Distriktsläkaren

Nr 3 • 2014 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF

Läkare med gränser
Rapport från DLFs fullmäktige
Patienter med utvecklingsstörning

Svenska Distriktsläkarföreningen

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse:
Ove Andersson (ordf.), Britt Bergström, Lena Ekelius, Bengt Jönsson, Daniel Mella, Christer Olofsson, Agneta Sikvall, Marina Tuutma

Kansli:
Anne-Marie Johansson
Sveriges läkarförbund
Villagatan 5, Box 5610
114 86 Stockholm
E-post: anne-marie.johansson@slf.se
tfn 08-790 33 91, fax 08-790 33 95

Redaktör:
Christer Olofsson, (red. och ansv. utg.)
E-post: christer.olofsson@ltblekinge.se

Redaktionsråd:
Agneta Sikvall, Lena Ekelius, Daniel Mella

Distriktsläkaren utkommer med 6 nr/år
ISSN 0283–9830 (Print)
ISSN 2001-810X (Online)

Adress:
Distriktsläkaren, Box 5610
114 86 Stockholm

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen:
dl@mediahuset.se

Annonser:
Helen Semmelhofer
helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

Tryck:
ÅkessonBerg
www.akessonberg.se

DLFs hemsida:
www.distriktslakaren.se

Omslagsfoto:
Våren har kommit vilket betyder bråda dagar för Blåmesen.
Foto: Annika Cederlund

Innehåll:

Ledare 3
Information från styrelsen 4
Fullmäktigemöte 5
Ordförandekonferens 9
Kursdoktorns Allmänläkardagar 14
Cancerkompis 19
Handledningsgrupp 21
Fadderlista 2014 24
Patienter med utvecklingsstörning 26
Sophiahemmet 32
Redaktören har ordet 35
Bokrecensioner 37
DLFs styrelse 38

Om kejsarens nya kläder

Personcentrerad vård. Sveriges sjukvård har fått ett nytt förhållningssätt i vården som förbättrar vårdens resultat och spar resurser och pengar. Allt genom att i vården utgå från individens egna resurser och vilja att delta i vården och också betona de resurser som individen har.

I de nya beskrivningarna av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret. Personcentrerad vård innebär att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård. Ett ställningstagande för personcentrerad vård kan vara att använda benämningen person i stället för ordet patient.

Inom allmänmedicin har det alltid varit ett viktigt fundament att kunna se människans hela situation och stärka individens egna resurser för att i så hög grad som möjligt kunna hantera sin egen hälsa. Att kunna se helheten och se patientens egen situation och resurser och utifrån det skapa bästa möjliga lösningar. Hela tiden med en vetskap om att om patienten förstår varför vi gör det vi gör och känner att det är bra så blir patienten tryggare och kan använda sina egna resurser och förmågor som en del av sitt eget tillfrisknande. Det låter väldigt lika.

Nu har slutenvården, forskare och politiker, äntligen börjat se vinsterna av ett allmänmedicinskt förhållningssätt. Genom ett allmänmedicinskt personcentrerat arbetssätt inom slutenvården kan man nu visa att man kan skapa bättre flöden, få kortare vårdtider och bättre compliance, främst hos de patienter som görs delaktiga i sin egen vård. Man har sett att man kan spara både tid och pengar. En

passant visade man också för ett par år sedan att en annan viktig, utbyggd allmänmedicinsk funktion, samordningen av patientens olika behov, också sparar rejält med pengar och lidande för patienten.

Notera alltså att slutenvård, politiker och andra intressenter i vården i Sverige återigen alltså visat att ett allmänmedicinskt förhållningssätt klart gör vården både bättre och billigare för väldigt många patienter. Det helt utan att reflektera över att ”personcentrerad vård” är allmänmedicin och har funnits på vårdcentralerna i decennier. Det utan att i diskussionen över huvud taget göra den jämförelse och försöka se dom sambanden som borde ligga närmast till hands. Är det inte dags för alla inblandade att till slut erkänna att det helt klart visar att en starkare primärvård med ett allmänmedicinskt förhållningssätt är den bästa utvecklingen för svensk sjukvård just nu. Speciellt för dem som har fler än ett behov. I stället för att ge kejsaren nya kläder.

Ove Andersson
Ordförande

Nytt från styrelsen - maj 2014

Årets fullmäktige ägde som vanligt rum i april och styrelsen välkomnar två nya medlemmar, Bengt Jönsson ledamot och Lena Ekelius ny vice ordförande. Båda deltog med liv och lust vid mötet i maj och hade många kloka synpunkter vid styrelsemötet och vi ser fram mot fortsatta livliga diskussioner och arbete för att hävda primärvårdens förträfflighet. Ett prioriterat ämne är allmänläkarens, specialisten i allmänmedicins, uppdrag.

Ett brett samhällsuppdrag kräver ökad bemanning, det vill säga ökat antal specialister i allmänmedicin. Läkaren har det medicinska ansvaret. Ju komplexare problematik och vårdbehov desto större behov av fast läkarkontakt och kontinuitet. Eliminera ”onödiga och oskäliga” arbetsuppgifter, illegitimate tasks. Uppdragsväxling (task-shifting) får och bör endast ske för att öka den medicinska kvaliteten i vården, inte för att kompensera för brist på utbildad personal.

På fullmäktige talade Jonas Söderström, informationsarkitekt inom IT, och författare till boken *”Jävla skitsystem”* och Martin Andreasson ordförande på Inera, organ för landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete. Båda framförde att många av de problem vi nu står inför beror på att man inte i tillräcklig grad involverat användarna av systemen i utvecklingen och att, om man bygger ut existerande system, de till slut blir ohanterliga. Börja om från början, går det?

Göran Stiernstedt och hans sekreterare Anna Ingmanson besökte oss nu på majmötet. Stiernstedt har till uppgift att effektivisera vården och Ingmanson gör ett arbete om utskrivningsklara patienter. Att utskrivningsklar inte betyder färdigvårdad var de helt klara över, men primärvårdens roll var inte fastställd. Förbundet anser att vi bör fokusera på sammanhållna vårdkedjor och vikten av samverkan samt påtala att utskrivningen ska ses som en process. Bristen på allmänspecialister försvårar ju primärvårdens ganska självklara medverkan.

Redan förra året kom Socialstyrelsen ut med ett konstaterande att allmänspecialister kommer att minska med ca 30 % in på 2020-talet. De flesta landsting har någon typ av samordning för planering och dimensionering, men det är stora variationer. När det gäller fördelning och rekrytering av ST-läkare så ser de flesta landsting till enskilda vårdcentralens behov och initiativet till rekrytering ligger oftast på vårdcentralen Vi ser att det finns behov av ökad tydlighet i att ST är ett utbildningsuppdrag ST-tjänsterna bör i ökad grad riktas till fungerande vårdcentraler. Utbildningsvårdcentraler med både studenter, ST och färdiga specialister ger en bred och bra utbildningsmiljö.

Årets Allmänläkarvän Svante Pettersson har kommit med ett arbete om primärvårdens resurser. Tyvärr drunknade publiceringen i det allmänna mediebruset, men utredningen är viktig och vi kommer att kunna hänvisa till den i många sammanhang. Den visar på stora skillnader mellan landstingen, vilket kan vara en följd av att uppdragen är olika eftersom primärvården inte är ett nationellt uppdrag. Egentligen kartläggs ju sådant som redan borde finnas kartlagt, till exempel av landstingen, SKL eller någon myndighet. Arbetet visar också entydigt att primärvården inte fått större andel av resurserna de senaste 15 åren trots alla politiska satsningar på primärvård.

Vi har skrivit om detta förr, men det har blivit ett bekymmer på flera ställen. Från och med 1 juli 2012 gäller att läkare från EU/EES med specialistkompetens inom allmänmedicin också har rätt till svenskt specialistbevis inom allmänmedicin. Berörd läkare ska själv söka kompetensbevis av Socialstyrelsen. Sen ska verksamhetscheferna avgöra om dessa individer är tillräckligt kunniga i språk och svensk sjukvård för att kunna arbeta självständigt. Landsting rekryterar, enskilda vårdcentraler rekryterar och även bemanningsbolag, Många far illa, de får inte den lön de har rätt till eller den vidareutbildning, fortbildning som behövs. Det verkar behövas en aktiv uppsökande verksamhet för att hitta dessa läkare, de är ofta okunniga om fackets roll.

Som avslutning ett litet ljus i mörkret - Heja Dalarna!
”Fortbildning för allmänläkare är ett eftersatt område inte bara i Dalarna utan generellt i Sverige. Bristen på fortbildning ger risk att vi får läkare med sämre kompetens och ger också sämre förutsättningar för att skapa en god arbetsmiljö och därmed svårigheter att rekrytera och behålla läkare i primärvården.

Som ett första steg för att vända den negativa utvecklingen införs krav på en miniminivå för fortbildning som ska gälla för den landstingsdrivna primärvården. Utöver detta krävs ett fortsatt arbete för att säkerställa en adekvat fortbildning för hela primärvården men med extra fokus på läkargruppen.”

Agneta Sikvall
Sekreterare

IT-utveckling, vårdval och administrativa bördor – fokusämnen på årets fullmäktige

På årets fullmäktigemöte den 4 april hamnade IT-frågan i centrum. Inbjudna var Martin Andreasson (m), ordförande för Inera, samt Jonas Söderström, informationsarkitekt och författare till boken ”Jävla skitsystem”.

Precis som förra året hölls Distriktsläkarföreningens fullmäktigemöte den 4 april på Spårvagnshallarna i Stockholm.

Under förmiddagen diskuterades IT-utvecklingen och journalsystemens användbarhet. Ämnet är ständigt aktuellt.

IT-haverier, svårarbetade datasystem samt usla gränssnitt kostar stora pengar, leder till ineffektivitet och skapar såväl stress som ohälsa bland vårdanställda.

Distriktsläkarföreningen har varit aktiv i debatten och framfört skarpa krav på IT-utvecklingen för att få fungerande och effektiva journalsystem som stödjer vårdprocesser.

Det rådde en minst sagt irriterad stämning i publiken; många av deltagarna vittnade om en ansträngd och frustrerande arbetsmiljö på grund av illa fungerande IT-system.

– Det finns all anledning att vara självkritisk till den situation som är. Även om vi står inför stora utmaningar, är jag övertygad om att det går att lösa problemen och övervinna svårigheterna. Tillsammans måste vi försöka lösa detta, säger Martin Andreasson, (m), ordförande för Inera (Landsting och regioner i samverkan för E-hälsa) samt regionråd i Västra Götaland.

Jobbet måste ske på hemmaplan

Lösningen är dock inte att bara byta ut systemen. Denna gång måste man börja i rätt ände och ur ett användarperspektiv verkligen analysera vad den nya generationens vårdinformationsmiljö ska klara, menar Martin Andreasson. Dessutom måste en gemensam nationell förankrings- och beslutsstruktur finnas på plats. I dag har 21 landsting olika sjukvårdssystem, vilket försvårar ett generationsskifte. Martin Andreasson menar att det krävs en nationell samordning, men också ett stort arbete av varje enskilt landsting.

– Den struktur som krävs finns inte i dag, den måste byggas upp. Sedan måste varje landsting tillsammans samarbeta över landstingsgränserna, men också med kommunerna och de privata vårdgivarna, så att man inte fortsätter att bygga in sig i gamla IT-stuprör som försvårar ett samarbete. Vi behöver en samordning kring den nya informationsmiljön, men utvecklingen måste börja på hemmaplan, säger Martin Andreasson.

Målet en patient och en journal är möjligt att uppnå, menar han, men det kräver att en del av de system som man redan investerat i måste skrotas. I framtiden ska vården slippa dubbelregistreringar och annat resursslöseri. Information som registreras i journaler ska automatiskt kunna föras över till exempelvis kvalitetsregister och dödsorsaksregister.

– Information ska kunna lagras oberoende av förvaltning och huvudman. Det ska inte spela någon roll om man arbetar som sjuksköterska i kommunen eller som läkare i primärvården, informationen ska kunna delas förutsatt att man har rätt behörighet. Jag vill hävda att detta är möjligt att uppnå, det är bara att titta på Danmark och Finland, säger Martin Andreasson.

IT på bekostnad av patienterna

Jonas Söderström, informationsarkitekt på InUse och författare till boken ”Jävla skitsystem” (2010) uppskattade Martin

Martin Andreasson (m) ordförande för Inera och Jonas Söderström, författare till boken ”Jävla skitsysrem”.

Andreassons optimism och hoppades att Ineras visioner och ambitioner om en gemensam struktur med flera lösningar, faller väl ut. Samtidigt underströk han att det finns en naiv övertro på teknikens möjligheter.

– Vi har en IT-industri som är väldigt glad. Konkurrensen mellan leverantörer av IT-system är också mycket svagare än i andra länder. I Sverige dominerar 5 procent av företagen över 90 procent av marknaden.

Jonas Söderström har arbetat som konsult med internet och användbarhet i datasystem i snart 20 år.

I boken ”Jävla skitsystem” (javlaskitsystem.se) radar han upp olika skäl till varför användarna är stressade: vi får allt fler system som saknar en gemensam standard, ett högre tekniktempo, usla gränssnitt och dålig interaktion, brist på utbildning och stela system som kännetecknas av central kontroll.

– Vi har olika system som ser olika ut och reagerar på olika sätt. De kräver också olika logik och kunskap om hur varje system ska hanteras. I dag använder vården så många och komplicerade IT-system att de blir upplåsta vid dataskärmen istället för att kunna ägna sig åt patientnära arbete.

Jonas Söderström arbetar i dag som konsult med uppdrag för företag, organisationer och myndigheter. På våren 2012 utsågs han till ledamot i regeringens särskilda arbetsgrupp för ökad användbarhet och tillgänglighet på det digitala området.

– Bra system och bra teknik ger användarna kontroll. De bästa systemen är intuitiva eller åtminstone tydliga och begripliga och enkla att använda. Men många av de system som anställda tvingas använda kännetecknas istället av motsatsen. De kontrollerar ditt sätt att arbeta, de är ofta svårbegripliga, oöverskådliga och fula. Resultatet är att många drabbas av en ökande olust och i slutänden ohälsa, säger Jonas Söderström.

Tekniken styr människan

Hans föredrag rev ned både applåder och skratt, inte minst när han visade bilden av nya snygga bilar med kromlackerade detaljer i eländiga trafikköer som han jämförde med dagens IT-system.

– Vi får fler och fler nya system som uppfattas som häftiga och snygga. Men så snart man börjar använda systemen så börjar problemen. I den nya digitala arbetsmiljön är det människan som tvingas anpassa sig efter maskinerna istället för tvärtom. Det är inte konstigt att tilliten till IT är dålig.

Jonas Söderström menar att man måste vända på processen, först behöver man definiera innehållet, därefter behoven och sedan införa och tillämpa tekniken. De som arbetar i vården har i regel ingen möjlighet att påverka de system de arbetar med.

När SKL:s Göran Stiernstedt lämnade sitt uppdrag för att bli nationell samordnare och röja i träsket av överflödig administration och tidsslukande och krångliga IT-system, var det många som hurrade.

– Han har nu träffat IT-användare som arbetar i den verkliga vardagen och blivit både tagen och förvånad. Kunskapen och medvetenheten om hur systemet fungerar för dem som arbetar på golvet har varit, och är, ofta bristfälligt, säger Jonas Söderström.

Själv är han orolig att målet om en förenklad administration och bättre fungerande IT-system, kan resultera i att det trillar ner något ytterligare administrativt som en del i utredandet.

– Det finns avhandlingar, exempelvis

Svante Pettersson, som är utsedd till Årets Allmänläkarvän 2014.

inom polisen som visar projekt som ville minska administration, istället ledde till det omvända. Utgångspunkten att förenkla administrationen påminner om problemen i trafiken. Om vi gör det enklare att köra bil får vi fler bilar. Och ju enklare det är att skicka epost, ju fler meddelanden skickas elektroniskt.

Rimliga krav

Lösningen är inte att vi ska bygga på systemen, komplexiteten har blivit alltför stor och risken är att vi i dag har system som är ”too big to fix”. Jonas Söderström refererar till SEB och U.S. Army som har försökt att bygga om sina system, men misslyckats.

– För det första behöver IT-projekten satsa mycket mer på användarcentrerad utveckling. Vi måste också fokusera mer på att uppnå rimliga effekter framför en uppsjö av funktioner. Det är lätt hänt att förvirra sig bland alla de möjligheter som tekniken ger, utan att fokusera på det som skapar en användbar miljö och ger rimliga resultat.

System som inte är anpassade efter användarnas behov och beteenden är slöseri med resurser och anställdas hälsa, avslutade Jonas Sjöström.

Årets Allmänläkarvän

Svante Pettersson, utredare på Läkarförbundet och som tilldelats 2014 års hederspris (läs intervjun med honom på sidan 9), höll ett uppskattat tacktal som berörde stora delar av publiken.

Svante Pettersson som arbetat med sjukvårdsfrågor på alla nivåer i Stockholm, har även skrivit ett flertal utredningar och drivit lika många projekt: ”i primärvårdsfrågorna finns en kombination av naturvetenskapliga och allmänmänskliga perspektiv som är väldigt spännande och som kan förstås av samhällsvetare”.

Han framhöll att det tycks blåsa nya vindar och att en ny enighet och inriktning börjat växa fram mot ett gemensamt tag om allmänmedicinen som helhet: ”Min tro är att just enighet och kanske vänskap inom kåren av allmänläkare är en av de allra viktigaste förutsättningarna för att primärvården och allmänmedicinen ska kunna utvecklas i vårt land… Och jag kan faktiskt inte tänka mig något finare än att bli officiellt sanktionerad vän med en så kvalificerad och humanistisk verksamhet som allmänmedicin är, så allt tack!”.

På frågan om vad han ser mest fram emot, svarar han:

– Den dagen som Inera står här och få ta emot priset, det vill säga när IT-systemen gjorts så användarvänliga att de får hederspriset. Den dagen ser jag fram emot, säger Svante Pettersson.

Strategier för att öka antalet specialister

Efter lunch ägnades eftermiddagen åt allmänna frågor och motioner. Bland annat diskuterades frågan om föreningen ska förbli en distriktsläkarförening eller öppna möjligheten för alla specialister som arbetar i primärvården att kunna bli medlemmar. ST-läkare föreslås även kunna bli associerade medlemmar. Frågan är inte avgjord, en internremiss ska skickas till lokalavdelningarna efter sommaren.

Två av de motioner som togs upp på fullmäktigemötet handlade om vårdvalet och effekterna på primärvården. En av de viktigaste frågorna för DLF handlar om ökningen av antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Motionärer från Jämtland och Kalmar yrkade på att DLF gör en ny undersökning (den senaste gjordes 2006) för att få aktuell basfakta om hur landstingens planering och bedömning av behovet av specialister i allmänmedicin ser ut den närmaste femårsperioden.

I svaret från styrelsen lyftes Läkarförbundets bemanningsenkät inom vårdvalen i primärvården fram. Den visar att rekryteringen måste öka med 50 procent för att uppnå full bemanning 2017, antalet ST-läkare behöver även öka med 100 procent för att uppnå DLFs mål på 1/1500. Läkarförbundet har i samarbete med DLF även gått vidare med undersökningen ”Hur antalet ST i allmänmedicin kan öka så att behovet av fasta läkare vid landets vårdcentraler kan tillgodoses”. Resultat från kartläggningen ska användas som ett underlag för att föreslå åtgärder på nationell och regional nivå.

Överföring av resurser från glesbygd

Motionärerna från Jämtland och Kalmar ville även att DLF tar fram underlag som belyser strukturella effekter av vårdvalsreformen för primärvården, och om och i så fall i vilken omfattning det skett en överflyttning av gemensamma resurser till storstadsregionerna. Styrelsen höll med om att det var en viktig fråga och biföll motionen.

Lokalavdelningen i Uppsala lyfte frågan om den administrativa bördan för läkare, vilket är en central fråga för DLF. Styrelsen hänvisade till det underlag som tagits fram för en god IT-miljö och ansåg att motionen var besvarad.

Vid fullmäktigemötet omvaldes ordförande Ove Andersson. Vice ordförande Anna Segernäs Kvitting avgick och ersattes av Lena Ekelius. Även kassör Anders Nilsson lämnade sitt uppdrag och Marina Tuutma blir ny kassör.

Till ny ordinarie ledamot i styrelsen valdes Bengt Jönsson.

Nästa års fullmäktigemöte äger rum den 17 april 2015.

Eva Nordin
Frilansjournalist

Annons

Ordförandekonferensen – vårdval och fortbildning i fokus

Primärvården ska vara första linjens sjukvård. Det hävdar ofta politiker och tjänstemän. Men, trots att uppdraget växt har det inte skett någon omfördelning av resurser till primärvårdens fördel under det senaste decenniet.

Vid DLFs Ordförandekonferens i april diskuterades såväl vårdvalets primärvård som utvecklingen av framtidens fortbildning.

Det var en välbesökt Ordförandekonferens som ägde rum den 3 april på Sveriges Läkarförbund. Förutom en bred representation från föreningens 24 lokalavdelningar, var även ett flertal föreläsare och gäster inbjudna. Under förmiddagen var Svante Pettersson, utredare på Läkarförbundet, på plats för att berätta om rapporten ”Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval”.

På plats var även Daniel Albertsson, distriktsläkare och medlem i DLFs lokalavdelning i Kronoberg. Han berättade om ett upprop från 70 distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin och hur de vill förändra vården och skapa förutsättningar för en välfungerande primärvård.

Eftermiddagen ägnades i huvudsak åt hur framtidens fortbildning bör utvecklas. Deltagare var Linn Bladh, utredare på Sveriges Läkarförbund, Gösta Eliasson från SFAM, Anders Henriksson, landstingsråd i Kalmar samt Evita Zoucas från Sjukhusläkarna.

Uppdraget växer – men inte resurserna

Runt millennieskiftet fick landstingen pengar av riksdagen för att bygga ut primärvården. Syftet var att uppnå en bättre balans mellan uppdrag och resurser. Men, drygt tio år senare kunde man konstatera att obalansen fanns kvar och till och med hade förstärkts.

– Under det senaste decenniet har primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader inte förändrats, trots att primärvården fått ansvar för en större del av läkarbesöken, säger Svante Pettersson, utredare på Sveriges Läkarförbund.

I april 2014 publicerades rapporten ”Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval”. Syftet med rapporten, menar Svante Pettersson, är att den ska stimulera till fortsatta studier och även ge underlag till diskussioner om hur den svenska hälso- och sjukvårdens struktur kan utvecklas.

Rapporten lyfter fram viktiga delar av vårdvalsreformen som tidigare uppföljningar inte har berört. Fokus har hittills varit på icke medicinska frågor som tillgänglighet, valfrihet och konkurrens. Hur vårdvalet har påverkat primärvårdens resurser och kostnader samt produktion har dock inte ingått i de uppföljningar som gjorts.

Ett av rapportens huvudresultat är att det skett ett trendbrott när det gäller utvecklingen av primärvården. För drygt tio år sedan var primärvården mest utbyggd i de mer glesbefolkade områdena i norr och minst utbyggd i våra större städer. Mönstret är i dag det omvända; det är framförallt i storstäderna som man lyckats bygga ut sin primärvård. Medan vi har en dynamisk utveckling i söder, sker en kräftgång i norr.

– Förr utgick man från att primärvården har en viktigare roll på platser där befolkningen har längre avstånd till andra vårdalternativ. Den här prioriteringen tycks man inte längre göra. Därför behövs en översyn av hur primärvårdens vårdval kan fungera jämlikt i alla delar av landet, säger Svante Pettersson.

Få läkare i primärvården

Rapporten visar att Sverige har en särpräglad hälso- och sjukvårdsstruktur jämfört med andra länder. En svensk gör i genomsnitt tre läkarbesök per år. Snittet i OECD- länderna är dubbelt så högt. Inte heller något av de nordiska länderna gör i närheten så få läkarbesök som vi gör i Sverige.

– Vi gör få läkarbesök, men vi har inte få läkare. Sverige toppar ligan i en internationell jämförelse, säger Svante Pettersson.

Andelen läkare som arbetar i primärvården är dock låg. I Frankrike, Tyskland och Nederländerna arbetar mer än 40 procent av läkarna i primärvården, i Sverige endast cirka 17 procent.

I exempelvis Portugal är varannan läkare generalist. Bland de nordiska länderna är det Finland som har flest generalister.

– Om man verkligen vill öka primärvårdens andel av resurserna, måste vi få fler specialister i allmänmedicin. Det kan vi endast lyckas med genom att utbilda fler ST-läkare. Bemanningsfrågan är helt avgörande, säger Svante Pettersson.

Sammanfattningsvis visar rapporten att:

- primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader inte har förändrats det senaste decenniet,
- primärvården var tidigare mer utvecklad i landets norra delar och i andra mindre tätbefolkade områden. I dag har primärvården i de norra delarna svårt att hävda sin ställning. Vårdvalet behöver därför utvecklas med inriktning mot att skapa mer jämlika förutsättningar över hela landet,
- en snabb och kraftfull investering i ST-tjänster i allmänmedicin är det viktigaste sättet att säkerställa balansen mellan resurser och uppdrag och att öka primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser.

Daniel Albertsson

Upprop för framtidens primärvård

Vi står inför ett vägval. Det menar Daniel Albertsson, distriktsläkare och medlem i Distriktsläkarföreningens lokalavdelning i Kronoberg.

I oktober gick 70 distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin i Kronoberg, samman i ett upprop för att skapa en större medvetenhet hos politiker och tjänstemän om vad som krävs för att skapa en välfungerande vård.

– Förutsättningen är att vi får fler och fasta distriktsläkare och mer resurser till primärvården. Vi har i Kronoberg Sveriges billigaste primärvård, men frågan är, till vilket pris? Vårt uppdrag har successivt ökat, utan att resurser har fördelats till öppenvården, säger Daniel Albertsson.

Det råder en omfattande brist på fasta distriktsläkare i Kronoberg, samtidigt som mer än en fjärdedel av kåren är över 60 år.

Uppropet ”Välfungerande vård” i Kronoberg handlar om att:

- det ska vara minst 1 distriktsläkare per 1 500 listade,
- minst 35 nya ST-läkare samt allmänläkare behöver rekryteras till 2017,
- vårdcentralens läkare är specialister i allmänmedicin,
- minimera antalet hyrläkare,
- primärvården bör baseras på: kontinuitet, riktat hälsoskapande arbete, satsningar på fortbildning, utbildning och handledning, en begränsning av kvalitetsregister och kvalitetsmått.

Kunskapsbrist bland politiker

Det finns ett stort glapp, menar Daniel Albertsson, mellan vårdanställda, politiker och tjänstemän när det gäller synen på bemanning och vårdens struktur.

– Politiker ser inte lika allvarligt på bemanningsfrågan som vi gör. Det är också tydligt att de har prioriterat slutenvården framför primärvården, trots att det är bevisat att en väl utbyggd primärvård är kostnadseffektiv, förbättrar folkhälsan och ger en jämnare fördelning utifrån vårdbehov.

I oktober 2013 blev samtliga partier i Kronoberg inbjudna till en hearing för att diskutera uppropet och situationen i primärvården. Majoriteten av allmänläkarkåren i Kronoberg fanns på plats.

– Mötet visade tydligt den kunskapsbrist som råder bland politiker och hur liten förståelse som fanns för den allvarliga situation som råder i Kronoberg. I landstinget fanns till exempel inte någon plan för ST-rekrytering, trots att vi har en allvarlig brist på specialister, säger Daniel Albertsson.

Efter politikermötet följde en livlig debatt i media och såväl socialdemokraterna som moderaterna lovade en budgetförstärkning inför valet.

– Vi involverade tidigt studierektorerna och det visade sig vara ett bra sätt att lyfta primärvårdsperspektivet och förbättra dialogen med politikerna. Vi fick också en mer dynamisk förening med fler aktiva distriktsläkare. Sammantaget lyckades vi få uppmärksamhet kring våra frågor, men fortfarande har vi en bra bit att gå, säger Daniel Albertsson.

Framtidens fortbildning

Under eftermiddagen hölls ett seminarium om den framtida utvecklingen av fortbildning för läkare. Frågan har fått en ny aktualitet genom det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet som antogs av EU i slutet av 2013. Enligt direktivet måste medlemsstaterna vidta nationella åtgärder för att främja och reglera frågan om fortbildning.

Linn Bladh, utredare på Läkarförbundet med särskilt ansvar för utbildnings- och fortbildningsfrågor, redogjorde för det nya direktivet samt för Läkarförbundets senaste fortbildningsenkät.

Sedan 2004 genomför förbundet en enkätundersökning som skickas till medlemmar under 65 år i Distriktsläkarföreningen, Sjukhusläkarföreningen samt Chefsföreningen. Syftet är att kartlägga omfattningen av fortbildning bland specialister.

Den senaste enkäten visar att extern fortbildning har minskat från 8,5 till 7,1 dagar mellan 2004 och 2012. Det motsvarar endast 70 procent av vad Läkarförbundet anser vara ett minimum.

Särskilt utsatta är specialister i allmänmedicin som i genomsnitt endast hade 5,3 dagars extern fortbildning, 14 procent hade ingen fortbildning alls.

– I april lämnade regeringen ett betänkande där man föreslår att Socialstyrelsen får ansvaret att ta fram särskilda föreskrifter för läkares fortbildning och som liknar de som finns för ST-läkare, säger Linn Bladh.

Med nya föreskrifter som reglerar fortbildning öppnas också möjligheten att utveckla en modell för inspektioner av fortbildningsverksamheten i landet. Det arbetet pågår nu för fullt på Läkarförbundet. Modellen ska testas under våren och hösten och i bästa fall vara klar i januari 2015. Ansvaret för inspektioner överlämnas då till det nybildade bolaget Lipus.

Anders Henriksson

Skallkrav för fortbildning

På Ordförandekonferensen deltog även Anders Henriksson (s), landstingsstyrelsens ordförande i Kalmar. Landstinget som var sist ut i landet att införa vårdval har i dag 28 landstingsdrivna hälsocentraler, elva privata läkarmottagningar samt tre sjukhus.

Han berättade om olika satsningar på systematiskt förbättringsarbete samt strategier för forskning och utvecklingsarbete. Primärvården i Kalmar län har även en bra studierektororganisation som skapar bra möjligheter för utbildningar och olika fortbildningar, menar Anders Henriksson.

– Utan påtryckningar från er hade vi inte landat där vi är i dag vad gäller fortbildningsfrågan. Det är helt uppenbart att ekonomisk styrning inte räcker, det krävs en värdegrund med tydliga mål där fortbildning är en viktig del för att vi ska få en kunskapsdriven hälso- och sjukvård.

Fortbildning är, enligt landstingets riktlinjer, kopplat till ersättningsnivåerna. Varje vårdenhet måste redovisa fortbildningsplaner för att erhålla full ersättning. Förra året uppfyllde 33 av 37 enheter fortbildningsmålen.

– Riktlinjerna har skallkrav att den externa fortbildningen ska omfatta fem dagar per halvår. Den interna fortbildningen ska vara minst 4 timmar i månaden. Utöver det ska det finnas särskild tid avsatt för kurser och konferenser samt kvalitetsarbete.

Anders Henriksson vill även se att kvalitet premieras i de ersättningssystem som landstinget använder och man går mer mot en processorienterad hälso- och sjukvård med ansvar för helheten.

Evita Zoucas

Fortbildning med i öppna jämförelser

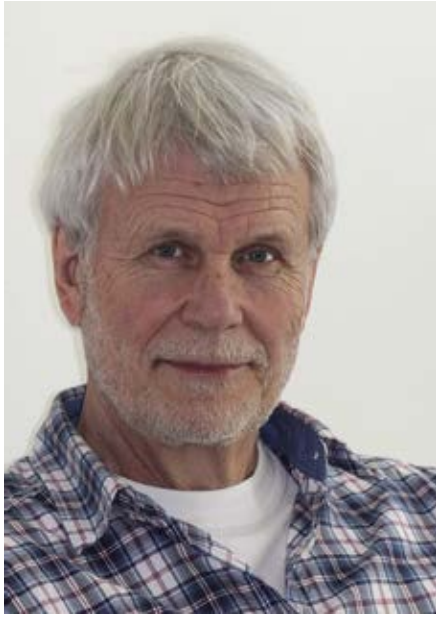
Från Sjukhusläkarna deltog Evita Zoucas, överläkare i Malmö samt Sjukhusläkarnas representant i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation (UFO). Hon påminde om att debatten om fortbildning har funnits sedan 1940-talet och att man genom åren försökt att lyfta frågan utan större framgång.

– Vi har en bra utbildningsstruktur för AT- och ST-läkare, men frågan om fortbildning av specialister är märkligt nog inte reglerad. Nu finns det dock en ljusning i och med det nya EU-direktivet och förslaget att Socialstyrelsen reglerar läkares fortbildning i en ny föreskrift med sanktionsmöjligheter mot verksamheter som inte uppfyller fortbildningskraven.

Sjukhusläkarna vill att Läkarförbundet verkar för ett obligatoriskt fortbilningssystem enligt CPD-begreppet, och där ansvaret för att avsätta tid och resurser till fortbildning åligger arbetsgivaren. Föreningen vill även att Läkarförbundet verkar för att fortbildningen följs upp i öppna jämförelser som ett led i arbetet mot en mer jämlik vård.

Fortbildningsmodul för allmänläkare

Sist ut för dagen var Gösta Eliasson, ordförande i fortbildningsrådet samt SPUR-samordnare inom Svensk förening för allmänmedicin.



Gösta Eliasson

Han har gjort en omfattande utredning om hur SFAM kan främja allmänläkares fortbildning på ett konkret sätt genom en så kallad fortbildningsmodul.

– Den fortbildning som tar vid efter uppnådd specialistkompetens saknar i dag mål, planering och struktur, och bygger till stor del på motivation och personliga initiativ hos den enskilde läkaren. Tiden för extern fortbildning har minskat successivt och många allmänläkare har idag inte tillgång till intern fortbildning.

Utredningen om allmänläkares fortbildning föreslår en fortbildningsmodul för specialister med tre separata delar: en katalogdel, en uppföljningsdel och en supportdel. Katalogdelen ger allmänläkare en sökbar, nationell överblick över tillgängliga kurser och aktiviteter. Uppföljningsdelen är tänkt att ge läkaren och verksamheten en möjlighet att registrera utförda fortbildningsaktiviteter, enligt en prövad modell med poäng för professionella utvecklingsmoment och som tillämpas av norska allmänläkare.

– Den norska modellen har använts framgångsrikt i mer än 20 år och innehåller så mycket mer än att bara samla kurspoäng, den tar ett samlat grepp om hela den professionella utvecklingsdelen, säger Gösta Eliasson.

Supportdelen vill stödja fortbildningen lokalt, bland annat genom att ge stöd till fortbildningssamordnare, FQ-grupper och individuella läkare.

För att finansiera uppbyggnaden av en fortbildningsmodul har SFAM fått medel från den statliga satsningen på förbättrad vård av kroniskt sjuka. SFAM har också anställt Eva Norell, tidigare anställd på Studentlitteratur, som fortbildningschef.

Tillsammans med Gösta Eliasson ska hon ansvara för arbetet med fortbildningsmodulen. Målet är att den ska kunna lanseras i en första version vid årsskiftet 2014/2015.

Efter seminariet följde en livlig debatt om framtidens fortbildning, vad kommande föreskrifter ska innehålla och hur uppföljningen ska se ut.

Ordförandekonferensen avslutades med en middag på Läkarförbundet.

Eva Nordin
Frilansjournalist

»Vi upplever inte världen punktvis, ögonblick för ögonblick, utan som ett kontinuerligt flöde, som en melodi. Att isolera enskilda toner i melodin och tro sig kunna dra slutsatser om melodin i sin helhet är naturligtvis absurt.«

Henri Bergson,
fransk filosof, 1859-1941

Annons

Annons

Apotekare Närig friar till Dr Arja

Delar av DLFs styrelse hade ett bejublat anförande (nåja det var en och annan i auditoriet som framförde att det var intressant att få reda på vad för självtester Apoteken tillhandahöll) på Kursdoktorns Allmänläkardagar i ett snöigt Göteborg i slutet av januari. Intresset var så pass stort att ovannämnda styrelseledamöter alias Dr Arja och Apotekare Närig tänkte att det kunde vara fler som var intresserade av dessa självtester.

Apotekare Närig från det närliggande apoteket sökte alltså upp Dr Arja för att föreslå ett samarbete. Hans tester skulle förbereda patienterna inför besöket och därmed skulle Dr Arjas arbete underlättas. Han förslog till och med att han skulle ha direkt access till Dr Arjas tidbok, vilket hon ställde sig minst sagt tveksam till. Apotekare Närig hoppas naturligtvis genom denna redogörelse få kontakt med mer öppna och nytänkande allmänläkare.

Han argumenterade som följer: Fru doktor känner väl till att omregleringen har förändrat apoteksmarknadens villkor och är troligen bara början på en stor utveckling i Sverige. I många länder får farmaceuterna utökade arbetsuppgifter och ansvar. I en nyligen framtagen rapport konstateras att apotekens insatser har bidragit till att Danmark gjort en besparing inom hälso- och sjukvården på 1, 3 miljarder kronor.

Tyvärr kunde inte Hr Apotekare förklara på vilket sätt man räknat fram besparingen och hur primärvården blev avlastad, men Dr Arja har via sina kontakter med läkare i Europa blivit informerad om att europeiska allmänspecialister är mycket oroliga över farmaceuternas framfart och att den medicinska vårdens kvalitét kan försämras och därmed också patientsäkerheten.

Enligt Apotekare Närig är apoteken en del av den svenska hälso- och sjukvården och ansvarar för en trygg och säker läkemedelsförsörjning i hela landet. Apoteken bidrar därmed på

Agneta Sikvall och Anders Nilsson som Apotekare Närig och Dr Arja. *Foto: Mikael*

många sätt till att avlasta primärvården och bidrar till en bättre folkhälsa. Det är branschens förhoppning att det i framtiden ges bättre förutsättningar för apoteksledet att kunna komplettera primärvården. För att det ska vara möjligt krävs att samhället hittar ekonomiska ersättningsmodeller, som fungerar stimulerande och är konkurrensneutrala.

– Dr Arja känner sig en smula utmattad av Hr Apotekares svada, så lite irriterad undrar hon över lönsamheten nu när antalet apotek efter omregleringen har ökat från drygt 900 till ca 1 250 stycken och om det inte är så att Hr Apotekare är ute efter primärvårdens ganska magra kaka, i synnerhet som hon har läst att det inte ger någon vinst att sälja förskrivna läkemedel. Staten kanske gjorde en god affär genom att sälja ut apoteken i tid? Hon tycker dessutom att egenvårdsråd har apoteken lämnat i alla tider så varför ska samhället börja betala för det?

Vår ”apotekarvän” försöker nu muntra upp stämningen med att förklara att man ser sig som komplement till sjukvården - inte som konkurrent, de vill samarbeta med vården. ”Visst vi är konkurrensutsatta men det ökar bara kvaliteten”.

Så kom vi då äntligen fram till
Hr Apotekares redovisning av självtesterna

Apotekare Närig visar upp en ***febertermometer*** som första exempel på självtest och så etablerat som detta test blivit sen det uppfanns på 1860-talet så är det svårt att finna några argument emot användningen. Möjligen det att om en person känner sig sjuk och eländig, men febern inte är högre än 37 grader så anser denne att det inte beror på att personen inte är så sjuk som han befarar utan att personen är ett undantag från genomsnittet. Visar inte testet det man förväntar sig så är det fel på testet.

Andra exemplet var en *blodtrycksmanschett* och med kännedom om hur vanligt det är med ”doktorstryck” och att man inte vill ge sina patienter mediciner i onödan så såg Dr Arja detta som en bra produkt.

***Ovulation* – 219 kr**

För dig som vill bli gravid. Det visar vilka 2 dagar i månaden som möjligheten att bli detta är som störst. Dr Arjas ståndpunkt i det här fallet var att Hr Apotekare nog snarast borde sälja ut sitt lager av engångsstickor eftersom hon visste att det snart skulle finnas en app på marknaden med en givare som kunde användas gång på gång. Då kan den presumtive modern dagligen mäta sin saliv och får en perfekt kurva av sin fertilitet månad ut och månad in, men måste vi planera livet så in i minsta detalj?

För att inte tappa bort genusperspektivet måste vi i rättvisans namn även kontrollera den blivande faderns fertilitet.

***Fertilitetsspermatest* – 169 kr**

Med det här testet kan man få reda på om spermieantalet räknas som ”normalt” och sedan ta ställning till hur man vill gå vidare. Vad som kunde invändas mot detta test är väl att det sällan är en uppgift för primärvården att utreda barnlöshet och inte bara mängden spermier har betydelse utan också deras kvalitet.

Nåväl med eller utan hjälp av ovanstående hemundersökningar så blev det en graviditet och därmed *graviditetstest* och där fick Dr Arja lov att bli riktigt lyrisk, för utan att vara vare sig djurrättsaktivist eller vegetarian kunde hon se fördelar. På trettio- och fyrtiotalet så injicerades kaniner med urin från kvinnan, dödades och dissekerades. Förekomst av ägglossning visade att kvinnan var gravid. En förbättring kom med grodtestet, för då behövde inte grodan dödas, men kaninuppfödarna förlorade en stor inkomstkälla. Tyvärr har det lett till massdöd av grodor världen över när överblivna svampinfekterade afrikanska grodor har släppts ut i natur där de inte hör hemma. Kemiska test är absolut att fördra i det här fallet.

***Detektionstest för fostervattensläckage* – 159 kr**

Ett trosskydd som hjälper till att upptäcka ett troligt fostervattensläckage när det föreligger en ökad risk. 92 % säkerhet enligt Hr Apotekare men Dr Arja blir bekymrad över de 8 % ?

Annons

falskt negativa svar som kan förväntas, t.ex. kan man inte lita på testet om den gravida har en vaginal infektion eller står på antibiotika och då bör ju i rimlighetens namn det vara större risk att hinnsäcken kan bli skadad.

***Urinvägsinfektion* – 199 kronor**

Apotekare Närig berättar om Eva som haft besvär några dagar med trängningar. Hon hinner inte gå ifrån arbetet, men på fredag kväll blir det olidligt. Var hittar hon någon läkare då? Eva springer till lokala jourapoteket och köper ett test, som är positivt och kan så tidigt lördag morgon höra av sig till jourmottagningen och berätta vad hon har. ”Vi måste acceptera viljan och rätten för medborgarna att själva ta reda på sin hälsa och ju tidigare du får reda på att du har en infektion, desto fortare kan du kontakta läkare”.

Dr Arja håller på anamnesen och att det är en tämligen onödig omväg att gå via apoteket och är mer rädd för patienter som vill ha antibiotika för sin positiva nitrit. Dessutom är hon ganska upprörd över hur hennes väninna blivit uppmanad att köpa tranbärskapslar som profylax när hon hämtat ut ett läkemedel mot UVI och pressar Hr Apotekare på om det finns någon vetenskap eller beprövad erfarenhet att hänvisa till. Svaret han gav talar för sig själv!

Såg inte Fru Doktor Vetenskapens värld i höstas då man diskuterade placebo? Jag som apotekare gjorde det - borde inte alla allmänläkare göra det oxå? Handlade om placebo och den stora betydelse det faktiskt har - tranbär hamnar möjligen där.

***Bakterie och svamp i underlivet* – 399 kronor**

Testsvaret får du inom 3 vardagar efter provets ankomst till lab. Rekommenderas endast vid besvär av klåda/flytningar. Dr Arja är som hela tiden tveksam och vill ta en anamnes i stället, människan rikligt koloniserad med bakterier och svamp i underlivet. Den som har en svampinfektion är nog inte heller villig att vänta tre dagar på besked.

Apotekare Närig slog sedan ett slag för Apotekets tjänst där man i *lugn hemmiljö* kan ta prov på ***klamydia*** och ***mycoplasma* - 399 kronor** om bara klamydia **299 kronor**.

Dr Arja slår i sin tur ett slag för Västra Götaland, Värmlands landsting, Västerbotten, Gävleborg, Sörmland, folkbokförda i dessa landsting kan gå in på *www.klamydia.se* och testa sig i lika lugn hemmiljö alldeles gratis och lika diskret!! Hr Apotekare uttrycker då en oro för att hans leverne ska registreras av FRA och NSA.

I åhörarskaran fanns flera som ansåg att apotekets tjänst, trots Dr Arjas tveksamhet, var bra. Hon kan ändå inte låta bli att undra om resultatet av omröstningen hade blivit annorlunda om de hade fått höra den sanna historien ut livet som berättades när seminariet var slut, om patienten som testats positivt via apoteket sen även köpt sin *behandling* på nätet, och nu sökte sjukvård för att han inte blivit bra.

Rekommendationen måste ju ändå bli för invånarnas och

samhällets bästa att tänker man går ut med herrarna i hagen eller råkar möta flickan i Havanna så använd kondom! Betydligt billigare än apotekets test.

***Vinterkräksjuka* – 299 kronor**

Enligt Hr Apotekare är det bra att veta om man jobbar i sjukvården för då går man inte till jobbet om man har visat sig vara känslig för vinterkräksjuka. Vilken arbetsgivare skulle acceptera det? Dr Arja håller på flitig handtvätt och i övrigt god hygien. Det handlar om kontaktsmitta inte luftburen. Och det är tvål och vatten som gäller, handsprit hjälper inte mot de här små varelserna.

***Laktosintolerans säkerhet* – 399 kronor**

Dr Arja pläderar för att ett betydligt enklare och billigare sätt: att utesluta laktos i födan medan Apotekare Närig menar att man slipper låta bli mjölkprodukter i en månad bara för att testa, men tillägger att testet bara fungerar på européer.

***Celiaci* – 299 kronor**

Hr Apotekare berättar att testet mäter förekomsten av cirkulerande IgA celiakiantikroppar i blodet, om positivt reaktion tag kontakt med läkare.

På Dr Arjas förfrågan förklaras att IgA-celiakiantikroppar är detsamma om transglutaminas-ak och det får henne att undra för femtielfte gången under detta samtal, det går ju inte att redovisa varje gång, hur Hr Apotekare får det till att hans tester ska underlätta för henne i primärvården.

Till sist berättar Hr Apotekare om testet ***trix borrelia***. För endast **198 kr** kan man få testat två fästingar och se om de är bärare av borrelia-smitta. Tanken är tydligen inte att fästingen ska få antibiotika och att vården skulle behandla utan tecken på att den bitne skulle uppvisa tecken på infektion är ju uteslutet. Smittan behöver inte ha gått över till värddjuret. Gechäft fräste Dr Arja.

Innan han går ifrån Dr Arjas mottagning berättar Apotekare Närig stolt att han också har öppnat en tidsbeställd mottagning på apoteket och testar blodtryck, blodsocker och allergier bland annat, men som HC Andersen skrev ”det är en helt annan historia”.

Apotekare Närig & Dr Arja

Annons

Annons

Anhöriga till cancersjuka kan träffas på nätet

Sju av tio svenskar är eller har varit anhörig till en cancerpatient. Den sjuke får vård men de anhöriga har få resurser att tillgå, trots att forskning visar att de anhöriga löper 25 procent större risk att själva bli sjuka p.g.a. den stress som de utsätts för. Idag kan anhöriga till cancersjuka träffas på nätet.

När Inga-Lills man drabbades av cancer önskade hon många gånger att hon hade någon att prata med, någon som var som hon.

– Man behöver stöd och någon att prata med om de ”förbjudna” tankarna som nästan alla i liknande situation drabbas av.

Inga-Lill frågade sin kurator på onkologen om hon kände till någon i samma situation som hon, en kvinna med en cancersjuk man. Några dagar senare ringde Gertrud. De hann inte träffas förrän båda deras makar hade dött. Men de fann varandra direkt och delade många långa stunder tillsammans. Inga-Lill menar att behovet av att möta andra i samma situation är stor.

– Gertrud och jag har stöttat varandra på olika sätt. Jag önskar att hon hade kommit in i mitt liv tidigare.

Inga-Lill menar att grundproblemet är att många anhöriga inte vet om att de har ett behov av stöd förrän man är där.

– Vi har många som hör av sig till oss efter att det gått lång tid, ibland flera år. De skriver att ”nu orkar inte mina vänner lyssna på mig längre, jag vill ha en cancerkompis”.

Som anhörig behöver man bli sedd och få prata om hur man känner utan att den sjuke hör. Vår sajt blir en frizon för alla anhöriga att våga må dåligt och kunna säga det till varandra och få veta att det är ok. Det förbjudna, att själv kunna ta plats fast det INTE är jag som är sjuk.

Under mannens sjukdomsperiod använde hon skrivandet som uttrycksform för att bearbeta den svåra tiden. Det var i samband med att anteckningarna skulle bli en bok som dottern Alexandra kom med idén att starta en förmedlingssajt.

Cancerkompisar bildades 2013 och är en ideell organisation som driver Cancerkompisar.se – en förmedlingstjänst där anhöriga till cancerdrabbade får kontakt med andra i samma situation. Tjänsten är gratis för alla från 13 år & uppåt och har idag ca 400 matchade anhöriga i nätverket. Den som söker en cancerkompis får fylla i olika uppgifter till exempel kön, ålder och relation till den cancersjuke för att matchas så exakt som möjligt med någon i samma situation. Sajten innehåller också bloggar från anhöriga, boktips, länkar och råd till den som har en anhörig i sin närhet, t.ex. en vän, en anställd eller en arbetskamrat. 143 personer använder de slutna samtalsgrupperna cirka 12 000 nås varje månad via Facebook.

Namnet Cancerkompisar har hon Gertrud att tacka för.

– När jag presenterade Gertrud för mina vänner sa jag: ”Det här är Gertrud, min cancerkompis”, för att avdramatisera ordet cancer.

Inga-Lill har mångårig erfarenhet som ledare inom både det offentliga och privata näringslivet. Idag arbetar hon halvtid som organisationskonsult inom det egna företaget. Resten ägnas åt Cancerkompisar. Utöver förmedlingstjänsten erbjuder organisationen föreläsningar, är aktiva inom sociala medier och bildar opinion angående närståendefrågan. Organisationen har långsiktiga mål så som att skapa ett band mellan anhöriga, sjukvården och arbetsgivare och att minska samhällets kostnader. Detta dels genom att förstärka det akuta stödet till cancerdrabbades anhöriga, dels genom att förebygga allvarliga sjukdomar som anhöriga till cancerdrabbade löper en ökad risk att drabbas av på längre sikt.

Lena Ekelius

Inga-Lill och Alexandra Lellky

Annons

Läkare med gränser
– vill värna om läkekonsten och patienten

Alltfler människor söker sig i dag till hälso- och sjukvården med problem som i många fall har psykosociala orsaker, men som behandlas medicinskt. Åsa Kadowaki, psykiater och legitimerad KBT-terapeut, är initiativtagare till nätverket ”Läkare med gränser”. Hon vill stärka läkare i sin professionella roll att göra medicinska bedömningar och prioriteringar som inte alltid faller patienter i smaken.

Det är strax efter lunch på Hageby vårdcentral i Norrköping. Åsa Kadowaki skyndar genom receptionen och upp till konferensrummet på tredje våningen. Där väntar några av de distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin som anslutit sig till en av Åsa Kadowakis handledningsgrupper med ”inlärningspsykologisk” inriktning (KBT).

– Vi har en utveckling inom hälso- och sjukvården med det fria vårdvalet och den fria etableringsrätten som utmanar läkares professionella roll att göra medicinska bedömningar och prioriteringar. Systemet går ut på att vi ska ha nöjda patienter. Ett gränssättande förhållningssätt kan då innebära att vårdcentralen förlorar listade patienter och därmed det ekonomiska underlaget. Det är ett växande bekymmer, säger Åsa Kadowaki.

Åsa Kadowaki

Den stora utmaningen, menar hon, är att som läkare vara stark i sin professionella roll och samtidigt kunna bemöta patienter på ett empatiskt sätt. Lika viktigt är att kunna skilja på friskt och sjukt och inte medverka till en medikalisering av livet eller att kompensera patienten med åtgärder som inte är medicinskt försvarbara.

– Det kan uppfattas som hårt och kallt att säga nej till något som den som lider önskar, men det handlar egentligen om vad som är hjälpsamt på sikt.

Åsa Kadowaki är specialist i psykiatri och legitimerad KBT-terapeut och arbetar som konsulterande psykiater på ett flertal vårdcentraler i Östergötland. En stor del av hennes uppdrag handlar om att stödja och handleda läkare i den professionella rollen samt att hjälpa till med kartläggningar och ”second opinions”.

Förutom handledning har hon de senaste åren föreläst om curlingsjukvård, professionellt förhållningssätt och empowerment; ett begrepp som bygger på tanken att människor har kapacitet att definiera sina egna problem och utveckla lösningsfokuserade strategier.

– Det handlar om att aktivera individens autonomi och egenkraft genom att skapa en medvetenhet hos patienten att hon eller han kan påverka sitt liv.

Psykisk ohälsa- ett växande problem

En av deltagarna i handledningsgruppen är ST-läkaren Irina Al. Hon läste till läkare i Sankt Petersburg och flyttade efter sin utbildning till Sverige. År 2008 fick hon svensk läkarlegitimation och började därefter som ST-läkare på en medicinklinik. Men efter knappt fyra år bestämde hon sig för att byta inriktning. Hon sökte sig till primärvården och fick en ST-tjänst i allmänmedicin på Åby vårdcentral, strax utanför Norrköping.

– Ganska snart insåg jag det fanns helt andra utmaningar i primärvården än i slutenvården. De problem som patienterna söker för är både mer komplexa och krävande, och det ställer höga krav på en bra kommunikation och ett fungerande samspel mellan läkare och patient, säger Irina.

I dag träffar hon i mycket större utsträckning än tidigare patienter med psykisk ohälsa och kronisk smärtproblematik.

Trots att Sverige räknas till världens lyckligaste folk växer andelen med ångest och psykisk ohälsa. I Sverige har sjuk-

Maria Gustafsson och Irina Al

FAKTA

ACT – Acceptance and Commitment Therapy

ACT är en form av kognitiv beteendeterapi, KBT, och en relativt ny behandlingsmodell som ingår i den så kallade "tredje vågens beteendeterapi".

ACT grundar sig på relational frame theory (RFT) som är en beteendeanalytisk teori. Det övergripande målet är att öka den psykologiska flexibiliteten och att utveckla funktionella och meningsfulla beteendemönster.

skrivningarna på grund av ångest och annan psykisk ohälsa stigit från 29 till 37 procent på tio år. Många unga är drabbade och diagnoser som depression och ångestsyndrom blir allt vanligare; på bara tio år har andelen unga som söker psykiatrisk vård fördubblats.

– När jag blev erbjuden handledning såg jag en chans att utveckla och stärka mig i min läkarroll och göra bättre bedömningar som jag kan stå för. I handledningsgruppen diskuterar vi mycket kring den professionella rollen och hur vi kan hantera patienter som kanske inte nöjer sig med den medicinska bedömningen utan själv vill ordinera sin behandling, säger Irina Al.

Hon berättar om patienter som inte vill träffa en sjuksköterska för en första medicinsk bedömning, utan kräver att få träffa läkare direkt.

För en tid sedan träffade hon en mamma med en fyraårig dotter med hosta. Mamman berättade att dottern var slö med dålig aptit och hon misstänkte att det rörde sig om en lunginflammation, en åkomma som dottern tidigare drabbats av och då fått behandling med antibiotika.

– Varken undersökningar eller prover visade tecken på lunginflammation, därför beslutade jag att avvakta och avstå från antibiotikabehandling, trots att mamman insisterade. Efter tre dagar fick de tid för ett återbesök och inte heller då fanns det några indikationer på att det handlade om lunginflammation, så jag förskrev inte antibiotika. Men det är inte alltid enkelt. Vissa föräldrar och patienter kan bli rätt krävande och ifrågasättande, säger Irina Al.

Rädsla att förlora listade patienter

I samma handledningsgrupp finns Maria Gustafsson, distriktsläkare vid vårdcentralen i Finspång. Hon känner igen sig i Irinas berättelse och har även hon hamnat i diskussioner med patienter som kräver antibiotikabehandling, trots att det strider mot den medicinska bedömningen.

– Med särskilt en patient hamnade jag i en infekterad diskussion där jag stod på mig. Efter att patienten lugnat ned sig kunde vi till slut enas och det slutade med att vi tog varandra i hand. Det är inte enkelt och visst kan jag ibland känna en oro över att vi kanske tappar listade patienter för att vi inte går patientens önskningar och krav till mötes.

Hon berättar om en annan patient som led av trötthet och som sedan länge var diagnostiserad med Sjögrens syndrom. Patienten som var sjukpensionerad på deltid, berättade att hon hade flyttat och nu fått en timmes pendlingsresa mellan jobbet och hemmet. Hon upplevde att tröttheten var för stor för att kunna jobba och ville därför ha en sjukskrivning.

– Hennes reumatolog hade inte gått med på sjukskrivning, utan remitterat henne till primärvården. Jag gjorde samma bedömning som reumatologen. Kvinnan ville ha en sjukskrivning, men inte på medicinska grunder. Det blev en omfattande diskussion som blev ganska jobbig och där det krävdes en tydlig gränssättning, säger Maria Gustafsson.

Vid fem tillfällen träffas deltagarna för att få handledning och stöd av kollegor. Att arbeta som distriktsläkare, menar Maria Gustafsson, kan vara ett både ensamt och utsatt arbete. Dessutom präglas vardagen av en stor arbetsbörda och en stressig arbetsmiljö. Tillsammans med kollegor får hon under handledning diskutera strategier och metoder för att stärka sig i sin läkarroll, men också för att stödja patienter att själva hantera problematik som egentligen inte hör hemma i hälso- och sjukvården. Men att sätta gränser utan att bli otrevlig och

agiterad och istället lägga tillbaka problem som inte är medicinska hos patienten, kräver både träning och färdigheter.

– Jag tycker att jag ökat min kunskap och medvetenhet om hur jag kan göra en strukturerad kartläggning av patienters medicinska/psykosociala problematik. Och den behöver inte alls ta lång tid. Jag har också fått bra verktyg för att bättre ta hand om den växande andelen patienter med lindrig till måttlig depression, ångest och livsstilsproblem.

Svårigheter som hör livet till

Åsa Kadowaki menar att vi har fått en utveckling där läkare förväntas lindra och behandla alla möjliga åkommor som inte är medicinska. De läkare som har ett gränssättande förhållningssätt riskerar att bli kallade oempatiska, kyliga och nonchalanta.

– Vi har haft flera utredningar som vill främja delaktighet och stärka patientens ställning. I juni ska riksdagen fatta beslut om förslaget till ny patientlag, och det är bra. Men det är olyckligt om patienter invaggas i tron att vårdens resurser är obegränsade eller att de har möjligheten att bestämma över medicinska behandlingar och prioriteringar. Om målet är att vi ska få nöjda patienter kommer systemet att kollapsa, säger Åsa Kadowaki.

Hon anser att vi har fått ett samhälle där problem, som hör livet till, betraktas som onormalt och sjukt. Det är inte längre normalt att må dåligt när livet gör ont, menar hon.

– Människor söker sig till sjukvården med berättelser om lidande och påfrestningar. Som läkare är vi tränade i att lyssna och bekräfta det patienten säger, och det är viktigt. Men det är inte patientens uppgift att göra den medicinska bedömningen.

Mycket av den ohälsa som vi ser i dag och som hamnar i sjukvården handlar om problem som beror på att vi äter fel mat, rör oss för lite och dricker för mycket alkohol. Många brottas också med en problematik som orsakas av stress, relationssvårigheter och livskriser kopplade till ekonomiska orsaker eller familjeproblem.

Det kan handla om en person som är hårt belastad av sitt arbete, har småbarn, tar ett stort ansvar för livspusslet därhemma och kommer till läkaren med sömnproblem och stressrelaterade symtom.

I dag får många av dessa patienter läkemedelsbehandling med antidepressiva, sömnmedel och ångestdämpande mediciner, kanske till och med sjukskrivning.

På kort sikt blir patienten avlastad och kommer ned i stressnivå, men på längre sikt löser man inte den bakomliggande problematiken, menar Åsa Kadowaki.

– Jag har förståelse för att patienter i svåra livssituationer ser sjukskrivning som en utväg och mediciner som ett sätt att dämpa symtomen. Och i stunden kan det som läkare kännas bra att hjälpa en person som lider och har det svårt. Men det läkaren egentligen gör är att medikalisera och patologisera normala påfrestningar i livet, vilket ökar den psykosociala ohälsan.

Åsa Kadawaki har blivit kritiserad för att vara emot sjukskrivning. Det är fel, säger hon. Hon är inte emot sjukskrivning, däremot att sjukskrivning används när det inte finns medicinska skäl.

– Bekymret som jag ser det, är att alltfler blir beroende av sjukvård i frågor som hör livet till. Sjukskrivning ändrar inte beteenden, däremot kan patienten fastna i ett utanförskap och försämras.

Öka kunskapen om beteendemedicin

Så vart ska de människor som utvecklat sjukdom på grund av långvarig stress och som lider av utmattning och ångeststörningar, vända sig?

Åsa Kadowaki menar att svensk hälso- och sjukvård måste bli bättre på att hjälpa människor att förstå sambanden mellan hur de tänker om livet, sig själva och hur de reagerar och beter sig; att stödja människor att aktivera nya beteenden så att de bättre kan hantera sin livssituation.

– Jag skulle gärna vilja se att beteendemedicin blir en egen disciplin och att det ingår i utbildningen till specialistläkare i allmänmedicin.

LÄS MER:

"Svensk sjukvård till vanvett- om patienten bestämmer" av Åsa Kadowaki. www.lakaremedgranser.org

Litteraturtips: "ACT helt enkelt", "När livet slår till" och "Lyckofällan", av Russ Harris
"En liten bok mot sömnbesvär" av Kerstin Jeding. Av samma författare "En liten bok mot stress" och "En liten bok mot oro".

Tips på ljudbok med CD-skivor:
"The Neuroscience of Change" av Kelly McGonigal

Andra litteraturtips är Pillret och Real Behavior (bilder ovan).

Det är viktigt med en respektfull dialog med patienter om vilka tankar och känslor de har kring en viss problematik. Det handlar om att vara närvarande och aktivt lyssna. Därefter är det viktigt att göra en noggrannare kartläggning för att veta vilka beslut som behöver tas.

– Jag brukar visa patienten hur jag går till väga när jag gör kartläggningen och fråga om det är okej. Det är en första gränssättning, att man inte med självklarhet går med på patientens beskrivning, utan att först göra en medicinsk bedömning. Sedan handlar det om att i en god dialog med patienten förklara varför man fattat ett visst beslut utifrån kartläggningen och att man stämmer av med patienten innan bedömningen lämnas över.

Under alla år som Åsa Kadowaki varit verksam, är det få patienter som lämnat mottagningsrummet i ilska eller besvikelse. Många blir istället tacksamma, även om det kan vara tufft att inse att det liv man lever är ohållbart och kräver förändring. Det är dock viktigt, menar hon, att som läkare vara konsekvent, tålmodig och kunna förmedla hur allt hänger ihop utan att vara fördömande eller skuldbeläggande.

– Den här färdigheten hänger i allra högsta grad ihop med läkekonsten. Min upplevelse är att de som skaffar sig kunskap och fortbildar sig i exempelvis KBT, motiverande samtal eller ACT, blir tydligare i sin professionella roll och bättre på att hjälpa sina patienter.

Eva Nordin
Frilansjournalist

Reflektioner från deltagare i handledningsgrupper:

Vad har handledningen bidragit till i ert dagliga arbete?

”Den hjälper mig att bättre förstå varför jag reagerar som jag gör på patienters beteenden. Diskussioner kring fallen och framförallt rollspelen är ovärderliga. Jag tycker mycket om de djupdykningar vi får göra i de teoretiska förklaringsmodellerna av beteenden. Alla distriktsläkare borde få denna handledning.”

”Handledningen har haft stor betydelse för mig både vad gäller personlig utveckling och i min yrkesroll. Mina möten har fått en bättre struktur. Jag har lärt mig att sätta gränser utifrån min personliga integritet och professionella medicinska kunskap”.

”Jag har blivit bättre på att bedöma vad som eventuellt behöver behandlas och avstå åtgärder och insatser på sådant som inte är sjukdom. Tycker jag fått större insikt om mina egna reaktioner i patientkonsultationerna och som jag får vara vaksam och uppmärksam på och vad som ”triggar mitt beteende”.

Fadderlista 2014

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Ove Andersson *(ogandersson@gmail.com)*	Gävleborg Uppsala Västmanland
Britt Bergström *(britt.bergstrom@vgregion.se)*	Östergötland Södermanland Jönköping
Lena Ekelius *(lena.ekelius@me.com)*	Halland Mellersta Skåne Nordvästra Skåne Sydvästra Skåne
Bengt Jönsson *(bengt.g.jonsson@gmail.com)*	Kalmar Kronoberg Östra Skåne
Daniel Mella *(daniel.mella@lio.se)*	Norrbotten Västerbotten Västernorrland
Christer Olofsson *(christer.olofsson@ltblekinge.se)*	Blekinge Stockholm Gotland
Agneta Sikvall *(agneta.sikvall@vgregion.se)*	Jämtland Västra Götaland
Marina Tuutma *(marina.tuutma@liv.se)*	Värmland Dalarna Örebro

Annons

En vanlig dag på jobbet – eller inte?

Att vara distriktsläkare till patienter med utvecklingsstörning

Malin Nystrand

Det är dags för ett nybesök på vårdcentralen. Min patient har nyligen flyttat in i en gruppbostad som ligger nära vårdcentralen. Hon har bott där i drygt en månad och det är dags för ett första läkarbesök. Innan hon flyttade till gruppbostaden bodde hon med sin mor i ett annat område. Modern har nu blivit äldre och klarar inte längre att ta hand om sin vuxna dotter med rörelsehinder, utvecklingsstörning och diabetes.

Vi har gott om tid för besöket, en hel timma. Tiden blir dock knapp eftersom det finns en hel del att ta itu med. Strax innan besöket inser jag att jag vet väldigt lite om patienten. Jag har inte tillgång till tidigare journaler eller den utredning som gjorts innan hon beviljades boende i gruppbostaden.

Jag kallar på patienten som sitter i väntrummet. ”Annika”, som vi kan kalla henne, kommer emot mig med sin rullator. Hon går lite inåt med fötterna och gången är lite vaggande. Hon hälsar fint och sätter sig på stolen. Vid besöket är även Annikas yngre syster med, en personal från gruppbostaden samt sjuksköterskan från kommunen. Det går lite trögt med konversationen och det blir mest ja- eller nej-svar från Annika. Efter en liten stund somnar hon i stolen. Då passar jag på att fråga systern om hur det varit tidigare och frågar personalen om hur det går i hennes nya hem. Redan innan den medicinska undersökningen påbörjat har jag satt upp en lista i mitt huvud över saker som bör göras. Nattsömnen behöver förbättras, och det vittnar även personalen om. Jag har noterat att hon har helt vanliga och lite slitna skor utan inlägg; här behövs en remiss till Ortopedtekniker. Jag har också fått veta att modern har skött ekonomin genom att ta med Annika till banken för att hämta ut hennes pension varje månad. Ett intyg för God Man behövs också. När Annika vaknar igen gör jag en kroppsundersökning. Jag kontrollerar blodtryck, lyssnar på hjärtat, inspekterar öronen, mun och svalg och palperar buken. Jag ser över hudkostymen och undersöker de små fötterna. Undersökningen görs till stor del under tystnad och med små och lugna rörelser. Provtagning idag är inte att tänka på, inte ens ett kapillärt prov går att ta då hon är rädd. Vi beslutar att avvakta tills hon är mer van vid sitt nya boende. Då kan sjuksköterskan från kommunen komma hem till henne och ta prover med viss förberedelse. Annika är lite överviktig och jag talar med sjuksköterskan och personal om kosten. Jag upprättar också Apodos efter besöket och vi prövar Circadin för sömnen; det visar sig fungera bra. Annika somnar inte längre dagtid på sin dagliga verksamhet och sover gott om natten. Efter några månader får jag höra att Annika är väldigt orolig i samband med menstruationer, vilket föranleder kontakt med gynekolog. Hon sätts in på Ceracette och det fungerar väl förutom att hon går upp lite i vikt. Den fina viktnedgången efter omlagd kost gick tyvärr jämt ut med Ceracette-behandlingen.

Nu har Annika bott i gruppbostaden i några år. Hon har nyligen genomgått en tandundersökning i narkos och då passade vi förstås på att ta blodprover. En remiss skrevs och lämnades till kommunsjuksköterskan med ordination av prover och kostnadsställe, och proverna togs i samband med narkosen.

Som distriktsläkare möter vi många (olika) människor. Vi är vana vid att uppmärksamma patientens medicinska behov och försöka tillgodose dessa på bästa sätt. Vi har gått konsultationskunskapskurser för att lära oss hur vi bemöter våra patienter med empati och engagemang. Vi skall fråga våra patienter om deras förväntningar, föreställningar och farhågor (de tre f:en). Vad händer då i mötet med patienter som inte kan beskriva sina symtom och problem, vad de förväntar sig av doktorn, vad de själva tror om sina sjukdomar eller tillstånd eller vad de är rädda för? Hur bemöter vi dessa personer?

Innan jag utbildade mig till läkare arbetade jag som barnsköterska och habiliteringspersonal med barn och ungdomar med funktionsnedsättningar, bland annat utvecklingsstörning. Dessa erfarenheter har varit till stor hjälp i mitt nuvarande yrke liksom vikariatet som underläkare på barnhabilite-

ringen. När jag började arbeta på vårdcentralen som AT-läkare noterade jag brister i bemötandet och omhändertagandet av personer med funktionsnedsättningar och ville delta i ett förbättringsarbete. Under åren i Primärvården har jag utvecklat ett arbetssätt som fungerar väl och som jag gärna delar med mig av i denna artikel.

Bakgrund

Utvecklingsstörning förekommer hos drygt 1% av befolkningen [1]. Enligt diagnosmanualen DSM-IV [2] definieras mental retardation som IQ < 70 vid undersökning med psykologiska test, samt brister i adaptiva funktioner (anpassningsförmåga) inom minst två livsområden. Personen skall uppvisa svårigheter att anpassa sig till normala krav i vardagen, exempelvis ADL-färdigheter, i studier eller arbete eller ha ett fungerande socialt liv. Nedsättningen skall ha funnits före 18-års ålder. Vid utvecklingsstörning förekommer autism hos cirka 20% [3]. Autism innebär svårigheter i socialt samspel, begränsningar i kommunikation och repetitiva och stereotypa beteendemönster med debut före 3 års ålder [2].

Utvecklingsstörning förekommer vid Down's syndrom eller vid andra syndrom såsom Fragil X, 22q11-deletionssyndromet, Angelmans syndrom eller Prader Willis syndrom, men ibland är orsaken till utvecklingsstörningen okänd. På Socialstyrelsens hemsida kan man läsa om ovanliga diagnoser [4].

Skall man säga psykisk utvecklingsstörning (i enlighet med ICD-10), intellektuell/kognitiv funktionsnedsättning eller mental retardation (DSM-IV)? Vad man säger är inte så viktigt. Huvudsaken är vad man gör. Det är dock viktigt att påpeka att det först och främst handlar om en person och sedan om en funktionsnedsättning.

LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kom 1994. Det är en rättighetslag, som skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Lagen är tänkt att stärka personer med funktionsnedsättning till ett självständigt liv. Om man tillhör LSS personkrets (personer med utvecklingsstörning och autism tillhör personkrets 1) kan man ha rätt till vissa insatser från kommunen såsom särskilt boende, daglig verksamhet, personlig assistent, kontaktperson och ledsagare. Landstingens ansvar enligt LSS är råd och stöd, exempelvis från kurator eller sjuksköterska. När det gäller hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättningar bedrivs den via Hälso och sjukvårdslagen (HSL).

Patienter på Vårdcentralen

Individer med utvecklingsstörning är som vilka patienter som helst på vårdcentralen. De ingår i vårdvalet och har rätt av välja vårdcentral och "lista sig". De är välkomna att kontakta vårdcentralen och boka tid.

Det har dock visat sig att personer med funktionsnedsättning inte får sina medicinska behov tillgodosedda [5]. De går längre tid än andra med allvarliga sjukdomar såsom hjärtproblem, diabetes och cancer innan dessa upptäcks. Bristerna har säkert flera orsaker, men svårigheter att kommunicera och att beskriva sina besvär är delvis en förklaring.

Barn med utvecklingsstörning är ofta väl omhändertagna vid barnmottagning, habilitering och övrig specialistvård. Vid övergången till vuxenvärlden blir det ofta problematiskt. Vuxenhabiliteringarna i landet är mycket olika dimensionerade, och många saknar läkarmedverkan, trots att specialiserad medicinsk kompetens om gruppen inte heller finns någon annanstans inom sjukvården. Basen i det medicinska omhändertagandet är Primärvården med stöd från Vuxenhabilitering, Psykiatri och den övriga specialiserade sjukvården vid behov.

Statistiskt sett har varje distriktsläkare cirka 20 patienter med utvecklingsstörning på sin patientlista. I verkligheten är det kanske så att vissa distriktsläkare har fler av dessa patienter och har etablerat kontakt med kommunens sköterskor inom LSS. Det är viktigt med kontinuitet i kontakten med läkare och sjuksköterska när det gäller individer med utvecklingsstörning. En del patienter behöver komma på flera besök och lära känna miljön och personalen på vårdcentralen innan undersökning kan göras och tillit måste skapas. Såväl doktor som patient behöver lära känna varandra. Som hjälp finns en "Primärvårdshandledning" riktad till läkare och sjuksköterskor [6].

Hur arbetar jag?

Jag har kontakt med cirka 50 patienter med utvecklingsstörning. Hälften av dessa personer bor i en gruppbostad med ständig tillgång till personal, och den andra halvan bor med sina föräldrar, är sambo eller ensamboende, ibland med hjälp av assistenter eller boendestöd.

De som bor i en gruppbostad har kontakt med kommu-

nens sköterskor inom Funktionshinderområdet (LSS-sköterskor). LSS-sköterskorna träffar jag regelbundet vid ronder där vi diskuterar patienter, går igenom medicinlistor och bokar patientbesök. Patienterna kan komma till vårdcentralen för ett besök, men ibland blir det aktuellt med hembesök tillsammans med LSS-sjuksköterskan.

De som har en annan boendeform har vanligtvis inte kontakt med kommunens sjuksköterska. Istället kontaktas vårdcentralen av personen själv, föräldrarna eller God Man. Jag försöker att träffa alla patienter minst en gång om året. Vissa patienter kontaktar jag själv för att boka tid för ett besök. Jag har mottagning för LSS-patienter en halvdag per vecka.

Att vara distriktsläkare till personer med intellektuell funktionsnedsättning ställer lite speciella krav på såväl doktor som hela vårdcentralen. Mig veterligen finns det inte någon speciell utbildning för distriktsläkare inom området, men man behöver ha tålamod, intresse och kunna vara flexibel. Det gäller att hitta individuella lösningar för en smidig och fungerande kontakt. Mötet med Annika och mina övriga patienter har lärt mig mycket.

Det behövs också en tydlig organisation på vårdcentralen. I mina patienters journaler finns det markerat ”LSS-Dr Malin”. Då vet personalen på vårdcentralen att det skall avsättas en timma för besöket (även om besöken ibland blir korta om tålamodet hos patienten tryter). Efter besöket med Annika är jag numera noga med att ha tillgång till tidigare journaler och intyg. Vid besöket är anhöriga, God Man och eventuellt personal med. Det behövs ofta information från tredje person. Ibland talar jag i enrum med anhöriga eller med personal eller har telefonkontakt med dem före eller efter besöket.

Jag försöker vara lugn och lågmäld och använda få ord. Jag vänder mig först till patienten, som får försöka svara. I samtalet med en person med utvecklingsstörning är det viktigt att använda ett enkelt språk och vara konkret. Ironi och underliggande betydelser är för de flesta svårt att förstå. Samtalet får anpassas efter utvecklingsnivå. Redan från början av besöket observerar jag rörelsemönster, beteende, kommunikation och samspel med andra. Den kroppsliga undersökningen får anpassas efter situationen och tålamodet, men görs lugnt och metodiskt. Jag använder enkla ord och visar mitt stetoskop, lyser med lampan och pekar på undersökningsbritsen. Ingen skall tvingas till hälsokontroller, blodprover eller undersökningar som inte är absolut nödvändiga. I slutet av besöket låter jag medföljande personer berätta, som i fallet med Annika. Om det är möjligt kan patienten lämna rummet med en personal (exempelvis för provtagning eller kontroll av vikt) medan jag talar med närstående eller personal.

Efter besöket försöker jag vara tydlig och lämna skriftlig information om vad som gjorts och bestämts och hur och när uppföljning skall ske.

Jag har kontakt med två patienter som inte kan komma till Vårdcentralen på besök. De två kvinnorna är i 30-årsåldern och bor med sina mödrar. Båda två har autism i tillägg till den svåra utvecklingsstörningen. De brukar vägra att följa med till okända miljöer. Hembesök är enda alternativet. Vi träffas regelbundet 1-2 gånger per år, och vid varje besök

försöker jag närma mig en kroppslig undersökning, men det har visat sig svårt. Den ena kvinnan, som också har Down's syndrom [Se bild från hembesök] har varit särskilt avvisande till undersökning. Jag brukar visa mitt stetoskop och lyssna på moderns hjärta och lungor för att visa henne att det inte är farligt. Vid senaste besöket fick jag faktiskt lyssna på hjärtat ett par sekunder genom tröjan. Kanske blir det en längre stund vid nästa besök? De specifika kontroller som bör göras vid Down's syndrom [Faktaruta till höger] har inte varit möjliga att genomföra.

Beteendeförändring

Ett förändrat beteende är ofta ett uttryck för att något är på tok. Då anamnes ofta kommer från närstående och personal, blir doktorns arbete likt detektivens; att försöka sätta ihop helheten. Vad handlar problemet om? Orsakerna till en beteendeförändring kan vara många, exempelvis smärta, förstoppning, epileptiska anfall, depression eller begynnande demens. Det kan ha uppstått förändringar vid daglig verksamhet eller på boendet. Förändringar i personalgruppen eller hos de medboende kan ge reaktioner hos en person med utvecklingsstörning, som inte kan uttrycka detta i tal. Ibland kan personens kognitiva förutsättningar felbedömts, och för högt ställda krav lett till beteendeförändring.

Medicinlistan bör granskas noga. Eventuellt kan mediciner behöva tas bort eller sättas in. För information om läkemedelsbehandling rekommenderas kapitlet *"Läkemedel hos personer med utvecklingsstörning"* i Läkemedelsboken [7].

Om den kroppsliga undersökningen, blodprover och eventuellt övriga undersökningar utfallit normalt och orsaken till beteendeförändringen är oklar, kan beteendet behöva registreras över tid eller specialistsjukvården konsulteras. Vid Vuxenhabiliteringen finns psykolog, kurator, arbetsterapeut med flera som eventuellt kan fortsätta utredningen. Vid misstanke om psykisk sjukdom bör remiss skrivas till psykiatriker. I Göteborg finns Omsorgspsykiatrin med öppenvårdsmottagning och några slutenvårdsplatser för personer med utvecklingsstörning.

Flerfunktionshinder

Personer med svåra flerfunktionshinder kommer ibland på besök till vårdcentralen. Med flerfunktionshinder menas omfattande och svår problematik med funktionsnedsättningar inom flera områden [8]. De är helt beroende av andra människor. De har förutom utvecklingsstörningen även rörelsehinder, ibland med spasticitet, ofta problem med nutrition, mage, tarm (reflux och förstoppning är vanligt), urinblåsa, andning, epilepsi och smärta. Anhöriga och personal måste vara deras ombud, tolka och försöka förstå signaler och sköta deras omvårdnad. Dessa personer har nästan alltid kontakt med Vuxenhabiliteringen och ibland även med neurologer och lungläkare, men distriktsläkaren och distriktssköterskan finns också med i patientens kontaktnät. Det behövs ofta samarbete mellan de olika disciplinerna för en fungerande omvårdnad.

FAKTA

Riktlinjer för medicinskt omhändertagande av vuxna med Down´s syndrom

Inom parentes exempel på förekommande problem vid Down´s syndrom

1. Thyroideafunktion, läkare vartannat år (hypo- och hyperthyreos).
2. Ögonundersökning, läkare vartannat år (katarakt, keratokonus, blefarit, brytningsfel).
3. Hörsel- och öronundersökning, läkare vartannat år (ledningshinder och presbyacusis).
4. Skelett och ledstatus, läkare vartannat år, sjuksköterska varje år (luxationer, plattfothet, ökat atlanto-axialt avstånd).
5. Tandundersökning, tandläkare eller tandhygienist vartannat år (dålig salivproduktion, tandlossning).
6. Preventivmedelsrådgivning till kvinnor.
7. Kardiell bedömning, läkare vartannat år (mitralklaffs-prolaps, aorta-regurgitation).
8. Bedömning av eventuellt depressivt beteende, läkare vartannat år, sjuksköterska 2 ggr/år.
9. Bedömning av psykisk prestationsförmåga hos individer >40 år, läkare vartannat år, sjuksköterska varje år (tidig demens).
10. Observera nutrition och försök undvika övervikt.

Modifierad efter Monica Ericson Sjöström

Intyg

I kontakten med personer med utvecklingsstörning ingår ofta att skriva olika slags intyg. Det kan röra sig om läkarutlåtande angående hälsotillstånd (LUH) för aktivitetsersättning eller ansökan om sjukersättning. Det kan gälla intyg om färdtjänst, God Man, parkeringstillstånd eller angående assistens. Många distriktsläkare anser intygsskrivandet vara både svårt och tidskrävande. När det gäller LUH måste intyget vara detaljerat och konkret.

Hur utvecklingsförseningen upptäcktes, vilken utredning som gjorts och vilka tidigare kontakter personen har haft bör ingå. Ange skolform (särskola eller träningsskola) och eventuella skolresultat. Vilken boendeform har personen, vilken stöd och hjälp finns (personal i gruppbostad, boendestöd, God Man etc)? Har patienten själv bokat besöket och kommit i tid? Personens läs- och skrivkunnighet, förmåga att förstå tid och pengars värde kan beskrivas. I psykiskt status bör nämnas vilken kontakt personen ger, medverkan i samtal och under-

sökning och ungefärlig utvecklingsnivå. Kan personen själv redogöra för sin situation? Hur sköts hygien, hushållsgöromål och fritidsaktiviteter, och vilken hjälp och stöd behövs? Vilken sysselsättning har personen; anpassat arbete eller daglig verksamhet? Föreligger beteendeproblem? Vilka mediciner är ordinerade?

Konkreta exempel är lätta att förstå för de som skall läsa intyget. Exempelvis specifika fobier, som att åka buss eller hiss och svårigheter att förstå sin egen säkerhet kan anges.

Nätverk av distriktsläkare i Göteborg

Eftersom dessa patienter är speciella (i ordets rätta bemärkelse) och kräver extra tid kan många distriktsläkare uppfatta området som komplicerat, och därför behövs kollegialt stöd. Jag har varit med och startat ett nätverk i Göteborg för distriktsläkare med särskilt intresse för personer med funktionsnedsättningar. Vi har regelbundna träffar där vi diskuterar arbetssätt (det ser lite olika ut på olika vårdcentraler), tar upp patientfall och försöker driva frågor kring patientgruppen inom Primärvården. Vi försöker etablera kontakt med sjukhusspecialisterna och emellanåt har vi möten med Vuxenhabiliteringen och Omsorgspsykiatrin.

SLOHM

Svensk Läkarförening för Omsorgs och HabiliteringsMedicin (SLOHM) är en förening för läkare med intresse för personer med utvecklingsstörning, autism, svåra hjärnskador och andra kognitiva funktionsnedsättningar. Föreningen har funnits under olika namn sedan 1967 och består av allmänläkare, psykiatriker, neurologer och habiliteringsläkare. Som styrelsemedlem i SLOHM deltar jag i telefonkonferenser och i planeringen av den årliga konferensen. Vid konferensen förmedlas kunskapsutbyte genom föreläsningar och diskussioner, och det är en källa till inspiration och kollegialt utbyte. Medlemmarna i SLOHM är vanligen också deltagare i Habiliteringsläkarnätverket, ett nätforum som ger möjlighet till diskussioner i olika frågor.

Hur ser framtiden ut?

Trots att basen i det medicinska omhändertagandet är och bör vara Primärvården, finns det tyvärr stora brister i omhändertagandet av personer med utvecklingsstörning. Utvecklingsinsatser behövs till Primärvården för att omhändertagandet skall bli optimalt. Vi behöver avsatt tid för patientbesöken och arbetet kring patienten. I en framtid vore det önskvärt med en läkare och en sjuksköterska på varje vårdcentral med särskilt kunnande, tid och intresse för patientgruppen. De bör samarbeta med den specialiserade sjukvården, habilitering, kommun och olika myndigheter. Det finns mycket att göra inom området, men med rätta förutsättningar kan vi distriktsläkare göra ett gott arbete och förhoppningsvis underlätta livet och vardagen för våra patienter med kognitiva svårigheter.

Viktigt att tänka på:

Personer med utvecklingsstörning är unika individer, som liksom andra skall bemötas på ett unikt sätt. Sjukvården skall erbjudas alla utifrån deras förutsättningar.

Beteendeproblem kan ha somatisk orsak och behandlas inte i första hand med lugnande mediciner.

Det finns ingen speciell sjukvård eller speciella mediciner för personer med utvecklingsstörning.

Malin Nystrand
Distriktsläkare Närhälsan Lövgärdets vårdcentral, Göteborg

REFERENSER:

1. *Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analys of population-based studies. Res Dev Disabil 2011;32:419-436.*
2. *(APA) American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition.*
3. *Nordin V, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with physical or mental disability or both. I: Clinical and epidemiological aspects. Dev Med Child Neurol 1996;38:297-313.*
4. *www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser*
5. *Olsson H, Thuresson K, Thorslund PA. Medicinsk vård för individer med psykisk utvecklingsstörning – vem tar ansvaret? Läkartidningen 2012;34-35:1481.*
6. *Näslund I. Utvecklingsstörning. Kortfattad handledning för läkare och sjuksköterskor inom Primärvården. 2010.*
7. *Näslund I, Björkman S. Läkemedel hos personer med utvecklingsstörning. Läkemedelsboken 2014.*
8. *Ölund A-K. Medicinsk omvårdnad vid svåra flerfunktionshinder. Gothia förlag 2012.*

Annons

Intervju med Peter Randmaa

Hälso- och sjukvården styrs alltför mycket av ekonomiska incitament och stuprörsbudgetar, vilket får oönskade effekter.

Ersättningssystemen behöver i mycket större utsträckning styra mot en god vårdkvalitet och jämlik vård. Det menar Peter Randmaa, verksamhetschef vid Husläkarmottagningen på Sophiahemmet i Stockholm.

Peter Randmaa är specialist i allmänmedicin och företagshälsovård och arbetar sedan oktober 2012 som verksamhetschef på Husläkarmottagningen på Sophiahemmet. Mottagningen har ett avtal med Stockholms läns landsting, enligt vårdval Stockholm och är öppen för alla invånare som är skrivna i Stockholms län.

– Vi är relativt nya och förra året hade vi ett listningsstopp eftersom vi behövde etablera verksamheten och jobba in oss. Men i november i fjol öppnade vi listningen för alla. Samtidigt avvecklade vi systemet med hyrläkare och jobbar nu för att majoriteten av alla patienter ska bli listade hos en fast läkare, säger Peter Randmaa.

Sophiahemmet är ett av Sveriges äldsta privata sjukhus och invigdes 1889. Drottning Sophia hade efter ett besök i London på St Thomas hospital, träffat Florence Nightingale och inspirerats av hennes vårdfilosofi.

– Hon ville att alla medborgare skulle få tillgång till lika sjukvård oavsett samhällsklass, säger Peter Randmaa.

Ersättningsystem viktigt verktyg för god vård

Husläkarmottagningen har läkarmottagning, astma/KOL-, diabetes- samt en distriktssköterskemottagning. Även hemsjukvård och egen kurator ingår. På Sophiahemmet finns även ett flertal specialistcenter inom bland annat röntgen, kirurgi, ortopedi. Det nyligen öppnade och omdebatterade förlossningskliniken BB Sophia, drivs av Praktikertjänst AB.

Cirka 250 specialister arbetar under samma tak och flertalet av dem har vårdval med landstinget.

Totalt har Husläkarmottagningen för närvarande cirka 10 300 listade patienter. Ungefär 60 procent av dem är listade på husläkarmottagningen och har ännu inte valt fast husläkare.

– Vi gör en aktiv listning för att våra patienter ska få en fast kontakt och en kontinuitet. Erfarenheter visar att man i det långa loppet klarar äldre patienter och multisjuka mycket bättre om det finns en fast kontakt i vården. Med hyrläkare är risken stor att onödiga prover och undersökningar görs på grund av att man inte har tillräckligt god kännedom om patienten.

Peter Randmaa är positiv till flera delar av de stora reformer som de senaste åren har genomförts, bland annat vårdvalsreformen som infördes 2010. Sammantaget har tillgängligheten och mångfalden ökat, köerna kortats och valfriheten blivit större. Med vårdvalsreformen 2010 har antalet vårdcentraler ökat med cirka 20 procent. I Stockholms läns landsting handlar det om cirka 40 nya vårdcentraler som har tillkommit efter reformen. Patienternas inflytande och möjligheter att påverka har också stärkts.

Men fortfarande finns ett flertal problem som motverkar visionen om en god och jämlik vård, menar Peter Randmaa.

– Vi arbetar med ett ersättningssystem som är prestationsbaserat och det slår tyvärr hårt mot de patienter som är äldre och multisjuka och som kräver både mer tid och resurser. Så som ersättningssystemet är utformat lönar det sig att behandla enkla åkommor som exempelvis förkylningar och urinvägsinfektioner. Vi får ingen extra ersättning för patienter som har en mer komplicerad problematik, ersättningssystemet tar inte särskilt stor hänsyn till vårdtyngd och socioekonomiska faktorer.

– Dessutom har ingen uppräkning skett av ersättningen sen starten av vårdvalet. Fortfarande fördelas merparten av vårdpengarna till slutenvården trots att patienterna remitteras ut i ökande grad till primärvården. Denna obalans måste snarast rättas till, säger Peter Randmaa.

Större ansvar utan omfördelning av resurser

Han menar också att ersättningssystemet tillsammans med stuprörsbudgetar slår sönder en sammanhållen vård. Primärvården får ta ett orimligt stort kostnadsansvar för patienter som behöver utredas och som inte gärna tas om hand av specialistsjukvården.

– En ortoped till exempel vill inte ta emot en patient som inte har röntgats och genomgått förberedande undersökningar. Eftersom det är kostsamma insatser vill man inte gärna ta

Peter Randmaa *Foto David Bicho*

det på sin budget, utan bollar över det på primärvården som får stå för kostnaderna. Det här är ett stort problem eftersom ersättningen inte tar hänsyn till de ökade kostnaderna för primärvården, säger Peter Randmaa.

Han får medhåll av Svante Pettersson, utredare på Läkarförbundet. I en färsk rapport visar han att primärvården har fått ansvar för en större del av läkarbesöken, utan att det skett någon omfördelning av resurser till primärvårdens fördel under de senaste 14 åren.

Från prestation till kapitering

Peter Randmaa skulle gärna vilja att man lämnar det prestationsbaserade ersättningssystemet och istället övergår till kapitation, det vill säga ersättning som baseras på patientunderlagets storlek, vårdtyngd och sammansättning.

– Det är också nödvändigt för verksamheten att det sker förändringar över tid. Idag tillkommer ett flertal nya ersättningsparametrar som varje år leder till en onödig byråkrati och som tar tid från det direkta patientarbetet.

I maj 2014 publicerade SFAM policydokumentet: *”Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården”*.

SFAM vill se ersättningssystem i primärvården som premierar transparens och främjar sammanhållna vårdkedjor; samarbetet mellan primärvård, specialistvård och kommunal hälso- och sjukvård behöver gynnas. Det ska också vara behovsstyrt så att inte medicinskt sjuka patienter trängs undan av dem med mindre angelägna behov.

SFAM framhåller att ersättning som enbart baseras på antal listade invånare risken att tränga undan sjukare patienter och de med stort vårdbehov. SFAM menar att kapitering bör utgöra grund för större delen av ersättningen och att den bör viktas efter patientens ålder, socioekonomi och vårdtyngd. SFAM lyfter i dokumentet även fram viktiga delar för att säkra en god vårdkvalitet. Ett robust ersättningssystem bör bland annat vara: transparent, behovsstyrt, främjande av sammanhållna vårdkedjor, långsiktigt, rättvist och främjande av professionens egna drivkrafter.

– Så som det är nu är det svårt att ekonomiskt gå runt och driva vårdproduktionen med ett tungt patientklientel. Det leder inte till en god vård för våra patienter, i längden är det dessutom kostsamt och leder till en frustration bland de vårdanställda, säger Peter Randmaa.

Forskares förslag på förbättrad styrning

Ekonomiska incitament är inte allt, menar forskaren Peter Lindgren som är knuten till Medical Management Centre på Karolinska Institutet. Det är viktigt att ersättningssystemen inte utformas så att det uppstår konflikter mellan de ekonomiska incitamenten och vårdpersonalens yrkesstolthet och pliktkänsla.

En fördel med att använda styrmedel som exempelvis fokuserar på patientens hälsoutfall, menar Peter Lindgren, är att det står i samklang med personalens professionella pliktkänsla.

I rapporten ”Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer”, utgiven på SNS-förlag ger han ett antal konkreta förslag på hur den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras (se faktaruta). Rapporten har rönt stor uppmärksamhet och kommer sannolikt att användas ute i landstingen i arbetet med att utveckla bättre ersättningsmodeller.

Peter Randmaa välkomnar den debatt som nu förs om ersättningssystemen i vården och hoppas att politiker och tjänstemän i större utsträckning ska ta fasta på den kunskap och de förslag som forskare för fram.

– Vi skulle alla tjäna på det, inte bara patienterna och vårdens anställda utan också samhället.

Eva Nordin
Frilansjournalist

FAKTA

Rapport om ersättningssystem i vården

Det finns ingen ersättningsmodell som är neutral eller optimal för alla situationer, alla typer av ekonomiska styrmodeller för vården är förknippade med såväl positiva som negativa effekter. Det gäller även den traditionella modellen med fasta anslag. Det slås fast i en ny rapport från SNS-förlag ”Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer”. Författaren och forskaren Peter Lindgren, som är knuten till Medical Management Centre på Karolinska Institutet, ger i rapporten ett antal konkreta rekommendationer om hur den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras.

Kortfattat sammanfattar han i punktform hur den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras:

- Synliggör och bedöm de incitament som varje modell skapar. Modellen bör analyseras innan den tillämpas i praktiken.
- Låt typen av vård avgöra vilken ersättningsmodell som ska tillämpas.
- Komplexa ersättningsmodeller lämpar sig bäst för tydligt avgränsade sjukdomsfall. För heterogena grupper och svåra patientfall med komplex samsjuklighet kan uppföljning vara svår att genomföra. I dessa fall är traditionella ersättningsmodeller med lämpade.
- Ta hänsyn till hur ersättningsmodellen påverkar andra drivkrafter. Ekonomiska incitament är inte allt. Vårdpersonalens inre drivkrafter som yrkesstolthet och pliktkänsla har också stor betydelse.

KÄLLA:

”Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer” av Peter Lindgren (SNS-förlag).

Annons

Våra arbetsuppgifter, och andras – hur vill vi ha det?

Task shifting, eller något försvenskat – uppdragsväxling är i högsta grad på tapeten just nu. I flera läkarfackliga sammanhang har begreppet diskuterats med skiftande intensitet. Ibland med upprördhet och oro för hur det hela skall sluta, men tidvis även med en positiv förväntan på att det skulle kunna leda till något som gagnar oss, inte minst i primärvården. Med task shifting menas i princip att arbetsuppgifter som normalt utförs av läkare överförs till annan, legitimerad personal. Det råder lite oenighet om man menar överföring av både uppdrag och hela ansvaret eller om man avser överföring av uppdrag, men med bibehållet huvudansvar hos läkare. Att task shifting diskuteras just nu kan till viss del tillskrivas vårdvalsreformen, som medfört att mycket av vad som görs i primärvården har blivit läkarcentrerat. Det är tillgången på allmänläkare och vad läkare utför som bäst betalar sig ekonomiskt. Samtidigt finns det naturligtvis anledning att fundera över vad som skulle kunna överföras till annan personal, som till exempel sjuksköterskor, och även fundera över om vi inte rent av skulle kunna slopa en del av de arbetsuppgifter som på olika sätt hamnat i primärvården.

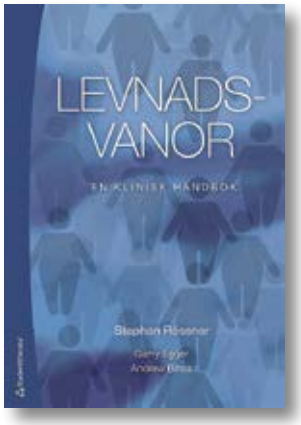
Ur ett historiskt perspektiv kan vi dessutom konstatera att gamla tiders distriktssköterskor utförde en väl så avancerad sjukvård på den tiden då det begav sig. Det finns således en potentiell möjlighet till att på nytt försöka förändra arbetsfördelningen. Det viktigaste i diskussionen om arbetsfördelning och primärvårdens uppdrag är dock att noga tänka efter innan något förändras. Att förflytta uppdrag p.g.a. att det råder brist på allmänläkare är inget godtagbart incitament. Däremot behöver uppdrag förflyttas till de som är bäst lämpade för att ta hand om patienterna – rätt patient på rätt nivå även i primärvården.

Den andra problematiken – hur vi skall kunna avgränsa vårt uppdrag och åtagande är en minst lika svår fråga. Det intressanta med avgränsning är att det efterfrågas av många, men samtidigt verkar det finnas en tveksamhet inför att ta upp diskussionen. Man vill gärna finnas till för sina patienter men inte för hur många som helst och inte heller för vad som helst. Vi kanske behöver byta infallsvinkel – inte diskutera vad vi inte vill ta hand om utan vad vi har kompetens och resurser för att ta hand om. Primärvårdens resurser är som bekant begränsade och kommer så förbli under överskådlig tid. Vi är dock inte helt utan resurser utan det som finns är mycket användbart och till stor nytta. Resurser måste dock, precis som läkemedel, doseras korrekt. Det är med stor sannolikhet så att en del av våra resurser används för fel saker. Primärvården blir gärna en slutstation för all form av hemlös problematik som ingen annan vill ta i. Även om vi vill vara goda och dugliga så kan vi inte lösa problemet med att folk blir arbetslösa, har dåliga relationer i familjen, dåligt med pengar eller sjuka husdjur. Det finns en gräns. Vi behöver värna om vår professionalitet och inte bli en slutstation för allsköns problematik.

Med tillönskan om en god sommar – det blir det nog trots allt.

Christer Olofsson
Redaktör

Annons



Levnadsvanor – en klinisk handbok

Garry Egger, Andrew Binns (svensk bearbetning och anpassning Stefan Rössner)
Studentlitteratur, 2014
ISBN: 978-91-4408-248-6

Det råder inget tvivel om att våra levnadsvanor i hög grad påverkar vår hälsa. Osunda matvanor, stillasittande, stress, alkoholöverkonsumtion m.m. tillhör något av det som påverkar hälsan i negativ riktning. Massmedia närmast dränker oss i olika patentlösningar för att göra våra levnadsvanor sundare – oftast utan några större uppoffringar. Ett gemensamt resultat för de flesta är att de inte fungerar. Man kan helt enkelt inte fortsätta att äta som vanligt – ta ett mirakelpiller – och minska tio kilo i vikt på några veckor även om det skulle varit ett drömscenario! Samtidigt är det helt klart att den största effekten på folkhälsan inte åstadkoms genom att bygga ut vården utan genom att påverka människors levnadsvanor. En påverkan som både vård och samhälle måste svara för tillsammans.

Statens folkhälsoinstitut publicerade 2003 sammanställningen FYSS-fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. En skrift som blev mycket användbar inte minst i primärvården. Om inte annat så tog boken en gång för alla död på myten att man i första hand skall vila sig frisk! – fysisk aktivitet förefaller vara det bästa alternativet i de flesta fall. Nu, nästan tio år senare, publiceras en ny bok med vissa likheter med FYSS-boken, men med en intressant utvidgning. Studentlitteratur har valt att publicera den ursprungligen australienska boken *Lifestyle medicine* i en svensk version kallad *Levnadsvanor – en klinisk handbok*. Målsättningen med boken är enligt en av dess tre huvudförfattare – Stephan Rössner – att på vetenskapligt underlag redogöra för vilka man med enkla medel kan vidta för att öka chanserna till att må bra. En förvisso kraftfull utmaning som man dock lyckas mycket bra med. Utöver de mer eller mindre sedvanliga inslagen i en bok om folkhälsa som exempelvis övervikt, diabetes och behovet av fysisk aktivitet har man här även tagit ett betydligt mer omfattande grepp på vår hälsa. Detta genom att skriva om lycka, psykisk hälsa, sex och samliv samt behovet av god sömn.

Sammantaget en mycket bra och vederhäftig sammanställning rörande levnadsvanor och folkhälsa. Boken är indelad i 21 kapitel som kan läsas för sig och som dessutom har ett stort antal litteraturreferenser för den som vill förkovra sig ytterligare. En bok som bör finnas på alla vårdcentraler och fungera som grundkoncept för ett systematiskt folkhälsoarbete.

Den digitala patienten

Jacob Birkler,
Mads Ronald Dahl
Liber Förlag 2014
ISBN: 978-91-4710-656-1

Datasystem i primärvården är ett flitigt diskuterat tema som väcker allt från upprörda känslor till ett nyfiket intresse. Alla verkar ha synpunkter åt ena eller andra hållet och något välfungerade system för datoriserade journaler verkar fortfarande avlägset trots att det nu förflutit flera decennier sedan primärvården började datoriseras (vill minnas att man i Landstinget Blekinge började datoriseringen tidigt 1990-tal). Nästan allt som skrivits har avhandlat bristfälliga datasystem och problemen med att få systemen användarvänliga.

Med detta som bakgrund är det intressant att närma sig digitaliseringen från en annan, men naturligtvis mer central synvinkel – från patientens. Jacob Birkler, filosof och fil.dr. i medicinsk etik har tillsammans med Mads Ronald Dahl, fil. dr. i immunologi skrivit en spännande bok på temat – *Den digitala patienten* (originaltitel på danska; Den digitale patient). Begreppet definieras som; *”Information om medborgarens hälsa och sjukdom som i digital form utgör medborgarens hälsostatus”*. Med denna definition utesluts all information om patienten som inte är digital. Ett helt kapitel i boken ägnas åt att på olika sätt beskriva vad man menar med begreppet den digitala patienten. Den digitala beskrivningen ger en bild av patienten – den digitaliserade förståelsen. Samtidigt finns naturligtvis kunskaper och information om en patient som inte går att digitalisera. Författarna pekar bl.a. på svårigheterna med att beskriva en patients lidande på ett digitalt sätt. Vissa saker går inte att klassificera och redovisa digitalt.

På drygt hundra sidor lyckas författarna med att visa på en intressant bild av den digitala patienten. En läsning som känns som ett välgörande komplement till annat som skrivs om datasystem i vården. En liten bok som gärna får slinka med som lagom mycket av arbetsrelaterad sommarläsning.

Christer Olofsson, *Redaktör*

DLFs styrelse

ORDFÖRANDE

Ove Andersson
Strama Uppsala län
Inf. kliniken
Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
Tel: 018-611 90 02, Mobil: 070-567 91 89
E-mail: ogandersson@gmail.com

VICE ORDFÖRANDE

Lena Ekelius
Capio Cityklinikken
Studentgatan 1, 211 38 MALMÖ
Tel. 040-35 09 08
E-mail: lena.ekelius@me.com

SEKRETERARE

Agneta Sikvall
Åby Vårdcentral
Katrinebergsgatan 2, 413 21 Mölndal
Tel: 031-86 27 50
Fax: 031- 86 27 07
E-mail: agneta.sikvall@gmail.com

KASSÖR

Marina Tuutma
Vårdcentralen Rud
Box 7106, 650 07 Karlstad
Mobil: 070-653 46 08
E-mail: marina.tuutma@liv.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

ÖVRIGA LEDAMÖTER

Britt Bergström
VC Primärvård Utbildning/Göteborg
Otterhällegatan 12 a, 411 18 Göteborg
Mobil: 070-350 35 06
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

Christer Olofsson
Kallinge vårdcentral
Gjutarevägen 1-3, 372 50 Kallinge
Tel: 070-563 70 93
Fax: 0457-73 17 75
E-mail: christer.olofsson@ltblekinge.se

Daniel Mella
Åby vårdcentral
Nyköpingsvägen 28, 616 30 Åby
Mobil: 073-502 53 21
E-mail: ndnilsson@gmail.com

Bengt Jönsson
Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56 b, 214 33 Malmö
Mobil: 0706-51 68 04
E-mail: bengt.g.jonsson@gmail.com

VALBEREDNINGEN

Ann-Marie Terner (sammankallande)
Brickegårdens VC
Österleden 10, 691 81 Karlskrona
Mobil: 070-313 60 32
E-mail: ann-marie.terner@orebroll.se

Anna Segernäs Kvitting
VC Ekholmen
Ekholmsv. 7, 589 29 Linköping
Tel: 073-364 14 30
E-mail: anna.kvitting@gmail.com

Ulf Wahllöf
Norrlandskliniken Hälsocentral
Glimmervägen 5e, 907 40 Umeå
Mobil: 070-329 17 72, Fax: 090-343 55 62
E-mail: ulf.wahllof@icloud.se

Utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren 2014

Nummer	Tema	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 4	Hjärt-/kärlsjukdomar	2 september	7 oktober
Nr 5	Infektionssjukdomar	8 oktober	12 november
Nr 6	Psykiatri / missbruk	21 november	23 december