

Distriktsläkaren

Nr 2 • 2009 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF



**Astma-/KOL-mottagningen
på Riksby vårdcentral**

**Reportage från Allmänläkardagarna
i Göteborg**



Totala resurser till primärvården viktigare än ersättnings utformning

Vårdvalsdiskussioner är nu i full gång i nästan alla landsting/regioner. Beslutet om obligatoriskt vårdval är fattat och de landsting som inte har framtagna vårdvalsmodeller har nu förhoppningsvis påbörjat arbetet för att allt skall vara klart att införas senast 1 januari 2010.

Mycket tid och diskussioner ägnas åt de ekonomiska villkoren. Alla har synpunkter på hur de ekonomiska resurserna skall fördelas. Politiker och tjänstemän har sina synpunkter som ofta handlar om system som ser till att tillgängligheten premieras, möjlighet att styra med ekonomiska medel och en rad uppföljningar utifrån hur ersättningarna är konstruerade. Själva beskriver vi att det måste vara ersättningssystem som innebär att patienter med de största vårdbehoven inte blir en ekonomisk belastning, att stor del av ersättningen skall vara fast och den rörliga ersättningen för besök skall vara en mindre del av den totala ersättningen. Mycket energi, arbetstimmar och funderande kring argument åt ena eller andra hållet går åt från alla parter. Vart leder diskussionerna? I bästa fall kommer tjänstemännen fram med förslag som politikerna är nöjda med och beslutar efter och där professionen varit med i framtagandet och har samsyn i de stora dragen. Erfarenhetsmässigt är det ofta inte på det viset utan det finns en stor misstro om vad den ene eller

andra egentligen vill och vad effekterna kommer att bli. Varför? Jag är övertygad om att den stora problematiken är att ersättningssystemen oftast enbart handlar om nya sätt att fördela samma pengar som tidigare funnits inom primärvårdsuppgifterna inom respektive landsting/region. Detta är orimligt när alla vill visa att vårdvalet skall bli en möjlighet att få en välfungerande första linjens sjukvård. I flera vårdvalsmodeller finns t.ex. krav på hög så kallad täckningsgrad. Detta sker genom ekonomiskt avdrag eller tillägg beroende på hur respektive enhet lyckas med sitt uppdrag. För att uppnå en hög täckningsgrad, vilket är en viktig parameter, måste det tillföras mer pengar för uppdraget! Det finns betydligt fler exempel från olika landsting/regioner på hur beslutsfattarna förutsätter att mer åtgärder skall klaras inom vårdvalet.

Självklart skall vi alla engagera oss i diskussionerna lokalt kring vårdvalens utformning och inte minst kring de ekonomiska diskussionerna, men vi måste framförallt bevaka frågan om den totala ekonomiska resursen. Den är helt överordnad frågan om hur pengarna sedan fördelas. Någon ställer självklart i dessa tider frågan om detta verkligen är realistiskt med tanke på lågkonjunktur och vikande skatteunderlag. Svaret är – Ja, absolut! Vad är alternativkostnaden? Den är betydligt högre. Vad kostar det inte sjukhusvården och samhället i stort



Maria Dalemar

om alla våra patienter inte får optimalt omhändertagande? Ett tydligt exempel är vikten av information och uppföljning av de stora folksjukdomarna. Väl-informerade och välbehandlade patienter innebär betydligt mindre komplikationer och naturligtvis mindre behov av resurskrävande sjukhusvård. Ett annat exempel är det viktiga arbetet kring äldre och läkemedel som bäst genomförs i primärvården och där det måste finnas ekonomiska resurser för att dessa patient-läkarmöten får ta den tid som behövs för detta oerhört viktiga arbete med en ändamålsenlig läkemedelsordination. Här är det många dygns sjukhusvård som måste undvikas. Här finns stora ekonomiska effekter om pengarna satsas rätt från början. Patienten själv är den absolut största vinnaren om resurserna till och förutsättningarna för primärvården förbättras så att vi äntligen får en välfungerande första linjens sjukvård!

MARIA DALEMAR
Ordförande

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse: Maria Dalemar (ordf), Ove Andersson, Britt Bergström, Rune Kaalhus, Anders Nilsson, Christer Olofsson, Ann-Christine Sjöblom, Ulf Wahlöf.

Kansli: Anne-Marie Johansson, Sveriges läkarförbund, Villagatan 5, Box 5610, 114 86 Stockholm, tfn 08-790 33 91, fax 08-790 33 95

Redaktion: Rune Kaalhus (red. och ansv. utg.)
E-post: rune.kaalhus@ptj.se

Distriktsläkaren, 6 nummer per år (ISSN 0283-9830):

Adress: Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion: Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

Annonser: Tommy Samuelsson, tommy@mediahuset.se, 031-707 19 30

Layout: Gunnar Brink, gunnar@mediahuset.se

Tryck: Åkessons Tryckeriaktiebolag

DLFs hemsida: www.svdlf.se

OMslagsillustration: G A Scholiers

Information från styrelsen

Vårdval

Riksdagen har nu fattat ett beslut om att alla landsting skall införa vårdval senast 1 januari 2010. Arbetet med detta fortgår i alla delar av vårt land. Styrelsen och förbundet följer kontinuerligt upp de olika varianter som presenteras. Som del i detta arbete presenterade Läkarförbundet också i februari sin analys av de vårdval som är igång sedan förra året och också ett förslag på hur ett vårdvals-uppdrag bör se ut.

Läkarförbundet förordar en hög fast vårdpeng och ett brett grunduppdrag. Med hög vårdpeng menar vi att den ska täcka minst 70 procent av vårdgivarnas normala kostnader. Vi anser också att varje vårdenhet inom primärvården måste ha allmänläkarkompetens. Behovet av andra yrkeskompetenser avgörs av uppdragets bredd. Vårdgivaren kan själv avgöra om även andra läkarspecialister behövs i teamet. Vid sidan om det breda uppdraget i primärvården kan vårdgivarna åta sig särskilda tilläggsuppdrag, exempelvis utbildning av ST-läkare. Titta gärna igenom Läkarförbundets programskrift "Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?" Skriften finns tillgänglig på läkarförbundet hemsida www.slf.se

Vi står bakom Läkarförbundets förslag och ser det som nödvändigt att man får pröva flera varianter för att se vilket åtagande och vilka ersättningsvariabler och ersättningssystem som bäst värderar och avspeglar vårt arbete. Allt för att skapa ett system som alla skulle kunna acceptera så småningom. Resursfrågan är dock den viktigaste frågan gällande ersättningen för att skapa ett hållbart primärvårdssystem. Utan tillräckliga resurser skapas inget hållbart framtida primärvårdssystem.

Inför fullmäktige

Årets fullmäktige äger rum 8/5 i Stockholm. En ny styrelse kommer att formuleras då vår ordförande kommer att avgå. I

samband med årets fullmäktige hålls en ordförandekonferens dagen innan, 7/5, där vårdval, IT-frågan, klinisk forskning samt utländska läkares roll och situation kommer att debatteras. Motioner gällande vår arbetsmiljö, äldre kollegors arbetsförhållanden samt hur vi ska fortsätta arbeta med vårdvalsutvecklingen har inkommit.

IT-nätverket

IT-nätverkets hemsida har tyvärr inte kunnat uppdateras på grund av att alla i IT-nätverket inte velat ha namn och mail-adress på vår hemsida. Det kommer dock att finnas information om var i landet nätverkets medlemmar finns och hur ni kan nå dom via oss. Förhoppningsvis kommer också nyttiga länkar, främst till aktörerna inom den nationella IT-utvecklingen, på hemsidan inom kort.

Tidningen

Under året kommer tidningen att byta redaktör. Planeringen av temanummer fortgår som planerat. Tidningens ambition är också som tidigare att vara ett levande forum för våra medlemmar. Styrelsen ser fram emot att ni som läser tidningen gärna reflekterar över distriktsläkarens tillvaro i form av krönikor eller mera tydliga debattinlägg. Varmt välkomna med bidrag.

Pågående kontakter

Föreningen diskuterar för närvarande med Företagsläkarföreningen angående våra uppdrag. Som en effekt angående Anna Hedborgs utredning om den framtida företagshälsovården så har det sedan ett år funnits möjlighet för enskilda landsting att sluta avtal med enskilda vårdgivare inom företagshälsovården gällande möjligheten att bedriva primärvård och kunna utnyttja medicinsk service bland annat. Med anled-



Ove Andersson

ning av detta har vi under vintern haft kontakt med Företagsläkarföreningen. I diskussionen har vi noterat att vi i sak är eniga om att företagshälsovård inte ska vara en naturlig vårdvalsaktör, men att vi har ett gemensamt intresse att optimera omhändertagandet av den enskilda patienten. Vi tycker att företagshälsovård ska kunna bedriva erforderlig medicinsk utredning i arbetet kring den drabbade enskilde individen. Enligt media har dock departementet avslutat detta försök då inget landsting slutit avtal med företagshälsovård i denna fråga.

En fortlöpande dialog med SFAM pågår. I arbetet med att lämna remissvar informerar vi kontinuerligt varandra om saker som vi anser vara gemensamma och viktiga och som vi båda behöver lyfta fram. EU-läkares kompetensanpassning till svensk primärvård och vårdvalet är självklara gemensamma diskussionsämnen. Ytterligare en träff är inplanerad före sommaren.

Scarves och slipsar

Föreningen har sedan mer än tio år tillbaka haft en uppsättning av föreningsscarves och föreningsslipsar som gåvor och för representation. Styrelsen har beslutat att modernisera sitt utbud och arbetar med frågan om vad dessa saker ska ersättas med. Som ni ser på annan plats i tidningen så kommer kvarstående lager att reas ut. Passa på och köp. Bra pris för bra kvalitet!

OVE ANDERSSON

Allmänläkardagarna i Göteborg

För tredje året i rad anordnade Kursdoktorn tre utbildningsdagar speciellt designade för specialister i allmänmedicin. Detta år var det i Göteborg, i hotell Radissons konferenslokaler, som man hade detta forum för fortbildning och uppdatering.

Ingmar Lönqvist är chef för Kursdoktorn.

– Kursdoktorn är en nationell fortbildningsorganisation för allmänläkare, och vi har funnits i sex år, berättar han för *Distriktsläkaren*.

Han förklarar att verksamheten startade som ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen och dåvarande Fammi.

– Vi fick en förfrågan från dem om vi kunde ge utbildning på riksnivå. De första åren var vi delvis anslagsfinansierade. Sedan två år är vi dock organiserade på intraprenad – det innebär att alla våra kostnader ska tas in genom kursintäkter. Vi existerar alltså på marknadens villkor, fortsätter Ingmar.

Inte bara regionalt

I dessa marknadsvillkor finns dock inte industrin med. All verksamhet inom Kursdoktorn sker *utan* något samarbete med läkemedelsindustrin – eller några andra utomstående intressenter.



Ingmar Lönqvist – chef för Kursdoktorn.



Fullsatt på seminarium om yrsel.

– Att så är fallet, är mycket uppskattat av kollegor, berättar Ingmar, som själv är allmänläkare och verksam inom Primärvården Skaraborg.

– Vi hade tidigt en vetskap om att specialister i allmänmedicin efterfrågade denna typ av kongress för fortbildning, säger han.

Nationellt ordnar Kursdoktorn ett 40-tal kurser om året. De flesta av dessa äger rum i Västra Götalandsregionen.

– Men vi vänder oss till *alla* allmänläkare i Sverige, påpekar Ingmar.

Detta faktum kunde man lätt bekräfta genom en titt på deltagarlistan i Göteborg. Ungefär 75% av de 182 deltagarna i Göteborg kom från Västra Götaland, men vi hittade också deltagare från bl.a. Stockholm, Skåne och Umeå – och till och med en från Island!

Allmänläkardagarna genomfördes under slutet av januari, för tredje gången i ordningen. Man alternerar mellan Göteborg och Skövde – så nästa år är det alltså Skövdes tur igen.

Utvärderingar styr innehåll

Allmänläkardagarna är ett forum för fortbildning och uppdatering – med

föreläsningar, workshops, seminarier och utställningar.

– Det är också en mötesplats för professionen, med tid även för kollegialt umgänge och diskussion.

Det är specialister i allmänmedicin, samt ST-läkare under sista utbildningsåret, som kan anmäla sig till kongressen. I Göteborg utgjorde ungefär 90% av de anmälda färdiga specialister – resterande 10% var alltså ST.

För programmet ansvarar en styrgrupp. Utöver Ingmar själv, ingår även Britt Bergström, Kerstin Holmberg, Christina Malm och Göran Eriksson i den. Alla är allmänläkare – Britt, Christina och Göran i Göteborg, Kerstin i Sollebrunn.

Vi frågar Ingmar hur själva programmet kommer till – hur processen med att fastställa det – ser ut.

– Direkt efter förra Allmänläkardagarna, tillsattes en projektgrupp, svarar han.

– En av deras utgångspunkter är utvärderingsformuläret från den kongressen. Där får de som utvärderar också fylla i vad de önskar för utbildning nästa gång.

Ingmar förklarar att programmet sedan måste vara spikat, och lärarna kon-

taktade, före sommaren – eftersom man sedan ska ha tid att marknadsföra det.

– Kursdoktorn är en icke vinstdrivande verksamhet – men den måste gå runt!

Positiv feedback

Hittills har dessa kursdagar fallit väldigt väl ut, enligt Ingmar.

– Det kan vi se på utvärderingsformulären.

Man strävar efter ett varierat utbud, med dubblade föreläsningar och tillräckligt med luft i programmet – så att deltagare också ska ha tid att träffas och diskutera.

Kursdoktorn arrangerar fler utbildningar än bara Allmänläkardagarna. Ungefär 600 kollegor passerar en eller flera av dessa per år, berättar Ingmar. För att söka i deras utbud kan man besöka deras hemsida www.kursdoktorn.nu

En anmälan är bindande, och kan inte avbokas.

– Vi kan inte betala tillbaka. Men däremot kan man skicka en kollega, om man själv får förhinder.

– All kursverksamhet som Kursdoktorn genomför är också externt granskad av SFAM, tillägger han.

Fullsatt om yrsel

Distriktsläkaren var med under en av dessa tre dagar i Göteborg.

Morgonen inleddes med två föreläsningar och en workshop. Efter en kaffepaus med utställning repriserades dessa. Därefter var det lunch, och under eftermiddagen upprepades detta mönster med tre nya programpunkter som gick i repris efter en kaffepaus.

Det är detta upplägg som Ingmar beskriver som ”Smörgåsbordstanken”. Man ska själv kunna välja och plocka bland det som intresserar. Av sex programpunkter, kommer man alltså att kunna vara med på fyra under dagen.

Vi bänkade oss på en föreläsning av Claes Möller, professor i medicinsk handikappvetenskap vid Universitetssjuk-



En enkel diagnosmetod som Claes visade är att låta patienten följa sitt finger med blicken åt båda sidor.

huset i Örebro. Rubriken var *Yrsel kan behandlas – även av allmänläkare*.

(Det var en titel som Claes själv inte var riktigt nöjd med, så det första han gjorde var att stryka ordet *även*).

Salen var absolut fullsatt. Flera av de åhörare som kom sist fick inte sittplats. I stället stod de längs väggarna, och satt på golvet.

Yrsel är vanligt. 20–30% av svenska kvinnor och 15% av svenska män under 65 år uppger yrselbesvär. I USA är det den tredje vanligaste orsaken till att man söker läkarkontakt, konstaterade Claes.

– Det är intressant att slå i FASS och se hur många läkemedel som kan framkalla yrsel, fortsatte han.

Vad är då yrsel? Jo, det är en *illusion* av rörelse – och därmed en sjukdom. Claes fortsatte sedan med att reda ut olika orsaker till yrsel och hur man utreder och behandlar dessa.

Enkelt att diagnostisera BPPV

”Läkekunst är att roa patienten medan naturen läker densamme”. Det är ett citat från Voltaire, som Claes återgav.

– Det finns en del sanning i det när vi behandlar yrsel, konstaterade han.

Yrsel kan leda till ångest och dödskräck.

– Patienten tror att den fått en hjärnblödning – eller cancer i hjärnan. Därför

bör de läggas in och få kärlek. Man bör alltså inte skicka hem dem!

Han talade om benign paroxysmal positionell vertigo – BPPV. Det beror på otoliter, ”öronstenar”, som lossnat och lagt sig i bakre båggångarna. Claes liknade det hela vid ett snöstormsglas.

– Det är enkelt att diagnostisera med ett provokationstest. Man tar samtidigt en film på ögat, och då kan man tydligt se effekten.

BPPV är den vanligaste otogena sjukdomen. Det är ingen könsskillnad i incidens, och den drabbar alla åldrar, även om det är mycket ovanligt hos barn.

– Behandlingen syftar till att föra ut saltkristallerna (Epley-metoden). Det botar i 80% av de svåra fallen redan i den första behandlingen – och 90% i den andra. Det är alltså en succé, sa Claes.

Han tillade att många blir friska spontant, så man kan också avvakta ett tag.

– Men missa aldrig BPPV! Det är lätt att diagnostisera och behandla. På workshopen senare idag ska vi öva provokationstestet på varandra!

Kontinuitet viktig vid Menière

På samma sätt redogjorde sedan Claes för Menières syndrom – där hörselnedsättning, tinnitus, lockkänsla och yrsel är vanligt förekommande.

– Vanligtvis känner patienten när det kommer. Därför är patientens *berättelse* – gärna via en dagbok som patienten för – viktig för diagnosen.

Diagnosen bör kompletteras med hörsel- och balansprov samt eventuellt elektrocochleografi (= en audiometrime-
tod som baseras på registrering av den potential som genereras i hörselsnäckan vid ljudstimuli).

– Vi vet fortfarande inte vad Menière beror på, eller ens om det är *en* enda sjukdom. Därför finns det många behandlingsmetoder – som alltid när vi inte vet vad det beror på – men väldigt lite evidens. *Kontinuiteten* för patienten är dock väldigt viktig.

Tryckkammarbehandling är den enda där det finns (lite) evidens. I Sverige kan man få sådan på licens, men i resten av världen använder man sig av det.

Ont ska med ont fördrivas

Fobisk postural yrsel (kallas också ”Spänningsyrsel”) ger patienten en känsla av ostadighet vid gång, samt när de står.

– De brukar beskriva känslan som att ”gå på en båt”. Det är lika vanligt hos män som hos kvinnor, och debuterar ofta efter en sjukdomsperiod, ofta vestibulär, ett fall eller en stressperiod.

Yrsel i stående och gående är ett specifikt problem, skiljt från paniksyndrom, påpekade Claes.

– Det bör vara en multidisciplinär enhet som behandlar, och i behandlingen är egenträning och KBT viktiga inslag. En sjukgymnast bör vara inkopplad – jag kan inte nog betona sjukgymnastens betydelse!

Claes avslutade med vad han kallade ”Den gamles yrsel”.

– Det är en vanlig orsak att söka sig till doktorn, och en vanlig orsak till fall. Var fjärde 75-åring faller mer än en gång per år, och 6% av alla fall leder till fraktur.

Den gamles yrsel leder till en ond cirkel av inaktivitet. Eftersom man är rädd för att få yrsel och falla, blir konsekvensen att man rör sig mindre.



Sjukgymnast Lena Kollén demonstrerade teknik för att filma ögats rörelser.



Lena använde Claes som patient för att demonstrera hur man gör ett provokationstest.

– Men ont ska med ont fördrivas! Man ska *aldrig* vila sig frisk från yrsel, avslutade Claes sin synnerligen uppskattade föreläsning.

Från teori till praktik(en)

Denna uppskattning innebar att det naturligtvis också var fullsatt på eftermiddagens workshop i samma ämne.

Claes hade sällskap av sjukgymnasten Lena Kollén. Tillsammans ägnade de 90

minuter åt att berätta och demonstrera olika test, och även apparatur, för diagnostisering. De visade också på olika övningar som patienten kan träna på.

De åhörare som ville fick också träna på varandra. Parallellt med detta, svarade Claes och Lena också på många frågor och det blev flera livliga diskussioner.

Claes berättade om ett tyskt försök på rättor. Hälften av dessa fick sin vesti- ➤

bularis avskuren. Sedan gavs de rättgift. De med avskuren nerv åt mer av giftet.

– Så kanske yrsel också är en varnings-signal? Det är ofta det första tecknet på förgiftning, och att man ska försöka kasta upp.

Lena visade hur hon tar status via att se hur en patient går – längden på deras steg och huruvida de stappar. Det är sådant som kan tränas upp.

– Efter vestibulära sjukdomar går gärna patienten med kortare steg. Så det är en del av träningskonceptet, förklarade Claes.

– Äldre med rullatorer går gärna med rullatorn lite framför sig. Jag vill få dem att titta upp och röra på huvudet. De måste få upp nacken, sa Lena.

– Fråga också era äldre patienter när de var hos optikern sist. Det är många äldre som går med felaktiga glasögon, uppmanade Claes.

Det var en mycket interaktiv workshop, och det fanns faktiskt de som valde att sitta kvar en stund och träna när kaffepausen kom...

Kaptenen bestämmer – och flaggan avgör vilken lag som gäller

Men *Distriktsläkaren* passade dock på att ta tillfället i akt under pausen att fråga några av deltagarna om deras åsikt om programmet så här långt.

Vi träffade Annika Troedsson, som arbetar på vårdcentralen i Bollebygd, och Agneta Moysset Carlsson som till vardags arbetar på Ekmanska vårdcentral i Göteborg.

– EKG-skolan var väldigt bra. Man fick tips om hur man systematiskt ska tolka ett EKG. Det var en bra föreläsning med konkreta råd, svarar de.

Annika nämner också en föreläsning om luktsinnet hon varit på.

En annan föreläsning de båda vill lyfta fram hade titeln *Finns det en läkare ombord?*

– Den handlade om vad man bör göra – men också vad man *får* göra. Det är kaptenen ombord som har befälet – man måste därför få ett uppdrag av denne. Dessutom är det så att man ska tänka på vilket *land* som transportmedlet – båten

eller flygplanet – man befinner sig på är registrerat. Det är de lagar som gäller i det landet som bestämmer!

Det där är saker som man kanske inte direkt tänker på, t.ex. om man på en semesterresa befinner sig ombord på en färja där någon hastigt blir sjuk och behöver tas om hand, påpekar de.

Och dessa kommentarer – bra innehåll, och handfasta kliniska råd som man har användning för i sin vardag – präglade alla andra åsikter vi fick om Allmänläkardagarna i Göteborg.

– Programgruppen inför 2010 är redan utsedd, säger Ingmar och passar på att hälsa alla kollegor runt om i Sverige välkomna till den västgötska universitetsstaden Skövde den 27–29 januari!

PER LUNDBLAD

Fotnot

På www.kursdoktorn.nu kan den som är intresserad ladda ner föreläsarmaterial från Allmänläkardagarna. Där kan man också läsa mer om Kursdoktorn.

HÖSTEN REDAN HÄR!
Se vår katalog på nätet
www.kursdoktorn.nu

KursDoktorn

FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN – NATIONELLA UTBILDNINGAR

Riksby vårdcentral

Så utvecklar vi vår astma-/KOL-mottagning

Kompetensutveckling för all personal, samverkan och teamarbete är nyckeln till att kunna ge den bästa vården till våra patienter. Flera svenska studier har visat att det finns underdiagnostik och underbehandling av både astma och KOL [1, 2].

Riksby vårdcentral startade i september 2007 ett projekt med syfte att förbättra omhändertagandet av våra patienter med astma och KOL samt öka antalet diagnostiserade patienter med astma och KOL bland vår listade befolkning. Vi bestämde oss för att öka kompetensen inom områdena hos alla medarbetare och samtidigt öka omfattningen och kvaliteten av vår astma-/KOL-mottagning.

Riksby ligger i västra Stockholm. Vårdcentralen har 7 000 listade patienter, varav 900 är över 65 år. På vårdcentralen arbetar tre läkarsekreterare, sex distriktssköterskor, fem distriktsläkare, tre ST-läkare och ca sex månader per år en AT-läkare. Många arbetar deltid.

Vi har 280 patienter med astma varav 69 är under 18 år och 74 patienter med KOL varav 28 är över 75 år.

Vårt mål är att kunna erbjuda våra patienter med astma och KOL optimal vård och vi ska uppfylla målen för bra astma- och KOL-vård enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2004 [3].

Organisation

Vår grundidé är att alla ska vara delaktiga i astma-/KOL-vården och att även sekreterare ska ha förståelse och kunskap för dessa sjukdomar och hjälpa vårdgivarna med allt praktiskt arbete kring astma-/KOL-mottagningen. Våra tre sekreterare arbetar också i receptionen och det är de som först träffar våra patienter. Vi tror också att teamarbete är roligare och mer effektivt om alla är involverade i det.

Tidigare hade vi en distriktssköterska som utförde spirometrier, men astma-/KOL-mottagningen var inte så utveck-



Foto: Magnus Börne

Från vänster: Lena Planstedt (dsk, diabetes-ssk), Maria Rosengren (dsk, astma/KOL-ssk), Luisa Escuder (dl, verksamhetschef), Berit Dunge (dsk, astma/KOL-ssk) samt Gösta Rune (dl).

lad. Från och med den 1 januari 2008 utökade vi astmasköterskans arbete från ca 4 tim/vecka till ca 15 tim/vecka (årets genomsnitt), och samtidigt utökade vi hennes arbetsuppgifter. För att inte vara så sårbara delar vi arbetet på två distriktssköterskor. De övriga sjuksköterskorna ska också ha grundläggande kunskaper i astma-/KOL-vård. De ska kunna ta hand om akuta patienter, instruera inhalationsteknik, visa hur olika inhalatorer fungerar, visa hur man blåser PEF och hur man fyller i en PEF-kurva. Samtliga distriktsläkare är ansvariga för sina egna patienter, de tar bl.a. ställning till utredning, ger diagnos, sätter in behandling, gör skriftlig behandlingsplan och fattar beslut om uppföljning. Även ST- och AT-läkare handlägger nybesök och återbesök av patienter med astma och KOL, vid behov med hjälp av sina handledare. En distriktsläkare och en distriktssköterska har haft huvudansvaret för utveckling av astma-/KOL-mottagningen, men i teamet finns ytterligare en distriktsläkare och den andra astmasköterskan. Från och med 2009 har vi en tredje sjuksköterska

som ska arbeta med eksempatienter och göra pricktester.

Astmasköterskorna är distriktssköterskor, de arbetar regelbundet med arbetsuppgifter som telefonrådgivning, hemsjukvård eller DSK-mottagning. Vår vårdcentral är liten och hos oss måste alla kunna alla arbetsuppgifter för att kunna täcka för varandra under semestertider, vid sjukdom m.m. Vid jul, påsk, sportlov, höstlov och två månader under sommaren har vi inga bokade besök, utan enbart akuta spirometrier och andra viktiga besök som inte kan vänta.

2009 utökar vi tiden för astmasköterskan till ca 28 timmar/vecka eftersom behovet finns.

Genomgångna utbildningar från och med september 2007:

Interna utbildningar för samtliga medarbetare på vårdcentralen. Föreläsarna var läkare med diverse specialistkompetens. Vi hade sju tillfällen (ca två timmar/tillfälle) med tema astma, KOL, spirometri (två gånger), allergisk rinit och eksem. En utbildning handlade om hur man registre-

rar i journalen för att kunna få uppgifter via rapportverktygen RAVE och Xtractor.

15 hp poäng: "Omvårdnad vid allergi och annan överkänslighet". En sköterska har tidigare gått kursen. En annan sköterska påbörjade utbildningen i september 2008.

Två dagars utbildning för astma-/KOL-team. "Individanpassad KOL-vård". En läkare och en sjuksköterska. En annan läkare har tidigare gått samma utbildning.

Utbildning i tobaksavvänjning. En sjuksköterska, tredagarskurs.

Aktuellt om astma och KOL ur ett allmänläkarperspektiv. Endagskurs. En läkare.

Information om vårdprogram för barn-astma i Stockholm. Astrid Lindgrens barnsjukhus. Ca tre timmar. Tre läkare och en sjuksköterska.

Näsan och lungorna i ett helhetsperspektiv en endagskurs. En läkare.

Fyra dagars konferens i Sevilla "4th IPCRG World conference". Världskonferens för och av primärvårdspersonal om astma och KOL. Sex medarbetare deltog.

KOL-utbildning. Tre dagar. Två ST-läkare och en distriktsläkare. En ordinarie läkare har tidigare gått samma utbildning.

Allergironden anordnad av Allergicentrum Nord var på Riksby vårdcentral i november. Tema astma: behandlingstrappan. Cirka 1 tim 45 min. Alla läkare och några sjuksköterskor deltog.

Utvärdering

Utvärdering gör vi tillsammans minst en gång per år. Vi följer upp flera parametrar för att kvalitetssäkra vårt arbete, bland annat de som omnämns i tabell 1. Tabellen visar hur några parametrar har ändrats under 2007 och 2008.

Sjuksköterskorna registrerar åtgärder från Socialstyrelsens åtgärdsregister (äldre version) för att vi ska kunna följa upp innehållet i deras arbete mer detaljerat. Exempel på åtgärder som registreras finns i tabell 2. Vissa åtgärder saknas i Socialstyrelsens register och vi har lagt in dem själva i vårt journalsystem Profdoc JIII [4].

Vi använder oss av RAVE (kvalitetssäkringsprogram som tar ut information direkt från JIII) och Xtractor som är Prof-

Patienter med uppgift i journalen om	31 dec 2006	28 feb 2009
diagnos KOL	55 st	74 st
diagnos astma	187 st	280 st
tobak KOL-patienter	65%	80%
tobak astmapatienter	53%	75%
motion KOL-patienter	0%	69%
motion astmapatienter	0%	63%
gjort spirometri KOL-patienter senaste 2 åren	33%	62%
gjort spirometri astmapatienter senaste 2 åren	31%	65%
Andel KOL-patienter med någon medicinsk KOL-behandling	69%	64%
Andel astmapatienter med någon medicinsk astmabehandling	69%	84%

Tabell 1. Några kvalitetsindikatorer som vi följer upp

docs eget statistikprogram. Varje medarbetare kan själv följa upp sitt eget arbete.

Ekonomi och arbetsmiljö

Det finns många astma-/KOL-mottagningar i primärvården. Alla allmänläkare och distriktsköterskor måste arbeta med astma- och KOL-patienter på grund av den höga prevalensen. Gemensamt för många mottagningar är att man inte har tillräckligt med ekonomiska resurser för att öka kompetensen, och ibland inte heller tillräckligt mycket kunskap om vikten av att öka kompetensen hos medarbetarna. I dagens Sverige är sjukvårdssystemet utformat så att det är svårt att tänka långsiktigt när det gäller den egna ekonomin, samhällets ekonomi och personalens arbetsmiljö. Stress är många gånger relaterad till att man upplever att man saknar kompetens. I primärvården saknar vi ofta uppföljning av våra medicinska insatser vilket ökar känslan av att inte ha kontroll och detta i sin tur ökar stressen.

Bra ekonomiskt tänkande är att tänka långsiktigt. Vi vet att bra astma- och KOL-vård minskar samhällets och sjukvårdens kostnader på sikt, förbättrar personalens arbetsmiljö och ökar deras arbetsglädje. Det är nödvändigt att avsätta fler timmar per vecka för astma-/KOL-sjuksköterskans arbete än vad man gör idag på de flesta vårdcentraler [5]. Det

18B	Rökavvänjning
18C	Astma-information och rådgivning
18E	KOL-information och rådgivning
18L	Fysisk aktivitet-information och rådgivning
18G	Anafylaxi – information och rådgivning
48B	PEF-instruktion
48C	Reversibilitetstest
53BD	Astma, rådgivning om medicinjustering pga. exacebation
53BE	KOL, rådgivning om medicinjustering pga. exacerbation
64C	Inhalationsteknik, kontroll och instruktion
64H	Anafylaximedicinering. Instruktion

Tabell 2. Några åtgärder som astmasjuksköterskan registrerar.

behövs minst två timmar/1000 listade per vecka för godkänd, respektive minst fyra timmar/1000 listade per vecka för optimal astma-/KOL-mottagning, enligt nya kriterier framtagna av SFAMs Nätverk för Astma-Allergi-och KOL-intresserade Allmänläkare (www.naaka.se) och Astma-och Allergisjuksköterskeförening (www.asta.org.se) [6, 7]

Med vårt projekt vill vi försöka visa att det lönar sig att under ett par år satsa extra mycket på att öka kompetensen, och att det lönar sig att öka antal timmar för astma-/KOL-sjuksköterska. Det lönar sig på sikt för patienterna, för personalen och för vår ekonomi. Vi vill kunna inspirera andra, men även försöka påverka beslutsfattare om vikten med det vi har gjort.

Ersättningarna i Vårdval Stockholm är 200 kr för en spirometri och 200 kr för ett sjuksköterskebesök. Det finns ett tak för hur många sjuksköterskebesök som vårdcentralen får göra med full ersättning. Taket är 0,7 x antal listade patienter. Mellan 0,7 och 0,9 minskar ersättningen med 33%. Efter 0,9 får man endast patientavgiften på 70 kr, dock ingen ersättning om patienten är barn, har frikort eller om besöket är avgiftbefriat.

På Riksby vårdcentral var under 2008 kostnaderna för astmasköterskorna ca 221 600 kr (lön, arbetsgivaravgifter, utbildning, hyra, material samt övriga OH-kost-

nader), intäkterna för deras prestationer 248 200 kr, det vill säga ett överskott på 26 600 kr. Astma-/KOL-mottagningen har dessutom genererat många läkarbesök. Dessa besök tar kortare tid när patienten redan har varit hos astmasköterskan, som bl.a. tar och dokumenterar stora delar av anamnesen. Några patienter har kommit från andra områden efter att ha hört om vår astma-/KOL-mottagning. Vi listade därför under 2008 ca 150 personer. Observera att alla inte var astma-/KOL-patienter utan några var deras friska familjemedlemmar, några var patienter med eksem och andra var patienter med diverse allergier.

Deltagandet i kliniska studier gav oss en intäkt på 150 000 kr. Pengarna användes till kompetensutveckling.

Referenser:

- [1] Ställberg, B. Asthma in Primary Care: Severity, Treatment and Level of Control. Doctoral thesis. Uppsala University.
- [2] Ställberg, B, Skoogh, B-E. Läkartidningen NR 13, 2008, VOL 104.
- [3] Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). 2004.
- [4] Escuder Miquel L. Astma och KOL-mottagningar i primärvården (2002) GlaxoSmithKline AB.
- [5] Lisspers, K. Organisation of Asthma in Primary Care, Quality of Life and Sex-related Aspects in Asthma Outcomes. Doctoral thesis. Uppsala University.
- [6] Kull I., Johannsson G., Lisspers K., et al. Astma/KOL-mottagningar i primärvård ger effektivt omhändertagande. Läkartidningen NR 41, 2008, VOL 105.
- [7] Tilling B, Jagorstrand B, Johannsson G, et al. Allmänmedicin NR 5, 2008.

LUISA ESCUDER MIQUEL
Verksamhetschef/Distriktsläkare
Riksby Vårdcentral
Vårdutvecklingsledare astma,
KOL och tobak CeFAM
luisa.escuder@sll.se
www.sll.se/riksby_vc
www.cefam.se

Teknologiutveckling inkluderar både produktinnovationer och förbättrat management och kan spara kostnader i svensk sjukvård

Kostnader för sjuklighet i Sverige

Kostnaderna för sjukdom består av direkta kostnader och indirekta kostnader. De direkta kostnaderna omfattar kostnader för läkemedel, öppen och slutenvård. De indirekta kostnaderna består av värdet av produktionsbortfall till följd av korttidssjukskrivning, långtidsfrånvaro från arbete (tidigare förtidspensionering) och frånvaro från arbete till följd av för tidig död. Tabell 1 visar storleken och utvecklingen av kostnaderna för sjukdom i Sverige.

En jämförelse mellan 2000 och 2005 visar att summan av de direkta kostnaderna ökat från 152 miljarder kronor till 202 miljarder kronor. Samtidigt har dock de indirekta kostnaderna ökat från sammanlagt 240 miljarder till 315 miljarder. Det betyder att de direkta kostnaderna för sjukvård utgör en konstant andel av totala kostnaderna på 40 procent. Största förändringen mellan åren är att korttidssjukskrivningen minskat sin andel från 21 till 18 procent. Samtidigt har dock långtidsfrånvaron ökat sin andel från 27 till 31 procent. Man kan säga att vi fört över kostnaderna för arbetsfrånvaro från ett konto till ett annat. Senare beräkningar av den totala kostnadsutvecklingen finns inte, men korttidssjukskrivningarna har fortsatt minska och vi ser också en nedgång i antalet påbörjade sjuk-/aktivitetsersättningar.

Produktinnovationer sparar in personalresurser och leder till minskad arbetsfrånvaro

Det finns många exempel på produktinnovationer som lett till mindre personalkrävande vård och som därmed

Tabell 1. Kostnader för sjuklighet i Sverige, löpande priser.

Kostnader	Miljarder kr	
	2000	2005
Läkemedel	24 (6%)	29 (6%)
Öppen och slutenvård	128 (33%)	173 (33%)
Korttidssjukskrivning	82 (21%)	92 (18%)
Långtidsfrånvaro	106 (27%)	161 (31%)
För tidig död	52 (13%)	62 (12%)
Totala kostnader	392 (100%)	517 (100%)

Källa: IHE information

inneburit inbesparade kostnader i sjukvården och i omsorgen. Ett tidigt exempel är utveckling av serviceboende för äldre. Serviceboende innebär att den enskilde omsorgstagaren har ett eget kontrakt för sin lägenhet men att denna har en handikappvänlig utformning som underlättar boende och omsorg för de boende jämfört med traditionella lägenheter. Tidiga studier på 1990-talet, Svensson m.fl. (1991), visar att antalet hemhjälpstimmar för personer med en viss grad av nedsatt ADL-förmåga (Aktivity of Daily Living mätt med KATZ-index) var lägre för de boende i servicelägenheter jämfört med lika vårdbehövande individer som bodde i traditionellt boende.

Andra tidiga exempel på produktinnovationer som medfört minskad personalkrävande vård är utvecklingen av nya läkemedel för magsår. Under 1970-talet var det kirurgiska ingrepp med omfattande sjukhusvistelse som gällde för magsårspatienter. Under året 1978 introducerades Tagamet (cimetidin) som ett revolutionerande läkemedel mot magsår.

En uppföljning, ett antal år efter introduktionen visade att antalet operationer för både duodenalsår och ventrikelsår hade minskat samtidigt som tagamet introducerades, Jönsson och Persson (1982).

Efterföljaren som introducerades och spreds framförallt under 1990-talets första hälft och som blev världens största läkemedel räknat i försäljning heter Losec vilket i sin tur följdes av Nexium, också det en storsäljare. Dessa produktinnovationer innebar framförallt att patienterna kunde slippa långvariga sjukskrivningar och arbetsfrånvaro. Senare lärde vi oss att ännu bättre behandla magsår, men det är en annan historia.

Exempel under senare år är de nya TNF-alfa-hämmarna som visat sig minska inflammationen för framförallt patienter med reumatoid artrit och som visat sig vara så effektiva att patienternas inläggning på sjukhus minskat och att patienterna i ökande utsträckning kunnat återgå till arbete, Geborek et al (2002) och Wollenhoven (2006). Ett ytterligare ➤

aktuellt exempel är nya formuleringar, depåbehandlingar, som förbättrar följsamheten för patienter med schizofreni. Det visar sig att antalet inläggningar på sjukhus och antalet vård dagar är signifikant lägre för patienter som gått från traditionell oral behandling till depå-behandling med det nya atypiska depåläkemedlet, Risperdal Costa, både i Finland och i Sverige, Löthgren et al (2008).

Innovationer i form av förbättrad management

Det finns också exempel på innovationer i form av förbättrat management i sjukvården som lett till mindre personalkrävande vård och minskade kostnader. Ett sådant exempel är den förändring av organisationen för behandling och uppföljning av KOL-patienter som genomfördes 2002 i Simrishamn på Österlen i Skåne. Vården av KOL-patienter vid Simrishamns sjukhus omorganiserades så att patienterna fick förbättrad tillgänglighet till en speciellt avdelad KOL-sjuksköterska. KOL-sköterskan fick i sin tur direkt tillgänglighet till ansvarig läkare som kunde ändra medicinerings m.m. med mycket kort varsel. En före/efter-studie genomfördes med syfte att belysa förändringar i vården och det visade sig att KOL-patienternas sjukhusinläggningar till följd av akuta exacerbationer minskade, Tunsäter et al (2006). KOL-patienternas övriga sjuk-

husinläggningar var i stort sett oförändrade medan läkemedelsförbrukningen fördubblades och öppenvårdskontakterna ökade. Totalt sett uppvisade KOL-patienterna en minskad vårdkostnad.



Diskussion

Det är lätt att finna exempel på produktinnovationer som leder till mindre personalkrävande vård och därmed lägre kostnader för framförallt slutenvård. Många gånger är det läkemedel eller

medicinska hjälpmedel som ger sådana positiva effekter. Det är dock viktigt att notera att det inte alls är säkert att de totala direkta kostnaderna minskar vid introduktion av sådan ny teknologi. I syfte att stimulera företagen att utveckla nya effektiva läkemedel och medicintekniska produkter så måste också sjukvården vara beredd att betala för innovationerna. Detta sker ofta till ett pris som betydligt överstiger den marginella framställningskostnaden för läkemedlet eller de medicintekniska produkterna. Innovationerna får under en begränsad tid ett patent som berättigar dem till en ställning på marknaden som kan liknas vid ett monopol. Under patenttiden är syftet att företagen ska kunna tjäna in sina utvecklingskostnader för att sedan när patentet går ut få acceptera en konkurrenssituation från andra producenter som de facto leder till ett prisfall och ett pris som ligger betydligt närmare den marginella produktionskostnaden.

Kostnadsminskningarna för öppen och slutenvård uppväger inte alltid de ökade behandlingskostnaderna vid introduktion av nya patenterade läkemedel och medicintekniska produkter. Det betyder att produktinnovationer medför ökade nettokostnader för sjukvården. Emellertid är dessa nya produkter ofta förknippade med en förbättrad överlevnad eller livskvalitet som kan vara effekt av förbättrad behandling eller till följd av mindre biverkningar. Det är denna kombination av livslängd och livskvalitet som brukar uttryckas i form av vinster i ökade kvalitetsjusterade levnadsår, s.k. QALYs (Quality Adjusted Life Years) och som leder till att TLV, Tandvårds- och läkemedelsförmänsverket, godkänner pris och subvention på läkemedel, trots att de ibland inte leder till minskade kostnader för sjukdom.

Tabell 2. Årliga kostnader för läkemedel och antal läkarkonsultationer, respektive sjukhusinläggningar till följd av akuta exacerbationer före och efter genomförandet av ett Managementprogram för 784 KOL-patienter i Simrishamns sjukhus.

	Före	Efter
Läkemedel, kr	140 000	310 000
Läkarbesök i öppen vård	580	996
Sjukhusinläggningar	67	25

En intressant fråga är varför det är mycket lättare att hitta exempel på vetenskapligt publicerade studier som visar hur produktinnovationer sparar in sjukvårdsresurser, men så svårt att finna liknande exempel på managementinnovationer i svensk sjukvård? Skulle en förklaring kunna vara att det saknas incitament att utveckla sådana managementinnovationer, det vill säga att det saknas möjligheter att tjäna pengar på dem? Problemet kanske är att det inte finns patent på organisationsförändringar. Det kommer också att bli mycket intressant att se vad de nya modellerna för vårdval betyder för managementinnovationer.

Det finns några intressanta s.k. Pay-for-performance (P4P) experiment som pågår i Sverige. Ett exempel är Q-svikt, som syftar till att förbättra och effektivisera behandlingen av patienter med hjärtsvikt. Ett tjugotal vårdcentraler i trakterna kring Kristianstad och Hässleholm medverkar. Projektet innebär bl.a. att vårdcentralerna får en extra ersätt-

ning på maximalt 50 000 kr per år om de förbättrar vården av hjärtsviktspatienter, så att de bl.a. minskar inläggningar på sjukhus och att patienterna får en bättre livskvalitet. Ett liknande projekt kallas Q-diabetes och genomförs i Göteborgstrakten. Sådana nya intressanta försök innebär nya möjligheter att minska kostnaderna och förbättra livslängd och livskvalitet – framförallt för kroniska sjukdomar. Nyligen publicerades en intressant internationell genomgång av liknande experiment vid förbättrad management av kroniska sjukdomar och potentiella kostnadskonsekvenser, Busset al (2009).

Referenser:

- Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinse B, Zentner A. Managing Disease in Europe. www.sustainhealthcare.org (2009).
- Geborek et. al. Ann Rheum Dis 2002;Suppl 1:192 (abstr.)
- Jönsson B, Persson U. Nytt läkemedel gav vinst för samhället trots ökade kostnader inom sjukvården". *Läkartidningen* 1983;80, 1165-1167.

- Löthgren M, Asseburg C, Willis M, Seppälä N, Hakala M, Svensson M, Persson U. Presented at ISPOR 11th Annual European Congress, Athens, Greece, 9-11 November 2008.
- Svensson M, Edebalk P-G, Persson U. Home Service Costs: The Swedish Experience". *Health Policy* 1991;19, 197-209.
- Tunsäter A, Moutakis M, Borg S, Persson U, Strömberg L, Lassen Nielsen A. Retrospective incremental cost analysis of a hospital-based COPD disease management programme in Sweden. *Health Policy* 2007;81:309-319.
- Wollehoven et al. Karolinska sjukhuset, Poster (2008)

ULF PERSSON

Adjungerad professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet, verkställande direktör vid IHE (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi) samt ledamot i både Nämnden för läkemedelsförmånen och Nämnden för statligt tandvårdstöd inom Tandvårds- och läkemedelsverket

Det Nationella Primärvårdsuppdraget

Regeringen gav Toivo Heinsoo uppdraget "Patientens rätt i vården" där delförslag har berört vårdval, slopat krav på specialistkompetens i allmänmedicin och diverse andra frågor som har berörts utförligt tidigare. En av frågorna som inte har avhandlats var tanken om ett nationellt uppdrag för primärvården, en grundplåt som alla landsting var skyldiga att tillgodose.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram detta, men då SKL inte önskade detta för att skydda sina intressen, backade Regeringen. Vi i DLF som hade stora förhoppningar på ett sådant dokument anser att SKL inte har full översikt över vad verksamheten ansvarar för och har därför tagit fram ett underlag som redovisar vilket kostnadsansvar den enskilda vårdcentralen har hos de 21 huvudmännen.

Underlaget säger i sig inget om arbetsuppgifter, men då allmänt ekonomiskt tänkande anser att den som betalar får beställa så bör betalningsansvar och uppdrag följas åt. Vi vet alla att något som andra betalar har lätt för att utnyttjas, vare sig det rör sig om bonusar i finansvärlden eller MR-undersökningar. Rätt eller fel så medför kostnadsansvar en extra tanke.

När nu vårdval sprider sig kommer många enheter att ha en besvärlig sits om de inte samtidigt har mandat att välja hur de ska lösa sina uppgifter som de har kostnadsansvar för, vare sig man är offentlig eller privat. När jag nu har pratat med ett drygt femtiotal verksamhetschefer så är det slående hur likartade problem vi står inför, samt drabbas av en viss frustration över hur lite förtroende vi får från våra ledningar för att tillgodose befolkningen med de lösningar som verksamheten bäst behöver. Även en viss

fundering över hur många chefer som verkar acceptera allt som sägs från sina ledningar om vilket manöverutrymme man får ha i val av lösningar. Efter drygt 16 år i ett vårdvalssystem med hälften privata utförare, så är jag van att hitta pragmatiska lösningar på de krav som våra tjänstemän formulerar på uppdrag av politikerna.

"Vi vet alla att något som andra betalar har lätt för att utnyttjas, vare sig det rör sig om bonusar i finansvärlden eller MR-undersökningar."

Till tabellen. Sammanställningen innefattar alla huvudmän samt de uppgifter som kan ha en kostnadsram på ca 100 000 eller mer på en vårdcentral med ca 10 000 individer. Huvudmännen har olika nycklar att fördela sin befolkning, från rent geografiska till rena listningar och att antal däremellan. Verksamhetscheferna är alla rätt medvetna om hur många individer deras enhet svarar för, så det har inte varit problematiskt att klarlägga.

Uppdraget och kostnaden för detta har framkommit då jag har pratat med ca två (en till tre) verksamhetschefer (ibland en primärvårdscontroller) vid offentliga vårdcentraler centralt på huvudorten (flest invånare i kommunen) hos varje huvudman om utfallet och uppdraget för 2008. I VGR blev det en lite annan lösning då man fortfarande inte har ett gemensamt system i regionen, men varje lilla nämnd får beställa vård.



Rune Kaalhus

Jag har tagit ett rätt centralt Göteborgnära område. Jag har försökt göra en syntes av informationen (medelvärde för kostnaderna) så att detta avspeglar verkligheten 2008. 2009 har flera landsting helt andra regler, och en lätt känsla av samordning på central nivå framtonar när våra uppdragsgivare försöker hitta nya sätt att driva primärvård (varför försöker de inte med den 84% sjukvårdskostnad som vi inte får?). Täckningsgrad är jättepulärligt, kostnader för medicinsk service (lab, rtg m.m.) kommer troligen alla ha snart, och än roligare får vi när läkemedelsbudgeten faktisk ramlar ned i knäet på oss. Området med begränsat kostnadsansvar 2008 som går ut i vårdval 2009 kommer att få en faslig resa (t.ex. Kronoberg).

Asterisker (*) förklaras kort längst ner i aktuell kolumn. "Egen sjg" betyder att enheten har kostnadsansvar för anställda sjukgymnaster, men inte för sjukgymnastik på taxan (ute på stan). (En för mig fullständig konstig lösning om pengar skulle ha haft något värde, då en vettig chef självklart behåller ersättningen och sparkar sjukgymnasten mot ett avtal om att denna i fortsättningen som privat taxa-gymnast tar hand om samma patienter och får sin ersättning direkt från huvudmannen). ☺

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrboten	Skåne
Allmänläkare											
-mottagning	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-hembesök	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-hemsjukvård	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-jour	x	x	x	-	x	-	x	-	x	x	x
Sjukhusspecialistbesök											
-remitterade	-	*	-	-	x	-	-	-	-	-	-
-övriga	-	*	-	-	x	-	-	-	-	-	-
Sjuksköterska											
-mottagning	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-hembesök	x	x	x	x	*	-	x	-	-	x	-
-hemsjukvård	x	x	x	x	*	-	x	-	-	x	-
-jour	x	-	-	x	*	-	x	-	-	x	-
Utomlänsbesök	x	-	-	x	x	x	-	-	x	-	x
Ungdomsmottagning	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-
BHV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MHV	-	x	-	-	-	x	x	-	-	x	-
Sjukgymnastik	*	-	-	-	**	-	*	-	-	-	-
Arbetsterapi	x	-	-	-	x	-	x	-	-	-	-
Psykosocial kompetens	x	-	x	-	x	x	x	x	x	-	x
Fotvård	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-
Tolk	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x
Adminstration	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	x
Hyra	x	x	x	x	x	x	x	x	*	x	x
Städ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Telefon	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x
IT-system	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	x
IT-underhåll	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	x
Materiell	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Inventarier	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Transport	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x
Bilar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lab	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	x
Rtg	**	x	-	x	x	-	x	-	-	-	-
Övriga undersökningar	x	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-
Tekniska hjälpmedel	x	-	-	-	-	-	x	-	-	x	-
Ort.tekn. Hjälp.m.	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x
Inkontinenshjälp.m.	x	-	x	x	x	x	x	*	-	x	-
Läkemedel	(x)	-	(x)	(x)	-	(x)	-	(x)	-	(x)	(x)
	*=Egen sjg	*=Täckningsgrad			*=Halv ädel			*=Halv ädel	*=Om privat vård		
	**=Ej MR				**=Egen sjg						
Kostnad/år/listad	2922	2415	1712	2151		2131	2705		1452	1968	1794

”Halv ädel” betyder att primärvården har kvar hemsjukvårdsansvaret till viss del, olika hos olika huvudmän. Ett eländigt system där man måste ha kvar en organisation för att ta hand om överlapp mellan slutenvård och kommun. Ju färre gränssytor, desto mindre friktion. Antingen bör man ha kvar verksamheten i landstingsdrift (vilket politisk verkar

omöjligt just nu) eller så bör sjukhus och kommun växla patienter så att primärvårdens ansvar upphör vid mottagnings tröskel.

(x) betyder att läkemedelsbudgeten är utlagd på den enskilda enheten, dock har ingen anställd blivit av med jobbet på grund av övertrassering, så kostnaden är fortfarande imaginär. VGR kommer

dock att lägga ut det skarpt från oktober är det tänkt. Vi får se hur det ser ut där när dammet lägger sig.

Ansvar redovisas så att det som normalt är lönekostnader ligger i övre halvan, medan tjänsteköp ligger i nedre halvan. Intressant är att av 35 punkter så är det bara fyra som alla har kost-

	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	V Götaland	Örebro	Östergötland	
											Allmänläkare
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-mottagning
	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	-hembesök
	x	x	x	x	*	x	x	x	x	x	-hemsjukvård
	x	x	*	x	x	x	x	x	x	x	-jour
											Sjukhusspecialistbesök
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-remitterade
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-övriga
											Sjuksköterska
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-mottagning
	x	x	**	-	x	x	x	*	-	x	-hembesök
	x	x	**	-	x	x	x	-	-	x	-hemsjukvård
	*	x	-	-	x	x	x	-	-	x	-jour
	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	Utomlänsbesök
	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	Ungdomsmottagning
	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	BHV
	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	MHV
	-	x	*	-	**	*	-	-	*	*	Sjukgymnastik
	-	x	-	-	x	x	x	-	-	x	Arbeterapi
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Psykosocial kompetens
	-	-	-	x	-	x	x	-	-	x	Fotvård
	-	x	-	-	x	x	-	x	-	x	Tolk
	x	-	x	-	-	-	x	x	-	x	Administration
	x	-	x	-	-	x	x	x	x	x	Hyra
	x	x	x	-	-	x	x	x	x	x	Städ
	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	Telefon
	x	x	x	-	-	x	x	x	-	x	IT-system
	x	x	x	-	-	x	x	x	x	x	IT-underhåll
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Materiell
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Inventarier
	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	Transport
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Bilar
	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	Lab
	**	x	x	-	-	-	-	x	x	x	Rtg
	**	x	x	-	-	-	-	x	x	x	Övriga undersökningar
	-	x	-	-	-	-	x	-	-	-	Tekniska hjälpmedel
	-	x	-	x	-	x	x	-	-	x	Ort.tekn. Hjälp.
	-	x	-	-	x	x	x	-	-	x	Inkontinenshjälp.
	-	-	***	-	(x)	(x)	-	-	-	(x)	Läkemedel
	*delad jour		*=beredskap		*Geriatrinen	*=Egen sjg		*=Halv ädel			
	**=20%		**=Halv ädel		**Egen sjg						
	2167		2202	1578	1534	2815	2923	1995	3028		Kostnad/år/listad

nadsansvar för, nämligen mottagning för läkare och sjuksköterskor samt materiel och inventarier. Av lokala skäl frågade jag om kostnadsansvar för naprapat och kiropraktor vilket vi hade 2007 (och fick mycket gnäll över hur snåla vi var med subventionerade behandlingar) men ingen har haft detta 2008 (eller tidigare förutom oss). Kostnaden ligger på ca

100 kr/x med viss variation. De med störst ansvar verkar ha minst variation då omfördelningseffekter inte längre är möjligt (att vältra kostnaden över på någon annan funkar inte om man själv får betala allt). 100 kr/x motsvarar för en vårdcentral med ca 10 000 listade en kostnad på ca 300 000 kr per uppgift. Alla vet dock att olika uppgifter har helt

olika kostnadsnivåer. Dagens Medicin har publicerat siffror där man upprör över att man tar ut 40% av omsättningen i vinst till läkargruppen, men detta att läkarna hade halva lönesumman (och ca 1/3 av de anställda med ungefär dubbla lönen) har tidigare varit norm och om lönekostnaden är 80% av omsättningen, vilket har varit vanligt tidigare, så är detta

inget konstigt. Blir man då av med delar av lönekostnaden för läkarna, t.ex. jour eller hembesök/hemsjukvård (Uppsala/Västerbotten m.fl.) så kan man sänka sina kostnader rejält utan att det syns så tydligt i listan.

Lite olika funderingar jag har haft när jag sammanställt informationen är att man på vissa ställen har skapat riktiga bra och intressanta lösningar. Till exempel har man i Blekinge kostnadsansvaret för all röntgen, men om man skickar en patient på MR i enlighet med det lokala vårdprogrammet så får ortopedkliniken betala kostnaden.

I Dalarna får cheferna lägre lönepåslag om vårdcentralen inte uppnår sina finansiella eller strukturella mål, intressant tanke i dessa bonustider. Många får betala tolkbesöken själva utan extra ersättning, men vissa får dubbla ersättningen för besök med tolk, vilket verkar rimligt.

I Stockholm där man får mer än dubbla ersättningen utan att behöva betala tolkkostnaden vill jag fundera på att kalla in tolk vid besök av både utlänningar och utomlänningar... Vi i Västmanland har ingen kostnad för tolken, men får ett minimalt påslag på ersättningen. OH-kostnader verkar ingen veta vad det är. Alla tror att vår lön o.s.v. betalas ut av sig själv. Kostnaden för primärvårdschefer, vårdutvecklare, diverse personalare m.m. har ett fåtal grepp om, och tyvärr så är den offentliga sidan rätt okänslig för kostnader där man kan kräva 50–100% högre anslag än i privat verksamhet. En riktlinje är ca 2,5–3% av totalomsättning i administration för dem av er som är intresserade.

Vissa landsting kräver upp till 5% av omsättningen för att se till att de anställda får sina löner m.m. Det borde vara en självklarhet, oberoende av driftsform, att man själv får avgöra vilka tjänster man vill köpa för det man har kostnadsansvar för. Tyvärr verkar landsting i hög grad vara intresserade av att de egna hyres- och serviceverksamheterna

ska hållas under armarna till förfång för den kliniska verksamheten.

Långa avtal utan prutningsmöjligheter är legio. Dock var det ett landsting (jag har glömt vilket) där kemlab betalade tillbaks pengar vid årets slut på grund av för höga priser. Lab verkar dock som tandvården vara van vid att jämföra sig med privata utförare och har ett lite annat tänk. I Västmanland fick vi ner priset på c-las sitt lab, då vi hotade med att byta till ett privat lab.

Om man är offentlig vill man inte ha ett sämre läge än de privata enheterna och konkurrensneutralitet är ett vapen med minst två eggare i argumentationen med landstingskoncernen. Halland är det enda landsting som verkar ha tagit täckningsgrad i bruk, fast även där verkar definitionen vara lite oklar. Utfallen ska tydligen ligga på 65–75%. Självt är jag van vid siffror runt dryga 50% för läkarbesök, men det kanske ökar om man räknar in andra yrkesgruppers besök.

Ryktesvägen har jag hört om enheter i centrala Stockholm som ligger på 14% och då kan man faktisk börja förstå politikerna. Stockholm är ensamt om att ha en partiell kostnad för (avancerad) medicinsk service. Hjälpmedel är en klart högre kostnad för dem som har denna, men förhoppningsvis räknar nissarna på kansliet rätt när man fördelar ut

resurserna. De som har läkemedelskostnaden anger att de oftast har så kallade "allmänläkemedel" enligt läkemedelskommitténs regulativ. Kostnaden är ca hälften av övrig budget för vårdcentralen (ca 1/3 av totala budgeten).

Jag har bett LOK (Läkemedelskommittéernas Ordförandekollegium) att diskutera runt hur en nationell "allmänläkemedellista" bör se ut för att vi ska få ett likartat underlag. Det är mycket små skillnader mellan landstingen och det kanske är rimligt att vi har samma kostnadsansvar när det gäller en så stor fråga. Ni får gärna höra av er med synpunkter på vilka principer som bör reglera en sådan lista (vem som initierar, vem som skriver mest, första-/andrahandsmedel, icke-rekommenderade läkemedel o.s.v.).

Med ett starkt förbehåll om felaktiga data (från mina källor eller felslag från mig), så önskar jag de tabellglada av er lycka till. Jag kan även tipsa om att ett bättre kostnadsunderlag för hela primärvården finns på sidorna 40–41 i Öppna Jämförelser från SoS.

http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FE435A0E-1BCF-4562-BB14-71CB2097636E/12071/200812621_rev1.pdf

RUNE KAALHUS

OBS! REA-PRIS!



Distriktsläkarföreningens

Slips & Scarf

Distriktsläkarföreningen har tagit fram en slips och scarf med DLFs logga. Materialet i båda är 100% siden. Vi kommer nu att sälja dem till reapriset 100 kr/st. Om ni vill beställa slipsen/scarfen betala in 100 kr på vårt postgirokonto nr 417 00 13-9 och ange namn och adress samt vad ni beställer. Vi kommer sedan snarast att skicka över beställningen till er.

Signerade reproduktioner av omslagsbilder till Läkarmatrikeln

Sjuktransport • 2008



Peter Engberg

Sängläge • 2007



Peter Engberg

Sjukstuga • 2006



Peter Engberg

Stenbrott • 2005



Peter Engberg

Sjösjukan • 2004



Peter Engberg

Ö-Lasarett • 2003



Peter Engberg

Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg.
Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr).
Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären.
Gör er beställning på fax: 031-84 86 82,
via e-post: order@mediahuset.se
eller telefon: 031-707 19 30

PETER ENGBERG
Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning.
Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från Bohuslän.



Ett arkiv med webbsidor på Internet

Det som publiceras på Internet finns kvar där – även om den som är ansvarig för hemsidan tar bort eller ändrar i innehållet. Via Internet Archive kan vi se hemsidan och läsa dess innehåll som det tittat sig under olika tider i dess historia. Det är en resurs som kan vara bra att använda sig av om man vill granska en viss webbplats mer ingående.

Idigare artiklar har vi berättat om hur sökmotorer fungerar. De läser innehållet på olika webbsidor, och indexerar det därefter utifrån olika ord.

Internet Archive fungerar på ungefär samma sätt. De har – liksom sökmotorerna – en s.k. crawler som ständigt letar upp webbsidor och läser av dem. Skillnaden är att Internet Archive sparar *hela sidan* och lagrar den för framtiden. Vi kan sedan via deras hemsida söka efter en webbadress, och studera sidan så som den sett ut vid olika tidpunkter.

Sök adresser istället för ord

Vi testar hur det fungerar. Vi går till adressen www.archive.org och kommer då till deras startsida. Så här ser ett utsnitt av den övre, vänstra delen av sidan ut:



Om man klickar på länken **About IA**, längst till höger i den list vi visar här, kan man läsa mer om Internet Archive.

De bygger ett Internet-bibliotek, för att forskare, historiker – och vi – ska kunna få permanent tillgång till det som publicerats på Internet. Organisationen – som inte drivs i vinstsyfte, utan lever på donationer och bidrag – grundades 1996 och har sitt säte i San Francisco. Idag har de 85 miljarder (!) hemsidor i sitt sökbara arkiv.

Mitt på startsidans övre del hittar vi den ruta där vi kan göra våra sökningar. För att söka i Arkivet får vi använda oss av deras egen sökmotor, som de kallar *WayBack*.



Den ser ut och fungerar som en vanlig sökruta i vilken sökmotor som helst – med den skillnaden att det är *Internet-adresser* vi skriver in. Vi kan alltså *inte* söka på ord.

För att visa hur det fungerar, skriver vi in adressen till DLFs hemsida, alltså www.svdlf.se. Observera att *http://* redan är ifyllt i rutan (vilket ju automatiskt fylls i av webbläsaren när vi normalt skriver in en webbadress) så man klickar i rutan och fortsätter skriva *efter* dessa tecken.

Klicka sedan på knappen **Take Me Back** under rutan.

Titta på tidigare versioner av hemsidor

Det visar sig att organisationen har sparat DLFs hemsida vid 53 olika tillfällen. Vi kommer till en översiktssida med en tabell som ser ut så här:

Searched for <http://www.svdlf.se>

* Dates when site was added.
Historical typicality becomes available here 6 months after collection. [See FAQ](#)

Search Results for Jan 01, 1996 - Sep 23, 2008						
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0 pages	0 pages	0 pages	2 pages	4 pages	9 pages	4 pages
			Nov 18, 1999 * Nov 27, 1999	Apr 13, 2000 Jan 18, 2000 Sep 12, 2000 Dec 09, 2000 *	Feb 01, 2001 Feb 07, 2001 Mar 02, 2001 Apr 02, 2001 Apr 02, 2001 *	Apr 01, 2002 May 30, 2002 Jun 02, 2002 Nov 28, 2002 *
					Apr 18, 2001 May 19, 2001 Jul 21, 2001 Sep 26, 2001 Nov 27, 2001	
2003	2004	2005	2006	2007	2008	
13 pages	8 pages	8 pages	2 pages	8 pages	0 pages	
Feb 03, 2003 Feb 19, 2003 Apr 19, 2003 Jun 11, 2003 Jun 19, 2003 Jul 17, 2003 Jul 19, 2003 Sep 10, 2003 Sep 20, 2003 Oct 23, 2003 Nov 23, 2003 Dec 16, 2003 *	Mar 24, 2004 * May 21, 2004 Jun 07, 2004 * Jun 17, 2004 Jun 19, 2004 Aug 07, 2004 Aug 27, 2004 Sep 24, 2004 Nov 29, 2004	Feb 05, 2005 Feb 10, 2005 Mar 30, 2005 Apr 04, 2005 Jul 31, 2005 Aug 29, 2005	Jan 05, 2006 * Apr 24, 2006	Feb 03, 2007 Apr 01, 2007 Apr 03, 2007 May 07, 2007 * Jun 15, 2007 * Sep 20, 2007		

Tabellen har ett huvud som sträcker sig från 1996 (då arkivet grundades) fram till 2008.

Var gång de har läst hemsidan och sparat innehållet, läggs en länk med datum i tabellen under det aktuella året på denna sida. Vi kan se att det sammanlagt är 53 stycken, att den första läsningen/insamlingen av data skedde den 19/11, 1999 och att den senaste ägde rum 29/9, 2007. Det tar cirka sex månader för en insamling att publiceras här. ☺

De länkar som följs av en asterisk (*), indikerar att innehållet på hemsidan var ändrat vid insamlingen, jämfört med gången dessförinnan.

Länkarna är klickbara. Ett klick tar oss alltså till den version av hemsidan som Internet Archive fann när de samlade in innehållet vid detta datum – inte till dagens version av samma sida.

För att titta på den allra första versionen av DLFs hemsida – hur den såg ut den 19/11, 1999 – klickar vi alltså på den första länken under år 1999.

Äldre sidor har inte alla bilder

Så här såg sidan ut: (Innehållet var betydligt magrare då).



Tänk på att det *inte* är det datum som sidan först publicerades som vi kommer till när vi klickar på den allra första länken – det är den första gången som Arkivet *fann* den och samlade in innehållet, som avses.

Vi kan dock här läsa att den kom online (det vill säga publicerades på Internet) den 10/5.



- Styrelsen
- Vår tidning
- Facklig org.
- Länkar
- Aktuellt
- Statgar
- Startsida

Förutom det vi ser i bilden här ovan, finns också följande meny till vänster på sidan. Vi kan klicka på de olika länkarna i den.

Två saker ska man veta: Det första är när det gäller så här (i Internetsammanhang) gamla hemsidor, så har inte Arkivet sparat alla bilder. Klickar vi på **Styrelsen** så kommer vi inte att kunna se alla foton på de olika medlemmarna som finns där. Men all *text* kan vi naturligtvis läsa – så vilka som satt i styrelsen, deras arbetsuppgifter i den samma samt deras kontaktuppgifter (som gällde då) kan vi ta del av.

Det andra är att Arkivet har sparat allt internt material på sidan – men det innehåll som de *externa* länkarna som fanns på sidan leder till, har man inte sparat i detta sammanhang. Man har dock sparat länken. Rent praktiskt innebär det att om vi klickar på den, kommer vi till det innehåll som finns *idag* på den sida som länken leder till. Om man vill ta reda på hur innehållet såg ut *då*, bör man alltså titta efter vilken

adress det är den leder till och sedan göra en ny sökning på *den* adressen i Arkivet.

Vid insamlingar som skett senare, kan dock Arkivet också ha sparat innehållet även i en extern länk. Att så har skett, visar man genom att skriva en ny länk *under* den ursprungliga – för att tala om att den här externa länkens innehåll också är sparat i Arkivets server. Vi besöker DLFs hemsida som den såg ut 9/2, 2007. Då hade man på hemsidan lagt en länk där det stod **Informativ sida för allmänläkare**.

På bilden kan vi se att Arkivet även sparat den sida länken leder till (vilket i det här fallet är www.allmanmedicin.se). Under den ursprungliga länken, har man lagt till en länk som leder till Arkivets server. Klickar man på den så kommer man till den sidan – så som den såg ut i februari 2007.



Går att förhindra

Oavsett om vi befinner oss på översiktssidan för vår sökning, eller på startsidan hänger sökrutan alltid med. Vi kan alltså söka efter en ny webbadress snabbt och enkelt.



Det finns flera sätt vi kan påverka vår sökning – ett sådant är att klicka på **Adv.Search** till höger om rutan (eller under, om man befinner sig på startsidan).

En av de funktioner vi finner här, är att vi kan söka efter en hemsida så som den publicerades under en viss specificerad tidsrymd. Man fyller i ett startdatum och ett slutdatum som man vill söka mellan.



Det finns en lång rad fler alternativ som man kan klicka i för att styra sin sökning. Men de som normalt gäller – och alltså är förinställda här – är de vi rekommenderar att man använder sig av.

Internet Archives 85 miljarder sparade Internetsidor täcker inte allt som är publicerat på Internet. Det går att blockera sin hemsida, så att de inte sparar den överhuvudtaget, och det går också att i efterhand få den bortplockad från deras arkiv.

Det är alltså upp till den som skapat sidan att också blockera den från att sparas. Hur det går till kan man läsa på sidans FAQ (Frequently Asked Questions = ofta ställda frågor).

Om vi söker i Arkivet efter en webbadress, där den som publicerat sidan valt att blockera densamma, möts man av det här beskedet:

Blocked Site Error.

<http://www.xxxx.yyy> is not available in the Wayback Machine.

(Vi har ersatt domännamn och toppdomän.)

Bra resurs för källkritik

Naturligtvis är Internet Archive en mycket bra resurs om man vill skaffa sig en egen uppfattning om, och göra en källkritisk bedömning, av innehållet på en webbsida.

Vi tar ett konkret exempel. Här ser vi den startsida vi kommer till om vi skriver in adressen www.medicine.net i vår webbläsare:



Vid en första anblick kan det här te sig tämligen seriöst, men en van Internetgranskare blir nog ganska snart mistänksam om man klickar sig vidare på sidan. Den uppfyller *inga* av de kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser vi listade upp i vår artikel i DL 6/08.

Via Internet Archive kan vi enkelt ta reda på att sidan funnits åtminstone sedan 5 juli 1997, och genom att klicka på de olika versionerna kan vi se att innehållet kraftigt förändrat karaktär och inriktning under åren.

De tidigare versionerna av sidan vi kan klicka på ger oss fog för våra misstankar – det här är en sida med uteslutande kommersiell inriktning (vilket i de tidigare versionerna framgår lite mer oblygt) som uteslutande ägnar sig åt att länka vidare till olika – och i flera fall suspekta – försäljare av olika preparat och kurer. (Vid vårt besök 22/3, 2009 fanns här t.ex. en länk för att beställa hasch via Internet!)

Den här hemsidan är alltså ”dödskallemärkt”, och Internet Archive kan hjälpa oss att konstatera det. Det enda som är konstigt är att skaparna inte blockerat den redan.

Och naturligtvis är det på det sättet att om en hemsida är blockerad i Internet Archive, så bör man naturligtvis ta sig en ordentlig funderare på *varför* det är på det viset...

Ett historiskt perspektiv

Det händer ibland att en webbsida på nätet helt enkelt läggs ned – det kan finnas många anledningar till det. En vanlig anledning när det gäller medicinska hemsidor är att de flyttas till en ny adress.

När så sker är det inte heller ovanligt att en oseriös aktör snabbt försäkrar sig om att registrera den ”övergivna” adressen. Man använder den sedan för helt andra syften – ofta för att sälja läkemedel, droger m.m. utan receptkrav.

Därför är det en stor fördel att man med Arkivets hjälp kan titta på sidan i ett historiskt perspektiv.

Vi kan naturligtvis också använda Arkivet till att konstatera motsatsen. I vår artikel i DL 6/01 testade vi kvalitetskriterierna på webbplatsen www.guch.nu.

Genom att via Arkivet se de äldre versionerna av sidan kan vi konstatera att den haft kontinuitet i sitt innehåll, samt vem den riktar sig till (vuxna med medfödda hjärtfel).

Dessutom kan vi se att uppgifter om vilka som är ansvariga för sidan, kontaktuppgifter och så vidare också har varit likartade under de år den existerat. Det bidrar – tillsammans med de övriga kvalitetskriterierna – till att skapa ett förtroende för hemsidan.

Det digitala bibliotek av digitalt publicerat material som Internet Archive utgör, är alltså en bra källa att använda sig av när man ska kvalitetsgranska information på Internet.

Dessutom kan det vara bra att *känna till* att det man publicerar på nätet samlas in och arkiveras av andra. Egentligen är det ju inte konstigare än att ett vanligt bibliotek samlar på sig böcker och tidskrifter m.m. som publiceras i den ”vanliga” världen.

På startsidan ligger också en hel del andra länkar till intressanta Arkiv som är offentliga

- [220 Candles for Abraham Lincoln](#)
- [Travel Films From Watson Bishop](#)
- [Do It Yourself \(With Some Help From the Archive\)](#)
- [Inaugurations Past on the Archive](#)
- [Learn How to Be a Teen in 1950](#)
- [View National Film Registry Picks](#)

på Internet. Man kan exempelvis klicka på **Moving images**, och sedan **View National Film Registry Picks**. En lista med ca 40 filmer som är utvalda av US National Film Preservation Board för att bevaras i Kongressbiblioteket, och därmed är offentliga, kommer upp då. Dessa filmer kan man – *helt lagligt* – välja att ladda ner och titta på via datorn. (De har dock ingen svensk text...)

Slutligen ska vi påpeka att det ibland kan vara lite trångt på nätet när man ska besöka Arkivets server. Det är – som vi redan påpekat – en tjänst som inte drivs kommersiellt, så deras kapacitet har vissa begränsningar.

PER LUNDBLAD

Reflexioner från en allmänmedicinsk ankmamma

Hederstiteln "allmänmedicinsk ankmamma" fick jag av Gösta Tibblin när han installerades som professor i allmänmedicin i Uppsala. Jag vet att det finns någon ankmamma till, liksom några som fick titeln ankpappor.

Någon sekund efter min utnämning tänkte jag nog: Vad menar han? men sedan kändes värmen invärtes.

Självklart hade han rätt. En ankmamma bryr sig, stöttar, tröstar och försöker utveckla sin profession och vill göra allt som är möjligt för dem vi är till för – patienterna.

Och det stämmer. I olika sammanhang, lokala, nationella eller europeiska, där man försöker påverka professionellt, finns en eller flera patienter i bakhuvudet som utgör drivkraften och gör det meningsfullt att fortsätta kampen att utveckla allmänmedicinen.

1/1500

Jag valde att arbeta utanför storstaden och dess "stora" sjukhus, som jag alltid förstått skulle utgöra ett hinder för utvecklingen av primärvården i staden. Efter 35 år känns denna föräning helt realistisk. Därför har jag också med tiden förstått att relationen 1 läkare på 1500 invånare är ett genomsnitt, där hänsyn måste tas till storstad kontra glesbygd, kanske 1 distriktsläkare på 2000 invånare i storstad kontra 1/1200 i glesbygd.

Nu kan ju också glesbygdsliknande förhållanden finnas inom en storstad, därför måste man alltid ta hänsyn till de lokala olikheterna. I dessa vårdvalstider tycks siffran 1/1500 helt glömmas bort. Siffran står för en realistisk möjlighet att klara av en god vård för patienten och samtidigt garantera en bra arbetsmiljö för doktorn.

Tillsammans med patienterna i Heby har jag känt kraft och vilja att försöka utveckla och förbättra deras rätt till en välfungerande basal sjukvård. Ett behov som är lika stort över hela nationen, och därför inte bör vara enskilda landstings lekstuga att vart fjärde år förändra primärvården. Den är en nationell angelägenhet.

Vård i livets slutskede

De senaste tio åren har behovet av en mer avancerad vård också tydliggjorts genom den förändrade sjukvårdsstrukturen, där allt fler patienter hänvisas och vårdas i primärvården. Denna utveckling känns mestadels helt riktig. Vi utgör den breda kompetens som samlar informationen och lotsar patienterna i de skeenden av livet som kräver sjukvård och omsorg.

Att kunna ge sina medmänniskor en värdig vård i livets slut har varit en vilja från oss på vårdcentralen. Det är ingen verksamhet man bara kan bygga upp vid behov, utan den måste finnas som en del av övrig verksamhet, men är ändå ett tilläggsåtagande. Att tillfredsställa en sista önskan från en patient att kunna vårdas i det egna hemmet vid livets slut, sluter livets cirkel, från vaggan till graven.

Sedan tio år har vi i Heby denna vårdform enligt hospicefilosofien, som skall genomsyra vården vid livets slut, där de flesta av oss kommer att dö den långsamma döden och ha rätt till värdighet och vård enligt WHO:s kriterier i hemmet, på sjukhus eller i särskilda boenden.

När man startar verksamheter som inte ingår i det s.k. basala primärvårdsuppdraget, är det inte för att själv få mindre att göra. Nej, man gör det därför att det är meningsfullt för patienterna och utgör en del av vården som kan skötas inom allmänmedicinen. Ett sådant "extra" åtagande måste också tydliggöras i budgeten.



Christina Fabian

terna och utgör en del av vården som kan skötas inom allmänmedicinen. Ett sådant "extra" åtagande måste också tydliggöras i budgeten.

Konsulter

De flesta patienter vill inte åka till sjukhuset om de kan slippa. Vi utför allt mer på vårdcentralen, och önskar alltmer aktivitet från våra slutenvårdskollegor att röra lite mer på sig och komma ut till vårdcentralerna som konsulter 4–6 gånger per år. Hos oss blir de mycket väl bemötta och gör stor nytta för patienterna, bland annat genom kortare väntetider. De bidrar också till vår fortbildning och det utvecklas en ömsesidig kännedom om varandras verksamheter. Det finns goda exempel på konsultverksamhet, men tydligen behövs kraftigare incitament för att förändra sjukhustraditionen.

Generositet

Generositet i yrket är en ledstjärna för mig. Dels gentemot kollegorna som aktivt måste få lägga upp sin tjänstgöring efter egna behov och önskemål. Alltför många gånger hör jag idag vårdcentralcheferna tycka till om de faktiskt erkänt outhärliga läkarna som dock helst ska vara som robotar, och naturligtvis inte få bestämma hur som helst. Att så få läkare väljer att bli chefer är ett stort problem idag. Själv har jag alltid tyckt att det är bättre att leda en verksamhet än att bara ha möjlighet att

klaga. Jag högaktar flera sjuksköterskechefer, men helt klart behövs många fler läkare i denna position.

Generositet också gentemot mina medarbetare och patienter

Att lämna ut telefonnumret är för mig självklart när det gäller sjuksköterskorna. Ett måste när det gäller vård i livets slutskede. Kontakt med den doktor som kan patienten är en förutsättning för att denna typ av vård skall fungera, så att patient och anhörig känner trygghet och kan få adekvat hjälp dygnet runt. Under alla de år jag arbetat på detta sätt, har det aldrig känts som en belastning, snarast som en stor tillfredsställelse. Jag skulle sannolikt mått betydligt sämre om jag inte ställde upp på detta sätt.

Varje allmänläkare har nog en eller två patienter, kanske fler, som man ger sitt telefonnummer till. Detta har aldrig känts som en börda för mig. Tvärtom vet jag att patienten genom att få ett kort råd många gånger kunnat hantera sin svåra sjukdom. En trygghet som både lett till adekvat inläggning på sjukhus och möjlighet att undvika detta.

Denna generositet i vården betyder betydligt mer för verksamheten än den belastar den som är tillgänglig!

Ett ständigt problem är s.k. ”extra” patienter utöver de redan bokade! Vilket system man än har för bokning förekommer detta. Alla har vi vår gräns för den stress vi utsätts för. Det är ju faktiskt inte sjuksköterskornas ”fel” att patienten behöver en tid.

För mig är det omöjligt att säga nej till en patient eller ett hembesök exempelvis på lunchen, om ingen annan tid finns.

Det är tvärtom en stor tillfredsställelse när man klarat av något. En nöjd patient är vår belöning, och gör att också vi mår bättre. Att arbeta ”över” är ett måste då och då. Självklart måste var och en kompensera denna tid vid lämpligt tillfälle. Hör ibland att vissa vårdcentraler inte har någon möjlighet att låta kollegorna ta ut sin övertid. Det tror jag endast är ett ledningsproblem! Att

inom vårdcentralen göra upp kompensationsmöjligheter för allt extra arbete som läggs ned av enskilda gör att man lättare klarar av de pressade dagarna.

Ekonomi

I budgetdiskussioner är det varje år samma katastrofkänsla som presenteras för många av oss!

Jag vill inte bagatellisera den ekonomiska redovisningen, men med all respekt för våra ekonomer och politiker är det ju i stort sett bara pengarna som räknas. Få ser till innehållet.

Täckningsgrad, socioekonomi, diagnoser, åtgärder inom vårdcentralen, tilläggsåtaganden är sällan beaktade. Så har det varit sedan 1970-talet. Nog borde väl några inom landstingsadministrationen under årens lopp kunnat ta sig tid att titta på dessa faktorer, som är så avgörande för varför det ser så olika ut mellan enskilda vårdcentraler? Vårdval i all ära så gäller dessa ej medräknade faktorer fortfarande!

Så länge fortfarande bara 20% av sjukvårdsbudgeten går till primärvården, trots den förändrade sjukvårdsstrukturen, och de stora underskotten finns hos de jättestora sjukhusen som är politikernas ögonstenar, så kan inte jag uppamma någon katastrofkänsla i år heller!

Jag började i Heby 1974. Få dagar har jag tyckt det känts tråkigt att pendla mina fem mil. Har verkligen aldrig tvekat att jag valt rätt specialitet, nämligen den svåraste av alla, den allmänmedicinska. Jag vet också att svenska allmänläkare är mycket välutbildade – ja, sannolikt globalt sett bäst utbildade. Sträck på er! Det är ni värda!

Att vara kvinnlig allmänläkare har alltid känts som ett privilegium för mig. Att ha meningsfulla uppgifter, på arbetet och även i privatlivet är en livets gåva.

Ett positivt synsätt hjälper naturligtvis: det finns stora och små problem. För mig har det alltid varit viktigt att varje medarbetare har ansvar för sin egen arbetsuppgift. Det går inte att skylla på andra om det inte fungerar eller om man inte trivs. Öppenhet, respekt för olikheter mellan individer och arbetssätt gör att man kan trivas på arbetet.

Allt ordnar sig brukar jag säga, och det mesta går att lösa. Det är ju just nu man ska ha det så bra som möjligt och göra det bästa av situationen.

CHRISTINA FABIAN
Vårdcentralschef Heby
christina.fabian@lul.se

Provinsialläkarstiftelsens kurser hösten 2009

Vid Provinsialläkarstiftelsens möte i mars beslutades att ge medel till fem fortbildningskurser hösten 2009.

De kurser som kommer att ges i höst är följande:

1. *Läkare som ledare i 2000-talet – Modernt ledarskap och klassisk litteratur*
2. *Sexuell ohälsa en integrerad del av allmänmedicinska sjukdomar – sexualmedicin för distriktsläkare*
3. *Typ 2-diabetes i primärvården*
4. *Personlig läkare – möjligheter och förhållningssätt*
5. *Praktisk juridik för allmänläkare – intyg, lagar, sekretess*

Inbjudan med mer detaljerad information om kurserna kommer inom kort att skickas ut till alla DLFs medlemmar. Information om Provinsialläkarstiftelsens kurser kommer även att finnas på DLFs hemsida.

Mycket välkommen med din anmälan!

Britt Bergström

Distriktsläkarrepresentant i Styrelsen för Provinsialläkarstiftelsen

☼ ORDFÖRANDE



Maria Dalemar
Guldvingens vårdcentral
Östbygatan 21-23
531 37 Lidköping
Tel 070-567 91 89
Fax 0510-519 50 (bostad)
E-mail: maria.dalemar@svdlf.se

☼ ÖVRIGA LEDAMÖTER



Britt Bergström
VC Kungshöjd
Otterhällegatan 12A
411 18 Göteborg
Mobil 0703-503 506
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

☼ VICE ORDFÖRANDE



Ove Andersson
Eriksbergs VC
Granitvägen 5, 2 tr
752 33 Uppsala
Tel 018-611 79 00
Fax 018-55 97 28
E-mail: ove.andersson@lul.se



Rune Kaalhus
Läkargruppen
Källgatan 10
722 11 Västerås
Tel 021-15 02 30
Fax 021-18 55 78
E-mail: rune.kaalhus@ptj.se

☼ SEKRETERARE



Christer Olofsson
Kallinge vårdcentral, Gjutarevägen 1-3
372 50 Kallinge
Tel 0457-73 17 69
Fax 0457-73 17 75
E-mail: christer.olofsson@ltblekinge.se



Ann-Christine Sjöblom
Boo vårdcentral, Edövägen 2
132 23 Saltsjö-Boo
Tel 08-747 57 00
Fax 08-747 57 01
E-mail: ann-christine.sjoblom@ssl.se

☼ KASSÖR



Anders Nilsson
Täby Centrum-Doktorn
Attundafältet 14, 183 34 Täby
Tel 08-638 98 00
Fax 08-638 98 08
E-mail: anders.folke.nilsson@telia.com



Ulf Wahlöf
Dragonens Nya HC
Ridvägen 12, 903 25 Umeå
Mobil 070-329 17 72
Fax 090-17 89 60
E-mail: ulf.wahllof@comhem.se

☼ KANSLI



Anne-Marie Johansson
Sveriges Läkarförbund
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel 08-790 33 91
Fax 08-790 33 95
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se

☼ VALBEREDNINGEN

Göran Fälthammar (sammankallande)
Furulunds VC, Tingsvägen 2, 433 47 Partille, Tel 0706-32 83 83
Fax 031-340 22 36, E-mail: goran.falthammar@vgregion.se

Kerstin Ermebrant
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs
Mobil 070-326 94 08
E-mail: kl.ermibrant@tele2.se

Leif Martén
Mora VC, Mora Lasarett, 792 85 Mora,
Tel 070-321 52 42
E-mail: leifmarten@telia.com

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2009

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 3	14 maj	19 juni
Nr 4	27 aug	1 okt
Nr 5	8 okt	10 nov
Nr 6	18 nov	18 dec