Distriktsläkaren

För oss i primärvården

Nr 5 • 2016

Svenska Distriktsläkarföreningen

Vinsten med god arbetsmiljö • Att vara hyrläkare
Med Samfondsbidrag till WONCA • Unga chefer

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse:
Ove Andersson (ordf.), Caroline Asplund, Rikard Lövström, Nadja Schuten-Huitink, Agneta Sikvall, Viktoria Strömberg, Ulrika Taléus, Marina Tuutma

Kansli:
Helena Grönbacke
Sveriges läkarförbund
Villagatan 5, Box 5610
114 86 Stockholm
E-post: helena.gronbacke@slf.se
tfn 08-790 33 91, fax 08-10 31 44

Redaktör:
Agneta Sikvall, (red. och ansv. utg.)
E-post: agneta.sikvall@gmail.com

Redaktionsråd:
Agneta Sikvall, Nadja Schuten-Huitink, Caroline Asplund, Viktoria Strömberg

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:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Info på nätet:
DLF: www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Distriktslakarforeningen/
Facebook: https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen
Tidningen m.m.: www.distriktslakaren.se

Omslagsfoto: En läkare måste kunna ha många bollar i luften, samtidigt.
Foto: Fotolia

Innehåll:

Ledare 3
Nytt från styrelsen 5
Ledare och D-vitamin i DL nr 4 6
Hyrläkare 8
Provinsialläkarstiftelsens kurser våren 2017 10
Arbetsmiljö – patientkontakt 12
Arbetsmiljön ska vara hälsosam 16
Referat från Wonca Europe 2016 22
Fadderlista 2016 26
Wästerläkarna växer 27
Redaktör emeritus har ordet 32
Bokrecensioner 33
DLFs styrelse 2016 34

Primärvården är basen i framtidens läkarutbildning

Regeringen har under sommaren tillsatt en utredning om att ta fram en sammanhållen läkarutbildning. Ett mer sammanhållet system för läkares utbildning och specialisering från grundutbildning fram till färdig specialistkompetens.

Som grund i den kliniska kompetensutvecklingen är det utredningens ambition att skapa en genomgående utbildningsstruktur från grundutbildning till färdig specialist där tanken med en gemensam kunskapsbas (common trunk) är bärande. En mer sammanhållen kunskapsgrund som successivt utvecklas i takt med den blivande läkarens allt mera ökande differentiering av kunskapen i form av specialisering och subspecialisering. Hur kan utbildningens olika delar integreras och samordnas så att det blir en mer sammanhållen kunskapsutveckling? En kunskapsutveckling som följer den blivande läkaren från utbildningens första dag fram till erhållen specialistkompetens.

Utifrån de problem och behov som finns i dagens sjukvård så kommer allmänmedicinsk utbildning och klinisk utveckling i primärvården att vara en oerhört viktig och sammanhållande komponent för denna successiva kliniska kompetensutveckling. Inom allmänmedicin finns generalistkompetens, helhetssyn och klinisk bredd med ärenden som innefattar alla medicinska fält, samhälleliga åtaganden som intygshantering, samverkan med andra samhällsaktörer, ansvars och utvecklingsfrågor, samarbete med andra professioner med mera som inslag i den dagliga verksamheten. Allmänmedicinen kommer att behövas allt mer.

För att detta ska ske med kvalitet krävs dock att utbildning och handledning blir en allt viktigare del av ansvaret i primärvården. Handledning innebär alltid produktionsbortfall. Utbildning av handledare kostar och handledningstid behöver ersättas. De allmänmedicinska institutionerna behöver förstärkas. Institutionerna behöver synas i vardagen. Skräddarsydda handledningstjänster, akademiska vårdcentraler är exempel på hur detta skulle kunna gå till. Nuvarande studierektorsorganisationer bör nog knytas närmare de allmänmedicinska institutionerna runt om i landet. Kort sagt så måste kopplingen mellan landstingens vård och läkarutbildningen tillsammans med de allmänmedicinska institutionerna bli starkare på många plan. En starkare koppling kommer, enligt vår bedömning, också innebära att forskningen på vårdcentraler också bli ännu mer legitim som del av vår vardag inom primärvård och allt detta behövs för att skapa en primärvård som är mer betydelsefull inom svensk sjukvård.

För att påbörja denna utveckling så är det viktigt att införa en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen om landstingens ansvar och medverkan gällande utbildning inom vård och medicin. Forskning är idag reglerad på detta sätt. Analogt med hur finansiering av forskning skett med s.k. Alfmedel i samverkan mellan högskolor och landsting så bör också likartade finansieringsformer utvecklas som delar kostnaderna och säkerställer ersättning och utbildning till alla de som deltar i utbildningen inom hälso- och sjukvården.

Men bakom detta ligger alltså det allt tydligare faktum att det i princip bara finns en del av svensk sjukvård som kan ge en heltäckande klinisk kompetens och kunskapsbas för den blivande läkaren. Det är en välfungerande primärvård. Alla andra lösningar innebär med största sannolikhet en uppdelad och fragmentiserad klinisk kunskapsutveckling.

Ove Andersson
Ordförande

Annons

Nytt från styrelsen oktober 2016

Styrelsen befinner sig när detta skrivs på sitt årliga internat för att lägga upp arbetet för närmaste året. Självklart tillkommer nya utmaningar under hela verksamhetsåret men internatet är ändå ett fantastiskt tillfälle att verkligen grotta ner sig i vissa aktuella frågor. Man får tid att fundera ut hur och vilka som behöver påverkas för att allmänmedicin ska få den plats i vårdkedjan som gagnar oss alla bäst. Även allmänspecialister är skattebetalare som vill ha en kostnadseffektiv vård och även vi blir förr eller senare patienter som vill ha en jämlik och kompetent vård. Sist men definitivt inte minst vet vi att för att detta ska fungera behövs läkare som är uppdaterade och kvalificerade för sin uppgift.

Behövs vi?

Jag fick en fråga från en allmänspecialist som var ledamot i en läkarförening om Distriktsläkarföreningen egentligen behövdes för primärvårdsfrågorna drevs ju av denne i läkarföreningen. Och det är väl en fråga som vi alla i styrelsen någon gång fått eller tänkt själva.

Svaret blev: Det är nog tre organisationer som kör åt samma håll, för vi har SFAM också…

Läkarförbundet är uppdelat i ett antal läkarföreningar och ett antal yrkesföreningar, DLF är en av yrkesföreningarna. SFAM är specialitetsförening i förbundet och samtidigt knutet till Svenska Läkaresällskapet. SFAM ska framför allt ägna sig mer åt de vetenskapliga frågorna framför de politiska, men det är svårt för många att hålla isär detta.

Det är de lokala läkarföreningarna som har mandat att förhandla med arbetsgivaren. Tanken är väl att de olika yrkesföreningarna ska bidra med sina kunskaper och behov i läkarföreningen och att vi ska ha en aktiv dialog i våra respektive avdelningar (DLF, Sjukhusläkarna, SYLF o.s.v.) för att kunna bidra på ett bra sätt. Detta fungerar mycket bra på många platser.

Föreningsarbetet

För att återgå till internatet och vårt jobb att påverka makthavare till allmänmedicinens fromma, så är styrelsen i DLF ingenting utan input från våra medlemmar. Vi har ”faddrar” som hör av sig till lokalavdelningarna ett par gånger per år. Där det inte finns lokalavdelningar, finns det ibland några allmänspecialister i läkarföreningen, så vi försöker få kontakt med dessa. Varje höst har vi ett Seminarium dit avdelningarna får skicka representanter och i samband med Fullmäktige har vi en dag för avdelningarnas ordförande. Naturligtvis är det ett stort bekymmer att det inte finns DLF-avdelningar överallt, därför välkomnas representanter från dessa områden.

Våra kommunikationskanaler

Föreningen har sedan många år gett ut tidningen Distriktsläkaren. Tanken med denna är att vi ska tar emot och publicera artiklar och berättelser ut primärvårdslivet och inte bara ge ensidig information från styrelsen. I år har vi även skapat en Facebook-sida som kontaktpunkt. Man måste självklart inte vara medlem i en lokalavdelning för att höra av sig genom dessa kanaler.

Vi har som alla andra organisationer en hemsida där intresserade kan se vad vi har för oss. Där ligger till exempel våra remissvar. Remisser kommer från olika myndigheter och intresseorganisationer och vi besvarar dem som är av intresse för oss och som påverkar allmänmedicin. Vi har och har självklart haft ett stort intresse av att ge synpunkter på Stiernstedts utredning om Effektivitet i vården. Effektiv vård SOU 2016:2. Då skickade vi vårt remissvar inte bara till Läkarförbundet utan också direkt till socialdepartementet för att inte något av våra påpekande skulle försvinna i hanteringen. Den senast besvarade remissen var till Läkarförbundets förhandlingsdelegation inför den kommunala avtalsrörelsen 2017, där vi ansåg att de frågor som i första hand ska prioriteras bör vara: garanterat utfall, hanteringen av övertid/flex, och förbättrad beredskapsersättning.

Läge att påverka

Just nu ligger vi mitt emellan två mandatperioder och det kan vara ett gyllene tillfälle att påverka landets partier till en politik som gynnar primärvården och den bollen hoppas vi kunna sparka åt rätt håll och göra mål. Målet är: tillräckligt många allmänspecialister, som får fortbildning, och som jobbar i ett nationellt jämbördigt system med goda arbetsförhållanden.

Agneta Sikvall
Sekreterare

Du hittar oss på: https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen
https://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Distriktslakarforeningen/

Ledare och D-vitamin i DL nr 4

Efter att ha läst nummer 4 av Distriktsläkaren blir jag lite konfunderad över två artiklar.

Forskning inom allmänmedicin

Ove Andersson tar mycket behjärtansvärt upp problemet med forskning inom allmänmedicin i sin ledare. Han önskar att allmänmedicin ska bli ett starkare ämne inom akademin och att utbildningen på läkarprogrammet ska utnyttja primärvården mer. Mot bakgrund av denna ledare tycker jag mig se ett informationsunderskott mellan DLF och de allmänmedicinska institutionerna. Min bild av allmänmedicinsk forsknings framtid är inte lika dyster som Ove Anderssons. Låt mig ta några exempel. 2010 startade nationella forskarskolan i allmänmedicin. Den var till en början finansierad av Vetenskapsrådet och var planerad att pågå under fem år. Hösten 2016 togs den åttonde kullen in och därmed har 80 forskare i allmänmedicin blivit antagna varav majoriteten är specialister i allmänmedicin. Skolan har blivit en succé och jag rekommenderar alla att läsa Richard Hortons, chefredaktören för The Lancet, ledare från 20 september 2014: ”How to save primary care research” där han lyfter fram skolan som ett exempel för forskarutbildning i allmänmedicin. Vidare har skolan fått erkännande av samtliga medicinska fakulteter i Sverige. De har bidragit med medel så att skolan planeras att fortgå till 2019. Det unika med skolan är att den ger deltagarna ett nätverk av forskande kollegor plus att en stor andel har gjort ”predoc” d.v.s. de har vistats vid utländska institutioner under sin forskarutbildning. Sammantaget kommer skolans aktivitet att höja standarden på allmänmedicinsk forskning och utgör en starkt bidragande faktor för en ny generation unga forskare inom vår specialitet. Flera av nuvarande och tidigare doktoranders arbete kommer att presenteras under den kommande SFAM-kongressen i april 2017 i Karlstad.

Utbildningen

Så till utbildningen. Flera av de medicinska fakulteterna har insett att neddragningen av vårdplatser på sjukhusen har inneburit att läkarstuderande får inte en tillräckligt god klinisk träning. En lösning på detta är att förlägga mer av den kliniska praktiken i primärvården där patienterna finns. Detta har genomförts bl.a. vid Umeå universitet där vi utökar den kliniska tjänstgöringen i primärvården och fler förändringar är att vänta. Dessa förändringar har både den medicinska fakultetens liksom landstingets stöd. Sammantaget så har allmänmedicinsk forskning och utbildning en ljusnande framtid enligt min bedömning. Problemet är att få fler att välja specialiteten, att behålla de som väljer att bli specialister i allmänmedicin samt att ge utrymme för forskning för de som så önskar. Där har DLF, SFAM och institutionerna en en stor och viktig uppgift att utföra.

Artikel om D-vitaminbrist

Slutligen så läste jag ett arbete om ”D-vitaminbrist vanligt fynd på vårdcentral” och blev lite bedrövad. Det görs allt för många små tvärsnittsstudier i detta ämne och alldeles för få interventioner som kan utvärdera om D-vitamin behandling är till nytta. En av de bästa sammanfattningarna i ämnet fanns i Läkartidningen 23-25, 2015 under rubriken ”Tillskott av D-vitamin kan göra mer skada än nytta”. Därutöver kan man läsa ett antal Cochrane rapporter som studerat effekten, eller snarare bristen på effekt, av tillskott av D-vitamin vid olika sjukdomstillstånd. Jag hoppas att Distriktsläkaren väljer att i framtiden se över de artiklar som har ett vetenskapligt innehåll kanske med hjälp av medarbetare vid institutionerna.

Läkartidningen

Tillskott av D-vitamin kan göra mer skada än nytta

Med vänliga hälsningar,
Olov Rolandsson
Professor/Enhetschef/Specialist i allmänmedicin

Annons

Svar till Olov Rolandsson angående ledaren och D-vitaminartikeln i Distriktsläkaren 4-16:

Tack för ditt inlägg!
Syftet med ledaren i föregående nummer av Distriktsläkaren var att vi ur ett politiskt perspektiv måste lyfta forskningen och utbildningsansvaret på vårdcentraler runt om I Sverige. Ur ett perspektiv över vilka faktorer som kan bidra till en starkare primärvård så är också just dessa två viktiga delar områden som måste lyftas fram utanför den akademiska världen och där måste vi hjälpas åt.

Vi från DLF ser idag att generellt så har produktionen prioriterats på vårdcentraler runt om i landet och att andra kvalitets och kompetenshöjande åtgärder som forskning, fortbildning prioriterats ner och syns och nämns allt mindre och blir en allt mindre del i den kliniska vardagen. Där måste vi hjälpas åt för att förändra den utvecklingen och visa på att forskning finns, är viktig och måste vara en naturlig del av den framtida primärvården.

Vi har därför bjudit in företrädare för alla allmänmedicinska institutioner i Sverige plus SFAM för en förutsättningslös diskussion om hur alla kan hjälpas åt med dessa frågor. Mötet kommer att äga rum i mitten av november.

D-vitaminartikeln
Vad gäller artikeln om D-vitamin så har den publicerats för att visa på exempel på forskning bland kollegor runt om i landet. Tidningen Distriktsläkaren har aldrig utgett sig för att vara en vetenskaplig tidskrift med sedvanlig vetenskaplig granskning och de artiklar som finns i tidningen bör heller inte uppfattas som sådana. Artikeln bör ses som ett inlägg i en omdebatterat klinisk fråga. Vi är övertygade om att våra läsare har förmåga att bedöma vad de läser. Vi anser också att artikeln och samtalet kring denna illustrerar svårigheterna med forskning i primärvården.

Ove Andersson
Ordförande
DLFs styrelse

Agneta Sikvall,
Sekreterare
DLFs styrelse

Annons

Från Mitt i primärvården till Hyrläkarnas periferi

Efter fullgjord AT för 40 år sedan, lockade planerna på utbyggnad av primärvården. Vi var många som attraherades av att nu skulle det satsas på primärvård.

Vad blev det då? Jo, vi fick fina byggnader – vårdcentralerna blev ofta landstingens skrytbyggen. Vi fick distriktssköterskor, undersköterskor, labassistenter, rehabpersonal m.m. in i vår organisation. Ett tag tycker jag att den då områdesindelade primärvården fungerade riktigt bra. Teamsamverkan i primärvården var bra för svårt sjuka. Men i ärlighetens namn fungerade inte alla team – oftast p.g.a. läkarbrist. Sedan krympte ädelreformerna primärvården till förmån för kommunaliseringen. Fritt vårdval i stället för områdesindelning blev nog oundvikligt, en anda i tiden. Troligen kunde husläkarreformen med bindning till personlig läkare lyckats bättre.

> Fyra läkare/sjuksköterskor disputerade. Detta skulle inte varit möjligt att genomföra i dagens slimmade primärvård.

Parallella sidouppdrag som administratör för primärvård

Jag har arbetat som distriktsläkare sedan 1980. Men alltid med sidouppdrag, jag har varit **verksamhetschef** (lite olika titlar genom åren, men samma uppdrag) i två decennier i Sveriges sydostliga hörn. Två vårdcentraler med ansvar för all sjukvård som skedde utanför sjukhuset, det fanns t.ex. ingen sjukhusbaserad hemsjukvård. Vi hade ett stort antal utvecklingsprojekt i vår basenhet, alltifrån Hälsotorg i samarbete med Apoteket AB, öppen mottagning till läkare, sårvård, opportunistisk screening av riskfaktorer, palliativ vård, rehabprojekt för sjukskrivna, allergisanering, hypertoni, mödravård, barnhälsovård, videokonsultationer, samverkan med primärvården i Litauen m.m. m.m. Ett tag när jag skrev årens verksamhetsberättelser drev/medverkade vår personal i ett 40-tal pågående projekt, detta utan att vi var utvecklingscentral. Fyra läkare/sjuksköterskor disputerade. Detta skulle inte varit möjligt att genomföra i dagens slimmade primärvård som är nerbantad enbart till mottagningar. Som chef hade man större budget och större flexibilitet, eftersom uppdraget var större. När mitt landsting (Blekinge) inrättade utmärkelsen **"Årets chef"**, blev jag den förste som fick den år 2002 och det är jag stolt över.

> Men genomgående från 70-talet och fram till nu – läkarbristen i primärvården har varit en bromsande faktor för bättre utveckling.

Sedan blev jag **Läkemedelskommittens ordförande** i ett decennium. Det medförde vidgade kontakter med sjukhusläkarna, sjuksköterskorna, apotekspersonal i hela landstinget och vi ordnade många utbildningar per år för läkare och sjuksköterskor. Vi gladdes åt att våra doktorer hade ett mycket kostnadsmedvetet förskrivningsmönster. Det berodde framför allt på den decentraliserade budgeten där ekonomiskt huvudansvar för de flesta läkemedlen var utlagda i primärvården.

Sista åren innan pension arbetade jag som **chefläkare**, och fick bra inblick i hur det blir när det går snett. I mitt lilla landsting har jag alltså tack vare parallelluppdragen fått en rejäl inblick hur ett landsting fungerar. Jag har suttit i ledningsgrupper, projektgrupper, utvecklingsgrupper, samverkansgrupper, rehabgrupper, ordnat utbildningar, temamöten m.m. som representant för primärvården.

Men genomgående från 70-talet och fram till nu – läkarbristen i primärvården har varit en bromsande faktor för bättre utveckling. Antalet Läkare i primärvården är och har varit för litet – i förhållande till totalantalet läkare, och på vårdcentralerna i förhållande till övrigt personal. En bra primärvård kan göra så mycket bättre, men det kräver läkarmedverkan!!

Hyrläkare

Efter fyllda 65 var det så dags att lämna landstinget, avsluta administrativa uppdrag och återgå till att enbart arbeta med patienter. Så, jag har nu i 2,5 år arbetat veckovis som hyrläkare hunnit med ett 10-tal vårdcentraler i framför allt Norrland. Med ovan beskrivna administrativa erfarenhet i bagaget parallellt med läkaryrket gör att jag vågar reflektera om fenomenet hyrläkare.

Hyrläkare på gott och ont , mest gott

Självfallet vore det bäst när alla primärvårdsmottagningar är bemannade med ordinarie välutbildade allmänläkare. På dom vårdcentraler jag jobbade hade vi alla tjänster bemannade, men tjänsterna var för få. Men vi hade kontinuitet, bra hemsjukvård, utvecklingsprojekt och tillgänglighet. Fasta läkare är bättre! Vi får hoppas hyrläkeriet blir en parentes i primärvårdens historia. Men under tiden: nu är dags att betrakta hyrläkaren som den värdefulla förstärkning vederbörande är! För att de ordinarie läkarna ska stå ut, tills den dagen vi blir tillräckligt många!

Delaktighet i vårdcentralen även för hyrläkare?

Hyrläkarens primära uppdrag är självfallet att i första hand producera sjukvård! Men vad jag sett är att på en del arbetsplatser involveras hyrläkaren alltför lite i vårdcentralens bredare arbete. Exempelvis borde det finnas åtminstone en 15 minuters samling där alla deltar, inklusive hyrläkaren, vid varje veckostart. Som ny – ge hyrläkaren en 5–10 minuters tid att presentera sig själv och sin erfarenhet. Tala mindre om detaljscheman. Även resten av veckan borde det finnas en kort samling för alla varje morgon, inklusive läkarna, som ska komma i tid! Det är vanligt att ”veckans hyrläkare” aldrig visat sig på ett gemensamt möte, dåligt. Det finns vårdcentraler eller arbetsteam som aldrig har gemensamma möten – ännu sämre!

Det är vanligt att ”veckans hyrläkare” aldrig visat sig på ett gemensamt möte, dåligt. Det finns vårdcentraler eller arbetsteam som aldrig har gemensamma möten – ännu sämre!

Om det finns ordinarie läkare och återkommande hyrläkare, ge dom tid till gemensamt läkarmöte för planering, utveckling, kunskapsöverföring, rapportering m.m. Detta förekommer alltför sällan!!! Vi talar om 5% av arbetstiden. Ordinarie läkare behöver ännu mer gemensam tid! Detta måste ändras om vi ska få hyrläkare att blir intresserade att bli ordinarie.

En hyrläkare behöver koncentrerad information

Hittills har jag aldrig fått en rek-lista för läkemedel när jag börjat, trots att jag vet att läkemedelskommittéerna lägger mycket energi för att just utarbeta sådana. Skärpning!

Också gärna korta PM – ett PM ska aldrig vara mer än en sida!. T.ex. om hur man kontaktar diabetessköterska, kurator, astmasjuksköt o.s.v. internt. Hur man når specialistkollegor, bakjourer (fungerar bra i Norrbotten/Västerbotten via växeln), lite kort om klinikindelningar m.m.

En kort fungerande telefonlista till kommunsköterskor, Försäkringskassa, lasarettets växel o.s.v. **Glöm inte att man alltid har ont om tid, så man ska inte behöva leta för att komma rätt.**

Att lära ett nytt system tar kraft från mötet med patienten både tidsmässigt och mentalt, det stör det goda mötet.

Datajournalen

Sedan det mest basala: när man kommer på måndagsmorgonen går det aldrig att logga in i datajournalsystemet (viss överdrift). Så måndagen börjar alltid med stressen att hitta rätt, hitta pennor, anteckningsblock, internpost och att misslyckas att logga in! Borde ofta vara bättre förberett.

Genom att alla har olika datajournalsystem, förutom det återkommande inloggningsproblemet, tar det tid att lära det basala i ett nytt system, åtminstone för en äldre läkare som jag. Det krävs support av en alert sekreterare att ställa upp och svara på frågor första veckan/veckorna. Att lära ett nytt system tar kraft från mötet med patienten både tidsmässigt och mentalt, det stör det goda mötet. I konsekvens till detta har jag beslutat att i fortsättningen bara hålla mig till det system jag kan bäst. Värna om tiden med patienten, låt oss jobba för enhetliga datajournalsystem.

Summering

Som allmänläkare har man färre gemensamma möten, konferenser, ronder än sjukhuskollegan. På det sättet ett ensamarbete. I stället har man fler kontakter med patienter i det slutna rummet, som ger näring i sig. Men låt oss jobba på att det blir mindre ensamt, mer kollegialt, mindre fjättring

vid mottagningen, d.v.s. mer hembesök, mer tid till särskilda boende, BVC m.m. så blir jobbet roligt igen. Mer gemensamma möten runt patientärenden men även utveckling. Det är problematiskt att vi håller på att sluta med hembesök som ger en helt annat bild av samhället och patienten.

> Jag har haft ett spännande yrkesliv, tack vare att jag blev allmänläkare och fått representera primärvården i så många sammanhang.

Efter 40 år som patientläkare i samma kommun, och med mycket administrativ erfarenhet i bagaget på ledningsnivå, vill jag säga: Det är lättare att vara hyrläkare än ordinarie, man kan t.ex. glida på svåra avvägningar runt patienter. Att vara kontinuitetsläkare är mer utmanade men ger så mycket mer. Man får tillbaks av patienten, av teamet, av kollegorna. Men involvera hyrläkarna i temasamverkan. Kanske kan vi få fler intresserade av fast anställning. Återupprätta även möjligheten att bli chef och samtidigt läkare, det går med delegering av administrativa rutinuppgifter!

Att efter pensionen fått jobba på olika vårdcentraler har gett nya impulser. Jag har haft ett spännande yrkesliv, tack vare att jag blev allmänläkare och fått representera primärvården i så många sammanhang. Efter pensionen har jag nu också fått möjlighet att jobba som glesbygdsläkare ibland, en gammal idé som gått att förverkliga tack vare min specialitet.

Kennert Lenhoff
kennert.lenhoff@gmail.com

PROVINSIALLÄKARSTIFTELSEN

Fortbildningskurser för distriktsläkare våren 2017

1. **När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet**, 22–23 mars i Stockholm
2. **Endokrinologi för allmänläkare**, 3–4 april i Stockholm
3. **Psykiatri med och för allmänläkare**, 4–5 april i Stockholm
4. **Palliativ vård i livets slutskede för allmänläkare**, 11–12 april i Stockholm
5. **Urologi för allmänläkare**, 27–28 april i Stockholm
6. **Första linjens psykiatri – barn och ungdomar**, 11–12 maj i Karlskrona
7. **Klinisk-kemisk diagnostik i Primärvården**, 18–19 maj i Stockholm

Kursavgift: Alla kurser kostar 5 000 kr (inkl moms). Kostnad för logi och reskostnad tillkommer.

OBS!
Fr.o.m. våren 2016 sker anmälan till kurserna endast via elektronisk anmälan.

På DLFs hemsida www.slf.se/svdlf under fliken Provinsialläkarstiftelsen finns information om kurserna samt webbanmälan.

Om Du har några frågor angående kurserna går det bra att kontakta Helena Grönbacke på
Telefon: 08-790 33 91 eller
Epost: helena.gronbacke@slf.se

*Anmälan skall vara Svenska Distriktsläkarföreningen tillhanda **senast den 15 november 2016**.*

Annons

Inte fler besvärliga patienter idag!!!

Om konsten att hantera besvärliga patienter

Fokus på arbetsmiljön

Arbetsdagen har hittills varit stressig och det har varit svårt att hinna med alla patienter som faktiskt är sjuka och behöver akuta insatser. Och så mitt i denna stressiga tillvaro så har man haft ”mage” att sätta upp den där besvärliga traggliga patienten på listan. Inte nu igen!!! Redan på förhand tror du dig veta att besöket är helt onödigt och att du kommer att behöva lägga ner en god stund på att förklara för patienten att hen inte lider av något allvarligt och inte behöver remitteras till någon specialist. Det har du redan gjort flera gånger tidigare. Men som i ett långdraget pokerspel verkar det som om patienten alltid har ett ”Ess i rockärmen” som man kan slänga fram – nästan som ” vad säger du nu då? – det visste du inte”. Så börjar en ny diskussion om problemen som du säkert hört om flera gånger innan, men denna gång beskrivna på ett annat sätt. Ibland kanske det väcks en viss oro – jag har kanske missat något trots allt? Känns beskrivningen välbekant? Det gör den säkert eftersom vi väl alla har några patienter av det här slaget.

> Likt samhället i stort har vissa personer/patienter en framtoning som gör att de har svårt med mer eller mindre alla former av kontakter med vissa människor.

För några år sedan försökte man med att utfärda besöksförbud för en patient som verkar ha varit närmast en stamgäst på akutmottagningen vid ett sjukhus i södra Sverige. Trots att det mesta talade för att patienten inte behövde söka sjukvård, och definitivt inte akutsjukvård, så fick man bakläxa och förbudet fick upphävas. Utan att närmare granska just det aktuella fallet är händelseförloppet intressant ur flera synvinklar.

Besvärliga patienter, inte minst i primärvården, uppfattas av många som ett betydande arbetsmiljöproblem. Eftersom patientgruppen inte är välavgränsad är det svårt att ha någon säker uppfattning om hur stor gruppen är men det finns siffror som antyder att mer än var tionde möte i vården uppfattas som besvärliga möten. Med stor sannolikhet kan i princip alla kliniskt verksamma allmänläkare ange en eller flera av sina patienter som besvärliga av olika orsaker.

> Besvärliga patienter, inte minst i primärvården, uppfattas av många som ett betydande arbetsmiljöproblem.

Det finns besvärliga patienter

Att vissa patienter uppfattas som besvärliga, både inom slutenvård och primärvård, är ingalunda någon nyhet. Det har under årens lopp skrivits en hel del på detta tema. Om man läser en del av utredningar och sammanställningar som gjorts från myndighets- och arbetsgivarhåll får man ibland intrycket att det egentligen inte finns några besvärliga patienter. Det hela tycks främst handla om att läkarna är besvärliga och inte lyssnar tillräckligt noga eller bryr sig om sina patienter. Nu är det dock inte riktigt så enkelt. Det finns utan tvekan patienter som är besvärliga. Det räcker med att vistas några dagar på en vårdcentral för att inse detta faktum. Att någon är besvärlig är samtidigt ingen medfödd egenskap utan snarast en känsla som uppkommer när två eller fler inkompatibla personer sammanstrålar. Besvärliga patienter

www.fotolia.se

är därmed ingen välavgränsad patientgrupp utan snarast en upplevelse som uppkommer vid möten mellan patient och vårdpersonal. Likt samhället i stort har vissa personer/patienter en framtoning som gör att de har svårt med mer eller mindre alla former av kontakter med vissa människor. Svårigheter som i sig inte behöver bero på att individen lider av någon form av psykisk störning. P.g.a. maktförhållande och lagstadgade rättigheter får dessa svårigheter en speciell dignitet i vården. Detta får dock inte tolkas som att patienter har rätt att vara hur besvärliga som helst.

Skyttegravskriget

Längre kontakter mellan besvärliga patienter och läkare utvecklas stundtals till något som närmast kan liknas vid ett skyttegravskrig. Läkare ”laddar upp” på förhand för att bemöta den besvärliga patientens alla önskemål – mer eller mindre befogade. Patienten läser på och framställer sin problematik utifrån andra infallsvinklar. Ibland understödda med tidningsartiklar eller genom att patienten har ”googlat” innan besöket. Mötet mellan patient och läkare blir sällan speciellt kreativt eftersom båda parter är inriktade på att argumentera för sin uppfattning – det egentliga problemet hamnar ibland i bakgrunden. Patienten ställer krav, utifrån den kunskap man tror sig ha inhämtat, och läkaren försöker komma ifrån kraven på något övertygande sätt.

”

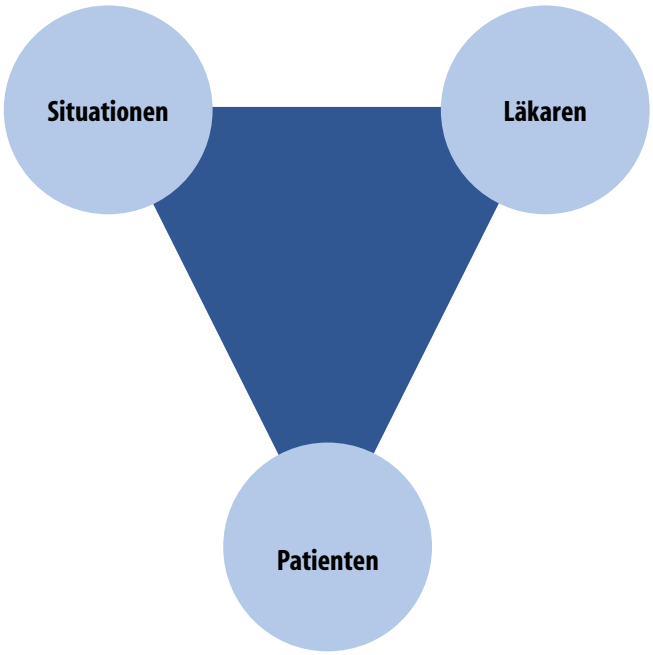
Det viktiga är att komma ifrån skyttegravskriget och istället inleda någon form av mer konstruktiva förhandlingar.

Att vissa patienter mer generellt uppfattas som besvärliga ökar risken för att just dessa patienter skall trigga igång känslan av skyttegravskrig. Något som i sin tur gjort att man enligt vissa ska undvika att använda begreppet besvärliga patienter eftersom det kan vara stigmatiserande för patienten. Att undvika begreppet lär dock knappast minska problemet eftersom dessa patienter finns kvar i vården oavsett vilken beteckning vi väljer. Det viktiga är att komma ifrån skyttegravskriget och istället inleda någon form av mer konstruktiva förhandlingar.

Vad handlar det egentligen om?

Eftersom känslan av att vara besvärlig uppkommer vid mötet mellan två parter är det tämligen uppenbart att båda dessa parter bidrar till att situationen uppstår. Vissa personer går helt enkelt inte ihop – inte ens med god vilja. Vi kan uppfatta varandra, mer eller mindre relevant, som ointresserade, ovänliga, nedlåtande, överlägsna m.m. Även faktorer som åldersskillnad och gender måste beaktas i sammanhanget. Kvinnliga patienter har av naturliga skäl lättare för att tala om vissa problem med kvinnliga läkare och vice versa. Stora åldersskillnader mellan patient och läkare torde även kunna vara problematiskt i vissa fall.

Tidskriften Family Practice Management, juni 2007, presenterade en schematisk men illustrativ figur för ”triangeldramat” besvärliga patient-läkarmöten;



Situationen kan, som beskrevs inledningsvis, vara den att redan ”kända” besvärliga patienter dyker upp vid fel tillfällen (fel ur den synvinkeln att det inte finns möjlighet att ge patienten tillräckligt med tid) eller blir besvärlig genom att till exempel råka hamna på en akut-tid med problem som pågått under många år. En annan situationsbetingad problematik som lyfts fram är språksvårigheter (patienter med behov av tolk etc.) och att läkare behöver lämna svåra besked till patienten.

Läkarens roll i sammanhanget är i stor omfattning relaterat till läkares uppfattning om enskilda patienter men även till patienter ur ett mer generellt perspektiv. Läkare med nedlåtande och arrogant framtoning gentemot sina patienter. Läkare som känner sig ”utbrända” av patienter som uppfattas som okunniga och tjatiga etc. Likt människor i största allmänhet har även läkare bra och mindre bra dagar på jobbet och påverkas naturligtvis även av sin totala situation (sociala förhållanden, ekonomi, arbetsförhållanden etc.). Tillvaron är en helhet med kommunicerande kärl – man behöver må bra för att göra ett bra jobb.

Patientens roll har beskrivits mer ingående och är naturligtvis av speciellt intresse. Några enstaka kan vara medvetet besvärliga men merparten blir sannolikt uppfattade som besvärliga p.g.a. olika bakomliggande faktorer. Patienter som i grunden egentligen känner rädsla och oro inför kontakter

med läkare, somatiserande patienter som ”uttrycker” sina psykiska problem med somatiska symtom, patienter med sorger och besvikelser av olika orsaker m.fl. En speciell kategori som beskrivits är patienter som söker trygghet och omsorg utan att ha några omedelbara behov av vård. Sjukvården i allmänhet, och primärvården i synnerhet, blir ett substitut för något som egentligen borde komma från annat håll.

> De s.k. Balintgrupperna som av och till fortfarande finns vid en del vårdcentraler kan vara en god möjlighet till att få en kollegial diskussion om hur man bäst hanterar besvärliga patienter.

Ytterligare en speciell grupp är patienter med missbruksproblematik (alkohol, mediciner m.m.) och som utvecklat ett för alla parter mycket besvärligt beteende med omotiverade krav på läkemedelsförskrivning etc.

Det finns inga patentlösningar

En nollvision för besvärliga patienter är knappast realistisk. Med tiden kommer det med all säkerhet på alla mottagningar uppstå besvärliga situationer i vilka patienterna inte sällan framställs som de besvärliga i sammanhanget. Som framgår ovan är det dock ett mer komplext problem med varierande bakgrundsorsaker. För läkare som upplever mer eller mindre alla sina patienter som besvärliga finns det anledning att fundera över denna läkares personliga situation. Om besvärligheterna oftast kan tillskrivas organisatoriska orsaker finns det anledning att nogsamt analysera hur verksamheten fungerar och hur den är organiserad.

Temat för beskrivningen ovan har utgått från besvärliga patienter. Eftersom vi alla möter en eller annan patient av detta slag så utvecklar vi olika strategier för att hantera problemen. En del kanske mindre bra och ibland rent av med motsatt effekt – den besvärliga patienten blir svårare än någonsin att hantera. För att komma en bit på vägen kan en stunds eftertanke vara av värde;

- Vad handlar problemet egentligen om?
- Är det patienten, eller rent av jag själv, som är orsaken till att mötet blir besvärligt?
- Är jag tillräckligt tydlig och sätter gränser?

De s.k. Balintgrupperna som av och till fortfarande finns vid en del vårdcentraler kan vara en god möjlighet till att få en kollegial diskussion om hur man bäst hanterar besvärliga patienter. Konstruktiva diskussioner och meningsutbyte brukar vara en framgångsrik väg. Eller för att citera ett arabiskt ordspråk – ”ett ögonblicks tålamod och du har vunnit en seger”.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

REFERENSER;

Family Practice Management (2007) *How to manage difficult patients*, www.aafp.org/fpm

Heyman S, Karlsdotter Huss S (2013) *De som kallas besvärliga*, Röda Korsets Högskola, sjuksköterskeprogrammet, Stockholm

Koekkoek B, van Meijel B, Tienens B, Schene A, Hutschemaekers G (2011) *What makes community phychiatic nurses label non-psychotic chronic patients as ”difficult”; patient, professional, treatment and social variables*, Soc Psychiatr Epidemiology 46;1045-1053

Glöm inte att vi finns på Facebook!

Like

https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen

Annons

Arbetsmiljön ska vara hälsosam

En god arbetsmiljö är den mest vinstgivande investering en arbetsgivare kan göra. Arbetsolyckor och arbetssjukdomar har för många yrkeskategorier sjunkit över tiden genom kloka lagar och föreskrifter.

Men nu ökar sjukskrivningarna och socialförsäkringskostnaderna skenar. En oacceptabel tidspress i kombination med stort ansvar och bristande möjligheter att kunna påverka det egna arbetet leder till kronisk stress hos många.

Lagar, avtal och föreskrifter följs inte av alla uppdragsgivare. Nedan finns hänvisning till några viktiga dokument – torr och trist läsning – men det kan vara bra att snabbt hitta dem på mobilen eller på läsplattan i en speciell situation.

Lagar och föreskrifter gäller även läkare

Arbetstidslagen (ATL) Arbetsmiljölagen (AML), AFS 2001:1 om ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”, AFS 1993:17 om kränkande särbehandling, AFS 1982:3 ”Om ensamarbete” AFS 1993:2” om hot och våld, AFS 2015:4 om ”Organisatorisk och social arbetsmiljö” gäller för läkare liksom för alla andra yrkeskategorier.

Såväl i offentlig som privat verksamhet!

När alltfler erfarna läkare avslutar sin yrkeskarriär i förtid, unga nyutbildade läkare sjukskrivs eller ger upp sitt yrke eller går ner i arbetstid redan efter något eller några år måste vi ställa oss frågan om våra arbetsgivare följer lagar, avtal och föreskrifter.

Många läkare tar orättmätigt på sig skulden när tiden inte räcker till.

”Om jag inte sitter över ikväll också och tar reda på alla provsvar och röntgensvar kan jag bli anmäld till IVO.” Och oavsett vad politikerna lovar invånarna i hälso- och sjukvårdsservice blir det ofta läkaren själv som får prioritera.

Alltför många läkare låter arbetsgivaren utnyttja deras lojalitet gentemot patienterna i regelbunden obetald övertid, uteblivna måltider, dubbelbokningar, trippelbokningar etc.

Arbetsgivarens ansvar

Det är arbetsgivaren som har ansvar för att ”vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa och olycksfall” Detta står i arbetsmiljölagen (AML), Kapitel 3, § 2.

Lagen är tvingande och dessutom straffrättslig. Arbetsgivaren får inte sänka nivån på arbetsmiljön p.g.a. ”bristande ekonomiska resurser”.

OSA

I föreskriften AFS 2015:4 Organisatorisk och social arbetsmiljö, (OSA) som trädde i kraft 1 april **2016** har kraven på arbetsgivaren skärpts.

Bland annat föreskrivs i OSA att:

- Arbetsgivaren ska se till att chefer har kunskaper om hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning .

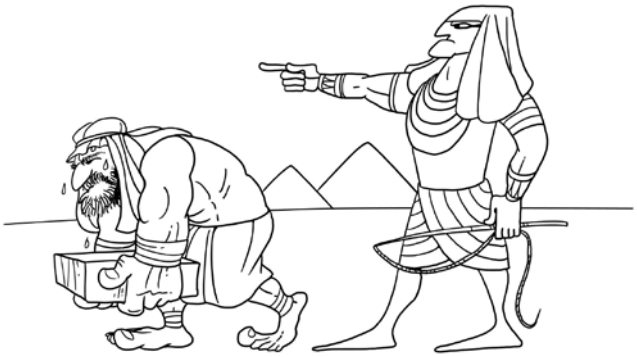
  Ohälsosam arbetsbelastning sker när kraven mer än tillfälligt överskrider resurserna. *Resurserna ska anpassas till kraven i arbetet (§9).*
- Arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna (§12). Som exempel nämns *stor omfattning av övertidsarbete.*
- Arbetsgivaren ska vidta åtgärder för att motverka att förhållanden i arbetsmiljön ger upphov till *kränkande särbehandling* (§13).
- Arbetsgivaren ska se till att det finns rutiner för hur kränkande särbehandling ska hanteras.

  Rutinerna ska vara kända för alla arbetstagare.

SAM

I de sedan 15 år gällande föreskrifterna AFS 2001:1 Systematiskt Arbetsmiljöarbete (SAM) föreskrivs bland annat att:

Arbetsgivaren skall *regelbundet undersöka* arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet.



Så här ska det inte vara.

Vid *ändringar i verksamheten* (ex. nedskärningar, tillägg av arbetsuppgifter…) skall arbetsgivaren bedöma om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall och riskbedömningen ska dokumenteras skriftligt.(§ 8)

AFS 2001:1 och AFS 2015:4 gäller alla arbetsgivare, även dem som **hyr in arbetskraft**.

Övertid och flextid

Alltför många distriktsläkare har under hela sin yrkeskarriär levt med knuten i maggropen att inte hinna med.

Vid heltids anställning är veckan **40 timmar** – ATL (Arbetstidslagen) § 5. Inom den tiden skall arbetet och ”behövliga pauser” (enligt ATL § 17) inrymmas – även sådant arbete som måste utföras utan patientens närvaro. Tid för arbetsuppgifter där inte patienten är närvarande (”administration”) ska finnas i dagschemat varje dag.

Om inte arbetsgivaren har inplanerat detta, har vederbörande planerat för *regelmässig* övertid, vilket inte är tillåtet enligt ATL § 7.

Vid beräkning av övertid – ATL § 7 -gäller det att komma ihåg att det inte går att neutralisera övertid genom kompensationsledighet under en begränsningsperiod. Om en arbetstagare arbetar övertid ett par kvällar i början av veckan och får ledigt på fredagen som kompensation för detta blir kvällsarbetet ändå övertid. Den lediga fredagen skall räknas som fullgjord arbetstid.

På detta sätt får man ögonen på arbetsgivare som olagligt planerar för regelmässig övertid.

Nödfallsövertid kommer vi inte ifrån – kommer en hjärtinfarkt klockan 17:00 tar vi hand om den – men det inträffar inte klockan 17:00 varje dag.

Och chefen ska godkänna i efterhand om vederbörande inte är där.

> Av och till sägs att det är praktiskt svårt att registrera detta. Det låter osannolikt i dessa datoriserade tider.

Enligt gällande avtal har alla läkare rätt till övertidsersättning. Men man kan överenskomma med arbetsgivaren att skriva bort den (vilket ofta sker genom att en liten ruta längst ner på anställningsavtalet kryssas i utan förfrågan). Att skriva bort rätten till ersättning för övertidsarbete i anställningsavtal är en väg in i en ohälsosam arbetsmiljö.

Arbetsgivare som begär detta av läkare bör undvikas. En sådan arbetsgivare tillhör troligen dem som inte beaktar den lagstadgade skyldigheten att ”vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa…”.

Vid ett möte i år mellan SLF, SKL och landstingsdirektörerna framkom att i flera landsting sker detta och även att läkare över en viss lön inte får rätt till övertidsersättning vilket inte står i gällande avtal.

Dessutom blandar man ihop övertid med flextid vilket är helt fel.

Flextid handlar om förläggning av 40-timmarsveckan och är frivillig.

Registrering av jourtid, övertid och mertid

Arbetsgivaren är skyldig att för varje arbetstagare registrera övertid, jourtid och mertid. Av och till sägs att det är praktiskt svårt att registrera detta. Det låter osannolikt i dessa datoriserade tider. På 1960-talet hade vi ett litet hopvikt kartongblad i bröstfickan där för varje halvtimme i jourpass eller utanför schemat tiden skrevs in i minuter och kontoret noterade den exakta övertiden och räknade ut den avtalsmässiga kompensationstiden. När övertidstaket närmade sig hörde ofta både facket och arbetsgivaren av sig för åtgärd.

Raster

Senast efter 5 timmars arbete skall arbetstagaren enligt ATL (Arbetstidslagen) §§ 15 – 16 ha rast. Vanligen är det lunchen. Den bör inte understiga 30 min. Under rasten får arbetstagaren lämna arbetsplatsen. Kräver arbetsgivaren att läkaren skall ha beredskap med ”jourtelefon” är det måltidsuppehåll som ingår i arbetstiden. I så fall måste avtal slutas med läkarför-

eningen. Då går arbetstagaren hem klockan 16:00 eller 16:30 beroende på rastens längd vid 08-17-arbetsdag.

Inga lab- eller röntgensvar, eller FK-intyg handläggs efter denna tid.

Pauser

Enligt ATL § 17 har arbetstagaren rätt till ”de pauser som behövs utöver rasterna”.

ATL anger i denna paragraf att vid särskilt ansträngande arbeten av typen löpandebandsarbeten och liknande skall en ordning med särskilt bestämda arbetspauser tillämpas, till exempel 5 minuter varje timme.

- Pauser bör planeras i schemat. Att sammanföra dem till en socialt positiv kaffepaus tillsammans med medarbetarna är en god investering i arbetsmiljön.
- Kaffepausen är en vedertagen paus.
- Pauser räknas in i arbetstiden.
- Att boka en patient i kvarten ger inte möjlighet till lagenliga raster och pauser!

I ett landsting strök nyligen chefen kaffepauserna för läkarna. Förtroendet för uppdragsgivaren sjönk drastiskt.

Styrt och bundet arbete

Vem bestämmer över distriktsläkarens arbetsdag?

Arbeten som innebär långvarig psykisk anspänning utan möjlighet till avkoppling skall enligt AFS 1980:14 – (Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön) – undvikas. Uteslutande mottagningsarbete i ett oselekterat patientunderlag kan bli mentalt påfrestande.

Annons

Enligt AML Kap. 2, § 1 skall också arbetsförhållandena anpassas efter människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.

”Den doktorn är långsam”, eller ”den stafettläkaren förra veckan tog mer än 100 patienter”. En sådan inställning från chefen är inte förenlig med gällande lagar och föreskrifter och ska inte accepteras.

Att räkna s.k. pinnar – patientbesök utan vetskap om konsultationens innehåll – är vanligt bland politiker och chefer som inte är läkare. På det sättet slår man inte sällan ut erfarna läkare som varit många år på samma arbetsplats och som fått fler och fler av de tyngsta och sjukaste patienterna. Dessa patienter behöver tidskrävande konsultationer. Samtidigt blir nytillkomna läkare ofta akutslavar i högt tempo. Många kolleger har berättat hur de legat vakna på nätterna och oroat sig för vilka farliga sjukdomar de kanske missat under dagen och hur de känt hotet från IVO.

Vem bokar en distriktsläkares patienter?

Bokar läkaren själv kan han/hon tidsbestämma besöket efter medicinsk bedömning av bakgrundsbeskrivningen från patienten vid kontakten. Bokar någon annan måste kompetensen vara tillräckligt hög för att bedöma tidsresursen. Bokas ett rehabiliteringsärende med FK-intyg skall givetvis tiden räcka både för konsultationen **och** intygsskrivandet. Intyget skall inte skrivas en helg eller kväll i framtiden – då handlar det återigen om planerad övertid.

Ensamarbete hot och våld

Det finns fortfarande läkare som arbetar ensamma utan annan personal i jourverksamhet. Särskilt i glesbygd. Syr ihop sår på onyktra på den tomma vårdcentralen och den medföljande kompisen till patienten klipper tråden. Åker ensamma på vårdintygsärenden. Detta är inte förenligt med AFS 1982:3 om ensamarbete, AFS 1993:2 om hot och våld i arbetsmiljön och AML kap 3 § 2 om särskilda risker för ohälsa och olycksfall vid ensamarbete.

Föreskrifter har sin bakgrund i faktiska skeenden.

Några exempel:

Under min egen karriär har jag arbetat på platser där läkare har knivhuggits till döds (läkarhus i Stockholm). Eller skjutits till döds på väg mellan jourrum och akuten.(Psykklinik i Stockholm) Jag gick omvägar till akuten efter det. En kollega blev vid ett tillfälle struptagen av en patient.(Vårdcentral på landet). Kollegan svimmade men befriades av sina arbetskamrater i tid. En gång lyckades jag ducka för en trasig vinflaska, svingad av en patient som blev arg för att jag inte skrev ut Nembutal vid en ensamjour på en vårdcentral.

”

En gång lyckades jag ducka för en trasig vinflaska, svingad av en patient som blev arg för att jag inte skrev ut Nembutal vid en ensamjour på en vårdcentral.

En annan farlig situation – även för patienterna (vårdcentral på landet) uppstod när en psykotisk patient som slutat ta sina mediciner kom in på mottagningen iklädd asbestkläder från en närliggande industri med en 12-liters hink ned kraftigt brinnande innehåll i handen. Sa sig vilja döda min kollega. Innan polis kom till platsen hann jag dock hämta en grenklyka utifrån och smyga in den bakifrån under hinkens handtag. Min ST-läkare försökte prata med patienten framifrån och jag kunde fånga hinken. Fick ut den på gården och kunde släcka. Men vi fick evakuera vårdcentralen flera timmar på grund av rökutvecklingen.

Ytterligare en bisarr historia från verkliga livet. En annan psykotisk patient som suttit hemma och skrivit väggarna fulla

med neologismer blev våldsam och anhöriga kallade på polis. Patienten var dock 2 meter lång och bara muskler och han kastade handgripligen ut dem. Inga fler poliser fanns att få tag i. Undertecknad kallades dit kl 04 som varande distriktsläkarjour. Det gick inte att vare sig försöka tala med patienten eller undersöka vederbörande med poliserna närvarande. Men med dem utanför gick det att få en dimmig kontakt och efter någon timme sträckte patienten fram sin arm sa att han inte var rädd för en lugnande spruta. Så det ordnade sig – förutom att det mentalsjukhus han skulle åka till vägrade ta emot honom och bad mig återkomma klockan 11:00 på telefontiden nästa dag. Klockan 5 på morgonen var jag inte tillgänglig för sådana dumheter utan skickade patienten till ett mentalsjukhus i ett annat landsting.

Vi får inte glömma att på en vårdcentral är läkaren ensam på sitt rum med patienten. Så var det på ovan nämnda läkarhus i Stockholm.

Resursbehovsanalyser

Arbetsgivaren ska anpassa resurserna till kraven i arbetet. AFS 2015:4 § 9. Det är arbetsgivaren som ska göra behövliga resursbehovsanalyser. Skyddsombud och facklig organisation sitter inne med stora kunskaper om detta vilket bör tas tillvara.

Arbetstagarnas ansvar och skyddsombud

Inte bara arbetsgivaren har ett arbetsmiljöansvar. Arbetstagarna skall medverka i de åtgärder som behövs för en god arbetsmiljö och föra fram till arbetsgivare och skyddsombud sina önskemål om förbättringar i arbetsmiljön.

Arbetstagarens fackliga organisation – inte arbetsgivaren – disponerar rätten att utse skyddsombud – på alla arbetsplatser där det finns minst 5 arbetstagare och dessutom där arbetsförhållandena påkallar det – AML Kap 6 § 2. I dagens bemanningssituation är det av avgörande betydelse att det finns läkarskyddsombud på varenda enhet där det finns läkare. Inte skyddsombud för läkarkollektivet från andra yrkeskategorier inom SACO, hos vilka inte detaljkunskapen om läkarnas specifika arbetssituation finns, utan skyddsombud utsedda bland fackligt medvetna läkare med kunskaper i arbetsrättsliga lagar och föreskrifter.

Skyddsombudet har kraftfulla befogenheter.

Det är förståeligt att inte var och en läkare är beredd att våga ta ansvar som skyddsombud eller anlita sitt skyddsombud. Ett skyddsombud kan påkalla Arbetsmiljöverkets intresse för den arbetsmiljö han/hon bevakar – närmare beskrivning finns i AML Kap 6 § 6a och § 7. Att det finns risk för konflikter är en realitet – tyvärr. Det finns dokumenterat hur läkare blivit utsatta för repressalier och kränkande särbehandling (Se AFS 1993:17) av sin arbetsgivare när läkaren helt korrekt enligt Arbetsmiljölagen via sitt skyddsombud påtalat arbetsmiljöbrister.

Vi bör inte vika oss för den typen av beteende. Ju fler av oss som står upp för vår lagstadgade rätt till en hälsosam arbetsmiljö och som vågar ställa upp som skyddsombud, ju större möjlighet att vi kan förebygga utmattningsdepressioner, hjärtinfarkter, stroke, försämrat astmastatus och andra ohälsoeffekter hos läkarna.

Det finns dokumenterat hur läkare blivit utsatta för repressalier och kränkande särbehandling (Se AFS 1993:17) av sin arbetsgivare när läkaren helt korrekt enligt Arbetsmiljölagen via sitt skyddsombud påtalat arbetsmiljöbrister.

Under ett långt arbetsliv har jag sett tillräckligt många läkararbetsmiljöer för att se hur stora vinster den goda arbetsmiljön ger för patienterna, för läkarna och för uppdragsgivarna och hur mycket onödigt lidande de dåliga arbetsmiljöerna förorsakar. Jag var ensam läkare på olika vårdcentraler med ansvar för 18.000 invånare i början. Eftersom jag sedan fick se en utbyggnad till en bemanning som motsvarade arbetsuppgifterna på dessa vårdcentraler kunde jag följa utvecklingen. Nöjda, trygga patienter, utplanad stabil besöksprofil på mottagningen, jourbelastning nattetid nära noll, frisk personal. Kontinuitet. Tillfredställelsen att få skriva körkortsintyg till samma unge som man sett på BVC och i skolhälsovården o.s.v.

Kerstin Ermebrant
specialist i allmänmedicin och FHV,
LF-Z:s styrelse och FD
ordförande i DLF-Z
kermebrant@gmail.com

Annons

WONCA EUROPE 2016 – Family Doctors with Heads and Hearts

– reflektioner i H. C. Andersens fotspår

När Köpenhamn stod i sitt vackraste försommarflor i mitten av juni 2016 befolkades staden bland annat med drygt 3.100 distriktsläkare och blivande sådana från 72 länder för att reflektera och förkovra sig. WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization of Family Doctors) består av 500,000 familjeläkare från 131 länder. Denna europeiska konferens bjöd på fem temata, som i inledningsanförandet av Prof. Michael Kidd från Australien knöts till H C Andersens sagor:

1."Ett åldrande Europa"

"Den fula ankungen" blir den vackraste svanen. Så kan våra blivande distriktsläkare bli än vackrare med rätt fortbildning och handledning för att ta hand om en åldrande befolkning och ge dem rätt vård och omsorg "med hjärna och hjärta".

2."Att göra hälso- och sjukvård prisvärd"

"Den lilla sjöjungfrun" har förälskat sig i en prins och om hon vinner prinsens hjärta kommer hon att få en odödlig själ som människorna. Med mänsklig kärlek och anpassade resurser utifrån behov kan vi utveckla primärvården och ge den sin rättmätiga plats i samhället.

3."Framtidens konsultation"

"Snödrottningen" kidnappar Kaj och hans vän Gerda måste besegra drottningen. Genom ny teknologi i primärvården, t.ex. "E-Hälsa", kan vi besegra kommunikationsproblem och ta till oss de möjligheter som teknologin erbjuder. En patientcentrerad integrerad vård är målet och genom att dela våra visioner och erfarenheter med varandra utnyttjar vi vår gemensamma kunskapsbas bättre.

4."Diagnostik – en viktig uppgift för primärvården"

I "Kejsarens nya kläder" används ett s.k. magiskt tyg som mindre begåvade personer sägs inte kunna se, varför alla som tittar på det låtsas att de ser det. Barnet ser med sina ögon att det inte finns något tyg. Det finns en risk att man anpassar sig till gruppens uppfattning även om gruppen har fel.

I "Prinsessan på ärten" testar prinsen prinsessans sensitivitet genom ärtan. Vi måste också använda och förlita oss på sensitivitetens betydelse. Därför behövs ännu mer forskning idag, där bl.a. Cochrane-rapporter ger oss tillgång till fakta som vi behöver i vår diagnostik och behandling – förutom att vi ska använda och lita på våra sinnen vid konsultationen!

5."Ojämlikhet i hälsa"

I "Flickan med svavelstickorna" tänder den fattiga flickan stickorna för att värma sig och får syner som hjälper henne den sista tiden i livet. Om vi inte står upp för dem som lever i fattigdom, ohälsa, social utfrysning – vem gör det då? Vårt sociala ansvar och våra mänskliga rättigheter innebär frihet, rättvisa och frid. Vi är skyldiga att ge support innan det är för sent! Primärvården har ansvar för tillgänglig jämlik vård för alla utifrån behov – inklusive flyktingar och migranter.

Vid konferensen erbjöds symposier, workshops, föredrag, "one-slide-5 minutes" med korta muntliga presentationer vid posters och redogörelser för "case studies". Intressanta och tankeväckande material utifrån många välgjorda studier bakom resultaten presenterades. Att träna sin förmåga vid mikroskopet, sätta in spiral (!) och lära sig ultraljudsteknik fanns också möjlighet till i den gigantiskt stora Bella Centers lokaler. Att servera lunch och fika för över 3.000 personer kräver en god logistik!

Dessutom kunde man få besöka en vårdcentral i Köpenhamn tillsammans med några kollegor från andra länder och

få tips att ta med sig hem. Primärvården är verkligen en härligt mångskiftande arena att arbeta inom.

Här följer några axplock:

Finns det evidens för effekt och nytta med förebyggande insatser för äldre? [1]

”Hälsa är inte frånvaro av sjukdom. Hälsa är att känna och uppleva livet fullt ut.” Så skulle hälsa för äldre kunna beskrivas. Det finns nu evidens för att primärprevention är till nytta för alla äldre människor vad gäller vitamin D, fysisk aktivitet/träning, sociala aktiviteter, kognitiv träning och support till ökat självförtroende och större självständighet. Det är också visat att sekundärprevention är effektivt vid behandling av blodtryck och vid förebyggande av fallolyckor. Äldre utgör dock en heterogen grupp där inte alla alltid har nytta av prevention. När det gäller utvärdering av resultat vid studier av äldre-äldre är mätning av livskvalitet, funktionsnedsättning eller hjälpbehov bättre indikatorer än mortalitet av förklarliga skäl. Vårdkostnaderna är fortfarande mycket högre än vad forskning kring vilka preventivåtgärder som skulle hjälpa äldre bibehålla sina funktioner, sin tankevärld och livskvalitet skulle innebära.

Selektiv prevention av hjärtmetaboliska sjukdomar i Europa [2]

Fetmaepidemin med ökad prevalens av hjärtmetabolisk sjukdom som hjärtkärlsjukdom, diabetes mellitus och kronisk njursjukdom är ett växande problem i industriellt utvecklade länder. Rökning och fysisk inaktivitet är också kända riskfaktorer till ökad hjärtkärlsjuklighet. I ett transeuropeiskt forskningsprojekt SPIMEU (Determinants of Successful Implementation of Selective Prevention of Cardio-metabolic Diseases Across Europé) (www.spimeu.org) har forskare från 5 EU-länder (Nederländerna, Sverige, Danmark, Tjeckien, Grekland) med olika sjukvårdssystem gått samman för att med EU-bidrag kunna ge support angående implementering av innovativa evidensbaserade selektiva preventiva åtgärdsprogram för primärvården i de olika länderna.

Konsultationen [3]

För att få en patientcentrerad konsultation där patienten kan presentera sina symtom och tydliggöra sina ”tre F” (föreställningar, farhågor och förväntningar) på sin agenda (patientens del) behöver doktorn både lyssna in och bekräfta dessa för att möjligen kunna ge en medicinsk förklaring (doktorns del). Först därefter kan doktorn gemensamt med patienten komma överens om fortsatt utredning, behandling och uppföljning (gemensam del). Varför är det så svårt ibland? Direkt när patienten nämnt sina symtom vill man ofta ge förklaring och diagnos. Som doktor vill man inte känna sig otillräcklig och rådlös. Tidsnöd kan forcera samtalet, där det faktiskt fordras tid och engagement för att komma in i en annan människas tankevärld.

Hur förebygga överdiagnostik i primärvården [4]

Förutom ca.13.000 diagnoser/sjukdomar som distriktsläkaren har att välja på finns också abnormala symtom där ”överdiagnoser” göms i ”den diagnostiska trädgården”. Screening av asymtomatiska personer i syfte att ”förebygga sjukdom” eller att förbättra prognos genom tidig diagnos ökar inom primärvården. Det kan drivas fram hos patienter, läkare, hälsoadministratörer och politiker av rädsla att missa något. Dessutom kan känslan av ”ju förr dess bättre” för att undvika ”doctor’s delay” bidra, trots att det kan vara alltför tidigt i ett sjukdomsförlopp för att sätta en diagnos. Bidragande kan också vara våra alltmer känsliga tester som kan ge ”för tidig upptäckt”(t. ex. prostatacancer), vidare sjukdomsdefinitioner (t.ex. diabetes mellitus), finansiella incitament, patientens anspråk på trygghet och i vissa länder läkarens rädsla för rättstvist. Risk finns att det leder till patientens egen känsla av att vara riktigt sjuk, stämpla patienten som sjuk, som i sin tur kan leda till medikalisering med medicinska och sociala konsekvenser. Vår etiska grundprincip att inte skada kan därmed leda till skada för patienten. Dessutom blir folkhälsan sämre genom att resurser skiftas om från kroniska sjukdomar och fattiga och i stället riktas mot rika och relativt välmående. Anamnes med symtom, status med kliniska tecken och tester med säker di-

agnostik måste alltjämt utgöra grund för diagnos. Det måste finnas utrymme kring konsultationen för doktorn att hinna tänka analytiskt och inte bara snabbt eller intuitivt och att kunna väga fördelar och nackdelar mot varandra innan alltför extensiv utredning görs. På så sätt kan riskerna för överdiagnostik genom ”för tidig upptäckt”, alltför vida definitioner och medikalisering minska.

Gastro-esofageal refluxsjukdom (GERD) – en uppdatering enligt “The European Society for Primary Care Gastroenterology” (espg) 2016 [5]

Trots att symtom vid GERD länge varit vanligt förekommande i primärvården pågår alltjämt diskussion kring diagnos baserad enbart på symtom eller baserad på symtom och utredning. Incidensen ökar i många länder beroende på tilltagande frekvens av övervikt/fetma, förändringar i kost och livsstil och tillståndet erkänns som en riskfaktor för esofaguscancer. Anatomisk bakgrund med eventuellt bråck, förekomst av ficka med saltsyra som kan ge esofagit, icke-syra reflux, irriterande ämnen som pepsin och gallsyra kan tillsammans med psykologiska faktorer ligga bakom utebliven behandlingseffekt. Kapselendoskopi med foto är en bra metod om diagnos behöver säkerställas. Behov och effekt av kirurgisk intervention har alltid varit kontroversiell, även om klarheten kring dess roll vid utebliven effekt av långtidsbehandling ökar.

Dyspepsi och magsår [6]

All uppdaterad internationell rekommendation innebär att patienter under 50 års ålder med nytillkomna besvär av typ dyspepsi utan alarmsymtom kan behandlas i enlighet med strategin ”test and treat”. Detta innebär att Urea utandningstest (UBT) eller fekalt Helicobacter pylori -Antigen ELISA-test (F-Hp) ska beställas i stället för gastroskopi. Detta är billigare och mindre besvärligt för patienten. Patienter över 50 år med nytillkomna besvär av typ dyspepsi skall erbjudas gastroskopi. Eventuellt bruk av NSAID eller ASA bör tas i beaktande. Förekomst av Helicobacter pylori finns bevis för ha funnits redan för 58.000 år sedan och har ökat i frekvens under 1900-talet. Bakterien orsakar kronisk inflammation men ger endast en minoritet magsår och ännu mer sällan uppstår cancer. Äldre patienter kan få atrofisk gastrit med subklinisk malabsorption. Behandling utgörs av en veckas trippelbehandling med en protonpumpshämmare och två antibiotika.

Annons

Colon irritabile, IBS (Irritable Bowel Syndrome) [7]

Numera bedöms orsak till IBS bero på visceral hypersensitivitet som kan ge påverkan cerebralt och omvänt bedöms humörstörning ge tarmpåverkan inklusive förhöjd visceral (mucosal) permeabilitet, där patienter med IBS-D noterats ha förhöjda nivåer av 5-HT i tarmslemhinnan. Det talar för att det finns ett samband mellan IBS och serotonin. ACTH och kortisol har också noterats förhöjda, vilket talar för att även hypofys-binjureaxeln är påverkad vid IBS, troligen som en följd av externa stimuli.

Som behandling är pepparmintolja effektivt i 2/3 av fallen och dessutom billigt. SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) är inte så effektivt, men TAD (Tricykliska Antidepressiva) har visats ha viss effekt. I Sverige prövas numera ofta FODMAP där fermenterbara kolhydrater utesluts eftersom flertalet av IBS-patienter har kolhydratmalabsorption. Sockerarter som fruktos, laktos, oligosackarider (vete, korn, råg, havre, baljväxter, lök) och sockeralkoholer (godis, avokado och svamp)bör undvikas.

SAFARI-studien – Effekt av Acceptance and commitment therapy (ACT) och ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) bland sjukskrivna för psykisk ohälsa [8]

De flesta med psykisk ohälsa diagnostiseras, sjukskrivs och behandlas i primärvård. Det finns än så länge ganska lite kunskap om vilken effekt den vård och de insatser som ges till dessa personer har på återgång i arbete. Vid presentation av SAFARI-studien lyftes Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och arbetsplatsinterventionen ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) fram som möjliga behandlingsalternativ.

Ojämlik hälsa [9]

Över 214 miljoner människor bor utanför sitt födelseland, antingen som frivilliga eller som påtvingade migranter. Omkring 40 % flyttar till näraliggande länder. Hälften av flyktingarna är barn. Allt detta ställer primärvården i mottagande länder inför en stor utmaning. Migrationen i sig påverkar migranternas hälsa där de europeiska hälso- och sjukvårds- systemen är anpassade till majoriteten av befolkningen och inte till nyanlända och/eller etniska minoriteter. Även där de har formell rättighet att söka hälso- och sjukvård kan det finnas hinder i vägen. Termen ”känslighet för mångfald” och begreppet kulturell kompetens innebär att kunna möta nyanländas behov med öppet sinne, lyhördhet, förståelse, respekt och kunskap om olika kulturers normer, sedvänjor och traditioner för att kunna integrera patientens kultur i omvårdnaden. Olika länder med olika sjukvårdssystem har olika strategier och vi kan lära av varandras framgångar och utmaningar.

Konferensens motto att ”vara läkare med hjärta och hjärna” och att ”se på en främling som en person man inte hunnit lära känna” duger gott som rättesnöre i allas vår vårdande vardag.

Eivor Wiking
MD, PhD, Distr läk
eivorwiking@ gmail.com, eivor.wiking@sll.se
070-6291862

REFERENSER

1. Professor Kaisu Pitkälä, University of Helsinki & Helsinki University, Central Hospital, Helsinki, Finland. E-mail: kaisu.pitkala@helsinki.fi
2. Postdoc Trine Thilsing, University of Southern Denmark, Research Unit of General Practice, Odense C, Denmark. E-mail: tthilsing@health.sdu.dk
3. Associate Professor Jan-Helge Larsen, Private Practice, Hellerup, Denmark. E-mail: jhl@dadlnet.dk
4. Professor John Brodersen, Centre of Research & Education in General Practice & Primary Health Care Research, Department of Public Health, Copenhagen, Denmark. E-mail: jobr@sund.ku.dk
5. Professor Roger Jones, British Journal of General Practice, London, UK. E-mail: roger.jones@kcl.ac.uk
6. Dr Lars Agreus, Karolinska Institutet, Dept Of Family Medicine, Huddinge, Sweden. E-mail: lars.agreus@ki.se
7. Professor Jean WM Muris, University of Maastricht, Department of Family Medicine, Maastricht, The Netherlands. E-mail: jean.muris@hag.unimaas.nl;h.schmidt@sboh.nl
8. Med dr Anna Nager, Karolinska Institutet, Division of Family Medicine, Stockholm, Sweden. E-mail: anna.nager@ki.se
9. Associate Prof Bernadette Kumar, NAKMI Oslo University Hospital, Oslo, Norway. E-mail: bernadette.kumar@nakmi.no

Annons

Fadderlista 2016

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Ove Andersson *(ogandersson@gmail.com)*	Gävleborg Uppsala Västmanland
Caroline Asplund *(caroline.asplund@slf.se)*	Stockholm Gotland Kronoberg
Ulrika Taléus *(ulrika.taleus@regionostergotland.se)*	Östergötland Södermanland Jönköping
Rikard Lövström *(rikard.lovstrom@gmail.com)*	Halland Mellersta Skåne Östra Skåne

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Viktoria Strömberg *(viktoria.stromberg@vll.se)*	Västerbotten Västernorrland Norrbotten
Nadja Schuten-Huitink *(nadjaannemarina.huitink@ltdalarna.se)*	Dalarna Nordvästra Skåne Sydvästra Skåne
Agneta Sikvall *(agneta.sikvall@vgregion.se)*	Jämtland Västra Götaland Kalmar
Marina Tuutma *(marina.tuutma@liv.se)*	Värmland Örebro Blekinge

Wästerläkarna växer

– läkarledd vårdcentral med snabba beslutsvägar

Som ett led i DLFs önskan att uppmuntra unga allmänläkare att ta på sig chefsuppdrag bjöd styrelsen in Wästerläkarna till årets ordförandekonferens.

Det har gått drygt ett år sedan distriktsläkarna Henrik von Sydow, Frida Ahlfors och Fredrik Merck tog över ägarskapet och ledarskapet för den privatdrivna vårdcentralen Wästerläkarna i Västra Frölunda i Göteborg.

Förra året prisades vårdcentralen för satsningen på en specialiserad äldrevårdsmottagning för 70-plussare.

Det är en av de största och snabbast växande vårdcentralerna i Göteborg. Varje månad strömmar det till cirka 100 nya patienter som vill lista sig.

– Vi har redan vuxit ur våra lokaler och ska nu bygga ut verksamheten. Det är väldigt kul att så många vill söka sig till oss, samtidigt är det också en utmaning eftersom det inte finns något listningstak, säger Henrik von Sydow.

Vårdcentralen Wästerläkarna ligger i stadsdelen Älvsborg i sydvästra Göteborg, på gränsen till Västra Frölunda. Fortsätter man med spårvagnen, förbi vårdcentralen, hamnar man efter några minuter i Saltholmen, en slutstation och utpost mot den södra skärgården.

Det är sen eftermiddag och vårdcentralen är på väg att stänga för dagen. Henrik von Sydow, Frida Ahlfors och Fredrik Merck är alla tre kliniskt verksamma och har stannat kvar för att samtala om frågor som handlar om läkarlett ledarskap, att vara förhållandevis ung och våga vara chef och att driva en primärvårdsenhet med allt vad det innebär.

– Vi fick frågan om att ta över verksamheten av de förra ägarna i sambandet med förra valet 2014. Det var en ganska turbulent period, debatten om vinster i välfärden var het och det politiska klimatet var oförutsägbart. Under den här tiden var det också svårt att få banklån. Utan stöd och support från de förra ägarna hade det varit svårt, säger verksamhetschef Henrik von Sydow.

> Antalet heltidsläkare är 1 per 1 400 invånare, det vill säga en bra bit över riksdagens mål om en specialistläkare i primärvården per 1 500 invånare.

Han är med sina 35 år den yngste av de tre nuvarande ägarna och blev klar specialist så sent som i december 2015. Han är också den som snabbast bestämde sig att ta över vårdcentralen och bli delägare, VD och verksamhetschef.

– Det tog väl ett dygn innan jag svarade ja. Jag ville kombinera rollen som läkare med ledarskap och chefskap. Frågan kom vid rätt tillfälle.

Under läkarutbildningen var Henrik von Sydow engagerad i medicinska föreningen. Han har också varit ordförande för kyrkorådet med 50 anställda. Kanske fick han också stöd i rollen som ledare av sin mamma, Kerstin von Sydow, som under många år var primärvårdsdirektör i södra Älvsborg.

Medvetet val

På bara några år har Wästerläkarna vuxit kraftigt. År 2009 var 4 400 patienter listade, i dag är antalet nära 16 000. Antalet heltidsläkare är 1 per 1 400 invånare, det vill säga en bra bit över riksdagens mål om en specialistläkare i primärvården per 1 500 invånare.

Förutom de krav och villkor som ställs utifrån gällande lagar och föreskrifter arbetar Wästerläkarna i enlighet med Västra Götalands KOK-bok (krav- och kvalitetsbok).

Fredrik Merck, biträdande verksamhetschef och medi-

cinskt ansvarig, sökte sig hit 2011 i samband med att han blev klar specialist i allmänmedicin. Då hade han under några år vikarierat som primärvårdsläkare, från Gällivare i norr till Sjöbo i söder, och sett många vårdcentraler från insidan.

– Jag visste mycket väl vad jag ville och hur jag ville jobba. Det fanns också en längtan efter att få vara med och driva utvecklingen av vården. Men beslutet att ta över verksamheten föregicks av en lång beslutsprocess, det är ett stort ekonomiskt ansvar och ett risktagande beroende på hur de politiska vindarna blåser.

Fredrik Merck är 42 år och har sedan barnsben vuxit upp med allmänmedicin. Hans pappa Christer Merck, arbetade som distriktsläkare i Göteborg.

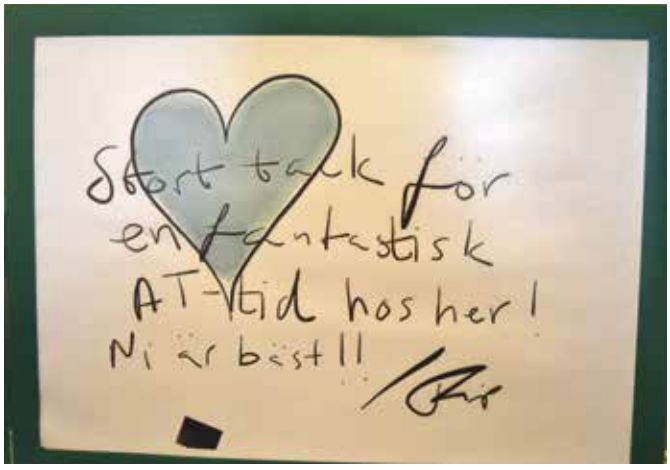
– Jag tycker om den helhetssyn som finns i allmänmedicinen.

Även för Frida Ahlfors, 42 år, biträdande verksamhetschef och personalansvarig, föregicks beslutet att bli delägare av en lång beslutsprocess. Efter läkarlegitimation arbetade hon inom klinisk genetik på Sahlgrenska universitetssjukhuset. I själen kände hon sig dock som en allmänläkare, säger hon.

– Jag ville prova på allmänläkaryrket och började vikariera som ST-läkare här på Wästerläkarna 2010. När vi fick frågan om att ta över kände jag väl till verksamheten och jag trivdes väldigt bra. Att få arbeta nära patienterna och samtidigt kunna påverka och driva utvecklingen framåt är ett viktigt skäl till att jag tackade ja. Samtidigt var det nervöst att ta så höga banklån, det krävdes många och långa diskussioner innan jag till slut bestämde mig.

På topplistan

När patientenkätundersökningar görs, har Wästerläkarna i flera år hamnat på topplistan. När Henrik von Sydow, Fredrik Merck och Frida Ahlfors själva ska spekulera i varför vårdcentralen är så populär, är det några utmärkande faktorer som sticker ut, menar de.



– Vi driver egentligen vårdcentralen i samma anda som de förra ägarna, även om vi blivit större och till viss del har organiserat och strukturerat om verksamheten för att bli mer beslutseffektiva. De styrkor vi har är framförallt att vi bedriver en patientcentrerad vård, vi har en hög kompetens och bemanning och vi har en hög tillgänglighet, säger Henrik von Sydow.

Begreppet patientcentrerad vård kan i mångas öron låta slitet. Det är därför viktigt, menar Frida Ahlfors, att omsätta begreppet i den praktiska vardagsnära verksamheten.

– Det tycker jag att vi gör. Tack vare särskilda satsningar har vi en hög tillgänglighet och våra patienter kan tas om hand direkt. Vi har en drop-in mottagning som är öppen varje dag, måndag till fredag. Man tar en nummerlapp och får vänta mellan 10 minuter och två timmar, beroende på belastning. Det går också bra att boka en tid hos våra läkare.

Wästerläkarna har relativt få telefonsamtal i förhållande till sin storlek. Varje månad ringer cirka 2 500 patienter och de kommer fram utan längre väntan. Skälet, menar Henrik von Sydow, är den etablerade drop-in mottagningen som skapar en trygghet hos patienterna och besparar personalen onödig administration.

– Vi behöver inte ta hand om av- och ombokningar, patienterna når oss direkt endera genom att komma hit eller att ringa oss. Vi har också satsat på en särskild äldrevårdsmottagning för patienter från 70 år och äldre. Genom att rikta fokus på en grupp i vården som har stora behov, kan vi minska belastningen på den övriga verksamheten. Vi ser också att det är ett bra sätt att förebygga återbesök och inläggningar på sjukhus.

Fokus på 70-plussare

Äldrevårdsmottagningen startade 2012 och erbjuder 70-åringar och äldre besökstider upp till en timme och nära kontakt med en äldrevårdssjuksköterska. På äldrevårdsmottagningen finns även geriatrisk kompetens och vid behov kan även hembesök göras.

I slutet av maj 2015 fick Wästerläkarna pris på Stora Samhällsgalan i Stockholm som arrangeras av Dagens Samhälle. De vann i kategorin ”Årets välfärdsförnyare”.

– Det var väldigt kul. Vi har skräddarsytt primärvården för de äldre och mycket av det vi gör finns också med i Göran Stiernstedts utredning, säger Fredrik Merck.

Han berättar även att det finns ett samarbete med specialistvården på Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Frölunda specialistsjukhus.

Annons

Om en äldre patient läggs in på sjukhus bedömer äldrevårdssjuksköterskan situationen och informerar ansvarig läkare på vårdcentralen. Och i samband med utskrivning ser sköterskan till att det finns uppdaterad information om medicinering och eventuella behov i hemmet.

På vårdcentralen finns även ett snabbspår för listade barn, ”Upp till 13”. På ett särskilt telefonnummer kan föräldrar ringa för att lämna ett meddelande eller prata med en sjuksköterska. Vid behov kan en läkartid i regel erbjudas samma dag. På hemsidan finns även en ”väntometer” som visar antalet personer i kö på vårdcentralens drop-in mottagning.

Precis som i övriga landet har antalet unga som söker sig till Wästerläkarna på grund av psykisk ohälsa ökat markant de senaste åren.

– Vi har bra psykologer och vi har även en specialistkompetens i psykiatri. Vi har nu fått extra medel för att utöka bemanningen. Vi har även en sjuksköterska med specialuppdraget att vara en fast kontakt och vårdsamordnare när det gäller psykisk ohälsa, säger Frida Ahlfors.

Platt och smidigt

Varje morgon runt nio samlas medarbetare till den obligatoriska fikarasten. Här uppmärksammas födelsedagar och om det börjat nya medarbetare välkomnas de med ett särskilt ”vårdträd”.

– Det är mest en kul grej. Vi ger alla som börjar här en krukväxt. Syftet med att samlas regelbundet är att vi ska ha kul tillsammans och lära känna varandra lite närmare. Varje dag äter vi också lunch tillsammans. Vi är en tight grupp av anställda och vi har låg sjukfrånvaro. Det är lätt att rekrytera och våra medarbetare verkar trivas, det är få som slutar. Jag tror att det handlar om vår platta organisation och att vi har en läkarledd vårdcentral med snabba beslutsvägar och stora möjligheter att få vara med att påverka. Det är ett vinnande koncept, säger Henrik von Sydow.

På frågan om det är viktigt att läkare är chefer i vården, svarar alla tre ja. Fredrik Merck som arbetat på många olika vårdcentraler i landet, upplever att de vårdcentraler som fungerar bäst, också har läkare som chefer.

– Läkararbetet är så centralt i primärvården. Helhetssynen är viktig och det medicinska ansvaret centralt. Det blir både smidigare och enklare om läkare leder verksamheten.

”

På frågan om det är viktigt att läkare är chefer i vården, svarar alla tre ja. Fredrik Merck som arbetat på många olika vårdcentraler i landet, upplever att de vårdcentraler som fungerar bäst, också har läkare som chefer.

Enligt senaste räkenskapsåret gick Wästerläkarna med en vinst på knappt sex miljoner kronor. På frågan om det är lönsamt att äga och driva en vårdcentral, dröjer svaret något. Frågan är komplex och innehåller flera dimensioner, menar Fredrik Merck.

– Vi jobbar hårt och lönen motsvarar ungefär hälften av en genomsnittlig distriktsläkarlön. Vi har ingen tjänstepension eller pensionsförsäkring, vi har höga banklån och vi lever i ett politiskt klimat där villkoren plötsligt kan förändras. Vi behöver också se till att ha en buffert för oförutsedda händelser och investeringar.

Wästerläkarna planerar att starta en rehab-mottagning, en investering, menar Fredrik Merck, som troligtvis kommer att kosta flera miljoner kronor.

– Att utveckla verksamheten kräver också möjligheter att bygga upp kapital.

Vinster i välfärden

I november ska regeringens utredare av vinster i välfärden, Ilmar Reepalu, lägga fram ett förslag som begränsar bolagens vinstuttag till åtta procent av det investerade kapitalet i förhållande till inflationen. Förslaget innebär att större delen av välfärdsbolagens överskott ska in i verksamheten igen. Henrik von Sydow anser att förslaget är ”helt åt skogen” och hämmar småföretagsamheten.

– Det vore förfärligt om förslaget går igenom. Vill man se fler läkarledda mottagningar är detta helt fel väg att gå. Det måste finnas långsiktiga perspektiv, förutsägbarhet, stabila förutsättningar och rimliga ersättningar för att människor ska våga och vilja satsa.

Eva Nordin
Journalist

FAKTA: WÄSTERLÄKARNA

Det är en privat vårdcentral i Västra Frölunda som ingår i vårdval Västra Götaland och startades 1994 av fyra allmänläkare.

Sedan 2009 har vårdcentralen vuxit från 4 400 listade patienter till dagens 16 000. Det är den fjärde största vårdcentralen i Göteborg och den näst största privata. Verksamheten har 52 anställda, varav 17 är läkare (12 är specialister och fem är ST-läkare).

Annons

En ny värld med nya möjligheter…

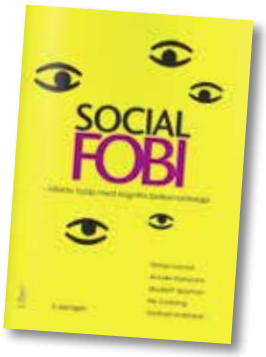
Datorer och robotar tar över alltmer i världen – så även i sjukvården. När primärvården kommer upp på agendan verkar det finnas närmast oändligt med idéer kring hur digital teknik skulle kunna lösa det mesta av våra problem. Det finns ju numera förarlösa tåg, tidvis verkar det även finnas en och annan bil som framförs som om den vore förarlös (åtminstone med frånvarande förare), biljettförsäljning och in-checkning vid flygresor är sedan länge digitaliserad o.s.v. Skulle man inte kunna utveckla en digital vårdcentral? Allmänläkarna ersätts med robotar som programmeras med all tillgänglig allmänmedicinsk kunskap. Robotarna kanske inte behöver likna Darth Vader (eller varför inte?) utan mer små vita figurer med glatt leende som själv hämtar patienten i väntrummet. Patienten kopplar själv upp sig till diverse mätinstrument och efter en stund kommer den lille roboten med mekanisk röst berätta vad proverna visat och vad som bör göras. Innan besöket har patienten själv via sin hemdator beskrivit sitt problem efter en fastställd mall och därefter fått en tid för besök hos roboten. I bästa fall kanske man kan få en personlig robot – och alltid träffa robot MZ 234-Q?? I en riktigt avancerad värld blir patienten dessutom hämtad hemma, av en förarlös bil, och transporterad till vårdcentralen! Efter avslutat besök presenteras resultatet på en monitor, recepten skickas elektroniskt till apoteket, och patienten transporteras hem i den förarlösa bilen.

Lite besvärligt blir det naturligtvis för patienter med depressiva besvär och som behöver tala med någon. Eller om patienten inte kommer överens med sin robot – finns det då någon ”dataoperatör” som dyker upp och försöker lösa problemen? (eller ska man ringa datasupport?).

Framtidsberättelsen ovan är sannolikt alltför futuristisk. Trots detta finns det stora utvecklingsmöjligheter beträffande datorisering av primärvårdens verksamhet. Vi gör mycket som skulle kunna skötas betydligt mer rationellt. Men i andra vågskålen finns naturligtvis en överdriven tro på datoriseringens välsignelser. Det personliga mötet mellan patient och läkare är i många fall, dock inte alla, helt oslagbart. Det verkar även finnas en märklig uppfattning att patienter alltid fungerar rationellt och följer givna mönster. Verkligheten är tyvärr inte riktigt så enkel. Människans förmåga att uppvisa olika variationer och vara irrationell på de flesta områden verkar sakna gränser. En variabilitet som den digitala världen inte riktigt kan hantera. Så den nya världen får nog vänta ett tag och växa fram i rimlig takt. Vi behöver datorer och digital teknik – dock inte till allting.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Annons



Social fobi
– effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi

Författare: T Furmark, A Holmström, E Sparthan, P Carlbring, G Andersson
Förlag: Liber förlag, 2013
ISBN: 978-91-4709-754-8

Med social fobi menas en stark känsla av rädsla för situationer där man känner sig värderad eller granskad av andra. Rädsla för att bete sig på ett sätt som kan medföra att man hamnar i en pinsam situation och ”gör bort sig”. Problemet lär finnas hos upp emot 15 procent av befolkningen och är definitionsmässigt en känsla som är betydligt starkare än vanlig blyghet och ångest inför okända situationer. Beteckningen fobi visar även på att problemen är invalidiserande och påverkar individens vardag på ett negativt sätt. Social fobi debuterar ofta redan i tonåren och kan sedan leda till ett liv med ständigt undvikande för att minska symtomen. Utan behandling blir sjukdomsförloppet kroniskt och inte sällan ökande över tid. En orsak som framhållits till att många får kroniska besvär är att problematiken även medför rädsla och ångest för att överhuvudtaget söka hjälp för problemen.

Det man vet om behandlingseffekter är att farmakologisk behandling (serotonin-påverkande läkemedel) samt KBT verkar vara mest framgångsrikt. Då i första hand KBT. Furmark m.fl. framhåller i sin bok KBT som behandlingsmetod och visar även på att självhjälpsbehandling fungerar. Första upplagan av boken gavs ut redan 2007 men har sedan reviderats och kompletterats med resultaten från en rad olika studier runtom i världen. Boken presenterar ett självhjälpsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi och som enligt författarna är vetenskapligt utprovat och uppvisat goda resultat.

Något som allmänläkaren kan använda för sina patienter? Ja säkert för de patienter som bedöms ha tillräckligt med intellektuell kapacitet för att klara sin egen behandling, möjligen med viss mindre handledning. Boken kan naturligtvis även användas som stöd för patienter som remitteras till psykolog för KBT. Problemet med egenterapi brukar dock vara en bristande följsamhet. Det krävs oftast ett gott mått av självdisciplin för att regelbundet avsätta terapi- och träningstid. Kan vara svårt men naturligtvis inte omöjligt.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Psykiatrikonsulten
– ett kliniskt stöd i anamnes, diagnos, behandling och uppföljning

Författare: Lars Häggström
Förlag: Bokförlaget Affecta Publishing AB 2013
ISBN: 978-91-9808-680-5

Den psykiska ohälsan i samhället ökar som bekant, därmed rimligen även behovet av vård inte minst på primärvårdsnivå. I vad mån ökningen beror på att begreppet psykisk ohälsa vidgats, eller om orsaken är en faktisk ökning av s.k. etablerade psykiatriska diagnoser är väl knappast helt klarlagt. Oavsett vilket kan man tveklöst notera ett ökat antal patienter som söker primärvården för psykiska problem. Något som ställer krav på god förmåga till att ställa korrekta diagnoser och initiera effektiv behandling. Egentligen tämligen självklart men trots detta kanske inte helt överflödigt att påpeka. Nyligen uppmärksammades i massmedia att ett icke helt obetydligt antal äldre patienter medicinerades med antidepressiva trots att man i journalerna inte kunde hitta någon beskrivning av att patienterna faktiskt hade någon depression eller annan psykisk störning som kunde motivera behandlingen.

Lars Häggström, specialist i psykiatri, med ett antal olika böcker på temat klinisk psykiatri på sin meritlista, har sammanställt en liten kortfattad psykiatrikonsultbok. Tanken är väl sannolikt att allmänläkaren ska kunna bära med sig detta lilla kompendium och snabbt få hjälp för att ställa diagnos och sätta in behandling. Kompendiet, för det är väl närmast vad det faktiskt handlar om, är indelat i sexton kapitel och täcker nog det mesta av vad man stöter på inom det psykiatriska området under en vanlig dag på mottagningen. Ett kapitel avhandlar självmordsrisk och ett annat om vikten av att behandla till symtomfrihet. Nog så viktiga frågor och områden som ofta väcker funderingar och ibland även lite osäkerhet i bedömningarna. Behandlingsrekommendationerna är detaljerade och inte sällan förslag på enskilda preparat vilket kan ge problem om dessa inte helt stämmer med landstingets rekommendationer vid preparatval. I övrigt kan säkert detta sammanfattade och översiktliga kompendium vara till god hjälp i den kliniska vardagen.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

DLFs styrelse 2016

ORDFÖRANDE

Ove Andersson
Mobil:
070-567 91 89
E-mail:
ove.andersson@slf.se

VICE ORDFÖRANDE

Marina Tuutma
E-mail:
marina.tuutma@liv.se

SEKRETERARE/REDAKTÖR

Agneta Sikvall
E-mail:
agneta.sikvall@gmail.com

KASSÖR

Caroline Asplund
E-mail:
caroline.asplund@slf.se

KANSLI

Helena Grönbacke
Sveriges läkarförbund
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 91
Fax: 08-10 31 44
E-mail: helena.gronbacke@slf.se

VALBEREDNINGEN

Anna Segernäs Kvitting (sammankallande)
E-mail: anna.kvitting@gmail.com

Britt Bergström
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

Bengt Jönsson
E-mail: bengt.g.jonsson@gmail.com

LEDAMÖTER

Viktoria Strömberg
E-mail:
viktoria.stromberg@vll.se

Rikard Lövström
E-mail:
rikard.lovstrom@gmail.com

Ulrika Taléus
E-mail:
ulrika.taleus@regionostergotland.se

WEBMASTER

Nadja Schuten-Huitink
E-mail:
nadjaannemarina.huitink@ltdalarna.se

Utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren 2016

2016	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1	20 januari	29 februari
Nr 2	14 mars	29 april
Nr 3	9 maj	22 juni
Nr 4	15 augusti	27 september
Nr 5	28 september	8 november
Nr 6	7 november	20 december

Med reservation för att ändringar av manusstopp och utgivningsdag kan göras under året.