Generellt kan man säga att lönenivån är högre än i riket. Dessutom erhåller alla Ålandstillägget som uppgår till 118 euro/mån. Medaljens baksida är att det är betydligt dyrare att leva på Åland än i det övriga Finland.

Hur har då verksamheten förändrats av ÅHS-reformen? Blev det bättre eller sämre med en sjukvårdsorganisation än vad det var före reformen med tre separata organisationer? Mot bakgrunden av att den åländska befolkning uppgår till endast 26 400 invånare, som dessutom är fördelade på 16 kommuner, vore det synnerligen oändamålsenligt att driva hälso- och sjukvården i tre separata organisationer. Helhetssynen hos såväl styrelse som för de ledande tjänstemännen borde åtminstone i teorin vara bättre. Ekonomiskt vore det förödande för en kommun med några hundra invånare att drabbas av ett fåtal dyra patienter, om kommundebitering fortfarande gällde.

Förhoppningen att ÅHS-reformen skulle innebära mindre kostnader har inte infriats. Men å andra sidan vet vi inte hur kostnadsbilden skulle ha sett ut om reformen inte hade genomförts. Prislappen hade knappast varit mindre. Ett faktum är emellertid att Åland har mycket höga hälso- och sjukvårdskostnader. Budgeten för år 2004 uppgår till 60,7 milj. euro, motsvarande 2 300 euro/inv. Den höga kostnadsnivån beror på bl.a. det låga invånarantalet, den speciella ö-situationen, och det faktum att den privata sjukvårdssektorn är mycket liten på Åland. Sjukvården har också

varit en prioriterad sektor, som inte behövt göra sådana djupdykningar, som man sett och ser i både Sverige och i det övriga Finland. Specialsjukvården är välresurserad och köerna är säkert de kortaste i ett nordiskt perspektiv.

När ÅHS-reformen marknadsfördes, talade man om "endörss-modellen". Visserligen sammanfördes tre organisationer till en, tre styrelser blev en, detsamma skedde med ledningsgrupperna och rent fysiskt flyttade administrationen samt löne- och ekonomikontoret ihop, men för patienterna innebar det i praktiken ingenting nytt. Hälsocentralen och rådgivningsbyråerna fortsatte med sin verksamhet som tidigare, mentalvården och centralsjukhusets enheter med sina. Helhetsperspektivet blev säkert bättre både på styrelse- och ledningsnivå, men några större förändringar skedde inte i verksamheterna, som fortsatte i sina traditionella roller.

Ett närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården blev verklighet först när hälsocentralen pga. fukt- och mögelskador måste utrymmas. Då flyttade hvc-läkarna till centralsjukhusbyggnaden, mödravården till gynekologiska och obstetriska enhetens lokaler och barnrådgivningen till en bostad på centralsjukhusområdet. De dagliga kontakterna vid kaffebord och i matsal har på ett avgörande sätt fört primärvården och den specialiserade sjukvården närmare varandra. Till detta bidrar också den gemensamma elektroniska journalen för hela den somatiska sjukvården. Det finns ingen inom hälsocentralen som numera vill flytta ut från sjukhuset, man har hittat sin profil och känner sig inte mindervärdig i förhållande till den specialiserade sjukvården, något som man befarade före flyttningen. Personalen på centralsjukhuset har också tagit väl emot inflyttarna.

I framtidsplanerna ingår att också de psykiatriska verksamheterna vid Grelsby sjukhus, 16 km norr om Mariehamn, skall få nya lokaler på centralsjukhustomten. Därmed har de mesta av hälso- och sjukvården samlats på en och samma plats.

För närvarande finns ett förslag om en gemensam medicinsk chef för hela ÅHS. I dag är den funktionen uppdelad mellan primärvårdschefen, som basar över primärvården, och sjukvårdschefen, som är chef för den specialiserade sjukvården. Enligt förslaget skulle primärvårdens mottagningar och långvården underställas den gemensamma medicinska chefen. Tandvården och den miljörelaterade

hälsovården skulle lyda direkt under förvaltningschefen. Primärvårdens företrädare miss-
tror förslaget och misstänker att deras ställ-
ning överskuggas av den större och resurs-
krävande specialiserade sjukvården. Man häv-
dar att primärvården har ett så annorlunda
verksamhetsfält att det svårligen går att på
jämbördig bas fungera tillsammans med den
specialiserade sjukvårdens enheter. Speciellt
är man ängslig för att det förebyggande folk-
hälsoarbetet skulle lida och lågprioriteras i
tider med knappa resurser. Detta kan mot-
verkas genom att t.ex. upphöja den förebyg-
gande verksamheten (barn- och mödrarådgiv-
ning, skolhälsovård, preventivmedelsrådgiv-
ning, allmän hälsoupplýsning) till en egen
basenhet, som skulle få sina budgetmedel di-
rekt anvisade från styrelsen. Därmed blir det
upp till bevis för politikerna att visa att man
månar om den förebyggande verksamheten.

Förslaget med en medicinsk chef är en lo-
gisk följd av det som skedde i och med ÅHS-
reformen. Då sammanfördes vårdarbetet un-
der en gemensam förvaltningsöverskötare
medan administrationen och försörjningen
fick en gemensam chef i ekonomichefen. Den
naturliga utvecklingen vore en gemensam
medicinsk chef, i synnerhet som större delen
av den offentliga hälso- och sjukvården på

Åland nu också finns under samma tak. Kan-
ske kunde man på detta sätt skapa ännu bätt-
re samarbetsformer, förbättra patientflödet
och informationsgången. I det åländska per-
spektivet är det också möjligt att tänka sig att
gynekologerna helt tar över läkarbesöken
under graviditeten, och att barnläkarna en-
gageras i kontrollen av de minsta barnen på
rådgivningarna. Resursmässigt är detta fullt
möjligt, förutsatt att nämnda specialistläkar-
tjänster (3 + 3) är besatta.

Åland är speciellt vilket framgår av det
ovannämnda också när det gäller hälso- och
sjukvården. Det lilla samhället och närheten
till makthavarna i de politiskt styrda organen
(styrelse, landskapsstyrelse och lagting) ger
möjlighet till nytänkande, som i större sam-
manhang kan vara svårare att genomföra.
Däremot gäller även på Åland det faktum att
förändringar, om de skall bli framgångsrika,
bör vara välförankrade hos den personal som
skall genomföra och leva med det nya.

ML BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM
ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
PB 1091
22111 MARIEHAMN
björn-olof.ehrnström@ahs.aland.fi

Evidensbaserad medicin i allmänpraktik: Att hjälpa hela patienten

MARJUKKA MÄKELÄ

Allmänläkare har traditionellt varit den biopsykosociala modellens väktare. Vi möter människor många gånger under en lång tidsperiod, ofta på deras eget territorium. För oss är personen som har en sjukdom viktigare än sjukdomen – och vi är stolta över denna skillnad mellan oss och kolleger i smala specialiteter (1). Att handskas med sjukdom innebär för oss mycket mera än en diagnos och ett behandlingsschema. Vi måste också vara medvetna om alla de faktorer som kan underlätta eller försvåra en individs tillfrisknande från sjukdomen (2).

Vanliga invändningar mot evidensbaserad medicin (EBM) är att den begränsar den kliniska friheten och inte stöder ett personligt patient-läkarförhållande. Dessa rädslor härstammar från tiden innan den evidensbaserade medicinens metoder ens hade uppfunnits; de återspeglar den gamla tudelningen mellan kropp och själ och särskiljer behandlingen av den biologiska varelsen och hennes psykologiska och sociala behov. Goda metoder för att integrera evidens med individuell patientbehandling har utvecklats (3–4).

KROPP, SJÄL OCH SAMHÄLLE

Evidensbaserad medicin innebär helt enkelt att man använder den bästa tillgängliga evidensen för att fatta beslut om behandlingen av varje enskild patient. Detta är inte precis något nytt förhållningssätt. Under de senaste decennierna har metoderna för att hitta och sammanställa vetenskaplig evidens i alla fall förbättrats så mycket att den ”bästa tillgängliga” kunskapen är lätt tillgänglig för varje läkare, i datoriserade databaser.

Dessutom står vi inför en annan orsak att aktivt använda oss av evidens: begränsade resurser. Den gamla diskussionen om kropp och själ gäller nu också samhället. Det är därför Archie Cochrane ursprungligen utvecklade sin idé om att organisera ”en kritisk sammanställning, enligt specialitet eller subspecialitet, regelbundet uppdaterad, av alla relevanta randomiserade kliniska undersökningar” (5).

Cochrane deklarerade också att ”All effektiv behandling måste vara fri”. Effektivitet betyder ”den mätta effekten av en speciell medicinsk åtgärd för att ändra en viss sjukdoms naturliga förlopp till det bättre”. För att man lätt skall kunna inse vad som är effektivt, insamlar och upprätthåller Cochrane Collaboration den bästa evidensen om medicinska åtgärders effektivitet. Men det finns ett problem i denna sköna evidensvärld: Man kan inte stå till tjänst med all tänkbar vård, så vi behöver principer för hur vi skall välja.

FÖRFATTAREN

Marjukka Mäkelä är forskarprofessor vid FinOHTA (Finnish Office for Health Technology Assessment) vid STAKES

Om vi är ense om de principer som Cochrane lade fram, borde vi alltid ge effektiv behandling, till exempel bota pneumoni med penicillin och vaccinera barn mot polio. Vidare borde vi undvika ineffektiva eller skadliga åtgärder, som att ge konjak åt gravida kvinnor mot sammandragningar. Vi borde också se till att lika behandling ges för lika behov: t.ex. erbjuda alla patienter med allvarlig koronarsjukdom stent, oberoende av hur gamla de är, var de bor eller vilken inkomst de har. Detta är klart omöjligt – vi behöver alltså någon form av principer för hur vi skall välja. Vi står på samma punkt som Archie Cochrane i början av 1970-talet, men vi har ett namn på dilemmat: vi kallar det prioritering.

VAD ÄR EFFEKTIVT?

Vi måste åtminstone först reda ut vad som är effektivt, och som allmänläkare måste vi beakta allt under solen. Men hur kan vi bedöma och avväga effekterna av riskfaktorer, vårdprocesser och andra aspekter på hälso- och sjukvården – samt även deras biverkningar? Genom att ta beslutet i små steg och bryta ner det till frågor som det finns svar på. Vi behöver inte svara på varje fråga genast – och vi kan hitta svaren då de behövs, för varje patient och tillsammans med patienterna (4).

En bra fråga har relevans för det beslut som skall fattas och är så enkel att man kan svara på den genom forskning. I typiska fall undersöker den de effekter av betydelse som åtgärden har på detta slags patienter. På en mottagning finns det många frågor som man måste få besvarade i en följd. För varje fråga kan vi söka fram den bästa tillgängliga evidensen i Cochrane Library eller andra databaser; ibland behöver vi statistiska uppgifter. Om vi har turen att bo i ett land med välutvecklade riktlinjer kan vi hitta svaret på många frågor i en sådan norm (6).

Ibland finns det ingenstans samlad information som svarar på en fråga. I dessa fall kan vi vara tvungna att använda resultat från originalforskningen. EBM-metoder hjälper oss att utvärdera om dessa undersökningar besvarar vår fråga och om de är ändamålsenligt upplagda. Det gäller inte bara randomiserade undersökningar; vilket slags undersökningar vi skall leta efter beror på den fråga vi ställer. Vi kan ytterligare lära oss att utvärdera kvaliteten på olika slags undersökningar kritiskt och att tillämpa evidensen i vår egen omgivning (7). Då man ser på en befolkning

betyder detta att skapa riktlinjer, program, vårdkedjor, förfaringssätt.

EVIDENS I VERKSAMHET

I ett enskilt patientfall är ett beslut fortfarande ett avgörande mellan patienten och läkaren. Hur kan evidens hjälpa denna patient med de många frågorna under sjukdomens förlopp? Att berätta historien om en patient åskådliggör kanske bäst hur man kan utnyttja evidens på olika sätt.

Patienten är en 82-årig matematiklärare som pensionerades från posten som sin skolas rektor. Han bor med sin hustru i ett trivsamt förortshem, tycker om trädgårdsskötsel och att lösa korsord samt går regelbundet hos sin husläkare på kontroller för sitt blodtryck. Han använder hörapparat och har nyligen konstaterats ha glaukom som hålls under kontroll med ögondroppar. I 30 år rökte han en ask cigaretter om dagen men slutade för nästan 30 år sedan på uppmaning av sin neurolog efter ett yrselskov. Under sina yrkesverksamma år hade han tidvis duodenalsår som reagerade bra på medicinering.

För några veckor sedan sökte han för ett nytt hälsoproblem. Hans hustru hade bett honom komma till din mottagning för att han hade varit trött och haft andnöd i några veckor samt hostade om kvällarna då han gick till sängs. Du undersökte honom, konstaterade att han hade gått ner några kilo, hade ett hemoglobinvärde på 116 och en sänkningsreaktion på 32. I övrigt förekom inga fynd eller symptom, men du remitterade honom till en internist vid centralsjukhuset.

Han är nu tillbaka och berättar på sitt samlade sätt att diagnosen är lungcancer. Eftersom hans allmäntillstånd är gott planerar man att inleda behandling med cytostatika nästa vecka.

Vad kan hans husläkare göra? Vad skulle du göra i detta skede av mottagningen?

En bra, evidensbaserad husläkare vill att patienten talar ut om sin ängslan och lyssnar därför antingen uppmärksamt eller ställer en öppen fråga: "Vilka tankar väcker det hos er?" Konsten att ta emot patienter har studerats av Pendleton och medarbetare (8), till nytta för oss och patienterna. Tack vare detta arbete vet man att det är viktigt för patienten att kunna ge uttryck åt sin ängslan innan man kommer med svar.

Patienten frågar helt enkelt om överlevnaden vid lungcancer. Onkologen har gått mycket rakt på sak, och patienten citerar honom:

"Det är frågan om veckor eller månader snarare än år". Han frågar efter din åsikt om prognosen. Tyvärr har det inte kommit några papper från sjukhuset så du vet ännu inte vilken typ av cancer det gäller och hurudan dess utbredning är.

För att hjälpa patienten slår du upp prognosen på nationella cancerregistrets webbplats. Där konstaterar du att den genomsnittliga överlevnadstiden för lungcancerpatienter är 8,2 månader. Matematikläraren är van vid siffror, och då du påminner honom om att medeltalet inte kan tillämpas på individer kommenterar han torrt att han har undervisat i sannolikhetskalkyl i årtal. Detta verkar vara det svar han var ute efter, tills vidare. Medan du förnyar hans recept frågar du hur han och hans fru har klarat av nyheten – de är strängt sysselsatta i trädgården, säger han, och de har sett över hans testamente.

EVIDENSKÄLLOR

På eftermiddagen konsulterar du onkologen. Det är småcellig lungcancer, utbredning T3N0, och patientens allmäntillstånd tillåter standardbehandling med cytostatika. Man planerar att inleda behandling med karboplatin och etoposid (PE-regim) nästa vecka. För att själv få information slår du upp grundläggande medicinska fakta om sjukdomen i de nationella riktlinjerna för lungcancer (9). Det är många år sedan du senast behandlade en patient med lungcancer, och det är inte att undra på: incidensen är bara en på 2 500 personer, och din population består mest av unga familjer.

I Finland täcker de nationella evidensbase- rade riktlinjerna nu fler än 50 ämnen (10–11). Riktlinjerna anger ytterligare att cytostatika är förstahandsbehandling vid framskriden småcellig lungcancer och att 80 procent av patienterna svarar på behandlingen. PE-regimen har färre biverkningar än andra alternativ; för mera detaljerad information om biverkningarna konsulterar du läkemedelskatalogen. Riktlinjerna hjälper dig också att erinra dig att paraneoplastiska symtom kan ge neurologiska och endokrina problem. Den detaljerade informationen är länkad till mera utförliga källor, så som systematiska översikter. Efter att ha talat med din kollega och läst in dig på sjukdomen är du färdig för ditt nästa möte med patienten.

Han kommer tre veckor efter det att den första cytostatikakuren har avslutats, och

konsulterar dig för vax i öronen och blodprov efter cytostatikabehandlingen. Medan du spolar örat frågar du hur han mår. Han säger att han har dålig aptit och är trött efter behandlingen. Hans blodceller är i skick: hemoglobin 128, leukocyter 3,3. Och sedan den svåra frågan: "Är det någon idé med ytterligare en platinkur – är jag värd det?"

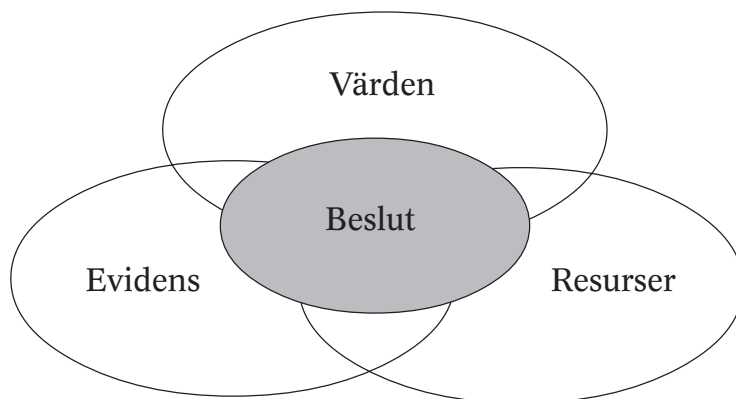
Nu vaknar naturvetenskapsmannen i dig, och du vill ha kalla fakta om hur nyttig behandlingen är. Ökar läkemedlen överlevnaden? Du gör en sökning i Cochrane-biblioteket med "platin* and lung" och hittar en välgjord översikt (12) som redogör för verkningsgraden för cisplatin, överlevnad och biverkningar. Men är detta den evidens du verkligen behöver?

All evidens kommer inte från randomiserade undersökningar. Tidigare använde du kunskap om vårdprocessen och kliniska färdigheter, du lyssnade till patientens bekymmer och använde öppna frågor för att få fram hans egna specifika problem (8). Nästa användbara evidens kommer från Balints arbeten (13–14), som uppmuntrar dig att ge akt på dina känslor. Enligt dem återspeglar vi ofta våra patienters känslor – är detta med dig nu? Känner du dig osäker och bekymrad?

En systematisk översikt av läkar–patientförhållandet (15) har gett primärvården mycket användbar information. Med denna patient borde du komma ihåg att cancerdiagnosen sätter igång en typisk krisreaktion. Trots att patienten hör och förstår informationen kan han inte alltid ta den till sig under den första krisfasen; därför måste fakta upprepas många gånger.

Med användande av Pendletons metod bollar du först patientens fråga tillbaka till honom. Du frågar vad hans tankar om prognosen är, och vad han tror om cytostatika nu när han har gått igenom en behandling. Han ogillade illamåendet och bekymrar sig för viktminskningen, men hans största bekymmer gällde huruvida behandlingen hade någon verkan. "Om jag bara mår förfärligt i flera dagar och det inte bromsar cancer så borde inte pengarna användas för någon som har större nytta av behandlingen?"

Du presenterar nu den systematiska översikt som du tidigare har hittat, enligt vilken cytostatika minskar tumörstorleken och förhindrar metastaser i 80 procent av fallen (12). Kontrollthoraxbilden tas nästa vecka, så du vet inte ännu vilken effekt PE-regimen har på denna patient. Du ställer sedan den vanliga husläkarfrågan: "Vad finns det för annat



Figur 1. Evidensens roll vid beslutsfattande (från Gray JAM, 2001).

som bekymrar dig?”. Efter det är du sedan tyst i gott och väl tio sekunder. Patienten tittar upp och frågar om det är någon idé att skaffa nya glasögon – han har problem med korsorden nu, men det skulle knappast tjäna någonting till att få nya läsglasögon för några veckor. ”Och min hustru och jag skulle gärna vilja veta om jag kommer att överleva till jul”.

EVIDENS OCH MEDKÄNSLA I BALANS

Detta är essensen i vårt yrke. McWhinney (16) har uttryckt det väl: ”Allmänmedicin är på samma gång klinisk och existentiell medicin”. Vilken roll har evidensen när du svarar – och vilken roll har värderingarna och etiken? Hur mycket litar du på siffror, och hur mycket tar du ansvar för att trösta din patient, att lätta hans börda mot alla odds? Medveten om att den genomsnittliga överlevnaden vid småcellig lungcancer är åtta månader efter diagnosen, och att det nu i september redan har gått två månader, skulle jag luta åt att vara hoppfull och säga: ”Ni har en bra möjlighet att uppleva julen”.

Evidensen, som en av vårdens grundpelare, måste balanseras med en förståelse för den enskilda patienten. Nyttig evidens är relevant, färsk, tidsenlig och delas och förstås av både läkare och patient. Evidensen fattar inte beslut; den ger redskap åt dem som beslutar (17). Evidensens roll vid beslutsfattandet har beskrivits väl av Muir Gray (18) (Figur 1). Då vi känner till behandlingens inverkan och biverkningar, kan vi hjälpa patienten att välja den typ av behandling som passar hans livs-

situation, de resurser hans familj och vänner kan erbjuda samt hans värderingar.

För denna patient gav evidensen viktiga ingredienser för många andra beslut under terminalvårdsprocessen. Skulle näringstillskott vara till nytta då aptiten är dålig? Vilka biverkningar berodde på cytostatika och vad kunde man göra för att lindra dem? Kan jag dö hemma? Och vad borde vi säga till barnbarnen? Kanske det passar din roll som läkare att svara på dessa frågor, kanske inte, men du kan ta reda på evidensbaserade fakta.

Många frågor senare, kring julen, är patienten intagen för palliativ vård. Han frågar ännu en gång om sin överlevnad – denna gång från en annan synvinkel. Han har gått igenom alla praktiska och känslomässiga detaljer med sin familj och är färdig för avfärd: ”Hur många veckor ännu av detta lönlösa liv, doktorn?” Som fallet är med många gamla män (19) är det en stor och väsentlig förlust för honom att han inte längre kan vara till nytta. Han har tidigare diskuterat eutanasi, som inte är tillåten i ditt land, med dig och varit av samma åsikt att våra dagars antal inte är i våra egna händer.

Här är evidensen ännu en gång till hjälp. I BMJ-numret om en god död visade Glare et al. (20) att kliniker tenderar att överskatta överlevnaden i terminalskedet. Då du tittar på honom, medveten om att han knappt vill äta längre och är sömnig största delen av dagen eftersom han får tillräcklig smärtlindring, känns det rätt att utgå från beläggen. Nu kan du säga att hans återstående dagar knappast är så många. Han ler lite: ”Det är bra så, doktorn”.

Han dör fridfullt, stödd av sin familj, några dagar senare.

Evidensen står inte för några beslut, men den är en oundgänglig del av besluten. Att inte söka efter evidens innebär dålig läkarpraxis. Vi hittar inte alltid nyttiga belägg när vi söker dem och vetenskapen är ofta fragmentarisk och ofullständig – men lyckligtvis kan också fragmentarisk kunskap användas för sunda personliga beslut. Ibland kanske du inte i din patients intresse vill använda den evidens du hittar men om du inte *vet* vilken evidens som är tillgänglig, kan det hända att du lurar din patient på det bästa beslutet för honom.

PROF. MARJUKKA MÄKELÄ
FINOHTA (FINNISH OFFICE FOR HEALTH
TECHNOLOGY ASSESSMENT)
STAKES
PB 220
00531 HELSINGFORS
marjukka.makela@stakes.fi

* * *

Artikeln, som tidigare ingått i Scandinavian Journal of Primary Health Care (2004;22:132-5) under rubriken *Evidence-based medicine in general practice: Helping the whole patient*, publiceras med tillstånd av Taylor & Francis.

REFERENSER

1. McWhinney IR. Why we need a new clinical method. Scand J Prim Health Care. 1993;11:3-7.
2. Rakel RE. Textbook of Family Practice. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
3. Finlay A, McAlister FA, Straus SE, Guyatt GH, Haynes RB for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature XX. Integrating research evidence with the care of the individual patient. JAMA 2000;283:2829-36.
4. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004;291:2359-66.
5. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. The Nuffield Trust 1972. Omtryckt av the Royal Society on Medicine Press Limited, University Press, Cambridge, 1999.
6. Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J. AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. Int J Qual Hlth Care 2003;15:31-45.
7. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
8. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation. Oxford: Oxford University Press, 2003.
9. Finska lungmedicinska föreningen och Finska onkologiska föreningen: Lungcancer. Gångse behandlingsriktlinje. (På finska) www.kaypahoito.fi, läst 8.5.2004.
10. Kaila M. Käypä hoito kymmenen vuotta. (God medicinsk praxis tio år. På finska) Duodecim 2004;120:13-4.
11. Mäkelä M, Kunnamo I. Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice. Scand J Prim Health Care 2001;19:214-7.
12. Pujol J, Caresia L, Daures J. Is there a case for cisplatin in the treatment of small-cell lung cancer: A meta-analysis of randomised trials of a cisplatin-containing regimen versus a regimen without this alkylating agent. British J Cancer 2000;83:8-15.
13. Balint E, Norell J. Six minutes for the patient. Interactions in general practice consultation. Bristol: Tavistock Publications, 1986.
14. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone, 2000.
15. Ottosson et al. Patient-läkarrelationen. Stockholm: SBU publikationsserie 144. Natur och Kultur, 1999.
16. McWhinney I. Foreword. In Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Baker R, Grol R, Mant D, Silagy C (eds): Oxford Textbook of Primary Medical Care. London, 2004:XXII.
17. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002;324:1350.
18. Gray JAM. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2001.
19. Molander G. Askel lyhenne, maa kutsuu. (Döden i det gångna livets belysning – en narrativ studie om över 80 år gamla personer. På finska.) Finska sällskapet för mental hälsa, Helsingfors 1999.
20. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simer J, Christakis N. A systematic review of physicians, survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ 2003;327:195-8.

Evidensbaserad medicin i allmänpraktik – ett hinder för optimal läkarvård?

IRENE HETLEVIK

Evidensbaserad medicin (EBM) har blivit den teoretiska bas som allmänläkare antas rätta sig efter om de vill anses som bra läkare. Det är dock möjligt att EBM överskattas och att dess nuvarande ställning kan utgöra ett hinder för optimal läkarvård.

För att understryka de centrala argumenten i mina kritiska tankar om EBM i primärvården har jag valt tre av "Sju teser för allmänpraktik" som Norska allmänläkarföreningen har uppställt (1): Enligt dem bör allmänläkare:

- Göra det som är viktigast för deras patienter
- Ge mest uppmärksamhet åt de personer som har de största behoven
- Använda ett hälsofrämjande språk

För att kunna följa dessa teser bör allmänläkare ha kunskaper som baserar sig på en bred vetenskaplig bas där EBM utgör bara ett element. Det elementet verkar vara överskattat när man granskar det närmare (2) (Tabell I).

ALLMÄNMEDICIN

Allmänläkare möter hela befolkningen. För att i helt grova drag karaktärisera denna all-

männa befolkning har man tagit i bruk en modell med fyra kategorier (3) (Figur 1).

Kategori 1 består av personer som både känner sig friska och konstateras vara friska enligt biomedicinska standarder. Inom dagens medicin kanaliseras en stor del av befolkningen av olika orsaker till allmänläkarmottagningen för att få intyg över sin hälsa (4).

Kategori 1 minskar stadigt. Biomedicinska normer och gällande definitioner tenderar att "flytta" personer från kategori 1 till kategori 4. Man kan identifiera två orsaker till detta. För det första kan medicinska tester identifiera riskmarkörer för framtida sjukdomar också om personerna känner sig friska. Dessutom ökar det antal "icke-sjukdomar" som det kan bli tal om på allmänläkarmottagningen (5).

Kategori 2 består av människor som söker hjälp för att de upplever lidande. Allmänläkaren kan dock inte hitta några objektiva tecken på sjukdom. Följaktligen misslyckas hon oftast med att hjälpa dessa människor, eftersom deras upplevelser och symtom inte enligt biomedicinsk kunskap passar in på accepterade sjukdomskriterier (6). Den typiska patienten i denna kategori är en kvinna med kronisk smärta eller en ungdom som är drogerberoende. Man har visat att en femtedel av alla patienter som konsulterar sina allmänläkare hör till denna kategori (6). Dessa patienter upplever ofta att deras hälsoproblem ig-

FÖRFATTAREN

Irene Hetlevik är biträdande professor vid Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim

Tabell I. EBM är ett hinder för optimal läkarvård inom allmänmedicinen.

- Genom att betona och övervärdera information från randomiserade kontrollerade undersökningar, metaanalyser och systematiska översikter, och samtidigt ringakta och undervärdera annan forskning utan att explicit ta ställning till vilket slags kunskap som behövs för vilket ändamål.
- Genom att bidra till att värdeladda fakta
- Genom att dölja behovet av värderande beslut inom medicinen

noreras och de känner att de inte tas på allvar som människor (7). Bara en liten del av dem anger att de har fått meningsfulla förklaringar som hjälper dem att förstå sina problem och att klara av problemen på egen hand på ett konstruktivt sätt (7).

Kategori 3 omfattar personer med organsjukdomar, d.v.s. patienten känner sig sjuk och allmänläkaren kan konstatera objektiva sjukdomstecken. Ett typiskt exempel är en person med bröstsmärta och kliniska tecken på hjärtinfarkt. Patienter i denna kategori utsätts för en ökande mängd teknik. Ny teknik tas hela tiden i bruk utöver den redan existerande för att göra den diagnostiska och terapeutiska precisionen ännu bättre för dessa patienter. Till exempel kan en patient med hjärtsvikt definieras som underbehandlad om han inte får fyra eller fem läkemedel bara för sin hjärtsjukdom, oberoende av vilka andra sjukdomar han kan ha. Och eftersom effekten av varje läkemedel har studerats separat i kliniska undersökningar, oftast med komorbiditet som exklusionskriterium, är de enskilda läkemedlens effekt oförutsägbar i allmänläkarpraxis.

Personer i kategori 3 ges prioritet på sjukhusen och inom den specialiserade vården. Patienternas kontakt med specialister och sjukhus är dock kortvarig. Följaktligen är allmänläkare tvungna att fortsätta behandlingar som dessa specialister påbörjat och att göra sådant som kan verka meningsfullt på sjukhuset. Dessa åtgärder är inte nödvändigtvis lika meningsfulla inom allmänpraktiken.

Kategori 4 består av personer som har riskfaktorer för framtida sjukdomar. De är oftast inte medvetna om sina potentiella hälsopro-

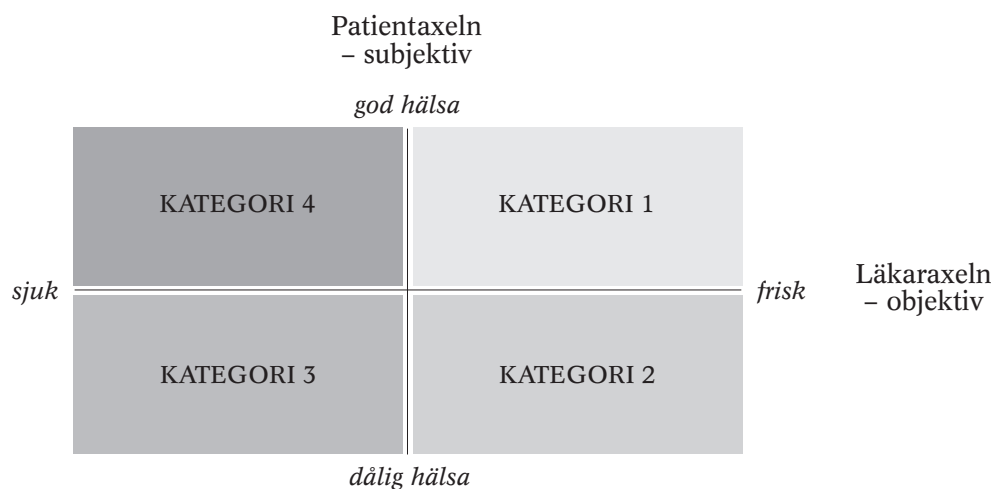
blem förrän de informeras om dem av sin läkare. Att upptäcka riskfaktorer kan i själva verket förvandla alla till patienter. Riskbedömningen kan börja vid befruktningen (8, 9) och fortsätta till döden.

Det kan hända att personer konsulterar allmänläkare för att få bekräftat att de är vid god hälsa och i stället hamnar i en "riskgrupp" – detta gäller speciellt äldre (Figur 2). Följaktligen är allmänläkaren skyldig att hjälpa dem "upp igen" genom att säga att det "inte är så farligt" (Figur 2). Ett riskbudskap är dock irreversibelt (8, 9). Det påminner om en droppe bläck i klart vatten som gör vattnet bestående grumligt (9).

Vetenskapsmännen definierar hela tiden nya riskfaktorer i en aldrig sinande ström (10). Biomedicinsk forskning verkar ha skiftat fokus från att undersöka sjuka människor till att bedöma riskfaktorer för framtida sjukdomar hos den friska befolkningen (10). Denna fokusförskjutning öppnar en gränslös potential för att göra nya undersökningar. Det finns redan många "risktillstånd" som måste beaktas inom allmänmedicinen, så som hypertoni, typ 2 diabetes, osteoporos och onormala cellprov från livmodermunnen. För största delen av dem finns det evidensbaserade biomedicinska behandlingar att tillgå.

EBM SOM HINDER FÖR OPTIMAL LÄKARVÅRD INOM ALLMÄN MEDICIN

Kategori 1 består av de "sant friska", d.v.s. personer hos vilka man ännu inte upptäckt sjukdomar, tidiga organskador, riskfaktorer eller ofördelaktiga gener (Figur 3). Eftersom god hälsa inte är samma sak som frånvaro av



Figur 1. Allmänläkare möter hela befolkningen. En person kan uppleva god hälsa eller någon grad av dålig hälsa. Läkaren väntas vara objektiv då han/hon särskiljer personer med sjukdom, d.v.s. de som fyller dagens medicinska diagnostiska kriterier, och personer utan sjukdom.

dess faktorerna (11), måste allmänläkare känna till kvalitetshöjande faktorer i folks liv så att de inte ingriper av misstag (12). Dessutom måste allmänläkaren känna till de strategier som människor använder för att klara sig i sitt dagliga liv, för att kunna stödja dem (13). Men det bästa vi kan hoppas på trots alla hälso- och sjukvårdssystemets bemödanden är att uppskjuta lidande, sjukdom och död. Följaktligen spelar allmänläkaren vid behov en viktig roll som professionell kompanjon till patienten (1).

Epidemiologisk forskning beskriver faktorer som är associerade med sjukdomar på grupp-nivå, medan kvalitativ forskning försöker utreda dessa faktorerens betydelse för individen.

EBM bidrar inte i väsentlig grad till förståelsen av de element som hälsan är uppbyggd av.

Tvärtom kan en rigorös tillämpning av den evidensbaserade medicinens resultat t.o.m. hota hälsan genom detta synsätts inneboende tendens till medikalisering (14). Sålunda kan hälso- och sjukvårdens egna definitioner i bästa välmående flytta människor från kategori 1 till kategori 4, där de sedan utsätts för biomedicinska, evidensbaserade lösningar (14).

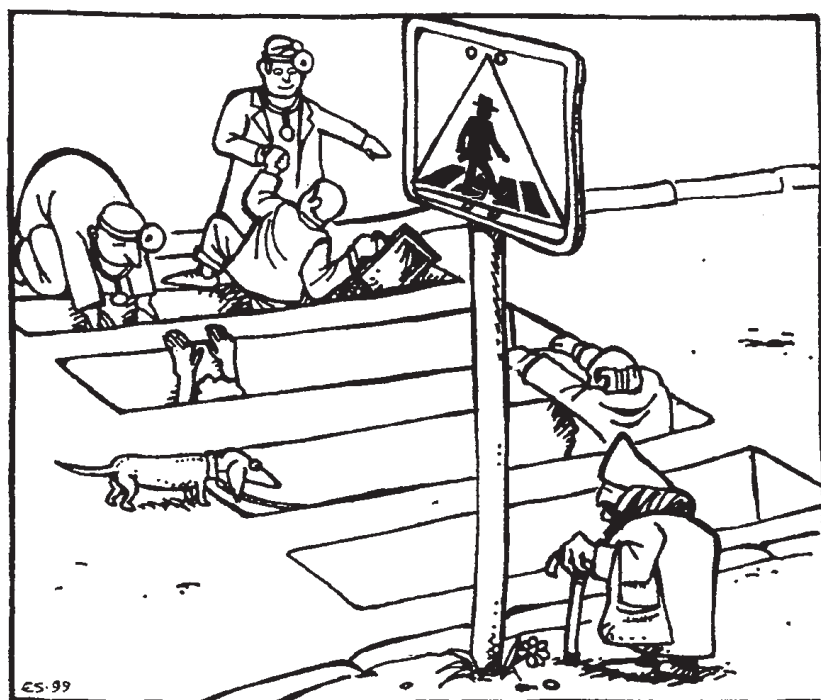
Kategori 2 består av människor som har avskrivits av den medicinska vetenskapen som "inbillade sjuka" (Figur 3). De stämplas ofta som lidande av funktionella störningar eller somatiseringssyndrom (6). Biomedicinsk kunskap är otillräcklig för att förstå och hjälpa dessa patienter (6). Man måste bygga upp

en mångsidigare teori som innefattar hur människor gestaltar sina liv för att man skall kunna förbättra kunskapen om sjukdomar och lidande (15). Om vi vilseleds att tro att detta slags kunskap innefattas i EBM-konceptet som det fungerar i dag, kommer EBM att utgöra ett hinder för att bättre förstå dessa biomedicinskt "oförklarliga" tillstånd hos personer som känner sig sjuka.

Kategori 3, de "sant sjuka" (Figur 3), behöver evidensbaserad behandling. Eftersom livet dock är hundra procent dödligt, trots den biomedicinska repertoaren, behöver dessa patienter också förr eller senare professionellt kompanjonskap (1). Innebörden av ett sådant kompanjonskap verkar inte vara något som EBM forskar i, trots att det när allt kommer omkring kan vara det allra viktigaste.

Eftersom varje ny terapi oftast läggs till de redan existerande terapierna, ökar komplexiteten, som vid läkemedelsbehandlingen av patienter med hjärtsvikt. Allmänläkare måste handskas med många av dessa invecklade terapier samtidigt hos samma patient, medan en specialist mer eller mindre kan koncentrera sig på en sjukdom. Följaktligen är det svårt att följa alla rekommendationerna, vilket för med sig minskad effektivitet och t.o.m. fara för patienten (16). Den ökade komplexiteten kunde göra det legitimt att fråga: Hur enkel kan den biomedicinska behandlingen av den "sant sjuka" patienten vara för att ännu vara acceptabel för både patienten och samhället? EBM har inte visat något stort intresse för att ta sig an detta invecklade område.

Figur 2. När folk konsulterar sin husläkare för att försäkra sig om att de är friska, hamnar de ofta i en riskgrupp, speciellt om de är äldre.



Kategori 4 – "inbillade friska" – är av olika orsaker förenad med många utmaningar och problem för allmänläkare. För det första har allmänläkare i flera årtionden utsatts för en överväldigande informationsmängd om behandlingen av ett ökande antal "surrogatmått" – så som blodtryck, blodglukos, blodlipider och bentäthet – som alla är evidensbaserade i ofta metodologiskt utmärkta, randomiserade och kontrollerade undersökningar. Sedan rekommenderar EBM-synsättet att man skall behandla varje riskfaktor för sig enligt de senaste rönen, också när man känner till effekten på "hårda", alltså sjukdomar och död (17, 18). Som en följd av denna uppspjälkning kan allmänläkare förledas att tro att det viktigaste är att ta hand om alla fragment av en frisk människa, och inte om den människa som delarna utgör. EBM bidrar på detta sätt till den ökande komplexiteten, vilket också minskar möjligheten att omvandla effekt till effektivitet (19, 20). Slutligen borde man antagligen inte genomföra evidensbaserad behandling vid små risker även om sådan behandling finns. Orsaken är att kliniska undersökningar med godtyckligt valda tröskelvärden för intervention utgör en olämplig vetenskaplig bas för bedömning av den risknivå som kräver individuell intervention i allmänpraktik (19). Att definiera risk är i grund och botten ett moraliskt val som innefattar grundlägg-

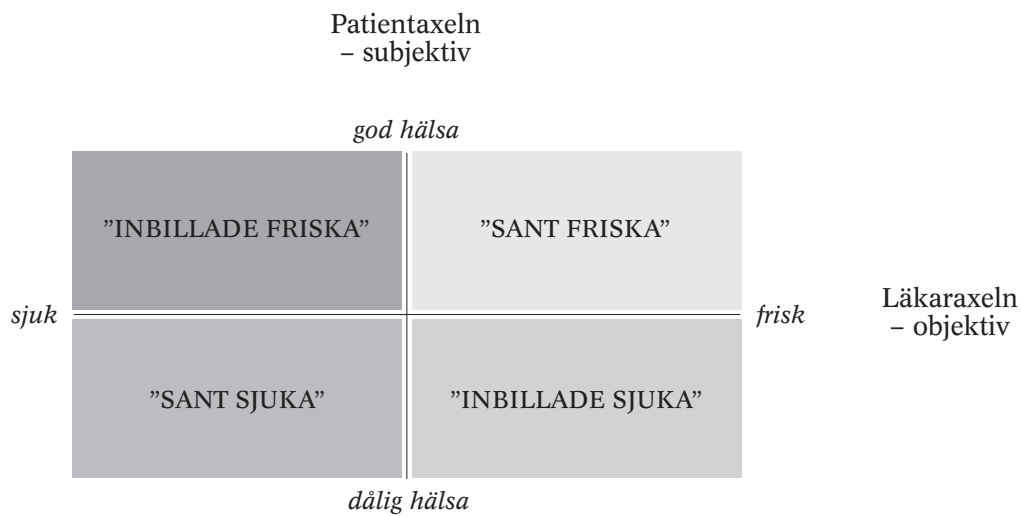
gande värdefrågor för individen (21). Dessutom måste samhället definiera den nivå av hälsorisk man kan vänta sig att ett balanserat hälso- och sjukvårdssystem skall hantera (1, 19), eftersom systemet i första hand måste ta hand om dem som upplever sjukdom och lidande.

Det gäller dessutom att inte glömma att det, när det behövs stora randomiserade kontrollerade undersökningar och metaanalyser för att påvisa effekten av en behandling, är ett tecken på att den potentiella fördelen för individen är ringa. Det är därför tankeväckande att information från just denna typ av undersökningar ges en så oproportionerligt stor uppmärksamhet inom medicinen (Tabell I).

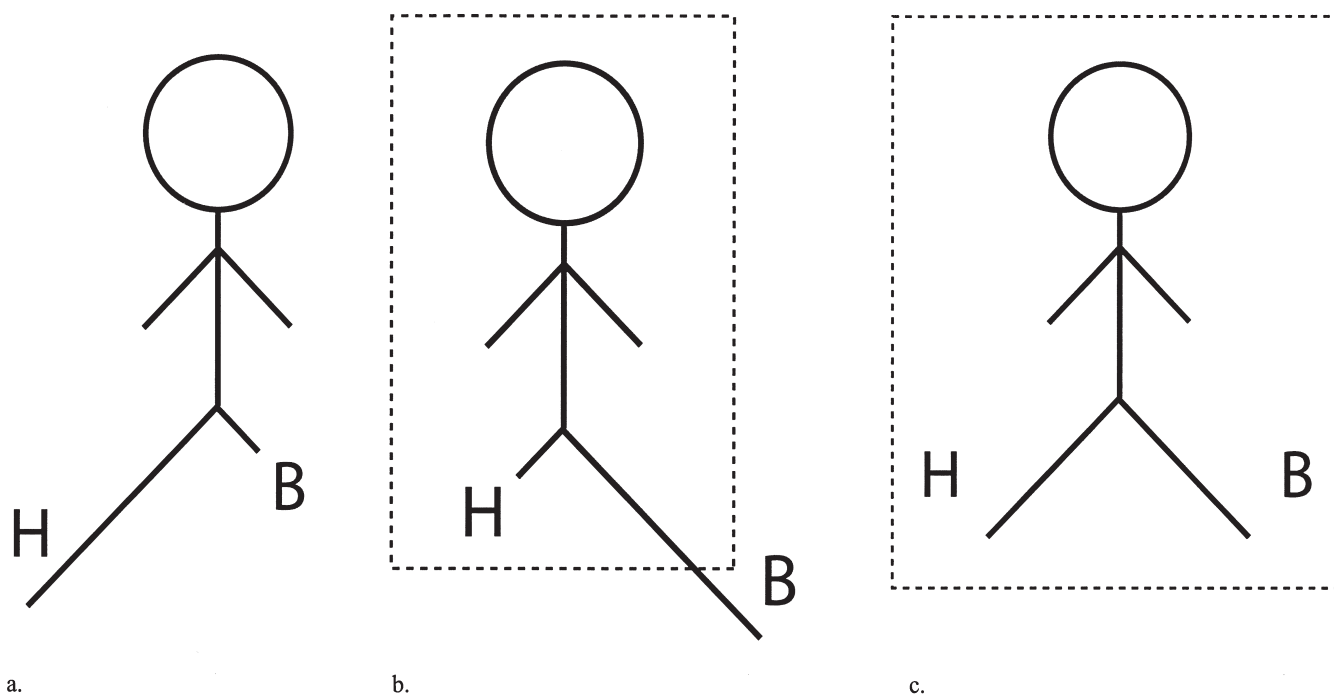
Denna uppmärksamhet bidrar till att förstärka den alltid närvarande men dolda värdeladdningen som finns i fakta, och den kan förvandla allmänläkaren till en biomedicinsk tekniker. Trots att varje fragment kan ha sitt eget odiskutabla värde, baserat på epidemiologiska och evidensbaserade kliniska undersökningar, kan det ha en mycket begränsad relevans för den enskilda patienten (19).

MEDICINEN AV I DAG

Medicinens ursprung var i grunden teoretiskt och filosofiskt; den baserade sig alltså på humanistiska vetenskaper (H) (Figur 4a) (22). I



Figur 3. En del verkar vara sant, medan annat verkar tas för att vara inbillat.



Figur 4. Medicinen brukade basera sig på humanistiska (H) vetenskaper (a). Inom dagens medicin verkar det biomedicinska innehållet (B) vara större än de praktiska möjligheterna (b). En bättre balans mellan H och B behövs (c).

dag verkar det biomedicinska benet (B) vara för långt, trots alla tillgängliga resurser (Figur 4b) (19-20). Det verkar finnas en tendens till alltför mycket medicin i de västerländska samhällena (20, 23). Dessutom är den fragmentarisk (24) och imperativ (22), och som sådan ett hinder för optimal, holistisk läkarvård (20).

Jag skulle föredra en bättre jämvikt mellan det biomedicinska, tekniska benet och det humanistiska, icke-tekniska benet inom medicinen, och också en grundlig utvärdering av frågan "Hur mycket medicin kan hälso- och sjukvårdssystemet klara av att integrera?" (Figur 4c) (19, 23). Vi behöver en kritisk granskning av hur man definierar medicinsk risk och sjukdomar samt av vad som anses vara god behandling. Detta innebär i själva verket en kritisk granskning av samtida medicinsk forskning, inklusive begreppet EBM.

DR. MED. IRENE HETLEVIK
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN
NORGES TEKNISK-NATURVITENSKAPLIGE
UNIVERSITET (NTNU)
MTFS
N-7489 TRONDHEIM
NORGE

Författaren tackar Anne Luise Kirkengen, Linn Getz och Niels Bentzen för värdefulla kommentarer till manuskriptet, och Rosen-dalseminarierna för att de är ett forum där dessa tankar kan utvecklas. Finansiellt stöd från Fondet til fremme av allmenmedisinen i Midt-Norge och www.bioethics.ntnu.no har bidragit till att jag har fått tid att skriva.

* * *

Artikeln, som tidigare ingått i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (2004;22:136-140) under rubriken *Evidence-based medicine in general practice: A hindrance to optimal medical care*, publiceras med tillstånd av Taylor & Francis.

REFERENSER

1. Norsk selskap for allmennmedisin. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAM's tenkedugnad 2000-2001. www.uib.no/isf/nsam.
2. William DDR, Garner J. The case against "the evidence": a different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry* 2002;180: 8-12.
3. En komite oppnevnt av Alment praktiserende lægers forening, Norsk selskap for allmennmedisin, Offentlige legers landsforening, Norsk bedriftslegeforening. Primærlegen mot år 2000. Oslo, 1991.
4. Thoresen SØ, Skare GB, Sandvin O. Masseundersøkelser for livmorhalskreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:2613-5.
5. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ* 2002;324:883-5.
6. Møller Nielsen J, Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach ME, Olesen F. Sygdomsopfattelser i almen praksis - i relation til patienter med somatiserende lidelse. *Ugeskr Læger* 2002;164:5372-6.
7. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
8. Reventlow S, Hvas AC, Tulinus C. "In really great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:71-5.
9. Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: Advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Sos Sci Med* 2003;56:2045-57.
10. Skolbekken JA. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995;40:291-305.
11. Marok E. Om hensens skjulte natur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1610-2.
12. Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:3-9.
13. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000;3:257-64.
14. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:889-91.
15. Kirkengen AL. Inscribed bodies. Health impact of childhood sexual abuse. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
16. Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T. Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. *J Intern Med* 2001;250:327-41.
17. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L, et al. Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:2283-6.
18. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L, et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:2287-8.
19. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice (dissertation). Trondheim: Department of community medicine and general practice, NTNU, Bjaerum 1999.
20. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.
21. Nessa J. Si scientia, unde malum? Eit essay om risiko. In: Swensen E (editor). *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
22. Lie AK. Mellom preken og Stand Up. Om noen problemer med å bringe samfunnet til sykesengen. In: Bjørndal A, Ny-lenna M (editors). *Med makten i sitt ord*. Oslo: Unipub forlag, 2003.
23. Moynihan R, Smith R (editorial). Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002;324:859-60.
24. Getz L. Fragmentenes forvaltere Managers of fragments. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1562.

Kvalitetsförbättring genom nätverk

PERTTI SOVERI OCH KLAS WINELL

Kvalitetsutvecklingen inom primärhälsovården i Finland har inte varit särskilt systematisk eller omfattande (1), det är först under de tio senaste åren som kvalitetsarbetet har börjat öka också i primärvården (2–5). Behovet av kvalitativa karakteristika utöver de rent kvantitativa och ekonomiska har ökat, vilket på flera håll i landet har resulterat i försök att definiera vårdens kvalitativa aspekter. År 1995 påbörjades ett projekt som skulle förbättra kvalitetsarbetet på hälsocentralerna i landet på ett nytt sätt. Projektet stöddes ekonomiskt av läkemedelsbolaget Orion. Syftet med det var att först lära hälsocentralläkarna att bygga upp ett kvalitetsutvecklingssystem och sedan att ge hälsocentralerna en möjlighet att systematiskt följa upp vårdens kvalitet tillsammans med andra i ett gemensamt nätverk. Utgångsläget var att koncentrera sig på några av de stora kroniska folksjukdomarna, som både kostnadsmässigt och till volymen har en stor betydelse för hur hälsovården organiseras. De första sjukdomar där vårdkvaliteten följdes upp var typ 2-diabetes och hypertoni, senare inkluderades också behandlingen av hjärtkärlsjukdom i uppföljningen.

Konceptet var enkelt och följde mönstret av en kvalitetscirkel (Figur 1). Av de hälsocentraler som anmälde intresse för projektet antogs de på vilka chefsläkaren hade påvisat vilja att förbättra kvaliteten, ca 20 stycken. Projektet började med att varje deltagande hälsocentral använde två seminariedagar för planering. Den första seminariedagen gjorde man upp ett lokalt vårdprogram för god behandling av sjukdomen i fråga och under den andra dagen ett system för att följa upp vårdprocessen med mätningar: följs de överenskomna riktlinjer och resulterar det i bättre vårdbalans med avseende på sjukdomen?

FÖRFATTAREN

MKD Pertti Soveri är sektordirektör för social- och hälsovården i Borgå stad

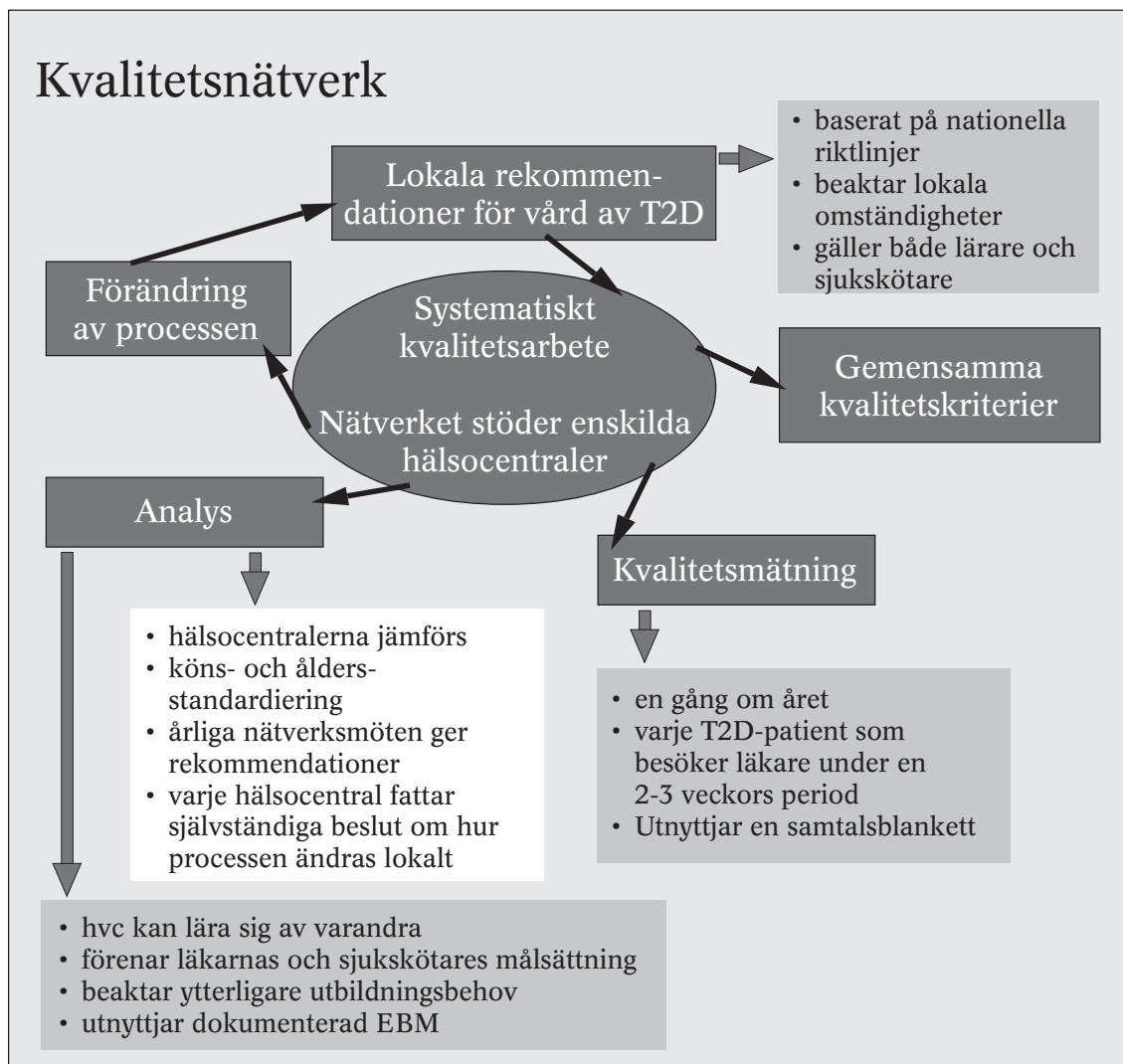
ML Klas Winell är kvalitetschef vid Diabetesförbundet

Som underlag för de lokala vårdprogrammen användes de nationella rekommendationerna, som tillämpades lokalt. Arbetet började med läkarna; alla läkare på hälsocentralen var med om att dra upp riktlinjerna för att åstadkomma så stor samstämmighet som möjligt kring vårdprogrammet. I följande skede tog man med också andra personalgrupper, hälsovårdare, sjukskötare, näringsterapeuter och annan personal som i team sköter de patientgrupper som följs upp.

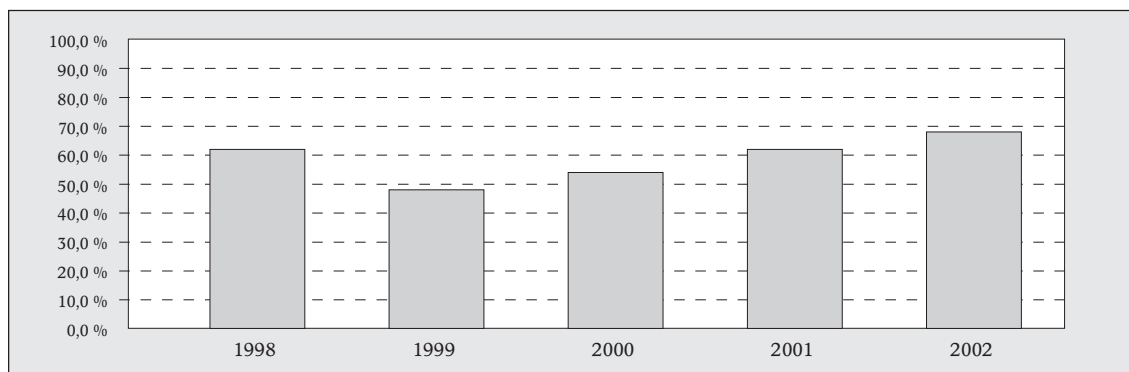
Alla hälsocentraler gör en årlig uppföljning enligt de överenskomna kriterierna, data samlas in under en två – tre veckors period på läkarmottagningarna och hälsovårdarmottagningarna med en enkel uppföljningsblankett där man på en rad per patient antecknar de uppgifter som behövs.

Alla data analyseras sedan centralt och presenteras på årliga nätverksmöten. Under de här mötena redogör alla hälsocentraler för sina åtgärder för utveckling, svårigheter och förslag till förbättringar, och eventuella kommentarer kring jämnförande data presente-

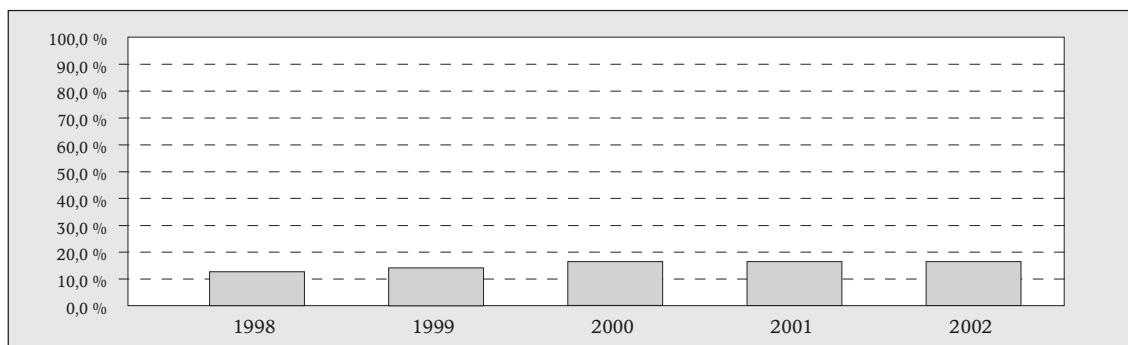
Kvalitetsnätverk



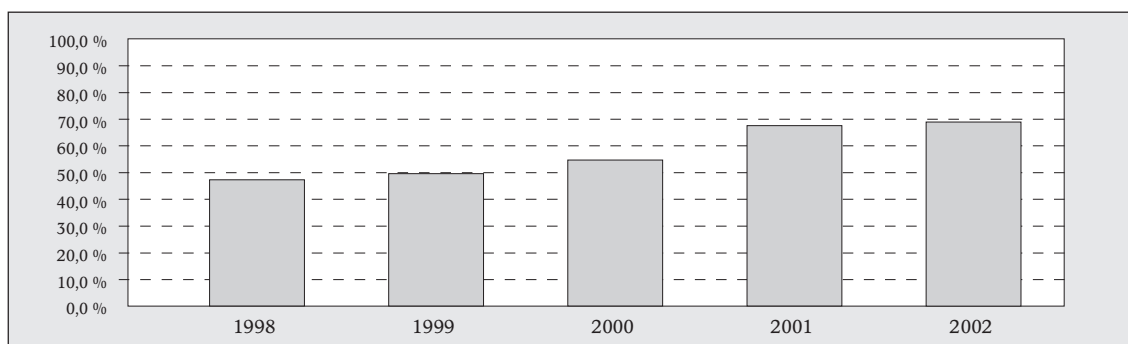
Figur 1.



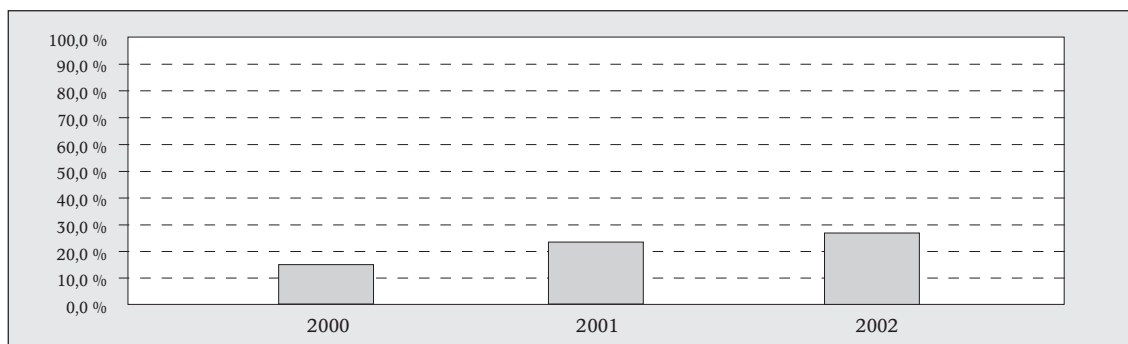
Figur 2. DM-patienter vars HbA1c är $\leq 7,5$ i procent av samtliga DM-patienter.



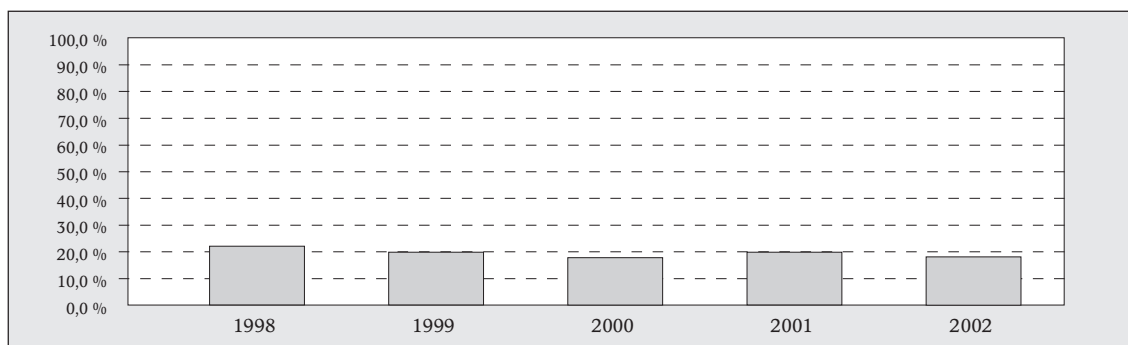
Figur 3. RR-patienter vars systoliska blodtryck är ≤ 130 mmHg i procent av alla RR-patienter.



Figur 4. Diabetiker som genomgått fotografering av ögonbotten under de 2 senaste åren (de senaste åren 1998-2000).



Figur 5. RR-patienter vars LDL-kol är $\leq 2,6$ mmol/l i procent av samtliga RR-patienter.



Figur 6. DM-patienter vars BMI är ≤ 25 kg/m² i procent av alla DM-patienter.

ras. Inom nätverket har man under årens lopp testat olika kriterier och gjort dem enhetliga, numera har hela nätverket samma kriterier (6). Man har också lyckats med att komma överens om kriterier som är gemensamma för både diabetes, hypertoni och hjärtkärlsjukdom, så att man för alla tre patientgrupperna kan utnyttja samma uppföljningsblankett. Läkarna använder sin blankett och hälsovårdarna sin för att göra allt så enkelt och smidigt som möjligt.

Resultat av nätverkets arbete har presenterats på internationella konferenser, bl.a. WONCA och St. Vincent's Group for Primary Care samt årligen publicerats i Kommunalläkarna rf:s årsbok (7-8). Vårdsnivån för både typ 2-diabetes (Figur 2) och hypertoni (Figur 3) har förbättrats under årens lopp. Också olika vårdprocesser har förbättrats, rekommendationerna att ordna ögonbottenkontroll för diabetiker (Figur 4) och att ge aggressivare "lipidvård" visar resultat (Figur 5). BMI-mätningarna har dock inte resulterat i aggressivare vård av övervikt (6).

I internationella jämförelser har nätverkets insatser klarat sig mycket bra (9), det samma gäller nationella jämförelser (10), som tyvärr än så länge är ytterst få. Det här projektet är ett sätt att införa jämförelse av kvalitet i primärvården, resultaten har hittills varit bra, och hälsocentralerna har arbetat effektivt. De årliga sammanträdena med utbildning och utbytet av erfarenheter om förbättrande åtgärder har visat sig vara mycket givande.

MKD PERTTI SOVERI
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN
BORGÅ STAD
SJUKHUSVÄGEN 1
06150 BORGÅ
pertti.soveri@porvoo.fi

ML KLAS WINELL
DIABETESFÖRBUNDET
CONMEDIC
ANTAS
02330 ESBO
klas.winell@diabetes.fi

REFERENSER

1. P.Voutilainen, P.Soveri, S.Sairanen, Terveysterveystuon laadun kehittämisen nykytila Suomessa, Dialogi 1994;4:17-19.
2. K.Winell, P.Soveri, Terveysterveystuon ja sen väestövästuu-ryhmien tulosten mittaus, Suom Lääkäril 1994;8:832.
3. P.Soveri, S.Sairanen, P.Voutilainen, J.Karonen, M.Mäkelä, Laadukkaana terveysterveystuon indikaattoreita kehitellään, Suom Lääkäril 1995;13:1531-1535.
4. T.Heinänen, P.Soveri, Riesasta rutiiniksi, kokemuksia laadunhallinnan kehittämisestä perusterveysterveystuonlaadussa, Suom Lääkäril 1996;36:3885-3888.
5. Laatuvenneet vesillä, Laadukas terveysterveystuon-projektin vuosiraportti, Kuntakoulutus Oy, Helsinki 1996.
6. K.Winell, P.Soveri, Terveysterveystuon laatuverkoston asettamat laatuvaatimukset, Kunnallislääkäri vuosikirja 2001/2002 2001;75.
7. P.Soveri, K.Winell, Laatuverkoston parantavat toimintaa ja potilaiden saamaa hoitoa, Kunnallislääkäri vuosikirja 1998/1999 1998;117-119.
8. K.Winell, P.Soveri, Terveysterveystuon laatuverkoston tulokset, Kunnallislääkäri vuosikirja 1999/2000 1999;91-93.
9. P.Soveri, K.Winell, A.Delahunty, M.Goldfracht, X.Cor, J.Gillies, International Benchmarking of Type 2 Diabetes Care. Abstract WONCA Conference London 2002.
10. E.Kumpusalo, H.Pärnänen, J.Takala, työryhmä, Suom Lääkäril 1997;18-19:2250-2258.

Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen

JOHANN A SIGURDSSON, LINN GETZ OCH IRENE HETLEVIK

Konsultationen är en hörnsten i medicinsk praktik och av hävd en harmonisk process mellan patienten och läkaren. Allt fler experter menar att detta tillfälle bör utnyttjas för screening. Därmed flyttas medicinens fokus alltmer över på den friska individen, och den lista över de förebyggande åtgärder en allmänläkare bör ha i åtanke blir allt längre. Artikelförfattarna ifrågasätter den etiska grunden för att läkare utnyttjar konsultationen till annat än det patienten söker för.

Medicinen håller i ökande grad på att skifta fokus från sjuka till friska individer. Konsultationen har av många ansetts vara en bra plattform för förebyggande verksamhet. I en nyligen publicerad artikel i BMJ har vi ifrågasatt om det är etiskt försvarbart att läkaren utnyttjar konsultationen till att ta upp annat än just det som patienten söker för (1).

Konsultationen, mötet mellan patient och läkare, har alltid varit en av hörnstenarna i den medicinska verksamheten. I fall som inte är akuta har det funnits en stark tradition att mötet mellan patient och läkare primärt styrs av det som uppfattas som patientens aktuella problem och behov, och att detta leder till en harmonisk process i mötet mellan dessa två parter (Figur 1). Eftersom flera undersökningar har visat att över 80 procent av befolkningen kontakter primärvården under en tvåårsperiod har många ansett att denna kontakt kunde utnyttjas i screeningsyfte ("case finding"). Detta betyder att allmänläkarna rekommenderas att passa på att kontrollera andra saker än just de som patienten söker för och som kunde vara bra för patientens framtida hälsa, oavsett orsaken till kontakten (2).

DOKTORNS AGENDA I STÄLLET FÖR PATIENTENS

När dessa opportunistiska förebyggande åtgärder under konsultationen först framfördes

för 25 år sedan var det inte mycket mer än blodtryck och livsstil som läkaren kunde kontrollera utöver det som tillhörde patientens agenda. Idag är situationen helt annorlunda. Den lista som experterna menar att man behöver ha i åtanke när det gäller möjliga förebyggande åtgärder har ständigt blivit längre, och det kräver både tid och personal om man skall implementera en "meny" av förebyggande verksamhet inom ramen för den traditionella konsultationen (Figur 2).

Vi ifrågasätter om det är etiskt försvarbart att mötet mellan patient och läkare i ökande grad präglas av doktors agenda. De bekymmer eller tankar som patienten själv tänkt diskutera får i så fall inte den plats i konsultationen som de kanske behöver.

ETISKA GRUNDPRINCIPER

Förebyggande medicin bygger på andra etiska värderingar än kurativ medicin (3). I den kurativa medicinen är det patienten själv som

FÖRFATTAREN

Professor Johann A. Sigurdsson är överläkare vid enheten för allmänmedicin vid Vårdcentralen Solvangur, Hafnarfjörður, Island



Figur 1. Den goda konsultationen bygger på ett harmoniskt möte mellan patient och läkare.



Figur 2. En del av de rekommenderade förebyggande åtgärderna som skulle kunna tas upp i screeningsyfte.

brukar ta initiativet och söker hjälp hos doktorn, gärna en som patienten litar på. I sådana situationer svarar doktorn med att framför allt koncentrera sig på de problem som patienten söker för och erbjuder den hjälp och bedömning av situationen som läkarens medicinska kunskap medger. I samband med screeningprogram eller andra förebyggande åtgärder i offentlig regi är det läkaren eller andra auktoritetspersoner inom "systemet" som tar initiativet, kontaktar individerna och erbjuder dem bättre hälsa än den de redan har eller skulle komma att ha under den närmaste framtiden.

Etiskt och moraliskt sett kräver sådana aktiva erbjudanden ett mycket brett och välgrundat vetenskapligt underlag, som garanterar att den förebyggande verksamheten totalt sett kan förväntas skapa bättre hälsa hos personerna i fråga.

Historien bakom hormonbehandling kring och efter menopaus ligger nära till hands som exempel på när helhetsbilden i den vetenskapliga dokumentationen varit bristfällig [4]. Ända till helt nyligen rekommenderades hormoner till pre- och postmenopausala kvinnor i offentliga vårdprogram för att t ex förebygga benskörhet. Totalt sett har denna behandling troligen gjort mer skada än nytta som förebyggande åtgärd.

Tyvärr finns det fler liknande exempel, där medicinen har gått långt över gränserna för evidensbaserad medicin och där detta skett genom en blandning av tro, förhoppningar och marknadsmekanismer.

CHECKLISTOR TAR ÖVERHANDEN

Experter och opinionsbildare inom olika specialiteter fokuserar framför allt på de riskfaktorer som de själva sysslar med i sin verksamhet. Primärvårdsläkare har kritiserats för att vara för tröga när det gäller att följa experternas rekommendationer för att upptäcka och ta hand om dessa riskfaktorer (5). I vissa fall kan kritiken vara berättigad.

En samlad översikt av den verksamhet som dessa rekommendationer leder till ger oss en annan bild av verkligheten. Listan över de förebyggande åtgärder som kan vara aktuella vid varje konsultationstillfälle har nu blivit så omfattande att läkarna rekommenderas att skaffa sig påminnelseprogram i sina datorer för att hålla reda på allt som borde kontrolleras (Figur 3). I Irland och England får läkarna till och med extra betalt om de har tagit upp dessa "opportunistiska" ämnen i konsul-



Figur 3. Särskilda datorprogram som påminner om riskfaktorer rekommenderas.

tationen. Att jämt och ständigt ha patientens medicinska riskprofil för ögonen kan leda till att doktorn skapar ökad otrygghet hos patienten och också ökat beroende av hälsovården. I värsta fall lämnar patienten konsultationen med fler bekymmer än han eller hon hade före besöket.

KRÄVER MER TID OCH SPECIALKUNSKAPER

Om amerikanska läkare skall följa alla de förebyggande åtgärder som US Preventive Service Task Force rekommenderar har tidsåtgången för detta uppskattats till 7,4 timmar per dag för en allmänläkare som har ansvar för 2 500 personer (6). Med andra ord kräver implementering av alla riktlinjer i samband med själva konsultationen fördubblad tid jämfört med nuvarande situation. Förklaringen är bl.a. den att idag skall individerna informeras noggrant om vad det innebär att delta i medicinska screeningprogram och ge sitt samtycke. Det är inte längre ett enkelt "no brain"-

beslut att delta eller inte delta (7). Från doktors sida krävs först och främst en god insikt i patientens individuella situation och riskprofil. Det krävs också god kunskap i evidensbaserad medicin, samtidigt som man måste komma ihåg att man inte automatiskt kan överföra medelvärde från stora populationsstudier till enskilda individer.

Dessutom krävs det speciella färdigheter i kommunikation kring riskbegreppet. Det accepteras t.ex. inte längre att man försöker "sälja" förebyggande verksamhet genom att endast visa den relativa vinsten (relativ riskreduktion) i samband med interventionen. Patienten måste informeras om både relativ och absolut risk, prediktivt värde, konsekvenser av falskt positiva och falskt negativa svar och risker med fortsatt uppföljning. Man måste också beakta att det i värsta fall finns risk för att några friska individer kan få allvarliga komplikationer eller kan dö på grund av förebyggande åtgärder för att vi skall kunna rädda andra från sjukdomen i fråga (8-11).

”Riskkommunikation” av denna typ har därför blivit ett alltmer uppmärksammat ämnesområde under de senaste åren. BMJ har bl a ägnat ett speciellt temahäfte åt ämnet (12).

DET FINNS VÄL BÄTTRE ALTERNATIV?

Utvecklingen inom den förebyggande medicinen har under det senaste decenniet lett till ett starkt intresse för och marknadsföring av riskbegreppet. Intensiv och systematisk fokusering på enskilda människors medicinska riskprofil innebär ett etiskt dilemma, bl. a. hotas den harmoniska läkare-patientrelationen på längre sikt. Om myndigheterna önskar att primärvårdsläkare skall utföra alla de förebyggande åtgärder som rekommenderas i kliniska riktlinjer inom ramen för nuvarande verksamhet i konsultationen måste de samtidigt lägga fram konkreta planer på en ökning av antalet allmänläkare i proportion till denna uppgift.

Ett annat alternativ är att låta läkarna delegera dessa uppgifter till annan personal, men i så fall krävs en motsvarande resursökning när det gäller dessa grupper. Det tredje alternativet är att vi stannar upp, granskar utvecklingen och begrundar situationen. Skall vi över huvud taget använda konsultationen till att försöka pressa in en opportunistisk verksamhet? Finns det kanske bättre alternativ till att förebygga sjukdomar och stärka folkhälsan?

JOHANN A SIGURDSSON
PROFESSOR, ÖVERLÄKARE,
ENHETEN FÖR ALLMÄNMEDICIN,
VÅRDCENTRALEN SOLVANGUR,
HAFNARFJÖRDUR, ISLAND
johsig@hi.is

LINN GETZ
FÖRETAGSLÄKARE, LANDSPITALI
UNIVERSITETSSJUKHUS, REYKJAVIK, ISLAND

IRENE HETLEVIK
DOCENT, INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN,
NORGES TEKNISK NATURVITENSKAPELIGE
UNIVERSITET, TRONDHEIM, NORGE

* * *

Artikeln, som tidigare ingått i BMJ (2003; 327:498-500) under rubriken *Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?* och Läkartidningen (2004; 101:1412-1415) publiceras med nämnda tidskrifters tillstånd.

REFERENSER

1. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 2003;327:498-500.
2. Stott NC, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract 1979;29:201-5.
3. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. Br Med Bull 1971;27:3-8.
4. Lagro-Janssen T, Rosser WW, van Weel C. Breast cancer and hormone-replacement therapy: up to general practice to pick up the pieces. Lancet 2003;362:414-5.
5. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001;135:825-34.
6. Yarnall KS, Pollack KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: Is there enough time for prevention? Am J Publ Health 2003;93:635-41.
7. Welsh HG. Informed choice in cancer screening. JAMA 2001; 285:2776-8.
8. Hvas L. Med blod på tanden, eller længre nede ... Månedsskrift for praktisk lægegerning 1997;75:1347-9.
9. Fosså SD, Eri LM, Skovlund E, Tveter K, Vatten L. The Norwegian Urological Cancer Group. No randomised trial of prostatecancer screening in Norway. Lancet Oncol 2001;2: 741-5.
10. Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: Advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. Soc Sci Med 2003;56:2045-57.
11. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V, Jacobson JS, Grann VR, Neugut AL. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population based study. J Natl Cancer Inst 2003;95(3):230-6.
12. Edwards A. Communicating risks. Means that patients too have to learn to live with uncertainty. BMJ 2003;327:691-2.

Polyfarmaci inom de institutionella boendeformerna för äldre i Finland

HARRIET FINNE-SOVERI, ANJA NORO OCH MAGNUS BJÖRKGREN

I Finland omfattar de institutionella boendeformerna för äldre 33 000 platser. De består till två tredjedelar av åldringshem, med uppgiften att stå till tjänst med vård och omsorg samt till en tredjedel av hälso-vårdscentralernas bäddavdelningar, vilka erbjuder medicinsk behandling. Förutsättningen för institutionsplaceringen är nedsatt funktionsförmåga. Servicehusen saknar gemensamma definitioner och klientelet är därför heteroget. Även om de yttre förhållandena i viss grad kan likna institutioner, särskilt vid enheter med heldygnsomsorg, anses serviceboende inte officiellt vara institutionsboende. Oavsett boendeform förekommer polyfarmaci ofta i alla tre boendeformer om åldringarna lider av många samtidiga sjukdomar, smärtor samt återkommande symtom på ångest och depression. Kognitionen och den fysiska funktionsförmågan är nedsatta. Vårdtiden är i genomsnitt kortare än tre år.

Oberoende av boendeform är det de minst dementa med ett flertal sjukdomar och instabil hälsa som utsätts för polyfarmaci samtidigt som de har de kortaste vårdtiderna.

POLYFARMACI BLAND ÄLDRE PERSONER

Långvarig behandling med två eller flera läkemedel (polyfarmaci) innebär risk för interaktion mellan mediciner. Risken är större ju fler olika läkemedel som tas samtidigt (1–3). Termen grav polyfarmaci har använts då antalet samtidiga mediciner överstiger 8–10. Då är sannolikheten för oönskade effekter stor (1, 3).

I Finland står 15 procent av befolkningen som fyllt 65 år för 39 procent av de totala läkemedelskostnaderna (4). Linjakumpu m.fl. (5) har beskrivit en långsam men stadig ökning av receptbundna mediciner samtidigt som användningen av flera läkemedel parallellt ökar bland de äldsta hemmaboende personerna i sydvästra Finland. Polyfarmaci som i denna studie definierades som användning av mer än fem mediciner gällde oftast kvinnor över 85 år. Under den tioåriga uppfölj-

ningstiden fördubblades även användningen av nio eller flera läkemedel. Hemmaboende dementa uppvisar även oftare multimedicinering, än icke-dementa (6).

Polyfarmaci kan vara meningsfull om individen lider av flera olika sjukdomar, om det uppstår livshotande situationer eller om sär-

FÖRFATTARNA

MD Harriet Finne är specialist i geriatri och specialforskare vid STAKES

FD Magnus Björkgren är projektchef vid Chydenius-Institutet

HVD Anja Noro är specialforskare vid STAKES

skilda sjukdomar tillstöter, t.ex. typ 2-diabetes eller vid kardiovaskulär sjukdom (7). Regelbunden användning av två eller flera läkemedel inom samma terapeutiska ATC-grupp, där en kombination är onödig och förenad med ökad risk för biverkningar, är däremot inte motiverat (8). De oönskade följderna av polyfarmaci kan leda till onödigt lidande, ökat bruk av sjukhusresurser eller långvarig institutionsvård. Studier utförda på vårdavdelningar eller på akutmottagningar avslöjar att felaktig medicinering har varit orsak till sjukhusvistelsen i ca 6 procent av fallen (9–10).

Allt detta innebär att medicinering och framför allt polyfarmaci gäller bräckliga individer i hög ålder. Om det finns tecken på att polyfarmaci ökar bland hemmaboende individer i Finland, kan man fråga sig om inte samma trend är rådande bland åldringar som bor på institutioner? I ett representativt men litet sampel på institutionsboende i Finland år 1996 (11) var medicinantalet under en dag 5,4 (median 5). För närvarande finns det inget nationellt register över användningen av läkemedel och funktionsförmåga som kunde belysa situationen.

DEN INSTITUTIONELLA BOENDEFORMEN OCH KIENTELET

Med den officiella långvården inom institutionerna avses vården på hälsovårdscentrernas bäddavdelningar (ca 12 000 klienter år 2002) och på åldringshem (ca 21 000 klienter år 2002). Enligt "Äldreomsorgen 2002" (12) stod kommunerna för största delen av den förstnämnda vården och 89 procent av den sistnämnda. När det gäller åldringshemstjänster producerades 11 procent av den privata sektorn. De två officiella långvårdstyperna har under 1990-talet fått sällskap av olika former av serviceboende. Styrningsmekanismerna och inskrivningskriterierna för institutionsplaceringarna varierar mellan kommunerna.

Medelåldern bland de institutionsboende är 83–84 år, var fjärde är man. Nio av tio boende lider av försvagad kognition och behöver hjälp med de dagliga göromålen (ADL). Vårdtidens längd korrelerar med typen av vård och varierar mellan 1 och 4 år (1–13).

FRÅGOR OCH DATA

För att analysera bruket av läkemedel inom det institutionella boendet i Finland och fö-

rekomsten av polyfarmaci med avseende på klienternas kroniska sjukdomar, funktionsförmåga och vårdtyngd utnyttjades forskningsdatabasen RAI som upprätthålls av Stakes (14). Analyserna omfattade alla individer (n=5701) som vårdades på 301 avdelningar vid 74 institutioner i 19 kommuner i olika delar av Finland under tiden 1.7.2002–31.12.2002.

Forskningsfrågorna var följande:

- Hur allmän är samtidig användning av nio eller flera mediciner inom de institutionella boendeformerna i Finland?
- Sammanhänger detta läkemedelsbruk med särskilda somatiska sjukdomar, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar eller med antalet kroniska sjukdomar i allmänhet?
- Sammanhänger detta med tecken på instabil hälsa eller graden av kognitiv, fysisk, psykisk eller social funktionsförmåga eller smärta?
- Sammanhänger detta med vårdtyngd och klientstruktur?
- Förklarar kön, ålder, vårdtid eller typ av boendeform samtidig användning av nio eller flera mediciner?

Resident Assessment Instrument (RAI) är ett internationellt vårdbedömningsinstrument som används för vårdplanering, kvalitets- och kostnadsuppföljning och benchmarking. RAI innehåller en strukturerad bedömning av individens funktionsförmåga m.m. och omfattar över 300 frågor Minimum Data Set (MDS) (15–16). Med MDS som utgångspunkt har man utvecklat ett antal välvaliderade och internationellt testade skalor och indikatorer som beskriver funktionsförmåga, hälsotillstånd, kvalitet och vårdtyngd (17–23).

En av dessa kvalitetsindikatorer är användningen av 9+ mediciner (24), vilket i denna artikel används som ett mått på polyfarmaci (multimedicinering). I MDS-bedömningen tillfrågas klienten hur många mediciner han/hon har använt under de senaste 7 dyggen räknat från bedömningsdatumet.

DE STATISTISKA ANALYSERNA

De statistiska analyserna utfördes med SAS. För de dikotoma variablerna användes χ^2 -test, och de kontinuerliga variablerna analyserades med logistisk regressionsanalys.

Tabell I. Diagnoserna som i bivariatanalys hade samband med användningen av nio eller flera läkemedel hos institutionsboende (n = 5 701)

Diagnos, förekomst och procentuell andel av boende med diagnosen i fråga	Polyfarmaci (9+ mediciner) n = 2 145 (37,6 %)		Icke polyfarmaci N = 3 556 (62,4 %)		Signifikans P < 0,05
Diabetes mellitus (n = 1013)	577	(57,0)	436	(43,0)	0,0001
Hypertyreos (n = 97)	48	(49,5)	49	(50,5)	0,0151
Hypotyros (n = 391)	209	(53,5)	182	(46,5)	0,0001
Kranskärslsjukdom (n = 1199)	676	(56,4)	523	(43,6)	0,0001
Hjärtarytmi (n = 701)	387	(55,2)	314	(43,8)	0,0001
Hjärtinkompensation (n = 990)	539	(54,4)	451	(45,6)	0,0001
Blodtryckssjukdom (n = 1489)	736	(49,4)	753	(50,6)	0,0001
Perifer kärlsjukdom n = 229	119	(52,0)	110	(48)	0,0001
Annan hjärt/kärlsjukdom (n = 265)	138	(52,1)	127	(47,9)	0,0001
Artrit (n = 323)	169	(52,3)	154	(47,7)	0,0001
Osteoporos (n = 554)	306	(55,2)	248	(44,8)	0,0001
Patologisk fraktur (n = 51)	27	(52,9)	24	(47,1)	0,0234
Alzheimers sjukdom (n = 723)	182	(25,2)	541	(74,8)	0,0001
Afasi (n = 324)	97	(30,3)	226	(69,7)	0,0047
Hjärninfarkt (n = 547)	230	(42,1)	317	(57,9)	0,0250
Annan demens än Alzheimer (n = 2372)	745	(31,4)	1627	(69,6)	0,0001
Hemiplegi /hemipares (n = 869)	364	(41,9)	505	(58,1)	0,0049
Parkinsonism (n = 324)	169	(52,2)	155	(47,8)	0,0001
Krampbenägenhet (n = 297)	130	(43,8)	167	(56,3)	0,0249
Traumatisk hjärnskada (n = 135)	39	(28,9)	96	(71,1)	0,0338
Depression (n = 859)	460	(53,5)	399	(46,5)	0,0001
Astma (n = 278)	172	(61,9)	106	(38,1)	0,0001
Emfysem/COPD (n = 184)	109	(59,2)	75	(40,8)	0,0001
Grå starr (n = 346)	154	(44,5)	192	(55,5)	0,0064
Diabetisk retinopati (n = 35)	19	(43,3)	16	(45,7)	0,0413
Glaukom (n = 359)	176	(49,0)	183	(51,0)	0,0001
Allergi (n = 353)	165	(46,7)	188	(53,3)	0,0003
Anemi (n = 337)	165	(49,0)	172	(51,0)	0,0001
Cancer (n = 369)	173	(46,9)	196	(53,1)	0,0001
Njursvikt (n = 103)	61	(59,2)	42	(40,8)	0,0001
Pneumoni (n = 82)	49	(59,8)	33	(40,2)	0,0001
Urinvägsinfektion (n = 813)	390	(48,0)	423	(52,0)	0,0001
Sårinfektion (n = 126)	72	(57,1)	54	(42,9)	0,0001

RESULTAT

Av de 5 701 institutionsboende använde 2 145 (37,6 %) samtidigt nio eller fler mediciner. På hälsovårdscentralernas bäddavdelningar var prevalensen av multimedicineringen 35,3 procent (variationen mellan avdelningarna 0–77,8 %), på åldringshem 38,2 procent (variationen mellan avdelningarna 0–85,7 %) och inom serviceboendet 45,4 procent (variation mellan avdelningarna 21,3–84,2 %). I medeltal användes 7,7 mediciner (standardavvikelsen 3,7, median 7). Kvinnorna uppvisade multimedicinering lika ofta som männen (37,8 % vs 37,2 %). Vårdtyngden var lika belastande bland de multimedicinerade och de icke-multimedicinerade (1,04 vs 1,05). Åldern hade ingen relation med polyfarmaci, men prevalensen av multimedicineringen var lägre ju längre vårdtiden var (OR=0,93, 95% CI 0,91–0,94).

Tabell I visar förhållandet mellan multimedicinering och diagnos. De äldre på institutionerna hade i allmänhet 3,2 diagnoser (0–14); multimedicinerade hade ett något större antal antecknade diagnoser 3,9 (0–14) än de övriga 2,8 (0–10) (OR=1,45, 95 % CI 1,40–1,50). En serie separata logistiska regressionsanalyser presenteras i Tabell II. Polyfarmacin var koncentrerad på äldre med kvarvarande kognitiv eller fysisk funktionsförmåga. Däremot observerades polyfarmaci oftare hos individer med smärta och ett flertal symtom på depression. Trots detta deltog multimedicinerade individer oftare i det sociala livet inom institutionen än de övriga.

För att reda ut om det negativa sambandet mellan polyfarmaci och försvagad kognition stämde oberoende av fysiskt funktionsstatus, hälsa, vårdtid, kön, ålder eller boendeform, skapades en logistisk regressionsmodell med polyfarmaci som beroende variabel och CPS-skalan som oberoende variabel. Till modellen lades stegvis alla de diagnoser som i bivariateanalys hade signifikant samband med multimedicineringen. Eftersom sammanlagda antalet diagnoser visade sig ha starkare förklaringskraft än enskilda diagnoser, fogades det till den slutliga modellen, varefter adl-skalan, depressionsskalan, smärtskalan och vårdtiden lades till. Till sist kompletterades modellen med ålder och kön. Resultaten presenteras i Tabell III. Modellen stod sig efter att den hade justerats med institutionstyp. Det uppstod ingen statistisk skillnad mellan institutionsformerna. Åldern förvandlades till gränsen av signifikans (OR 0,992, 95% CI

0,986–0,999). Modellen förklarar 25 procent av användningen av nio eller fler mediciner ($R^2=0,25$)

DISKUSSION

Multimedicinering förekom allmänt (37,6 %) hos äldre personer på institutioner i Finland under hösten 2002 och den var koncentrerad på åldringar med ett stort antal diagnoser, ett flertal svåra symtom på ångest, depression och smärta, kort vårdtid och återstående kognitiva resurser. Könet, den fysiska funktionsförmågan och vårdtyngden uppvisade inte något samband med polyfarmaci men det förelåg en svag tendens för multimedicinering av de yngsta snarare än de äldsta. Polyfarmacin var lika allmän i de olika boendeformerna.

Data omfattar cirka 17 procent av institutionsvården i Finland. Proportionen mellan hälsovårdscentralernas bäddavdelningar och åldringshem motsvarar nationella siffror och ungefär en fjärdedel av uppgifterna har insamlats i huvudstadsregionen. Trots att insamlingen av data inte var randomiserad utan baserade sig på frivillighet, var de deltagande avdelningarna alltid med i sin helhet; varje klient bedömdes. Antalet vårdade kan anses som tillräckligt stort för att ge en bild av den finländska institutionsvärlden; man kan alltså dra relevanta slutsatser om åldringshemmen och hälsovårdscentralerna. Däremot är samplet från serviceboendet otillräckligt för en generalisering och kan enbart betraktas som en stark uppmaning till studier i vad som de facto pågår och vilka behov som finns bland de personer som flyttat till dessa boendeformer.

Det genomsnittliga läkemedelsbruket var 7,7 bland de institutionsboende under hösten 2002 medan motsvarande tal år 1996 var 5,4. Om det gäller en dramatisk ökning av polyfarmaci är inte självklart eftersom insamlingen av data under 1996 inte var MDS-baserad; frågeställningen skiljer sig således en aning mellan studierna. År 1996 gällde medicinbruket enbart föregående dag utan närmare definition av vilka alla preparat som skulle tas med, medan RAI-instruktionerna ger en sjudagars tidsram med uppmaning att räkna med alla former av läkemedel: dvs. även salvor, ögondroppar, sprej, och vitaminer samt mediciner som ordinerats "vid behov" och som givits de boende under observationsperioden.

Det genomsnittliga läkemedelsbruket på institutionerna var även betydligt högre än det

Tabell II. Den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan, smärta samt vårdtyngd hos institutionsklienter med polyfarmaci och de övriga med icke polyfarmaci (n = 5 701), bivariatanalys.

Skalan	Polyfarmaci N = 2 145	Icke polyfarmaci N = 3 556	OR, (95 % CI)
Den fysiska funktionsförmågan (Hierarkiskt ADL) (Skalan 0 – 6, 0 = självständig) Medeltal	3,5	3,8	0,87(0,85 – 0,90)
Den kognitiva förmågan (Cognitive Performance Scale, CPS) (Skalan 0 – 6, 0 = normal) Medeltal	2,8	3,8	0,78(0,75 – 0,80)
Depression (Depression Rating Scale, DRS) (Skalan 0 – 14, 3+ = misstanke på depression) Medeltal	2,7	1,9	1,12(1,09 – 1,14)
Smärta (MDS-smärtskala) (Skalan 0 – 3, 0 = inga smärtor, 3 = dagliga svåra smärtor) Medeltal	1,0	0,7	1.64(1,54 – 1,75)
Social aktivitet (Social Engagement Scale, SES) (Skalan 0 – 6 var 0 = socialt inaktiv) Medeltal	2,1	1,6	1,17(1,14 – 1,20)
Vårdtyngd (Case-mix index, CMI) (Skalan 0,42 – 2,52, 0,42 = minst resurskrävande för personalen, 2,52 = mest resurskrävande klienter)	1,04	1,05	Ej samband

Tabell III. Multivariatanalys med polyfarmaci som beroende variabel och den kognitiva fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan samt smärta, vårdtiden och antalet diagnoser som oberoende variabler (n = 5 701, R² = 0,25).

Variabeln	Oddsquot	95 % Konfidens- intervall
CPS	0,77	0,74–0,81
ADL	0,97	0,93–1,01
DRS	1,08	1,05–1,11
MDS-smärtskala	1,50	1,39–1,61
SES	1,01	0,96–1,05
Antalet diagnoser	1,46	1,41–1,52
Vårdtiden	0,93	0,91–0,95

tidigare beskrivits bland hemvårdsklienterna (5, 25–28) och av ungefär samma storleksklass som beskrivna i de tidigare studierna av institutionsboende (29). Den eventuella skillnaden mellan öppen- och institutionsvården kan gälla vårdkultur och klientelstruktur eller båda.

Större prevalens av polyfarmaci bland de nyinskrivna kan vara tecken på ett rikligt bruk av mediciner strax före flyttningen till institution (2), och tyda på att de nykomna varje år har ett större antal mediciner än nykomlingarna året innan. Även multisjukligheten bland nykomlingarna i dag kan vara större än tidigare. Företeelsen kan även tolkas som personalens ansträngningar för att minska onödiga mediciner. Demensgraden tycks vara konsekvent beaktad, vilket talar för snarare varsam än oförsiktig läkemedelspolicy inom institutionerna.

Resultaten avslöjar klart att individerna inom alla de tre undersökta boendeformerna uppvisar multisjuklighet med mer än tre diagnoser i genomsnitt. Antalet diagnoser är snarare under- än överdokumenterat. Vårdpersonalen uppmanas att i MDS-frågeformulär (eller direkt på ADP) räkna upp alla de diagnoser som är antecknade i journalerna och som inverkar på individens aktuella symtom, behandling, vårdprocedurer, subjektiva välbefinnande eller mortalitetsrisk (16). Varje sjukdom som har uppstått under vistelsen på institutionen konstateras eller antecknas nödvändigtvis inte (30).

Åldringar med polyfarmaci led oftare av ett flertal olika symtom på ångest, depression och

smärta. Ju fler symtom, desto sannolikare förekom polyfarmaci. Således kan multimediciner tolkas som ett försök att förhöja de äldre livskvalitet med läkemedel. Om detta stämmer, kan man fråga sig om medicinmängden eller doseringen i dessa fall borde ökas.

Den huvudsakliga sjukdomen vid placeringen på institution är någon typ av demenssjukdom (12), vilket även kan förekomma i kombination med andra sjukdomar. När medelåldern är hög, funktionsförmågan låg och den återstående livstiden i genomsnitt under tre år, betyder medicinering en svår navigering mellan Skylla och Charybdis. Å ena sidan erbjuder medicinering verktyg för att övervinna talrika och ofta förekommande invalidiserande symtom, men å andra sidan innebär det ett tveeggat svärd där samma mediciner kan ge upphov till ännu mer svårhanterliga nya symtom, vilka i sin tur kan fel-tolkas som nya sjukdomar (31).

Tyvärr kan man inte dra slutsatser om effekten av polyfarmaci med hjälp av denna studie på grund av dess tvärsnittskaraktär. Inte heller avslöjas det om polyfarmacin har varit meningsfull eller icke-meningsfull, vilka enskilda mediciner som förekom i de individuella fallen eller om olika läkemedelskombinationer var ändamålsenliga eller inte. Studien kartlägger emellertid tydligt utmaningen inom långvården: institutionsboende åldringar har komplexa hälsoproblem med stort hjälpbehov och instabil hälsa. Var tredje åldrings multimedicinering ställer höga krav på personalens medicinska kunskaper i alla tre typer av boendeformer. Kunskaperna krävs

både av vårdpersonalen och av läkarna som har ansvaret för medicineringen.

Slutligen kan konkluderas att nedtrappning av institutionsvården inte har lyckats med avseende på sjukdomar och deras medicinering; den lägre utbildade åldringshemspersonalen sköter lika komplexa och multimedicerade åldringar som hälsovårdscentralerna.. Det är även uppenbart att longitudinella studier av effekten av enskilda läkemedel och deras kombinationer behövs för att öka kunskaper om polyfarmacin i äldrevården.

* * *

Författarna vill tacka personalen vid alla deltagande institutioner samt interRAI.

MD HARRIET FINNE-SOVERI
STAKES
PB 220
00531 HELSINGFORS
harriet.finne-soveri@stakes.fi

HVD ANJA NORO
STAKES
PB 220
00531 HELSINGFORS
anja.noro@stakes.fi

PD MAGNUS BJÖRKGREN
CHYDENIUS-INSTITUTET
magnus.bjorkgren@chydenius.fi

REFERENSER

1. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine* 1992;8(1):143–58.
2. Klaukka T. Interaktiivtilanteiden yleisyys avohoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 2003;45:4598–9.
3. Veehof L, Stewart RE, Meyboom-de Jong B, Haaijer-Ruskamp FM. Adverse drug reactions and polypharmacy in the elderly in general practice. *European Journal of Clinical Pharmacology* 199;55(7):533–6.
4. Klaukka T. Vanhusten lääkitysten osuus 39% lääkekustannuksista. *Suomen Lääkärilehti* 2002;42:4226–8.
5. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002;55(8):809–17.
6. Giron MS, Wang HX, Bernsten C, Thorslund C, Winblad B, Fastbom J. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(3):277–83.
7. Jones B. Decreasing polypharmacy in clients most at risk. *AACN clinical issues. Advanced practice in acute critical care* 1997;8(4):627–34.
8. Socialstyrelsen (Sverige). Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. <http://www.sos.se> 2002;110–15.
9. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R, Vander Vliet M, Nemeskal R, Leape LL. Incidence of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events: Implications for Prevention. *The Journal of the American Medical Association* 1995;274(1):29–34.
10. Riihää I, Virtanen H, Hakamäki T, Kahra A, Keränen O, Lehtonen A, Pihlajamäki K, Pyyhtiä A, Rajala T, Roivas L, Vaissi E. Läkehaittavaikutukset sairaalaan otetuilla potilailla. *Suomen Lääkärilehti* 1996;32:3358.
11. Noro A, Häkkinen U, Arinen S. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö vuonna 1996 - Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. *SVT, Terveys* 2000:2
12. Äldreomsorgen 2002. *Stakes Socialskydd* 2003:1
13. Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U, Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä S, Storbacka R. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. *RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001. Helsinki.* (PDF 586 kB)
14. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, Murphy K, Drugovich ML, Friedlob AS. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist*. 1990;30:293–307
15. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home resident assessment instrument in the USA. *Age and Ageing* 1997(Suppl 2):26:S19–S25.
16. Morris JN, Hawes C, Murphy K, Nonemaker S, Phillips CD, Fries BE, Mor V. Resident assessment instrument training manual and resource guide. *Natick, MA: Eliot Press*. 1991;1.1–5.4.
17. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. A case-mix measure for nursing homes: Resource utilization groups (RUG-III). *Med Care* 1994;32:665–685
18. Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell M, Phillips CD. Validation of the Minimum data Set Cognitive Performance Scale: Agreement with the Mini-Mental State Examination. *Journal of Gerontology* 1995;50a (2): M128–M133.
19. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *The gerontologist* 1995;35(2):172–178.
20. Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology; Medical Sciences* 1999;54A (11):M546–55.
21. Finne-Soveri UH. Pitkäaikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. *Duodecim* 1999;115:1600–10.
22. Burrows A B, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips CD. Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. *Age and Ageing* 2000;29(2):165–72.
23. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in US Nursing Homes: Validating a pain Scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist* 2001;41(2):173–179.
24. Hirdes JP, Zimmermann D, Kallman K, Soucie PS. Use of MDS Quality Indicators to assess quality in institutional settings. *Can J Qaul Health Care* 1998;14:5–11.
25. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Ikääntyvien ja iäkkäiden monilääkitys yleistyy. *Suomen Lääkärilehti* 2002;41:4102–4.
26. Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomised, controlled trial. *Drugs & Aging*. 2001;18(2):143–9.
27. Fillit HM, Fitterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Pica-riello GP, Spoeri RK, Roglieri JL, Warburton SW. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. *American Journal of Managed Care* 1999;5(5):587–94.
28. Flaherty JH, Perry HM 3rd, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences* 2000;55(10):M554–9.
29. Gupta S, Rappaport HM, Bennett LT. Polypharmacy among nursing home geriatric medicaid recipients. *Annals of Pharmacotherapy* 1996;30(9):946–50.
30. Finne-Soveri UH. Daily Pain in Institutional Long-Term Care. A study of observational pain using Minimum Data Set 1.0. *Stakes, Tutkimusraportteja* 120. Helsinki 2001. ISBN 951-33-1242-9.
31. Tilvis RS. Vanhusten lääkehoito. I boken *Geriatrics. Duodecim Hämeenlinna* 2001: 321–7.

Skönlitteratur och medicin

Medicinarens liv kan berikas av umgänget med skönlitteraturen. Mötet med medicinen kan för litteraturvetarens del bli en påminnelse om kroppens och dödens verklighet och om tillvarons ohjälplighet. Merete Mazzarella och Camilla Mårtenson reflekterar här var för sig kring underrubrikerna "Vad skönlitteraturen har betytt för mig som allmänläkare" och "Hur mötet med medicinen har uppmärksammat mig på nya möjligheter i skönlitteraturen".

Vad skönlitteraturen har betytt för mig som allmänläkare

CAMILLA MÅRTENSON

Utövande medicin är inte enbart tillämpad naturvetenskap. Också humanistiska vetenskaper börjar hitta sin ställning inom det vida och ibland svår definierbara begreppet medicin. På många håll i världen har skönlitteraturen redan en etablerad ställning i den medicinska undervisningen (1–2). Medicinska fakulteten vid Galveston universitet i Texas USA var först med att ta upp skönlitteratur som läroämne, redan i slutet av 1980-talet (3). Också för färdiga läkare hålls runt om i världen skrivarkurser och seminarier i skönlitteratur .

FÖRFATTAREN

ML Camilla Mårtenson är t.f. biträdande lärare i allmänmedicin vid Helsingfors universitet, Institutionen för folkhälsovetenskap, enheten för allmänmedicin. Hon är tjänstledig hälsocentralläkare vid Helsingfors hälsocentral

Det har utgivits läroböcker i ämnet skönlitteratur och medicin samt antologier med skönlitterära texter avsedda att användas i den medicinska undervisningen (4–6). The Johns Hopkins University Press ger ut tidskriften Literature and Medicine. I The Lancet förekommer med jämna mellanrum artiklar under rubriken Literature and Medicine. NYU School of Medicine har en hemsida för ämnet Medical Humanities med många länkar till litteratur och medicin (<http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med/medhum.html>). Professor i humanistisk medicin vid Karolinska Institutet, Carl-Magnus Stolt har skrivit boken *Medicin och det mänskliga* där han också behandlar ämnet skönlitteratur och medicin (7). Detta utgör bara en bråkdel av all den litteratur som numera finns i ämnet.

Jag har valt att skriva om temat skönlitteratur och medicin ur min egen subjektiva synvinkel, d.v.s om vad skönlitteraturen har betytt för mig som allmänläkare.

Kan läsandet av skönlitteratur överhuvudtaget betyda någonting allmängiltigt för läkare och i synnerhet för allmänläkare? Det vet jag inte med säkerhet. Jag tror att var och en

har sitt eget förhållande till skönlitteraturen, och jag är väl medveten om att alla läkare inte är intresserade av läsa skönlitterära texter.

Jag är allmänläkare och bokmal. Bokmal blev jag genast när jag lärt mig läsa, eller kanske så snart jag hade upptäckt hur underbart det var när någon läste högt för mig. Specialiserad allmänläkare blev jag först vid 43 års ålder. Hur har jag då upplevt det att vara allmänläkare?

Det har inneburit att vara lätt tillgänglig för patienter som själva fattat beslutet att uppsöka min mottagning. Sällan har jag fått remisser eller patienter som någon har sovrat på förhand. Jag har fått vänja mig vid att leva med osäkerhet och ofta förekommande känslor av otillräcklighet. Utvecklingen inom medicinen har skett allt snabbare, och det har varit svårt att hinna upprätthålla goda kunskaper inom alla de områden som allmänmedicinen omfattar. Gränsdragningen mellan allmänmedicinens och den specialiserade sjukvårdens ansvar har ofta varit otydlig och själva ansvarstagandet ensamt. Att vara allmänläkare har också betytt att ständigt få nya och förvånande insikter i vad människor tänker om sjukdom, hälsa och livsstil.

Ibland har jag fått finna mig i patienters i mitt tycke helt irrationella beslut om liv och hälsa. Och ofta har jag ställts inför kaos, ett kaos som har bestått av en överbelastad mottagning eller en patient i en kaotisk livssituation. Tidvis har det naturligtvis också känts både givande och roligt att vara allmänläkare. I långa patient-läkarförhållanden har jag själv fått lära mig mycket. Många gamla människor har generöst delat med sig av sin livsvisdom.

Småningom har jag kommit till insikt om att vissa egenskaper kan underlätta arbetet som allmänläkare. Dessa egenskaper är inlieförmåga, tolerans, humor, kreativitet, nyfikenhet och uppfinningsrikedom. Det är egenskaper som förvisso inte är lätta uppnå och att upprätthålla. Här har kanske skönlitteraturen och det egna skrivandet kommit mig till lite hjälp, och det är något som jag i början av min yrkesbana inte kunde ana.

Hemma har jag flera bokhyllor som bågnar av skönlitteratur och en hylla med en diger samling medicinska läroböcker. Men jag har också en speciell bokhylla i vilken jag under årens lopp, litet undermedvetet har kombinerat både skönlitteratur och medicinsk litteratur. Den här boksamlingen återspeglar på något vis hur jag själv förhåller mig till kopplingen skönlitteratur och medicin.

Bland de medicinska böckerna hittar jag främst verk som behandlar patient- läkarförhållandet eller ämnet allmänmedicin. Här finns allt från gamla klassiker som Veikko Tähkäs *Potilas-lääkärisuhde* (8) eller Michael Balints *The Doctor, his Patient & the Illness* (9) till modernare läroböcker som Peter Tates *Möte med patienten* (10), Tim Uscherwoods *Understanding the consultation* (11) och den illustrerade handboken *Field Guide to the Difficult Patient Interview* (12). Alla dessa böcker har varit till stöd och nytta under årens lopp. Några av mina läroböcker i allmänmedicin är rätt så ålderstigna och jag tror att jag slet mest på dem inför min specialistexamen. Nämnas kan, de roligt och inspirerande skrivna brittiska böckerna *Clinical management in General Practice* (13) och *Research in General Practice* (14). Bland nykomlingarna finns *A Textbook of Family Medicine* (15), också den brittisk och den ursprungligen norska läroboken *Allmänmedicin Teori och praktik* (16) som tjänar som kurslitteratur i den svenska grundundervisningen vid Helsingfors universitet.

Jag ska nu göra några plock i hyllan bland skönlitteraturen eller de böcker som hänföra sig till skönlitteraturen.

Den första boken som fick mig att se ett samband mellan två av mina största intressen, skönlitteraturen och medicinen, var *Narrative Based Medicine* (17). Här hittade jag subjektiva sjukdomsberättelser skrivna av patienter, ett kapitel om narratologins (studiet av berättandets principer) ställning inom medicinen och artiklar om hur skönlitteratur har använts i den medicinska undervisningen, för att nämna bara en del av det lite brokiga innehållet. Det var en läsupplevelse som ledde in på nya tankebanor, och boken blev väl rent symboliskt den första på min speciella hylla.

Om konsten att läsa och skriva av Olof Lagercranz är en bok som jag ofta återkommer till (18). Här beskriver han vad som sker när vi läser. "Ögat följer svarta bokstavstecken på det vita pappret från vänster till höger, åter och åter. Och varelser, natur eller tankar, som tänkts, nyss eller för tusen år sedan, stiger fram i vår inbillning. Det är ett underverk större än att ett sädeskorn ur faraonernas gravar förmåtts att gro. Och det sker var stund".

Kan man elegantare och bättre få oss att inse läsandets och det skrivna ordets mirakel?

Han reflekterar vidare, "Är det bra att läsa? Ingen förnekar värdet av sådan läsning som ökar vår kunskap. Men skönlitteraturen, som

det här är frågan om, gör den oss bättre? Kan man lita mer på folk som läser än på dem som inte gör det?” Han ger inget entydigt svar men fortsätter: ”Kanske gör läsning av fantasiprodukter oss högmodiga och opålitliga” Några stycken senare fortsätter han: ”Man bör också komma ihåg att de som predikar läsandets välgörande inflytande, talar i egen sak. Den som inte läser skriver inte heller och hans argument får vi därför inte höra – eller i vart fall inte läsa”

Ord att begrunda. Om man utgår från frågan om läsandets nytthet, och speciellt då för medicinare, så tänker jag mig att svaret kunde vara att reflekterande läsning kan ge perspektivbyte och nya konstruktiva infallsvinklar på även patientproblem.

Dessutom fungerar goda texter som utmärkta diskussionsunderlag.

Två romaner som jag vill plocka ner från hyllan är den relativt nyutkomna ”Nåd” av Linn Ullman och klassikern ”Ivan Iljitjs död” av Leo Tolstoji (19–20). De här böckerna lästes och diskuterades på kursen ”Skönlitteratur för medicinare och litteraturvetare” som anordnades denna vår som ett samarbete mellan Medicinska och Humanistiska fakulteten vid Helsingfors universitet. Båda böckerna beskriver utsattheten och det både kroppsliga och existentiella lidandet hos en döende människa. Hur lever man ett gott liv och hur ser en god och värdig död ut? Varför kan ett liv som levts respektabelt te sig meningslöst och misslyckat inför döden? Hur kan man trösta en döende människa? Är eutanasi berättigat? De här var frågor som böckerna väckte och som diskuterades under kursen. Några entydiga svar hittades naturligtvis inte, men diskussionen var givande och intressant.

Poesin förmedlar koncentrerat och bildligt sitt budskap till läsaren, som sedan tolkar dikten utgående från sina egna upplevelser. Jag har mycket poesi på hyllan och först vill jag citera en dikt av Nils Ferlin.

Med många kulörta lyktor (21)

Med många kulörta lyktor
jag gick mig i livet ut.
De sloknade – ljudlöst och oförmärkt,
och så tog det vackra slut.

Jag stannade – högst förlägen,
– allt hade ju mist sin glans!
Men nu har jag gått på vägen,
Som kommer från Ingenstans
och ringlar till Ingenstädes,

i många de långa år
förutan kulörta lyktor.
Det är ganska svårt – men det går.

Den här dikten ger en tydlig bild av depressionens väsen och den inger mig respekt inför en tapper livsinställning.

Tomas Tranströmers dikt *Guldstekel* börjar så här (22):

Kopparormen den fotlösa ödla rinner
längsmed
 förstutrappan
stilla och majestätiskt som en anaconda,
bara storleken skiljer.
Himlen ät täckt av moln men solen
pressar sig igenom.
 Sådan är dagen.

Vad är det i dikten som hos mig väcker en så stark känsla av leda och depression? Ingen-ting är ju klart utsagt. Känner andra läsare det lika? Många tolkningar är möjliga, har jag har lärt mig då jag bekantat mig med litteraturvetenskap, och ingen tolkning kan göra anspråk på att vara den enda rätta. Det här tänkesättet känns egentligen befriande och är kanske en övning i tolerans.

Och för att dra en parallell till läkaryrket: min tolkning av en patients berättelse är ju inte heller den enda sanna. Men den bör sträva efter att vara meningsfull samt terapeutiskt konstruktiv och användbar.

Pia Dellson är en ung rikssvensk läkare. År 1997 utgav hon boken *Klinisk blick* med korta, koncentrerade texter om sin nya yrkesroll. (23) Boken har gett mig många tankeställare.

Ibland kan man finna
sig själv stå och skämta
om ett helt liv
av olyckliga lösningar.

Skrattet lättar upp men känslorna bakom är ambivalenta. Här kan i alla fall jag känna igen mig själv.

I arbetet som läkare möter vi tidvis också människors lycka och får leva med i den.

Vi ser lyckan över ett tillfrisknande eller över att svåra smärtor lättar. Vi förnimmar känslan av nåd och lättnad hos en patient då misstanken om en svår sjukdom inte besannats.

Tomas Tranströmers dikt *Dagsmeja* börjar så här (24):

Morgonluften avlämnade sina brev med frimärken som

glödde.
Snön lyste och alla bördor lättade – ett kilo vägde 700
gram inte mer.

Solen fanns högt över isen flygande på stället både varm

och kall.
Vinden gick fram sakta som om den sköt en barnvagn
framför sig.

Eller så här låter dikten *C-dur* av samma författare, också den en lycklig dikt (25).

När han kom ner på gatan efter kärleksmötet
virvlade snö i luften.
Vintern hade kommit
medan de låg hos varann.
Natten lyste vit.
Han gick fort av glädje.
Hela staden sluttade.
Förbipasserande leenden –
alla log bakom uppfällda kragar.
Det var fritt!
Och alla frågetecken började sjunga om
Guds tillvaro.
Så tyckte han.

En musik gjorde sig lös
och gick i yrande snö
med långa steg.
Allting på vandring mot ton C.
En darrande kompass riktad mot C.
En timme ovanför plågorna.
Det var lätt!
Alla log bakom uppfällda kragar.

Så kan lyckan beskrivas utan att det blir banalt. Avslutningsvis vill jag säga att skönlitteraturen har varit en ousinlig källa till glädje i mitt liv. Läsandet har också inspirerat mig till reflektion och eftertanke, det har många gånger givit mig möjlighet till ett behövligt perspektivbyte såväl i yrkesliv som i privatliv.

ML CAMILLA MÅRTENSON
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
ÄVDELNINGEN FÖR ALLMÄNMEDICIN
HELSINGFORS UNIVERSITET4I
camilla.martenson@helsinki.fi

REFERENSER

1. Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The study of literature in medical education. *Acad med* 1995;70: 787-94.
2. Hawkins AH, McEntyre MC, red. Teaching literature and medicine. New York: The Modern Language Association, 2000.
3. JR Skelton, CP Thomas, JAA Macleod. Teaching literature and medicine to medical students, part I: the beginning. *The Lancet* 2000;356:1920-22.
4. Salinsky J. Medicine and Literature. The doctor's companion to the classics. Abingdon: Radcliffe Medical press; 2002.
5. Böttiger LE, Nordenström J, red. Å herregud, mitt i semestern. Stockholm: Karolinska University Press 1999.
6. Niemi N, Pasternack A, Puustinen R, Sannikka A, Mattila E, red. Jo löyty tuhat ja yksi tautia. Helsinki: Duodecim 2003.
7. Stolt CM. Medicinen och det mänskliga. Stockholm: Natur och Kultur, 2003. s. 306-317.
8. Tähkä V. Potilas- lääkärisuhde. Helsinki: Suomen Lääkäri-liitto; 1977.
9. Balint M. The Doctor, his Patient & and the illness. Edinburgh London Melbourne and New York: 1986.
10. Tate P. Möte med patienten – en handbok för läkare. Oxford and New York: Radcliffe Medical press, 1995.
11. Uscherwood T. Understanding the consultation. Buckingham: Open University Press, 1999.
12. Platt FW, Gordon GH. Field Guide to the Difficult Patient Interview. Philadelphia Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
13. Cormack J, Marinker M, Morrel D, red. Practice Clinical management in General Practice. London: Kluwer Medical, 1989.
14. Howie JRG. Research in General Practice. London: Chapman and Hall, 1989.
15. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York Oxford: Oxford University Press, 1997.
16. Bentson BG, Brunsgaard D, Evensen ÅR, Fugelli IA, red. Allmänmedicin Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, 1991.
17. Greenhalgh T, Hurwitz B, red. Narrative Based Medicine. London: BMJ Books, 1998.
18. Lagercrantz O. Om konsten att läsa och skriva. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1986.
19. Ullmann L. Näd. Stockholm: Norstedts Förlag, 2002.
20. Tolstoj L. Ivan Iljitjs död. Familjelycka. Herre och dräng. Forum, 1974.
21. Westerström J. Nils Ferlin Ett diktarliv. Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 1999. s. 337.
22. Tranströmer T. Samlade dikter 1954-1996. Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2001. s. 275.
23. Dellson P. Klinisk blick. Stockholm: Natur och Kultur, 1997. s. 42.
24. Tranströmer T. Samlade dikter 1954-1996. Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2001. s. 76.
25. Tranströmer T. Samlade dikter 1954-1996. Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2001. s. 75.

Hur mötet med medicinen har uppmärksammat mig på nya möjligheter i skönlitteraturen

MERETE MAZZARELLA

I åtskilliga år har jag såväl i Sverige som Finland låtit medicinare förstå att de kan ha utbyte av att läsa skönlitteratur.

Tillsammans med Camilla Mårtenson har jag rentav låtit dem förstå att de kan ha utbyte av att umgås med litteraturvetare: våren 2004 arrangerade vi för andra gången kursen Skönlitteratur och medicin, där hälften av deltagarna var litteraturvetare, hälften medicinare.

När jag har predikat skönlitteraturens väl-signelser har jag nästan alltid börjat på samma sätt, nämligen med Guss Mattssons kåseri om hur ledan bäst kunde bekämpas. Människor borde vara "försedda med gängor i halsroten", skrev han: "Det vore en suverän känsla att kunna med sina händer svänga skal-len helt bakåt och så framåt andra vägen och så bakåt igen och känna hur den skulle börja stiga och vackla litet. Och så, i ett härligt moment av frigörelse, vore bollen lös. Skulle sedan alla bollar grundlagsenligt hava samma diameter hos skruvspindeln liksom glödlampor av olika styrka, kunde man i ett anfall av livsleda skifta med varandra, skruva in hos sig en främmande knopp, börja se livet med nya ögon och känna att man har helt andra plomber i munnen."

Man kan säga att Guss Mattsson här beskriver vad skönlitteraturen förmår: den förmår skapa förutsättningar för inlevelse, också konkret inlevelse i en annan människas kropp.

Just den konkreta inlevelsen i andra människors kroppar är rimligtvis viktig just för läkare.

FÖRFATTAREN

FD Merete Mazzarella är professor i nordisk litteratur vid Helsingfors universitet

Man kan vidare säga att bilden i sig är ett stycke skönlitteratur: den kunde sammanfattas med orden "Det är viktigt med perspektivbyte", men just i sin egenskap av bild blir den oändligt mycket mer åskådlig, mer suggestiv och framför allt mer angelägen än den bleka, sedan länge bekanta abstraktionen "perspektivbyte". En av skönlitteraturens uppgifter är att få oss att se det redan bekanta, det kanske rentav alltför bekanta, med nya ögon.

En annan är att erbjuda underlag för goda samtal, samtal där olika tolkningar möter och kompletterar varandra, där ingenting är entydigt. I våras läste jag Kafkas *Processen* med en grupp läkarstudenter i Uppsala. De sa att boken gjorde dem "förvirrade". Jag sa att det var just det som var meningen, att de skulle försöka bejaka sin förvirring.

För många år sedan hörde jag om Gunnar Björck – legendarisk svensk professor i medicin – som hade blivit uppsökt av en ambitiös ung studerande som ville ha tips om ytterligare kurslitteratur: professorn hade då sagt "Gå hem och läs Cervantes 'Don Quixote'".

"Don Quixote" är ju en roman om det heroiska misslyckandet och jag tänker mig att professorn ville bringa den ambitiösa unge mannen till insikt om att misslyckande är en del av livet.

Men jag vill skynda mig att tillägga att umgänget med medicinare också har varit synnerligen givande för mig. Dels har det förvisso att göra med att det stärker mig i min tro på skönlitteraturens samhällsrelevans och hjälper mig att förmedla den tron till mina studerande. Nej, litteraturvetare har oftast dåligt självförtroende just på den punkten. På min fråga till en av mina studenter vad hon föreställde sig att det kunde vara för nytta med hennes studier, svarade hon: "Nytta? Nja, det vet jag inte, men jag bidrar väl inte till miljöförstörelsen i alla fall." Ännu viktigare är emellertid att umgänget har inneburit ett utomordentligt värdefullt perspektivbyte för min egen del.

Om litteraturläsning kan bringa medicinare till insikt om subjektivitetens, mångtydighetens och ambivalensens betydelse, så har jag samtidigt tänkt att det för litteraturvetare är bra att bli påminda om att man också kan tänka i termer av objektivitet, mätbarhet och förutsägbarhet.

Om litteraturvetare kan lära medicinare att ett ord som "blodrött" har ett helt spektrum av associationer som har med rosor, kärlek och död att göra, så är det inte heller dumt om medicinare kan lära litteraturvetare att tänka "hemoglobin".

Jag har till exempel funderat åtskilligt på begreppet "den kliniska blicken". Är inte läkares kliniska blick – den blick som ser för att kunna ställa en diagnos – besläktad med författarens blick? Och spelar inte omdöme och erfarenhet en likartad roll för både läkare och författare?

Umgänget med medicinare hjälper också litteraturvetare att ta både döden och kroppen på allvar. För litteraturvetare är kroppen lätt att tänka bort, att göra tyngdlös, och döden är i första hand ett element i en text, ett noga beräknat slut på en berättelse – ofta sorgligt, javisst, men i första hand just beräknat, utstuderat, effektfullt.

Umgänget med medicinare blir en påminnelse om att man inte alltid väljer sin verklighet. Det blir en påminnelse om tillvarons ohjälplighet.

PROFESSOR MERETE MAZZARELLA
INSTITUTIONEN FÖR NORDISKA SPRÅK
OCH NORDISK LITTERATUR
PB 3
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
merete.mazzarella@helsinki.fi

Hur undviker *Borrelia burgdorferi* immunförsvaret?

PERNILLA SVIBERG OCH SEPPO MERI

Den fästingöverförda spiroketen Borrelia burgdorferi utnyttjar flera olika strategier för att undvika människokroppens immunförsvaret. Men vad beror det på att man inte blir immun mot borrelia fastän man tidigare har haft en infektion och har antikroppar? Borrelia burgdorferi som orsakar Lyme-borrelios inkluderar underarterna Borrelia burgdorferi sensu stricto, Borrelia afzelii och Borrelia garinii. De tre underarterna undgår till olika grad både det medfödda och det inlärd immunförsvaret, samt orsakar något divergerande sjukdomsbilder. De komplementresistenta underarterna B. burgdorferi sensu stricto och B. afzelii skyddar sig genom att binda komplementinhibitorerna FH och FHL-1 till proteiner på sin yta. Borrelia försvagar även immunförsvaret genom att med hjälp av cytokiner och lipoproteiner dämpa immunreaktionen samt genom att variera sina ytproteiner förhindra bildningen av antikroppar.

Borrelia burgdorferi (Bb) är en gramnegativ spiralformad ytterst rörlig bakterie som räknas till spiroketer. Den är ca 10-30 µm lång och 0,2-0,5 µm bred. Spiroketen är uppkallad efter sin upptäckare Willy Burgdorfer. Bb orsakar sjukdomen Lyme-borrelios (LB), uppkallad efter staden Old Lyme i Connecticut, USA. I Lyme identifierades sjukdomen 1976 i och med en epidemi av artrit hos unga som hade haft fästingbett (1).

FÖRFATTAREN

MK Pernilla Sviberg gjorde denna studie som fördjupande forskningsprojekt vid Helsingfors universitets medicinska fakultet. Professor Seppo Meri, Avdelningen för bakteriologi och immunologi vid Haartman institutet var handledare för projektet

LB är den vanligaste fästingburna sjukdomen i Europa, Nordamerika och Asien. Sjukdomen indelas i tre olika stadier; tidig lokal borrelios, disseminerad borrelios och sen borrelios. Den tidiga borreliosens kännetecknas oftast av det typiska ringformade hudutslaget *erythema migrans* som kan uppstå runt fästingbettet några dagar till ett par veckor efter fästingbettet. Man har visat att de erytem som *Borrelia garinii* förorsakar är homogent rödfärgade medan *Borrelia afzelii* oftare ger ringformade erytem. Garinii-erytemen utvecklas även snabbare och blir större (2). Den disseminerade formen av LB kan orsaka sjukdom i centrala/perifera nervsystemet, hjärtat, lederna, levern, mjälten eller ögonen. Sen borrelios yttrar sig till exempel i form av artrit, neuroborrelios eller acrodermatitis chronica atrophicans (ACA), ett kroniskt hudutslag. De olika kliniska formerna av LB finns i Tabell I. Underarten Bb sensu stricto har uppgetts ofta ge upphov till artrit och B. garinii ofta till neuroborrelios, medan bland annat ACA är orsakad av B. afzelii (3). Se Tabell I.

Tabell I. Olika former av klinisk borrelios.

PRIMÄR/ TIDIG LOKAL BORRELIO

Erythema migrans

Allmänna symptom

lätt feber, trötthet, illamående, huvudvärk, muskelvärk

Lokal lymfadenos i huden

DISSEMINERAD BORRELIO

Perifera neurologiska symptom

Pareser: Kranialnervspareser (ofta facialis), andra pareser

Lymfocytär meningit, encefalit

Artrit, speciellt i stora leder

Myocardit, retledningsstörningar

Acrodermatitis chronica atrophicans

Ögonsymtom

SEN BORRELIO

Varierande symptom, speciellt från centrala och perifera nervsystemet och stödorganen

Fästingarna som sprider LB finns i Europa, USA och Asien. I Europa är det huvudsakligen fästingen *Ixodes ricinus* som sprider borreli. LB är endemisk bland annat på Åland och i Åbo skärgård. I hela Finland har under 2000-talet rapporterats ca 800 nya fall per år av LB.

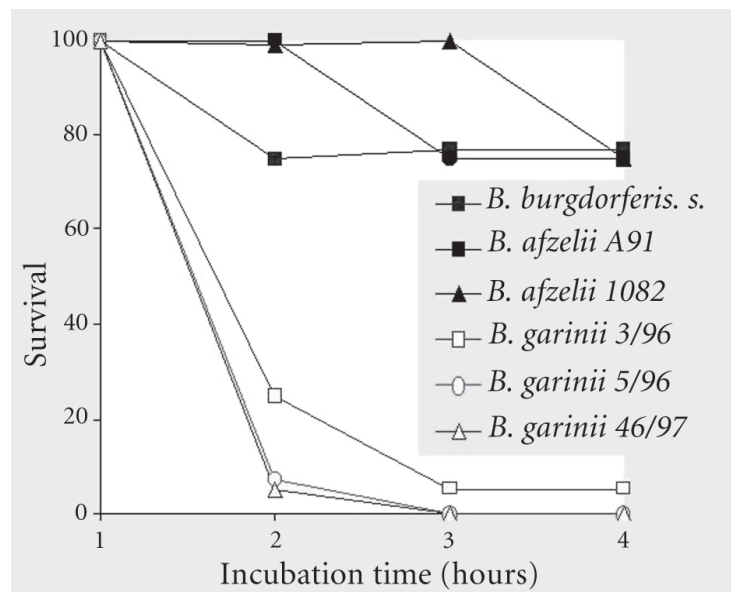
År 1997 hade Fraser et al. kodat Bb B31:s fullständiga genomsekvens. Den omfattar en lineär kromosom och åtminstone 17 lineära och cirkulära plasmider (4). Utläsningen av hela genomet har varit av stor betydelse för forskningen.

BORRELIA UNDVIKER KOMPLEMENT-SYSTEMET

En speciell egenskap hos Bb är dess förmåga att överleva långa tider i människokroppen

trots att den framkallar en stark reaktion hos immunförsvaret inklusive höga nivåer av antikroppar mot borreli. En av orsakerna är att Bb kan undgå att förstöras av komplementsystemet, som är en viktig del av det medfödda immunförsvaret. Det medfödda immunförsvaret omfattar bland annat huden, slemhinnor, lågt pH, komplementsystemet och fagocyterande celler. Antikropparna däremot hör till det inlärd immunförsvaret.

Komplementsystemet består av ca 30 membranbundna och lösliga proteiner som skyddar kroppen mot mikrober och deltar i renhållningen. Komplementkaskaden aktiveras antingen med hjälp av antikroppar (den klassiska vägen) eller direkt via lektinvägen eller den alternativa vägen. Det avgörande steget i komplementkaskaden är förstärkningen som sker på C3-nivån och leder till opsonisering



Figur 1. Komplementsensitiva bakterier förstörs på grund av att komplementsystemet aktiveras på deras yta och slutligen lyseras cellen på grund av MAC:s aktivitet. Komplementresistent *Borrelia* skyddar sig genom att membranproteinerna OspE eller Bba68 på tre olika sätt stör komplementaktiveringen på C3-nivån.

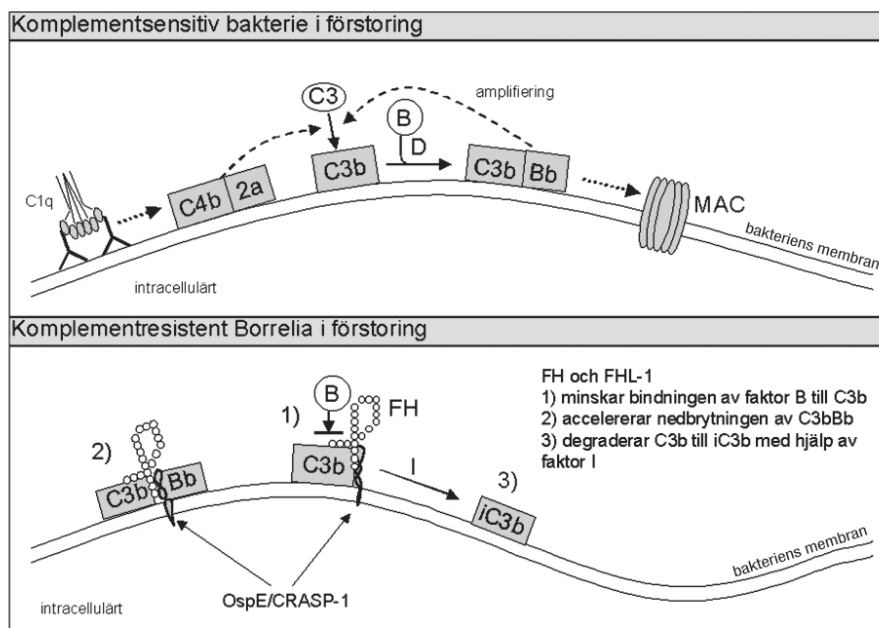
B = factor B, D = factor D, FH = faktor H, I = factor I, MAC = membrane attack complex

av mikrober samt till att komponenterna C5-C9 ansamlas och bildar membranattackkomplex (MAC) som perforerar den främmande gramnegativa bakteriens cellmembran och på så vis dödar cellen. Kroppens egna celler skyddar sig mot komplementsystemet med hjälp av skyddsmolekylerna CD46, CD55 och CD59 (5) samt genom att binda komplementinhiberande faktor H (FH) och faktor H-liknande protein 1 (FHL-1) till sin yta. FH och FHL-1 inhiberar förstärkningen av komplementreaktionen på tre sätt; dels genom att med hjälp av faktor I degradera C3b, dels genom att accelerera nedbrytningen av C3bBb, konverterat som aktiverar C3 till C3b, dels genom att minska bildningen av C3bBb genom att tävla med faktor B om bindningen till C3b. Den inhiberade förstärkningen av komplement-kaskaden på C3-nivå beskrivs i Figur 1.

Man har påvisat att de olika underarterna av *borrelia* klarar sig olika länge i normalt humant serum innan komplementsystemet förstör dem (se Figur 2). Längst klarar sig *B. afzelii* som anses vara komplementresistent, och kortast klarar sig *B. garinii* som anses vara komplementsensitiv. *Bb sensu stricto* anses

vara intermediärt komplementsensitiv (se Figur 2).

Komplementresistensen beror på att *Bb sensu stricto* och *B. afzelii* har ytproteiner som binder komplementinhibitorerna FH och/eller FHL-1 till sin yta (6). *B. garinii* som har odlats i laboratorium uttrycker inte FH-bindande proteiner, men stammar som har blivit isolerade direkt från patienter med neuroborrelios har FH-bindande proteiner på sina ytor (Alitalo et al., opublicerad). Ytproteinet OspE (outer surface protein E, 19,2 kDa) binder FH (7). Därtill har man hittat en annan familj av FH/FHL-1-bindande proteiner som har kallats CRASP-1 (complement regulator-acquiring surface protein-1, 27,5 kDa). Efter kloning av genen visade det sig att CRASP-1 tillhör Bba68-proteinfamiljen vars gener finns i den lineära plasmiden lp54 (8). OspE-proteinet kodas av gener i den cirkulära plasmiden cp32. *Borrelia*bakterierna kan bära på många liknande plasmider med varierande former av OspE. På så vis kan *borrelia* variera vilka OspE-proteiner som den uttrycker på sin yta samt byta plasmider med andra *borrelia*bakterier. Detta kan bidra till ökat skydd mot komplementsystemet (9).



Figur 2. Analys av serumresistens hos *B. afzelii*, *B. garinii* och *B. burgdorferi* sensu stricto. Bakterierna inkuberades i normalt (icke-immunt) humant serum i 37°C i 16 timmar. Bakteriernas överlevnad beräknades utgående från procenten rörliga, levande bakterier.

Längst klarar sig *B. afzelii* som anses vara komplementresistent, och kortast klarar sig *B. garinii* som anses vara komplementsensitiv. *B. burgdorferi* sensu stricto anses vara intermediärt komplementsensitiv. Figuren är lånat ur källartikel nr 6 (Alitalo et al. 2001)

Denna form av komplementresistens har även påvisats hos andra mikrober. FH och FHL-1 binder till Fba och M-protein hos *Streptococcus pyogenes* (GAS), till PspC (till exempel Hic-protein) hos *Streptococcus pneumoniae*, till Por1A-protein hos icke-sialsyra *N. gonorrhoeae* och till beta-protein (Bac) hos *Streptococcus agalactiae* (GBS) (10).

YTPROTEINER OCH ANTIKROPPAR

För att skydda sig mot kroppens immunförsvär kan borrelia maskera sig eller dölja sig. Den maskerar sig antingen genom att variera sina egna ytproteiner eller genom att binda kroppens egna immunförsvarsreglerande faktorer till vissa ytproteiner. De flesta ytproteinernas uppgifter är okända, men vissa är till för att skydda bakterien inne i fästingen, att hjälpa bakterien att flytta sig från fästingens tarm via dess spottkörtlar till värden och att skydda bakterien mot immunförsvaret. *Borrelia* varierar sina ytproteiner beroende på värd, temperatur, odlingsförhållanden m.m. (11).

OspA (outer surface protein A, 31 kDa) uttrycks i fästingen och börjar nedregleras när fästingen suger blod, samtidigt uppregleras OspC (outer surface protein C). Man tror att denna funktion är viktig för överföringen av *borrelia* från fästingen till människan. Även expressionen av ytproteinerna OspE och OspF uppregleras när spiroketbakterierna

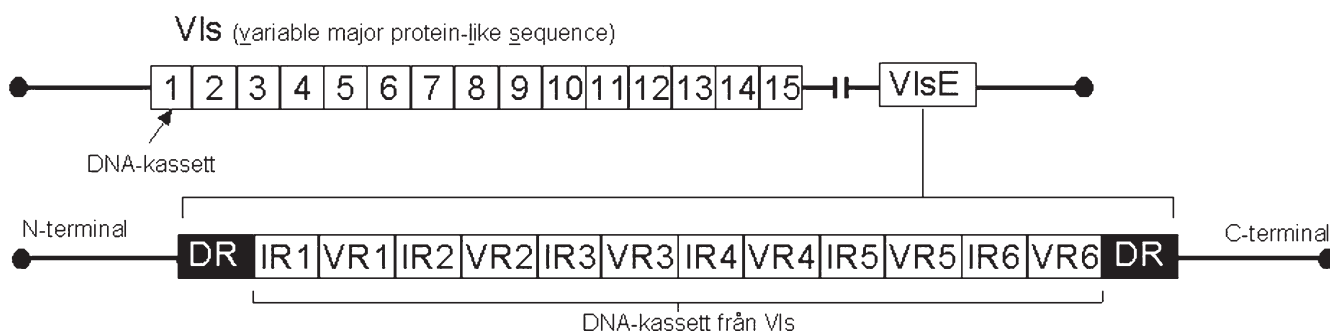
överförs från fästingen till människan.

Lipoproteinet VlsE är ett variabelt ytprotein hos Bb. VlsE-systemet påminner om vmp (variable major protein) -systemet som man tidigare har hittat hos *B. hermsii* som orsakar återfallsfeber. Rekombination sker i Vls- (variable major protein-like sequence) lokus och genexpressionen sker i VlsE. Vls-lokus innehåller 15 DNA-kassetter. VlsE-proteinet (34 kDa) består av sex invariabla regioner (IR) och sex variabla regioner (VR). De variabla regionerna varierar genom att material från de 15 tysta DNA-kassetter kopieras och används på dessa ställen (12). VlsE beskrivs i Figur 3.

IR₆ är en bevarad immunodominant region i VlsE som uttrycks i form av C6-peptid. Antikroppar mot C6-peptid (VlsE IR₆ peptid) bildas hos ca 75 procent av patienterna med tidig borrelios (13). Mängden C6-antikroppar i blodet sjunker efter lyckad antibiotikabehandling till mindre än en fjärdedel av maximivärdet. Vid misslyckad behandling sjunker mängden C6-antikroppar inte under en fjärdedel av maximivärdet (14). Därför är IR₆-serologin ofta ett bra sätt att diagnostisera borrelios med.

ÖVRIGA MEKANISMER

En ovanligt liten mängd leukocyter kan ses i infektionsområdet vid borreliainfektion som tecken på försvagad inflammationsreaktion.



Figur 3. VlsE lipoproteinet är ett variabelt ytprotein hos *B. burgdorferi* sensu lato. Rekombination sker i Vls (variable major protein-like sequence) lokus och genexpressionen sker i VlsE. Vls lokus innehåller 15 DNA-kassetter. VlsE proteinet (34 kDa) består av sex IR (invariable regions) och sex VR (variable regions). De variabla regionerna varieras genom att material från de 15 tysta DNA-kassetterna kopieras och används på dessa ställen.

Detta förklaras delvis av att aktiveringen av komplementsystemet har inhiberats av OspE och Bba68. Man har även påvisat att Bb inducerar produktionen av IL-10 i icke-infekterade perifera mononukleära blodceller (PBMC). IL-10 är ett anti-inflammatoriskt, immunosuppressivt cytokin. Den ökade produktionen av IL-10 kan ha betydelse för dämpningen av inflammationsreaktionen som gör att kroppen inte kan döda Bb. Samtidigt har man funnit att Bb minskar produktionen av IL-2. IL-10 minskar nybildningen av T-hjälparceller genom att minska produktionen av bland annat IL-2 och IFN- γ som annars stimulerar bildningen av T-hjälparceller (15). IL-10 utgör också en viktig faktor vid desensitisering av monocyter med hjälp av borrelia. Receptorn TLR2 är nödvändig för att monocytorna skall utveckla tolerans mot borrelia (16).

Man har identifierat ett antikomplementprotein i saliven hos fästingarten *Ixodes scapularis*. Liksom FH och FHL-1 inhiberar proteinet förstärkningen av komplementkaskaden på C3b-nivån (17).

Fagocytos av de långa och ytterst rörliga borreliaspikroketerna är försvårad och sker genom så kallad "rörfagocytos". Rörfagocytosen upptäcktes i Åbo i Viljanens grupp av Suhonen et al. som studerade borreliafagocyterande neutrofiler med hjälp av mörkerfältsmikroskop och videoteknologi. Neutrofilerna bildar långsamt ett tunt rörlignande utskott som omsluter spiroketen och drar sedan in utskottet i cellen (18).

Den mest komplementsensitiva underarten *B. garinii* har en tendens att orsaka neuroborrelios. Orsaken till detta kan vara att *B.*

garinii försöker dölja sig för komplementsystemet. I cerebrospinalvätskan finns nämligen en mindre mängd komplementproteiner än i till exempel serum. Å andra sidan, har man nyligen hittat FH-bindande molekyler även på *B. garinii*, när bakterierna har blivit odlade direkt från cerebrospinalvätskan (Alitalo et al., opublicerad).

MISSLYCKAD BEHANDLING

Tidig och adekvat antibiotikabehandling mot LB är oftast effektiv. I vissa fall har immunologiska mekanismer rapporterats kunna bidra till att en Lyme-artrit uppstår eller kvarstå. Detta förekommer främst hos patienter med HLA-DR4. Graden och durationen av artrit korrelerade med immunförsvarets gensvar på ytproteinets OspA. Förklaringen tros vara korsreaktion hos OspA-antikropparna mot en molekyl i kroppens egen vävnad, lymfocyt-funktions-antigen 1 (LFA-1), som har en DNA-sekvenslikhet med OspA (19).

VACCIN

Ett vaccin mot Lyme-borrelios, LYMERix®, kom ut på den amerikanska marknaden i januari 1999. Men i februari 2001 drog läkemedelsföretaget GlaxoSmithKline bort vaccinet från marknaden, enligt uppgift på grund av dålig försäljning. Vaccinet som var baserat på rekombinant OspA (rOspA) skulle ge upphov till produktion av antikroppar för att kunna döda spiroketerna redan i fästingen när den har börjat suga blod. Man misstänker att vaccinerade personer med genen HLA-DR4 kunde ha utvecklat autoimmun artrit på grund

av att rOspA-antikropparna korsreagerat mot LFA-1.

I dagsläget finns det inget vaccin mot LB. Ett effektivt vaccin med tillräckligt lång seropersistens vore självfallet till stor nytta i de borreliosendemiska områdena.

AKTUELL FORSKNING

Ännu kvarstår ett stort antal olösta frågor om hur Bb undviker immunförsvaret. Antagligen finns ännu okända FH/FHL-1-bindande proteiner samt andra mekanismer som Bb använder för att undgå att dödas av immunförsvaret. För tillfället forskar man mycket om *B. garinii*s komplement-undvikande egenskaper. Man undersöker även komplementresistens hos andra borreliarter.

Funktionerna hos många av Bb:s ytproteiner är ännu okända, liksom mekanismerna bakom borreliainducerad neuroborrelios och artrit. Det är också oklart vilka gener som styr den varierande expressionen av till exempel OspA och OspC. Även "rörfagocytosen" undersöks ännu.

För att kunna bota eller förebygga LB krävs ökad kännedom om hur borrelia undgår kroppens immunförvar. Ett sätt att hindra Bb:s skyddsmekanismer kunde kanske vara att skapa ett vaccin som ger upphov till antikroppar som hindrar att komplementinhiberande proteiner binds till Bb:s yta.

Målet är att utveckla ett fungerande vaccin som kan användas i de endemiska områdena.

Understöd för detta arbete har erhållits från Finska Läkarsällskapet, för vilket vi är tack-samma. Särskilt tack även till Sten-Anders Carlsson, Peter Wahlberg och Heidi Sillanpää.

MK PERNILLA SVIBERG
BJÖRNEBORGSVÄGEN 1 C 43
00350 HELSINGFORS
pernilla.sviberg@helsinki.fi

PROFESSOR SEPPO MERI
AVDELNINGEN FÖR BAKTERIOLOGI OCH
IMMUNOLOGI VID HAARTMAN INSTITUTET
HAARTMANSGATAN 3
PB 21
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
seppo.meri@helsinki.fi

REFERENSER

1. Steere AC, Malawista SE, Snyderman DR, Shope RE, Andiman WA, Ross MR, Steele FM. Lyme arthritis: an epidemic of oligoarticular arthritis in children and adults in three Connecticut communities. *Arthritis Rheum* 1977;20:7-17.
2. Carlsson SA, Granlund H, Jansson C, Nyman D, Wahlberg P. Characteristics of erythema migrans in *Borrelia afzelii* and *Borrelia garinii* infections. *Scand J Infect Dis* 2003;35:31-3.
3. Steere, A.C. Lyme disease. *N Engl J Med* 1989;321:586-596.
4. Fraser CM, Casjens S, Huang WM, Sutton GG, Clayton R, Lathigra R, White O, Ketchum KA, Dodson R, Hickey EK, Gwinn M, Dougherty B, Tomb JF, Fleischmann RD, Richardson D, Peterson J, Kerlavage AR, Quackenbush J, Salzberg S, Hanson M, van Vugt R, Palmer N, Adams MD, Gocayne J, Venter JC, et al. Genomic sequence of a Lyme disease spirochaete, *Borrelia burgdorferi*. *Nature* 1997;390:580-6.
5. Morgan BP, Meri S. Membrane proteins that protect against complement lysis. *Springer Semin Immunopathol* 1994;15:369-396.
6. Alitalo A, Meri T, Rämö L, Jokiranta TS, Heikkilä T, Seppälä IJ, Oksi J, Viljanen M, Meri S. Complement evasion by *Borrelia burgdorferi*: serum-resistant strains promote C3b inactivation. *Infect Immun* 2001;69:3685-91.
7. Hellwage J, Meri T, Heikkilä T, Alitalo A, Panelius J, Lahdenne P, Seppälä IJ, Meri S. The complement regulator factor H binds to the surface protein OspE of *Borrelia burgdorferi*. *J Biol Chem* 2001;276:8427-35.
8. Kraiczy P, Hellwage J, Skerka C, Becker H, Kirschfink M, Simon MM, Brade V, Zipfel PF, Wallich R. Complement resistance of *Borrelia burgdorferi* correlates with the expression of BbCRASP-1, a novel linear plasmid-encoded surface protein that interacts with human factor H and FHL-1 and is unrelated to Erp proteins. *J Biol Chem* 2004;279:2421-9.
9. Alitalo A, Meri T, Lankinen H, Seppälä I, Lahdenne P, Hefty PS, Akins D, Meri S. Complement inhibitor factor H binding to Lyme disease spirochetes is mediated by inducible expression of multiple plasmid-encoded outer surface protein E paralogs. *J Immunol* 2002;169:3847-53.
10. Jarva H, Jokiranta TS, Wurzner R, Meri S. Complement resistance mechanisms of streptococci. *Mol Immunol* 2003;40:95-107.
11. Hefty PS, Jolliff SE, Caimano MJ, Wikel SK, Radolf JD, Akins DR. Regulation of OspE-related, OspF-related, and Elp lipoproteins of *Borrelia burgdorferi* strain 297 by mammalian host-specific signals. *Infect Immun* 2001;69:3618.
12. Zhang JR, Hardham JM, Barbour AG, Norris SJ. Antigenic variation in Lyme disease borreliae by promiscuous recombination of VMP-like sequence cassettes. *Cell* 1997;89:275-285.
13. Liang FT, Steere AC, Marques AR, Johnson BJB, Miller JN, Philipp MT. Sensitive and specific serodiagnosis of Lyme disease by enzyme-linked immunosorbent assay with a peptide based on an immunodominant conserved region of *Borrelia burgdorferi* VlsE. *J Clin Microbiol* 1999;37:3990-3996.
14. Philipp MT, Bowers LC, Fawcett PT, Jacobs MB, Liang FT, Marques AR, Mitchell PD, Purcell JE, Ratterree MS, Straubinger RK. Antibody response to IR6, a conserved immunodominant region of the VlsE lipoprotein, wanes rapidly after antibiotic treatment of *Borrelia burgdorferi* infection in experimental animals and in humans. *J Infect Dis* 2001;184:870-8.
15. Giambartolomei GH, Dennis VA, Philipp MT. *Borrelia burgdorferi* stimulates the production of interleukin-10 in peripheral blood mononuclear cells from uninfected humans and rhesus monkeys. *Infect Immun* 1998;66:2691-7.
16. Diterich I, Rauter C, Kirschning CJ, Hartung T. *Borrelia burgdorferi*-induced tolerance as a model of persistence via immunosuppression. *Infect Immun* 2003;71:3979-3987.
17. Valenzuela JG, Charlab R, Mather TN, Ribeiro JMC. Purification, cloning, and expression of a novel salivary anticomplement protein from the tick, *Ixodes scapularis*. *J Biol Chem* 2000;275:18717-18723.
18. Suhonen J, Hartiala K, Viljanen MK. Tube phagocytosis, a novel way for neutrophils to phagocytize *Borrelia burgdorferi*. *Infect Immun* 1998;66:3433-5.
19. Steere AC, Gross D, Meyer AL, Huber BT. Autoimmune mechanisms in antibiotic treatment-resistant Lyme arthritis. *J Autoimm* 2001;16:263-268.

Vad en gammal gravsten kan förtälja

JARL EKLUND

I Gamla begravningsplatsens äldsta kvarter finns en gravsten av granit som står på kant och har en knappt läsbar inskription:



Ät
Joh. And. Holm
Med.Candidat
som i striden mot Choleran
föll ett offer för sitt nit
Den 27 Aug. 1831.

Johan Anders Holms grav. Fotografi av författaren

Eftersom det i början av 1800-talet inte var tillåtet att begrava personer som dött i kolera i kyrkjord, avdelades den avlägsna delen av begravningsplatsen för kolerans offer. Begravningsplatsen invigdes den 22 oktober 1829, och många andra gravar torde inte vid denna tidpunkt ha funnits, utom möjligen någon annan grift för denna farsots offer bland ståndspersoner.

Den första koleraepidemin i Helsingfors år 1831 och dess framfart är dokumenterad i olika officiella rapporter och senare medicinska publikationer samt i samtida tidningsartiklar. Sedan 1812 var Helsingfors Finlands huvudstad men ännu 19 år senare var staden liten med ca 10 000 invånare. Helsingfors saknade epidemisjukhus, och ändå utgjorde de epidemiska sjukdomarna ett ofta återkommande gissel. De hygieniska förhållandena var eländiga; det fanns varken rinnande vatten eller avlopp. Man kände inte till kolerans etiologi och förstod

inte heller att sjukdomen var smittsam, sjukdomen förklarades allmänt med filosofiska termer. I sin medicinska avhandling från 1832 skriver E. E. Rosenbach: "Cholerans fortplantning kan hvarken ske genom contagium eller luftens miasmatiske beskaffenhet. Efter min tanke är jorden själf orsaken till den stora Epidemin, hvaraf människosläktet för det närvarande hemsöks". Elias Lönnrot skriver i ett brev av den 14 oktober 1831 till Anders Fabian Neovius (i fri översättning från finska) bl.a. om koleran att: "Det bästa läkemedlet för att förhindra den, är att inte vara rädd för den. En del av läkarna förnekar att den är smittsam, och till deras uppfattning ansluter jag mig".

Den 20 juli 1831 kan man i Helsingfors Tidningar under rubriken "Cholera Morbus" läsa att Sanitetskommitteen i Warschau har kungjort enkla medel mot denna sjukdom. I följande nummer av tidningen ingår en kort underrättelse om

kännetecknen på koleran, sättet att försvara sig mot denna farsot samt behandlingen därav. Lördagen den 27 augusti låter Helsingfors Tidningar veta att: "Choleran har beklagligtvis yppat sig såväl i Sweaborg som här i staden. Sjukhus äro i anledning däraf inrättade och andra åtgärder vidtagna i avseende å farsotens hämmande". De facto kom koleran till Helsingfors den 19 juli införd av en boktryckare som avled efter 11 timmars sjukdom.

På landshövdingens initiativ fattade stadens borgerskap beslut om att inrätta ett tillfälligt sjukhus i J. Flodbergs villa på Lilla Mössholmen i Sandviken och ett annat i Kronohagen. Medicine kandidat Johan Anders Holm tjänstgjorde på Sandviks-Hospitalet som "andre läkare". Sjukhuset hade 40 bäddplatser och dess förste överläkare var professor Nils Abraham Ursin. Bland andra som tjänstgjorde där finner vi bl.a. medicine kandidat Elias Lönnrot.

Den 31 augusti ingår i Helsingfors Tidningar den första förteckningen över dem som i Helsingfors blivit angräpna av koleran. Från sjukdomens början till sagda datum noteras 114 insjuknade, 67 döda och 34 som ännu är sjuka. Av dessa vårdas 32 patienter i "Sjukhuset" och 2 i "Enskilt hus". Liknande bulletiner ingår i alla senare nummer av Helsingfors Tidningar t.o.m. den 19 oktober 1831.

Epidemin uppfattades som allvarlig. Undervisningen vid universitetet och stadens skolor var inställd under höstterminen 1831, "i anseende till den i landet grasserande Cholera". Efter kl. 7 på kvällen fick ingen i Helsingfors vistas på gatorna och utomhus, alla publika tillställningar måste sluta vid samma tid, ingen fick resa bort från staden, där alla slags nöjen och folksamlingar var förbjudna.

Redan den 17 september kan vi i Helsingfors Tidningar läsa att: "Cholera far-soten aftager dag för dag, såsom bulletinerna utvisa. I Sandviks- och Kronohagssjukhusen funnos i går blott 15 patienter. Smittans inflytelser har egentligen sträckt sig från den så kallade Skatuden till Gloet, Kärret och en del av Nystaden; minst i staden och i större delar av Nystads-trakten; där utrymmet är större och läget sundare, ha i allmänhet få sjukdomsfall inträffat". Epidemin i Helsingfors varade från den 19 augusti till den 18 oktober 1831. I den sista bulletinen av den 19 oktober erfar man att det totala antalet insjuknade var 332. I samma tidning av den 5 november, finner man emellertid under rubriken "Inrikes" ett kort meddelande om ytterligare att fall av kolera. Det sista offret klarade sig med livet i behåll. Sammanlagt insjuknade 333 personer av vilka 197 dog. Enligt medicinalinspektör A.A. Henrici dog inalles 681 personer under koleraepidemin i Finland 1831 och därtill kommer 24 ryska militärer. Invånarantalet i Finland vid denna tid har angetts till ca 1 372 000.

En av dem som dog var Johan Anders Holm. Om honom skriver Helsingfors Tidningar den 17 september 1831, "Beklagligtvis har ock Med. Kandidaten Holm, som tjänstgjorde vid Sandviks Hospitalet, dukat under för sjukdomen. Med rastlös iver och ädel självförsakelse vårdade han de sjuka och fortfor därmed äfven sedan han kände sig illamående. Alla konstens bemödanden att rädda hans liv voro förgäves, och han

borttrycktes i sin ålders bästa dagar, quarlämnande minnet av en oförtruten och omsorgsfull läkare, af vars nit och kunskaper den lidande mänskligheten kunnat, om ödet ej annorlunda beslutit, hemta tröst och bistånd i många än stundande år "Finlands Allmänna Tidning av den 16 september låter oss veta att medicine kandidat

Johan Anders Holm dog i en ålder av "30 år 4 månader och 21 dagar, hjertligen begråten af ännu levande föräldrar, 2 syskon och innerligen älskande vänner, samt ännu saknad av alla dem, som varit vittnen till den oförtrutenhet hvarmed han vårdade de i Allmänna Sjukhuset härstedes befintliga Cholera-sjuka". Kan en ung läkare belönas med ett vackrare eftermäle?

EPILOG

Uppgifterna om personen Johan Anders Holm är knapphändiga. Han föddes i Uleåborg den 5 maj 1801. Fadern, bokbindaren och lagmannen Johan Holm, dog redan 1803. Hans mor Margareta Holm ingick 1804 ett nytt äktenskap med bokbindaren Jöns Holmström. I Uleåborg fanns också en bror, bagarmästaren Carl Olof Holm. Hans syster Hedvig Lovisa dog redan 1800, och i Helsingfors bodde hans farbror lantmäteringenjören Carl Gustaf Holm, som dog i december 1831.

Holm studerade medicin vid Åbo Akademi. Han promoverades till magister 1827 samtidigt som bl.a. J. L. Runeberg och Emil Nervander. På Sandviks Lasarettet, skriver Lönnrot i ett brev den 29 september 1831 till Johan Fredrik Elfving "vakade Holmen dag och natt och sågs vara utmattad, då jag d. 24 kom att tjänstge på Lasarettet. Par dagar därefter dog han efter en natts sjukdom". I ett brevkoncept den 1 februari 1832 adresserat till Samuel Roos (i fri översättning från finska) får man veta om Holm att "i hans liv fanns ingenting klanderligt. Han levde och var med sina kamrater prydlig och jämn i alla situationer. Om någon annan sett honom någon gång berusad, det kan jag inte säga, fast jag inte tror att det någonsin inträffat. Själv har jag aldrig märkt det fast jag i nästan 10 år ofta varit i hans sällskap. Så starkt som vi saknar honom som kamrat, lika länge skall hans minne leva bland oss". Efter detta finns Holm inte längre omnämnd i Lönnrots talrika

brev. Johan Anders Holm dog ogift och barnlös. På gravkontoret i Helsingfors hittas inga uppgifter om när vården restes, inte heller om vilka som hedrade honom med detta epitafium, säkert lika snart glömt som själva offret för koleran.*

MKD JARL EKLUND
jarl eklund@kolumbus.fi

KÄLLOR

Finlands Allmänna Tidning, 1831, 1832.

Gardberg, C. J.: De dödas boningar, Schildts, Helsingfors 2003.

Helsingfors Tidningar 1831, 1832.

Henrici, A A: Slutsatser rörande de kolera epidemier som grasserat i Finland från 1831 till 1873. Bilaga. Fin Läk Handl. 1886.

Hjelt, O E A: Finlands Medicinska Bibliografi 1640-1900, Helsingfors 1905.

Lönnrot, E: Valitut teokset I, Kirjeet, Pieksamäki 1990.

Nenye, R: Kolera Suomessa, Pro gradu, Turun Yliopisto, Turku 1933.

Nervander, E: I de dödas stad, G. W. Edlunds Förlag, Helsingfors 1888.

Pehkonen, M: Epitafium över bortglömda avlidna, Helsingfors stadsmuseums publikation Narinka, Helsingfors 1988.

Quist, C: Kolera i Helsingfors 1871 och om föregående koleraepidemier i Finland, Helsingfors, 1872.

Rosenbach, E E: Anteckningar om epidemiska kräkusoten i Helsingfors provinsialläkare distrikt år 1831. Akad. afh. Hfors 1832.

Soininen, G: Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia, Helsinki 1968.

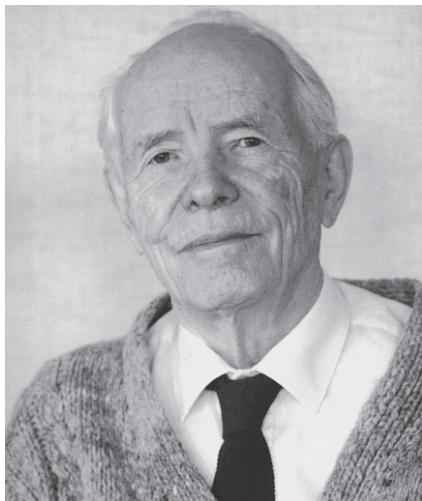
Uleåborgs Landsarkiv. Släktutredning 124-1-04 (Johan Anders Johansson Holm f.1760).

Viro, V: Vanha Hautausmaa, Otava Oy, Helsinki 1977.

Westerlund, F W: Anteckningar om Finlands första koleraepidemi 1831, Fin Läk Handl. 1916 I. 535-539.

* Gravstenen har renoverats hösten 2004 på initiativ av med.lic. Ulla Tarkkanen. Kostnaderna har bestridits av Finska Läkaresällskapet.

Carl Eric Sonck



Professor emeritus Carl Eric Sonck avled den 13 februari 2004 vid 98 års ålder efter en kort tids sjukdom.

Carl Eric Sonck föddes i Viborg 10.11.1905. Han tillbringade sina första 13 år i det natursköna Kronoborg vid Ladogas strand, där hans far, agronom Karl Joel Sonck var föreståndare för lantbrukshögskolan. Han gick i finsk samskola, där han tidigt visade stor fallenhet för teckning och biologi. Ur Kolthoff-Jägerskiölds bok "Nordens fåglar" ritade han av alla fåglar med färgkrita i fyra blåa häften. Han skrev långa listor på alla finska fåglars latinska namn och lärde sig namnen utantill.

År 1919 flyttade familjen Sonck till Åbo, där Carl Eric skrevs in i Svenska lyceum. Hans intresse för biologi fortsatte. Han samlade och analyserade över 300 insekter, och hans herbarium omfattade över 600 växter. Hans lärare ville att han skulle bli botaniker, men själv var han rädd för att bli lärare. Han sade sig vara rädd för att inte kunna hålla ordning på pojkar och att flickorna skulle distrahera honom, så att han inte kunde koncentrera sig på undervisningen.

Carl Eric blev student 1924, och två år senare avlade han medikofilexamen vid Turun yliopisto. Därefter började han sina medicinska studier vid Helsingfors

universitet och blev medicine licentiat 1933. Vid militäruppbådet förklarades han vara så klen, att han ansågs oduglig till militärtjänst. Då vägde han bara 53 kg, och man räknade med att han knappast skulle leva så långt. Efter det levde han över 70 år!

Efter licentiatexamen sände Carl Eric Sonck en hövlig ansökan om medlemskap såväl till Duodecim som till Finska Läkaresällskapet. Hans farbror, John Sonck, hade hört till båda föreningarna. Carl Eric fick kort därpå meddelande från Läkaresällskapet, att han hade antagits som ledamot, men från Duodecim fick han aldrig något svar.

År 1933 arbetade Carl Eric Sonck 6 månader på kirurgiska avdelningen vid Åbo länesjukhus. För att kunna betala sina studieskulder tog han tjänst som företagsläkare vid Kevätniemi såg i Lieksa åren 1933–36. Där hade han på en skidturl till Koli turiststation träffat en ung skön studentska, Karin Hartwig. Med ett fång gula rosor tog han sig med sparkstötting i maj 1935 över Pielisjärvis svaga vårisar för att fria till Karin. Det lyckliga äktenskapet varade över 60 år.

Åren 1936–39 var Carl Eric Sonck assistentläkare på dermatologiska avdelningen vid Allmänna sjukhuset i Helsingfors, och 1938 blev han specialist i hud- och könssjukdomar. Under krigsåren 1939–1944 tjänstgjorde han på olika krigssjukhus. År 1941 disputerade han med avhandlingen "Über die Photosensibilität bei Lymphogranuloma inguinale". Han innehade en docentur i dermatologi och venerologi vid Helsingfors universitet under åren 1944–1957 och tjänstgjorde som tf. professor i dermatologi vid Helsingfors universitet 1954–55. Han företog studieresor till bl.a. USA, Tyskland, Schweiz och Holland.

C. E. Sonck var styrelseledamot av Finska Läkaresällskapet 1953–56 och var sällskapets ordförande 1955. År 1955 utnämndes han till ordinarie professor i dermatologi och venerologi vid Turun yliopisto. Efter pensioneringen år 1972 flyttade han tillbaka till Helsingfors.

Carl Eric Sonck var oerhört mångsidig. Förutom 150 medicinska originalpublikationer har han publicerat ett fyrtiotal arbeten från botanikens område. Han har beskrivit sammanlagt 100 nya maskrosarter (*Taraxacum*), som han

upptäckt under sina resor i olika länder. Andra forskare har velat hedra honom genom att foga hans namn till nyupptäckta växtarter: *Taraxacum Soncki* (Lieksa), *Ranunculus Soncki* (Kuopio) och jästsvampen *Candida Soncki*, som man fann i ett tvättställ på barnkliniken vid Turun yliopisto. Som erkänsla för sina insatser inom botaniken utnämndes han år 1969 till hedersdoktor i filosofi vid Helsingfors universitet.

Musiken var ett av Carl Eric's stora intressen. Han tyckte om att gå på konserter och spelade gärna på sitt Steinwaypiano, men uppträdde aldrig offentligt. Han var en skicklig landskapsmålare och höll 9 egna konstutställningar. Han var även konstmecenat och förvärvade en stor kollektion av konstnären Yrjö Saarinens tavlor och teckningar som han donerade till Hyvinge konstmuseum. Han har ytterligare skrivit två böcker om expressionisten Yrjö Saarienen och dennes konst. Han intresserade sig också för medicinhistoria, naturmedicin och folkmedicin.

Ända till slutet var Carl Eric Sonck lika aktiv. Sommaren 2002 upplevde jag hur han med intresse klev omkring på klippiga stränder i Pellinge yttre skärgård och studerade växter, fåglar och insekter. För ett år sedan deltog han aktivt i Läkaresällskapets möte om medicinalväxter. Så sent som sommaren 2003 ställde han ut sina tavlor såväl i Helsingfors som i Åbo. Han hann vara Finlands äldsta läkare i en månad, då han plötsligt rycktes bort efter en kort tids sjukdom. Han sörjs närmast av sina fyra barn med familjer, samt av många vänner, kolleger och tacksamma patienter.

ERIC IVAR WALLGREN

Krister Nordström

Medicine och kirurgie doktor Krister Mathias Nordström avled den 10 april 2004 i en ålder av 82 år. Den omedelbara dödsorsaken var ruptur av ett aneurysm i aorta abdominalis. Med honom har en fin representant för den vårdande läkarkåren gått ur tiden.

Krister Nordström föddes i Helsingfors den 20 februari 1922 som son till folkskolläraren Einar Nordström och författaren Lilli Forss-Nordström. Han blev student från Grankulla svenska samskola 1940. Genast efter studentexamen inledde han studier för den s.k. medikofilen, som då ännu fordrades för inträde vid medicinska fakulteten, men studierna avbröts av fortsättningskriget 1941.

Under kriget tjänade han först som sanitetsunderofficer, men efter att ha genomgått officersskolans kurs UK/56 1943 blev han plutonchef i IR 13 på Svirfronten – han erhöll Frk4 1944 och avancerade efter kriget till premiärlöjtnant. Medikofilexamen hade han lyckats stöka undan när han vann inträde vid medicinska fakulteten i december 1944. Han var därför en av de 80 som inledde sina studier vid fakulteten i januari 1945, den första medicinarkursen efter kriget.

Krister Nordström blev medicine kandidat 1946 och medicine licentiat 1950. Intresse för lungsjukdomar och den ännu då förhärskande lungtuberkulosen förde honom till engagemang inom denna del av sjukvården, och lungsjukdomarna kom sedan att bli hans främsta specialitet.

Kort efter licentiatexamen blev han läkare vid Högåsens sanatorium och vid

Kristinestads tuberkulosbyrå 1951–1953, därefter underläkare vid Östanlid sanatorium 1952–1954. Åren 1954–1957 var han verksam på Nummela sanatorium där han gjorde andningsfysiologiska studier på patienter. Detta ledde till en avhandling om blodförändringar i samband med nedsatt syretillförsel, med vilken han meriterade sig för medicine och kirurgie doktors grad 1957. Året därpå blev han specialist i lungsjukdomar och tuberkulos. På den tiden tillerkändes man av Finlands Läkarförbund specialitet inom vissa medicinska områden efter att ha tjänstgjort på någon specialklinik även utanför universitetsväsendet om kliniken förestods av någon erfaren läkare som var tillräckligt kompetent att undervisa inom sin egen specialitet. Krister, som hade tjänstgjort på Diakonissanstalten i Helsingfors som assistentläkare under prof. Lauri Kalaja vid avdelningarna för invärtes sjukdomar från 1957, fick på detta sätt specialitet även inom området för invärtes sjukdomar 1960, vilket var ett viktigt komplement till hans tidigare specialitet. Sitt livsverk som läkare kom han att göra på Diakonissanstalten, när han upphörde att vara assistentläkare 1962, blev han avdelningsläkare till 1975, och efter två år som biträdande överläkare var han avdelningsöverläkare från 1977 ända till sin pensionering 1987.

Efter doktorsavhandlingen 1957 publicerade han ytterligare några studier av bl.a. lungfunktionen hos hjärt-lungpatienter, lupus erythematosus hos tuberkulospatienter och Pickwick-syndromet vid fetma, men den praktiska läkarverksamheten, att sköta och hjälpa sjuka människor, tog överhanden. Vid sidan av sin verksamhet som sjukhusläkare upprätthöll han också en omfattande privatläkarmottagning på Diakonissanstalten. Den inleddes 1957 då han kom till sjukhuset fram till 2002, ännu

långt efter det han avslutat sitt arbete på avdelningarna – patienterna kom från när och fjärran. Det innebar mycket långa arbetsdagar från tidigt på morgonen till sent på kvällen. Krister Nordström var en mycket kunnig och ansvars-kännande praktiker med skarp klinisk blick, och med sitt lugna, empatiska men bestämda väsen, som ingav förtroende och trygghet, var han omtyckt av sina patienter. Han följde väl vad som hände inom facket genom litteraturen samt på specialistföreningarnas möten. Han deltog också i Finlands Läkarförbunds läkardagar, och under en lång följd av år utgjorde resan till Svenska Läkaresällskapets årliga Riksstämma i Stockholm en givande och stimulerande händelse.

Krister var en anspråkslös person och en god kamrat, såväl i krigsförband som bland kollegerna efter kriget, alltid med en viss glimt i ögat och något skämtsamt yttrande. Musik och främst körsång var ett stort intresse. Under tiden i Österbotten i början av 1950-talet var han aktiv körsångare. Föräldrahemmet hade varit fyllt av musik, man sjöng samt spelade violin och piano. Mången kanske ännu minns hans bärande tenor som Magistern i Gluntarne, som han ibland framförde tillsammans med ett par studiekamrater på Medicinarklubben Thorax´ möten. Ett annat intresse icke att förglömma var ishockeyn (matcherna), där han höll på HIFK i matcherna. Han läste mycket, och särskilt gällde det aktuell litteratur inom politisk historia och krigshistoria. På "sommarberget" växte det upp ett klippväxtparti som han omhulldade tillsammans med sin hustru Else-Maj. Krister sörjs närmast av barn och barnbarn, samt av släktingar, vänner och många patienter.

BROR-AXEL LAMBERG