distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen Nr. 1-2019

TEMA
Sjukskrivning

Hur länge kommer hon att orka?

INTERVJU
Saskia Bengtsson berättar om livet efter kraschen

DEBATT
Lagstadga inte om fast läkare!

SAMFONDEN
Dags att ta pre-diabetes på allvar

NYHETER
Januari-överenskommelsen behöver läkarhjälp

Fackligt arbete är mitt sätt att orka

Text:
Ylva Sandström
Redaktör
Ordf. i DLF, Stlhlm

Välkomna till ett nytt nummer av Distriktsläkaren! Tidningen har delvis bytt utseende och fått en ny redaktör, och jag hoppas ni ska hitta läsvärda artiklar.

Detta nummers tema är sjukskrivning, både ur synvinkeln allmänläkare som sjukskriver och allmänläkare som blir sjukskrivna. Det är förvisso inte bara Försäkringskassan som driver läkare till bristningsgränsen, men visst finns det tillfällen när de två sidorna faktiskt sammanfaller. Läs mitt reportage från Cederkliniken i Piteå, på sidan 42, där man upplevde sjukskrivningsprocessen som ett klart arbetsmiljöproblem, som behövde åtgärdas. Resultatet med en tydlig struktur kring sjukskrivningarna ledde dock inte bara till bättre arbetsmiljö, utan också till färre underkända intyg och färre sjukskrivna patienter.

Utmattningsdiagnoserna är kanske den största utmaningen, både för oss själva och för våra patienter. Jag är en av de läkare som hört Saskia Bengtsson tala på symposier och möten, och läst hennes debattartiklar om primärvården. Men så plötsligt blev det alldeles tyst. Läs Eva Nordins intervju med Saskia på sidan 13, den berör verkligen!

Facebook innehåller ibland intressanta ting. I mitt flöde har antalet mat- och barnbilder klart minskat, men istället kan jag läsa artiklar från medicinska tidskrifter och engagerande kolleger. Ni har väl inte missat alla de grupper som finns för oss allmänläkare, där det förs livliga diskussioner om stort och smått? Visst kan det bli lite gnälligt ibland, men man kan också hitta en del trådar med riktigt bra innehåll. Gruppen ”Läkare inom allmänmedicin” har 2 700 medlemmar. Uppåt 100 av dem lämnade, i en lång i tråd i januari, tips för hur de gör för att ladda batterierna.

Vanligaste strategin var föga oväntat att gå ner i arbetstid. Men många visade sig också vara engagerade i körer, kultur- och friluftsliv, balintgrupper, dans och motion. Pussel och hantverk gav också avkoppling. Semester och resor beskrevs av många som energikickar. Det gäller också att våga säga ifrån och inte vara alltför tillmötesgående på jobbet. Många får också energi av patienterna. Till och med välskrivna journaler kan skänka glädje. Hoppa inte över fikarasten och glöm inte att skratta med kollegerna. När det blir stressigt kan det vara bra att skapa en att-göra-lista. Blir det ohållbart: byt jobb!

För mig har det fackliga arbetet blivit ett sätt att orka. Jag får tillfälle att lyfta blicken och reflektera över mitt arbete, och jag känner mig inte lika maktlös. Jag är verksam i Stockholm, en region som ofta skryter om sina korta vårdköer och höga tillgänglighet till vård. Men våra politiker blir förvånade när man visar SKLs siffror på antal heltidsanställda läkare i primärvården per 1 000 invånare – där ligger Stockholm tillsammans med Uppsala i botten. Vi ligger också sämst till i SKLs jämförelser för s.k. undvikbar vård, dvs. när patienter blir inlagda för sjukdomstillstånd som, om man sköter dem väl, bör kunna skötas i öppenvård, t.ex. diabetes, hjärtsvikt och KOL, eller när patienterna inom kort tid blir återinlagda för samma sjukdom som de redan vårdats för. Jag vägrar att tro att det inte finns ett samband mellan antalet distriktsläkare och hur välskötta t.ex. KOL-patienterna är, och i mitt fackliga uppdrag ligger att få våra beslutsfattare att förstå det. Jag är också övertygad om att utbyggd primärvård inte direkt kan ta pengar från våra pressade sjukhus. Den effektivitetsvinst vi får av utbyggd primärvård kommer ju inte över en natt. Utbyggnaden av primärvården måste betraktas som en investering, inte en omedelbar möjlighet att spara pengar.

Ylva Sandström

Innehåll 1-2019

Redaktören har ordet ... 1

Innehåll & Information ... 2

Aktuellt ... 4

Läkarna behövs om januari-överenskommelsen ska bli verklighet ... 5

Saad tar plats i Läkarförbundets högsta topp ... 9

”Är jag oduglig eller är uppdraget omöjligt?” ... 13

När läkaren blir cynisk är utmattningen nära ... 21

Skyhöga sjuktal för Stockholms distriktsläkare ... 24

Feldesignad sjukvård leder till utbrändhet ... 27

De studerar vad som får allmänläkare att säga upp sig ... 30

De tar hand om doktorn! – Facebookgrupp stöttar tusentals läkare ... 33

Nytt hopp i skolans värld ... 38

Paragraferna att luta sig mot ... 40

Aktivt arbete med sjukskrivningar förbättrar läkarnas arbetsmiljö ... 42

Läkare förfinar sin teknik för att få igenom sjukintyg hos Försäkringskassan ... 47

Back to basics för en sjukförsäkring som gått vilse ... 48

Fadderlista 2019 ... 49

Samfondsstipendiat: Nu gör de nya diabetesläkemedlen intåg på riktigt ... 50

Samfondsstipendiat: SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger fortsätter segertågen ... 55

Samfondsstipendiat: Dags att ta pre-diabetes på allvar ... 56

Sök medel i Distriktsläkarföreningens Samfond ... 58

Provinsialläkarstiftelsen tar över rodret på populär skuta ... 59

Distriktsläkaren söker skribenter! ... 60

Debatt: Lagstadga inte om fast läkare! ... 61

Signerat ... 64

distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
Kansli:
Leena Bergström
Sveriges läkarförbund
Vendevägen 89, Danderyd
E-post: leena.bergstrom@slf.se
Tfn 08-790 33 91, fax 08-10 31 44

Adress:
Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Redaktör:
Ylva Kristoferson Sandström
E-post: ylva.kristoferson.sandstrom@gmail.com

Redaktionsråd:
Ylva Kristoferson Sandström, Caroline Asplund, Staffan Ahlkvist

Info på nätet:
DLF: https://slf.se/dlf/
Facebook:
https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen

Tidningen m.m.:
www.distriktslakaren.se

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Annonser:
Helen Semmelhofer helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund annika@mediahuset.se

Omslag:
Adobe Stock

Tryck:
Exakta Print, Malmö, www.exakta.se

Nr.	Manusstopp:	Utgivnig:
1-19	18 februari	28 mars
2-19	13 maj	20 juni
3-19	19 augusti	26 septemer
4-19	11 november	19 december

Styrelse:
Marina Tuutma (ordf.) marina.tuutma@slf.se
Johnny Sternesjö (v. ordf.) johnny.sternesjo@slf.se
Ulrika Taléus (sekr.) ulrika.taleus@slf.se
Caroline Asplund (kassör) caroline.asplund@slf.se
Anders Larsson anders.larsson@slf.se
Camilla Sandin Bergh camilla.sandin-bergh@slf.se
Heiko Botman heiko.botman@slf.se
Staffan Ahlkvist staffan.ahlkvist@slf.se

Valberedning:
Britt Bergström (sammankallande) britt.bergstrom@vgregion.se
Viktoria Strömberg viktoria.stromberg@vll.se
Sofia Bengtsson sofia.bengtsson@skane.se
Nino Bracin (suppleant) nino.bracin@vll.se

Distriktsläkaren utkommer med 4 nr/år
ISSN 0283–9830 (Print)
ISSN 2001-810X (Online)

Annons

En läkares omöjliga sjukskrivningsuppdrag

Text:
Heiko Botman
Ledamot i DLF

DLFs styrelse arbetar vidare med sjukskrivningsfrågan, som många upplever som ett arbetsmiljöproblem. 60-punktsprogrammet för attraktiv arbetsplats ska också uppdateras under våren.

DLFs förre ordförande Ove Andersson arbetar tillsammans med DLFs styrelse vidare med sjukförsäkringsfrågan. Ett problem som bör diskuteras är att sjukvårdsförsäkringen lätt leder till medikalisering. Sambandet mellan diagnos och arbetsförmåga är ytterst svag och relationen blir än svagare ju längre tiden går. Sjukvårdens bidrag till tillfrisknandet är också lågt och effekten av olika rehabiliteringsinsatser inom sjukvården för återhämtning av arbetsförmåga är ytterst marginell.

I internationell och nationell litteratur är experterna idag eniga om att arbetsförmåga inte går att beskriva endast utifrån medicinsk grund. Det är inte enbart hälsotillstånd och sjukdom som påverkar aktivitet och arbetsförmåga. Omgivningsfaktorer och personliga faktorer i kombination med bl.a. krav från arbetsplatsen spelar oftast större roll. Trots detta fattar Försäkringskassan beslut om rätt till ersättning enbart utifrån en medicinsk grund. Resultatet är att många distriktsläkare känner sig ställda inför ett omöjligt uppdrag.

Många av våra kollegor anser att sjukskrivningsuppdraget har negativ effekt på arbetsmiljön. Det är dags att börja tala om den omöjliga roll läkaren tvingas ta.

Läkarkontinuitet och listningstak viktigt för attraktiv arbetsplats

Primärvårdsreformen får inte hamna utanför regeringens och regionernas uppmärksamhet. DLF har tidigare sammanställt ett åtgärdsprogram för primärvården, det s.k. 60-punktprogrammet ”Åtgärder för att göra hela primärvården till en attraktiv arbetsplats”. Vi håller på att se över det, vill tydliggöra ännu mer vad som ingår i attraktiv arbetsplats – en arbetsplats som bjuder på läkarkontinuitet, ett listningstak och en patientlista som består av individer med blandad tyngd av hälsoproblem. Åtgärdsprogrammet kan på så vis underlätta diskussioner med arbetsgivare för våra lokalfackligt aktiva medlemmar.

Ordförande Marina Tuutma träffar landsting

Du har som ordförande planerat in ett par resor till olika landsting och regioner under våren. Vad är syftet med resorna?

Sverige har landstings (region) – kommunalt självstyre och många viktiga beslut som påverkar allmänläkare tas på regionnivå. På DLFs höstseminarium var temat ”Påverkansarbete” som ett första steg att utrusta lokalavdelningar med kunskap att driva påverkansarbete på regionnivå. Att resa till landsting/regioner är ett sätt att träffa medlemmar för att inspirera till lokalt påverkansarbete, ge ytterligare stöd i det till lokalavdelningar samt tillsammans med lokalavdelningsrepresentanter träffa regionpolitiker och primärvårdsledningen för att ge mer tyngd till allmänläkarnas frågor.

Marina Tuutma
Ordförande i DLF

I januari besökte du Kronoberg. Hur uppfattar du primärvården i Kronoberg? Vilka är deras styrkor och svagheter? Vad behöver de utveckla?

Primärvården i Kronoberg kämpar med samma problem som alla andra – allmänläkarbrist, arbetsmiljö, mer och mer uppgifter till primärvården samtidigt som resurserna inte räcker till.

Hur blev du mottagen av beslutsfattarna i Kronoberg?

Det blev en spännande dialog. Vi fick bland annat höra om tydlig satsning på primärvården i budget 2020 i linje med en God och nära vård i form av resurssatta satsningar samt att Kronoberg har ambitionen att införa listning på läkare med listningstak.

Foto: Adobe Stock

Läkarna behövs om januari-överenskommelsen ska bli verklighet

I januari-överenskommelsen mellan regeringspartierna och Liberalerna och Centerpartiet återfinns bland annat ett löfte om primärvårdsreform som ska genomföras under mandatperioden. Men skrivningarna kommer behöva konkretiseras. Läkarkåren kommer vara en nyckelgrupp i detta arbete.

Text:
Mikael Sandström

Mikael Sandström är politisk rådgivare och debattör. Mellan 2006 och 2014 var han statssekreterare i statsrådsberedningen.

Det tog fyra månader att få en regering. Lösningen blev en överenskommelse som omfattar 73 punkter som ska genomföras under mandatperioden. Av allt att döma kommer denna överenskommelse att sätta ramarna för den politiska verkligheten fram till 2022.

Inte minst kommer programmet att forma sjukvårdspolitiken. Punkterna 58–63 handlar om sjukvård och äldre. I varje punkt finns oftast flera förslag. Dessa varierar i omfattning och konkretion. På det mer övergripande planet lovas en ”generalplan för kortare köer” och att ”patienternas rätt till information och rätt att välja värnas och utvecklas”. Bland de mer specifika förslagen finns att staten och SKL ska sluta ett avtal för att, bland annat, stärka elevhälsan och

Stefan Löfven (S).

Gustaf Fridolin (Mp).

Annie Lööf (C).

Jan Björklund (L).

> Det är lätt att skriva att ”En uppdaterad kömiljard ska införas som omfattar hela vårdkedjan och särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov”, som det står skrivet i punkt 58.

motverka mobbning. På ytterligare detaljnivå införs kostnadsfria arbetskläder för anställda i äldreomsorgen.

I punkt 60 utlovas att en ”primärvårdsreform införs”. Den ska innebära att rätten till en fast läkarkontakt ska säkras, att det ska bli attraktivare för läkare att arbeta i primärvården och att det ska bli enklare att bedriva vård på landsbygden.

Som möjligen framgått är det inte på alla punkter tydligt hur de olika reformer som utlovas ska uppnås. En avgörande politisk uppgift för läkarprofessionen bör vara att hjälpa de politiker och tjänstemän som nu ska genomföra 73-punktsprogrammet just med ”hur:et”. En självklar ingång vid kontakter med beslutsfattare är att säga: ”Ni har ju förbundit er att uppnå X. Jag kan förklara hur ni lyckas med det på bästa sätt.” För det är lätt att skriva att ”En uppdaterad kömiljard ska införas som omfattar hela vårdkedjan och särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov”, som det står skrivet i punkt 58. Det kan vara svårare att genomföra i praktiken. Utan professionens hjälp blir det omöjligt.

Politiker utvärderas utifrån hur väl de uppfyller sina löften. Det betyder att 73-punktsprogrammet kan användas för att ställa förtroendevalda till ansvar. De fyra partierna i regeringsunderlaget vill inför valet 2022 visa att de levererat, och det blir inte roligt om resultatet underkänns av läkarkåren. Se där, en möjlighet som bör utnyttjas!

Läs hela överenskommelsen här:
https://www.socialdemokraterna.se/globalassets/aktuellt/utkast-till-sakpolitisk-overenskommelse.pdf

Vårdcentral som felvaccinerade barn förlorar avtal

Västra Götaland säger upp avtalet med en vårdcentral som misstänks ha felvaccinerat 89 barn och tagit betalt för privata omskärelser. Barnen fick för låg dos vaccin vid femårskontrollen. Vårdcentralen ska också ha utfört privata omskärelser men registrerat den som vårdbesök och fått ersättning, vilken regionen nu kräver tillbaka. Verksamhetschefen på den berörda vårdcentralen bestrider anklagelserna och tänker överklaga beslutet. *Läkartidningen 2019;116:FIRT*

Utredare föreslår ändringar i sjukförsäkringen

Den särskilde utredaren Claes Jansson överlämnade den 25 januari delbetänkandet ”Ingen regel utan undantag” till regeringen. I betänkandet föreslås att det ska vara möjligt att i högre utsträckning än idag kunna skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Dessutom föreslår utredningen att det ska vara möjligt att även efter dag 365 pröva arbetsförmågan hos arbetsgivaren om hög grad av sannolikhet talar för att den sjukskrivne kan återgå i arbetet.

Annons

Annons

Saad tar plats i Läkarförbundets högsta topp

Text & foto: Joanna Ahlkvist

Han är specialist i allmänmedicin, kontaktperson för Nationellt klinisk kunskapsstöd i Sörmland, klinikombud, ledamot i Sörmlands distriktsläkar- och läkarförening och nu också nyinvald som ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse. 2006 anlände han till Sverige som asylsökande från Irak. Distriktsläkaren har träffat Saad Rammo.

Det är inte lätt att få tag i Saad Rammo. Han är ganska upptagen. Först är han i Dubai, sen är han i Australien. Väl hemma efter fem veckor drar vardagen igång med full fart och det vankas extra mottagning på lördag. Men fredag eftermiddag kl. 15:30, då har han en timmes lucka för intervju.

Saad, varför blev du distriktsläkare?
– För mig blev det självklart! Innan AT vickade jag ett år på medicinkliniken på Mälarsjukhuset i Eskilstuna, då insåg jag att allmänmedicin var en bättre specialitet för mig. Jag valde Primärvårds-AT och mina första tre månader var på vårdcentralen. Jag älskade det! Så småningom försökte jag kombinera ST i allmänmedicin med att vara akutläkare men när vi fick vårt första barn lade jag ner och höll mig till enbart allmänmedicin. Min fru ville bli radiolog och två jourtunga specialiteter är tufft för familjen.

Saad Rammo med sin fru Zina Kunda. De träffades i Irak och Zina är numera radiolog på Mälarsjukhuset.

Var jobbar du nu?
– Nu jobbar jag på Frösunda vårdcentral i Eskilstuna och 25% av min tid går till mitt arbete med Nationellt klinisk kunskapsstöd. Nu när mitt fackliga arbete har trappats upp måste jag kanske se över min jobbsituation – jag menar att man hinner inte med hur mycket som helst!

Hur kom det sig att du hamnade i Sverige?
– Min frus föräldrar flydde innan oss. De bodde i Södertälje där de bor än idag. Vi följde efter och kom till Sverige som asylsökande 2006. Min familj är kvar i Irak.

Hur var situationen i Irak när du lämnade?
– Irak invaderades 2003 och jag tog läkarexamen där 2004. Det var väldigt tufft att jobba som läkare den första tiden innan vi lämnade Irak 2006. Det var många bilbomber och mycket trauma. Vi hade mycket begränsad tillgång till mediciner på sjukhusen så läkarna var tvungna att prioritera mellan olika patienter. Man kunde gå nattjour och veta att man hade bara två eller tre sprutor att fördela under passen. Läkarna blev ofta hotade av anhöriga till patienter och det var ingen lag som skyddade läkarna. Det var en nödsituation och en riktig svår arbetsmiljö för läkarna.

”

Det är många med utländsk bakgrund som inte tror på facket.

Läkarförbundets förbundsstyrelse, där Saad Rammo valdes till ledamot vid Läkarförbundets fullmäktige. Han ersätter förre ordföranden i Distriktsläkarföreningen, Ove Andersson, som avgick från styrelsen i november.

– Vi var 280 läkare som fick läkarexamen 2004 från Bagdads universitet och av dessa är cirka 20–30 kvar i Irak. Många av läkarna som lämnade Irak åkte till engelsktalande länder – särskilt England, Australien och USA. Vi har kollegor över hela världen! Vi besökte några nu då vi var i Australien över jul.

Har du varit tillbaka till Irak sedan dess?
– Ja! Många gånger faktiskt. Min familj bor i norra Irak och där är det lugnt. Vi åker cirka en gång om året – det tar bara fem timmar med flyg.

Hur är läkarutbildningen i Irak?
– Man pluggar hårt för att bli läkare, mellan 10–14 timmar per dag. Det är en riktig tävling under utbildningen – det räcker inte att bara vara godkänd utan man måste ha riktig bra betyg om man ska få en bra placering efter läkarutbildningen. Det är hård konkurrens. Utbildningen var på engelska med mycket teori men inte så klinisk. Jag är jättestolt att jag fick läkarexamen från Bagdads universitet.

Hur kom du igång som läkare i Sverige?
– Vi var vana vid att studera hårt. Det tog ett år för min fru och mig att klara både språkprovet och kunskapsprovet/TULE. Det var kravet för att kunna söka AT. 2008 fick jag vikariat i Eskilstuna och 2009 började jag AT i Eskilstuna.

Hur fungerar din vårdcentral?
– Vi har 17 500 listade patienter och fyra–fem distriktsläkare. Utöver det har vi flera långtidsvikarier. Vi har en bra stämning i läkargruppen. Inom vårdcentralen är jag ansvarig för rehabfrågor med långtidssjukskrivna. Det är mångas värsta mardröm! Nu har jag mina formuleringar för de olika intygen dock och trivs med det.

Hur ser du på vikariesituationen i primärvård?
– Hos oss kallar vi våra långtidsvikarier för ”fasta hyrläkare”. Flera av dem har jobbat så i fyra–fem år. Det funkar jättebra för oss. De har sina egna patienter så det är inget problem med kontinuitet. Jag har funderat mycket på vikariesituationen ur den fackliga synvinkeln. När jag frågar mina vikarierande kollegor varför de inte ta en fast tjänst säger de alla samma sak – det är inte bara pengarna som lockar med vikarielivet, det är friheten de värdesätter högst.

Vilka är primärvårdens utmaningar?
– Bemanning är en stor puckel och inte enbart av distriktsläkare utan av alla yrkeskategorier – sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.m. Inom primärvården har kraven och uppdragets omfattning ökat över tid. Det går nästan inte att jobba 100 procent med patientarbete – det är för ensidigt och man kan bli utmattad. Man får växla med något annat om man ska hålla på sikt.

”

Vi var 280 läkare som fick läkarexamen 2004 från Bagdads universitet och av dessa är cirka 20–30 kvar i Irak.

Namn: Saad Rammo
Ålder: 38
Familj: fru och två barn 6 och 7 år gamla
Bor: Eskilstuna
Jobbar: Frösunda vårdcentral, Eskilstuna
Intressen: ”Jag är tokig i fotboll! Förr spelade jag mycket men det går inte att upprätthålla nivån när man jobbar. På en temadag på jobbet fick vi frågan ’När känner du dig mentalt avslappnad?’, och jag tänkte direkt på när jag tittar på fotboll. Jag ser minst tre matcher i veckan. Det är klart jag kunde bara kolla in resultaten, men det inte samma sak!”

3 superkrafter:
ambitiös, flexibel, hjälpsam

Hur började din fackliga bana?
– Jag har varit klinikombud på min vårdcentral i sex år. Bland annat har vi genomfört ett byggprojekt på vårdcentralen. Jag lärde mig mycket där. Jag reserverade mig mot några av förslagen men i slutänden blev det ganska bra – vissa aspekter är verkligen bra, andra lite mindre bra. Det gäller att hålla ett öga på arbetsgivaren! På senare år har Sörmlands distriktsläkarförening kommit igång. Den hade varit vilande länge men jag var delaktig i att starta om den.

Hur känns det att bli invald i läkarförbundets förbundsstyrelse?
– Det är en spännande utmaning! Jag är en ambitiös människa och tackade ja när Sörmlands Läkarförening ville nominera mig – jag kände mig redo för det här steget. Jag är inte så supererfaren fackligt men jag är ambitiös och hungrig på att utvecklas vilket jag tror valberedningen förstod.

– Första mötet med den nya styrelsen var jag spänd. Den enda jag känner är Elin Karlsson från Sörmland. Jag funderade ”Hur kommer det här gå?!”. Men första intrycket var okej och mot slutet av mötet kom jag igång. Snart har vi ett internat och då lär jag känna dem bättre.

Vad vill du åstadkomma i Läkarförbundet?
– Jag är för utveckling och förändring. Jag vill inte bara jobba för primärvård men se till hela professionen och kanske jobba lite extra hårt för dem med utländsk bakgrund.

Hur bra är Läkarförbundet på att nå ut till utländska läkare?
– Det är en svår grupp, jag själv känner många utländska läkare som inte är med i facket, och det gäller särskilt de från Syrien och Irak. Det är många med utländsk bakgrund som inte tror på facket. Jag tänker att vi måste använda nya kanaler.

Har du några tips till läkare som är nya i Sverige?
– Absolut. Personligen har jag tjänat mycket genom att göra AT i Sverige. Även om man ”förlorar” några år genom att backa tillbaka till ett introduktionsprogram kan det vara bra att börja från början och lära sig ordentligt. Att skaffa en fadder kan också hjälpa.

Vad är det bästa med jobbet som distriktsläkare?
– Det är roligt med patientkontakt och i primärvård jobbar man med människor från födelsen till döden. Jag känner mig som dr. House! Man skickar remisser och får svar från specialister med beröm. Ibland misstänker jag en viss diagnos och de säger ”Aha?!” Och så har jag rätt! Det är kul! Och det kommer alltid något nytt. För att kunna kalla mig själv erfaren kommer jag dock behöva minst tio år till som specialist.

BMJ startar kampanj för raster

För att befrämja läkares hälsa och därmed öka patientsäkerheten lanserar British Medical Journal en kampanj för att läkare ska kunna ta rast. Man vill ha in exempel på kliniker där man lyckats få läkare att vila, äta lunch och ta paus. I Storbritannien har allt fler läkar-lounger och vilrum försvunnit på sjukhusen och i primärvård är läkarna alltmer pressade. Kampanjen kan följas i sociala media under #giveusabreak.

Annons

”Är jag oduglig eller är uppdraget omöjligt?”

För snart fem år sedan kraschade distriktsläkaren Saskia Bengtsson och blev sjukskriven för utmattningsdepression. Själv är hon övertygad om att det var arbetsvillkoren och ett orimligt uppdrag som gjorde henne sjuk. I dag sörjer hon en förlorad personlighet och självbild. Samtidigt vill hon vara öppen med sin berättelse. Kanske kan den vara till hjälp att bryta tabun och skam och få andra att känna att de inte är ensamma.

Text & foto:
Eva Nordin
Journalist

Jag hade så svårt att acceptera att jag som hade allt, en fin familj, stöttande vänner, ett roligt arbete och ekonomisk trygghet inte skulle må bra. Jag såg också sjukskrivning som ett verktyg reserverat för de allra sjukaste. Jag var ju bara småtrött. Dessutom ville jag inte vara en belastning, tära på samhällets resurser.

Det är en mörk och vintrig eftermiddag i januari. Utanför hotellet i centrala Jönköping väntar Saskia Bengtsson i sin röda, nästan översnöade Suzuki.

Efter nästan sju år träffas vi igen. Den första gången var över en lunch på våren 2012. Saskia arbetade då som distriktsläkare på Bankeryds vårdcentral och hade belönats med Distriktsläkarföreningens hedersutmärkelse ”Årets allmänläkarvän”. Jag skulle intervjua henne om hennes engagemang och drivkrafter. Artikeln handlade också om hennes mod; att våga sätta ord på vad andra tänkte, kliva fram och utmana landstingsledningar och beslutsfattare.

Hon fick många uppmuntrande mejl och förtroenden från kollegor, men också många förfrågningar; kunde hon tänka sig att komma och föreläsa? Skriva en debattartikel? Kommentera en studie? Telefonen började ringa allt oftare. Ibland kändes det uppfordrande, hur skulle hon lyckas axla ansvaret som följer av att sticka ut hakan?

I takt med att prestationskraven ökade kom också tvivlen. Det hon sa var väl inte så märkvärdigt? Hon var ju inte forskare, hon satte bara ord på vad andra redan hade påtalat.

– Jag har alltid gillat att försöka fördjupa och förstå sammanhang och var van att plöja igenom artiklar och studier för att kunna vaska fram ett koncentrat, en slags plattform för det jag ville uttrycka och påverka. Men med tiden kände jag att det blev allt svårare att leva upp till allas förväntningar.

”Hon strider på ett föredömligt sätt för den allmänmedicinska specialitetens särart och för kvalitet i vården, i ordets egentliga bemärkelse, samt ifrågasätter gärna givna sanningar inom sjukvården”.
Motiveringen Årets allmänläkarvän 2012

Fem år av utmattning

Vi lämnar hotellet i centrala stan och kör mot åsen ovanför Jönköping. Här bor Saskia tillsammans med sin man Anders och barnen Klara och Alvar. Den sista biten fram till huset är enslig och mörk och vägen märkt av is och kyla.

– Jag älskar den här bilen, den klarar allt, tar sig fram på vilket väglag som helst.

De senaste veckorna har snön vräkt ned och ligger som ett tjockt vaddtäcke över åkrarna och den intilliggande granskogen.

Saskia öppnar en port till husets innergård och vi följer den uppskottade stigen till huset, byggt i slutet av 1800-talet.

– Vi köpte det innan barnen kom och genom åren har vi byggt om och byggt ut. Vi trivs väldigt bra här, det är lugnt och stilla och så nära naturen.

Saskia tar fram middagsgrytan som hon redan har förberett. I vardagsrummet sitter dottern Klara med en kompis och gör läxor och på övervåningen är sonen Alvar fullt upptagen med att spela dataspel. Vid sidan av tangentbordet ligger som vanligt katten Björne, en 17 år gammal hankatt. För några år sedan blev han överkörd av en bil och bröt bäckenet. Han överlevde mot alla odds.

– Katter är otroliga överlevare och har enastående förmågor att reparera sig själva.

Efter en stund kommer maken Anders hem och virvlar in i köket. Det har gått 22 år sedan de träffades på en pub och sedan den kvällen har de stått vid varandras sida.

– Jag har en väldigt stöttande, energisk och förstående man. Jag vet inte vad jag hade gjort utan honom och min familj.

Under middagen pratar vi om klimathot, om böcker vi läst, filmer vi sett. Klara berättar om sina framtidsdrömmar, Alvar har fullt upp med att mota bort katten Björne som gärna vill ta plats på matbordet.

Det har gått över fem år sedan Saskia sjukskrevs för utmattningssyndrom. Kraschen blev brutal och vägen tillbaka har varit, och är, svår och krokig. Vi backar bandet.

Vintern 2014 arbetade hon på Bankeryds vårdcentral. Framåt våren bestämde hon sig att gå ned till halvtid. Tröttheten blev allt svårare och hon orkade knappt ta sig igenom de sista patientmötena för dagen. Minnet sviktade och hon var tvungen att ta stöd av post-it lappar och kom-ihåg-listor.

– Jag började att köra på saker med min bil på parkeringsplatser, som tur var inga människor. Jag insåg att jag var kognitivt överbelastad, men eftersom ingen klagade på mitt arbete tänkte jag att det nog var tillfälligt och inte en regelrätt utmattning.

”Jag kände inget alls när jag stod där, annat än en längtan efter att försvinna bort. Jag var avstängd och tom, kände ingen sorg, ingen rädsla.

Omöjligt att räcka till

Det traditionella sättet att försöka hantera alla krav är att sätta begränsningar i den så kallade tidboken. Men det är lättare sagt än gjort, menar Saskia.

– Alla vet ju att när tidboken är full spiller det över på alla möjliga och omöjliga sätt. Lappar på tangentbordet, mejl, telefon, vädjande ögon. Jag vet ju att om jag säger nej då måste min kollega ta det. Det här är en vanlig källa till konflikter och gnissel mellan läkare och sjuksköterskor, trots att vi alla vet att vi gör vårt yttersta och kämpar var och en på sin kant.

Saskia ansträngde sig för att klara av sitt arbete och samtidigt härbärgera det kaos hon kände inombords.

– Jag visade inte utåt hur jag mådde och ljög övertygande de gånger jag fick frågor. Jag hade så svårt att acceptera att jag som hade allt, en fin familj, stöttande vänner, ett roligt arbete och ekonomisk trygghet inte skulle må bra. Jag såg också sjukskrivning som ett verktyg reserverat för de allra sjukaste. Jag var ju bara småtrött. Dessutom ville jag inte vara en belastning, tära på samhällets resurser.

Men verkligen kom i kapp. Glappet mellan vad hon kände och vad hon visade utåt blev till slut för stort. En patient reagerade och tipsade om en duktig terapeut. En annan patient räckte fram muskelavslappnande tabletter. Då förstod hon allvaret. I juni 2014 sade hon upp sig från sin tjänst, påhejad av sin man.

– Jag hade egentligen innestående semester och kompdagar att ta ut, men det var ont om folk och jag var tvungen att fortsätta arbeta. Så här i efterhand skulle jag ha slutat direkt. När jag väl slutade i september kom kraschen och jag var väldigt dålig.

Minnesbilderna är suddiga. En lång period plågades hon av kroppsliga symtom med värk i axlar och nacke, sedan kom de kognitiva problemen och därefter ett snabbt förlopp med depressiva symtom. Världen kändes ful, grym och meningslös.

Verklighetsfrånvända tankar

En uppmärksam vän och kollega reagerade och ordnade en läkartid. Saskia blev sjukskriven på heltid och fick antidepressiv behandling. Redan efter bara några dagar kände hon en glimt av ljus och fast mark under fötterna.

> Kraven är enorma. Man ska kunna klara allt som händer och fortsätta att fungera i alla lägen, oavsett tidspressen. Det är orimligt.

Under tiden som jag arbetade i det mobila geriatriska teamet blev jag sakta bättre. Uppdraget var också tydligt och avgränsat, till skillnad från det diffusa uppdrag som primärvården har.

– Om jag inte hade fått medicin så snabbt, eller om effekten hade dröjt, skulle jag inte finnas i dag. Jag är djupt tacksam för vänner och kollegor som läste mellan raderna och såg till att jag fick hjälp. Jag är särskilt tacksam mot min läkare som utan att tveka tog sig an den svåra och otacksamma uppgiften att med kort varsel hjälpa en kollega.

I samtal med psykolog fick hon hjälp att sätta stopp, säga nej. Psykologen satte de gränser som Saskia själv inte förmådde sätta och till slut kunde hon äntligen släppa taget. Under flera veckor sov hon nästan dygnet runt. Tröttheten var omättlig. Återhämtningen gick sakta.

– Jag kände dåligt samvete mot familjen, mot barnen som var ganska små. Min man, som har varit och är ett ovärderligt stöd, har fått ta ett väldigt stort ansvar.

Vid den Nationella primärvårdskonferensen 2015 var Saskia inbjuden som gästföreläsare. Från scenen på kulturhuset Spira berättade hon inför 700 deltagare om samvetsstressen och att tumma på läkaretiken, om att inte ha tid att göra ett bra jobb, känna sig otillräcklig och ständigt ha dåligt samvete för att inte hinna ge den vård och behandling som patienterna behöver. Om att inte kunna styra över sin tid, om överbokningar i kalendern, om papperslappar med påminnelser om patientärenden som inte hunnits med; det som inte hanns med på dagtid fick göras på kvällar och helger.

För att hantera tidsbristen och klara stressen var hon tvungen att slå knut på sig själv. Saskia fortsatte ett tag till. Och ett tag till, fram till att kroppen sade ifrån och hon kollapsade. Från att ha varit en driven och engagerad debattör och läkare, blev hon patient och insjuknade för första gången i depression. Hennes tankar blev förvridna, verklighetsfrånvända.

Ville inte leva längre

När det var som mörkast ville hon inte längre leva. På konferensen i Jönköping berättade hon om tankarna på att ta sitt liv, om hur hon åkte till en strand vid Vättern, blickade ut över det mörka vattnet och letade efter en ödslig plats där hon skulle kunna simma ut, utan att bli upptäckt.

– Jag kände inget alls när jag stod där, annat än en längtan efter att försvinna bort. Jag var avstängd och tom, kände ingen sorg, ingen rädsla. Tänkte i början att det skulle vara en grym handling mot mina barn och min man, men efterhand var jag övertygad om att sorgen skulle vara kortvarig och att det skulle vara bra för familjen om jag inte fanns på lång sikt. I det här läget var jag djupt nere i ett mörkt hål utan fast mark under fötterna.

När människor ”går in i väggen” möts de inte sällan av oförståelse och skuldbeläggande.

– Många internaliserar den här obalansen mellan krav och resurser och lägger tyvärr skulden på sig själva för att de inte hinner med arbetet. Själv är jag helt övertygad om att det var arbetet och ett dysfunktionellt system som gjorde mig sjuk. Det är omöjligt att räcka till, som att springa efter ett rörligt mål.

Hon kallar det för den allmänmedicinska masochismen; att driva sig själv så hårt på grund av att man in i det längsta, trots en orimlig arbetsbelastning, kämpar för att klara av sitt arbete. Innerst finns ändå funderingarna: kanske är det mitt eget fel? Kanske jobbar jag på fel sätt, är för noggrann, har för höga krav på mig själv?

Efter sitt tal på primärvårdskonferensen i Jönköping 2015 återvände Saskia till sin plats i föreläsningssalen, bredvid landstingsdirektören.

– Hon tittade medlidsamt på mig och sa; ”vet du vad jag tänker Saskia, jag tänker att du verkligen behöver hjälp att förändra dina arbetssätt”. Det hon sa uppfattade jag som nedlåtande. Efter alla år som jag har försökt och försökt att förändra

mitt arbetssätt har jag till slut kommit fram till att det enda som återstår är att markant sänka kvaliteten på mitt arbete. Och det skulle gå ut över mina patienter.

Så, hur gör man då? Kvaliteten och tillgänglighet ska öka, öppettiderna ska förlängas, informationen ska förbättras och kommunikationskanalerna bli fler. Samtidigt som primärvården är gravt underfinansierad i relation till sitt uppdrag, vill politiker ändå att primärvården ska vara navet i svensk hälso- och sjukvård och ta över fler och fler arbetsuppgifter från slutenvården.

– Vi ska också hinna göra fler hembesök, fler läkemedelsgenomgångar, erbjuda en bättre akuttillgänglighet, en bättre palliativ vård. Det är en omöjlig ekvation. Kraven är enorma. Man ska kunna klara allt som händer och fortsätta att fungera i alla lägen, oavsett tidspressen. Det är orimligt.

En stor förhoppning är att automatisering, digitalisering, robotar och AI ska lösa problemen och utmaningarna i vården. Saskia suckar och blir tyst en stund.

– Visst, vi kan säkert utveckla tidsbesparande teknologi, men det är ändå bara ett medel. Arbetet i vården, särskilt i primärvården, är lågteknologiskt. Det handlar om att bygga relationer, tillit, om att läsa mellan raderna och använda sin kliniska blick. Det som maskiner inte klarar av.

På Ordbyte (allmänmedicinens debattforum på webben) har hon skrivit om den missriktade detaljstyrningen av vården, ineffektiva prestationsersättningar, om betungande byråkrati och administrativt arbete som avintellektualiserar vården och tär på arbetsglädjen.

– De som fattar beslut om detalj- och resultatstyrning och skapar förutsättningarna för primärvården sitter i regel långt ifrån golvet och den vardagliga verksamheten. De har svårt att förstå konsekvenserna av hur beslut påverkar arbetsmiljö, trivsel och anställdas villkor.

Började arbeta igen

Efter några månaders sjukskrivning började Saskia att arbeta igen. På tok för tidigt, tänker hon så här i efterhand. I februari 2015 fick hon en ny tjänst som distriktsläkare på en vårdcentral i Jönköping.

– Det var en bra arbetsplats med ett bra ledarskap. Men jag var ännu inte i skick att arbeta i primärvården och orkade bara ett år.

Parallellt med arbetet på vårdcentralen började hon hösten 2015 på en ny arbetsplats. Denna gång som distriktsläkare i ett mobilt geriatriskt team i Jönköping. Det var en läkande miljö att arbeta i, trots att patienterna, äldre och sköra, var vårdkrävande.

– Jag arbetade hela tiden med ett team av fantastiska sjuksköterskor som var stöttande och omsorgsfulla och värnade om mig. De var en reparerande kraft för min sargade självkänsla. Under tiden som jag arbetade i det mobila geriatriska teamet blev jag sakta bättre. Uppdraget var också tydligt och avgränsat, till skillnad från det diffusa uppdrag som primärvården har.

Men våren 2018 var det dags för en omorganisation på arbetsplatsen. Saskia och flera av hennes kollegor valde att lämna sina tjänster. Hon tog ledigt några månader och i september 2018 var hon tillbaka i rollen som distriktsläkare igen, denna gång på en privat vårdcentral. För det mesta går det bra, hantverket sitter i ryggmärgen. Men sammantaget är det fortfarande svårt.

– Jag upplever att jag är för långsam, för trött. Kanske inte under patientmötena, men i allt arbete runt omkring. Jag klarar inte av att bidra fullt ut och det plågar mig. Mina arbetskollegor är fantastiska, jag får massor av värme och uppmuntran, men de tar redan mer än sin del av arbetsbördan.

Hon upplever att hon är kognitivt begränsad, som att hjärnan är dimmig och dämpad.

– Jag jobbar ofta över och hanterar arbetet genom att jobba 60 procent. På mina lediga dagar sover jag och försöker återhämta mig. Jag förstår att jag inte hanterar det hela vidare bra, men har inte ork att tänka ut fler alternativ. Just nu känns det mest uppgivet, som att jag inte riktigt vet hur jag ska komma framåt och lyckas förändra läget till det bättre.

Läkarrollen är ändå behaglig, menar hon. Själva patientmötet ger henne energi. För en stund slipper hon bruset i huvudet och kan glida in i sin yrkesroll.

– Jag har många knep och rutiner att falla tillbaka på om jag skulle tappa koncentrationen.

Depressionen behandlar hon med medicinering. Hon har gjort några nedtrappningsförsök, men efter några veckor återfått symtom; känslor av mindervärde, skam, skuld och hopplöshet. Då har hon trappat upp medicineringen igen.

– Sedan jag började arbeta i primärvården igen efter min sjukskrivning har jag behövt öka läkemedelsdosen. Jag känner mig inte längre deprimerad, men bedövad.

Skriver på en roman

Vi sitter i soffan med katten Björne mellan oss. Intervjun har pågått ett par timmar och kvällen är sen. Ibland blir frågorna för stora. Då stockar sig rösten och ansiktet blir tomt, ögonen blanka.

Saskia säger att hon sörjer förlusten av sin personlighet och självbild, att inte riktigt känna igen sig själv och att vara sårbar. Hon har blivit högkänslig mot ljus- och ljudintryck och brottas med en inre diffus ljudmatta. Sociala sammanhang har blivit påfrestande.

– Från att ha varit optimistisk och entusiastisk, haft många tankar och idéer och ett rikt socialt liv med middagar och många vänner, känner jag mig ofta tom och tråkig, har inte riktigt orken att fullfölja saker, är väldigt trött och säger ofta nej.

Hon känner sig ändå tacksam över all kärlek

”

Sedan jag började arbeta i primärvården igen efter min sjukskrivning har jag behövt öka läkemedelsdosen. Jag känner mig inte längre deprimerad, men bedövad.

och uppmuntran hon får av familjen, vänner, kollegor och bekanta. När människor frågar henne hur hon mår och vad hon får energi av, varierar svaren beroende på vem som frågar. Vissa vill gärna ha uppmuntrande svar och då skönmålar hon lite.

– Det finns ju korn av sanning i det jag säger. Jag får kraft av familjen, av människor som ser och lyfter varandra. Jag gillar att skriva, plantera, bygga och rensa i trädgården, att cykla ut i skogen och plocka svamp, spela musik tillsammans med andra, åka skidor och äta god mat. Men allt handlar om energi och hur jag mår just den dagen.

Ibland säger hon precis som det är, men bara till den som faktiskt orkar och vill höra svaret.

– Mest säger jag det för att utmana skammen. Det är jobbigt att ständigt gå omkring med skamkänslor. Det är ett viktigt skäl till att jag talar öppet om detta nu. Kanske spricker skamtrollen om de får ljus på sig. Jag gör det också för andras skull, så att de ska känna att de inte är ensamma.

Om hon fick möjlighet att drömma fritt skulle hon kanske byta jobb, arbeta med något som är mer drivet av lust och mindre av prestation och där jobbet kan utföras i rimlig takt. Samtidigt, det är ju distriktsläkare hon innerst vill vara.

– Jag gillar verkligen mitt yrke och har svårt att släppa taget. Men jag tror inte att jag varken kommer att kunna eller vilja arbeta heltid igen. Den bästa kombinationen skulle vara att fortsätta arbeta som distriktsläkare under vettiga arbetsförhållanden och samtidigt få möjlighet att skriva. Vem vet, en dag blir jag kanske klar med min roman.

Mest säger jag det för att utmana skammen. Det är jobbigt att ständigt gå omkring med skamkänslor. Det är ett viktigt skäl till att jag talar öppet om detta nu. Kanske spricker skamtrollen om de får ljus på sig. Jag gör det också för andras skull, så att de ska känna att de inte är ensamma.

Snabbfakta om Saskia Bengtsson

Ålder: 46 år.
Familj: Anders 45 år, Klara 14 år, Alvar 12 år.
Bor: Jönköping.
Arbetar: Lokstallarna vårdcentral, Bräcke diakoni.
Drivs av: Medkänsla
Roas av: Politiska satirteckningar
Oroas av: Klimatförändringarna i kombination med framväxten av auktoritära, nationalistiska ledare.
Förebild/mentor: Oräkneliga. Mina patienter framför allt.
Favoritordspråk: Alla vägar bär till Rom.
Råd jag skulle vilja ge till socialminister Lena Hallengren: Lyssna, skaffa överblick, ta hjälp, tänk långsiktigt. Vad vill du leva i för samhälle när du är gammal och sjuk? Vem ska ta hand om dig? Vilka förutsättningar behöver de för att göra ett bra jobb?

Annons

Annons

När läkaren blir cynisk är utmattningen nära

Sedan årsskiftet är överläkare Alexander Wilczek pensionär. Då lades Ersta psykiatriska klinik med tillhörande specialuppdrag för vårdpersonal ner. Under åren som gått har han skaffat sig enorma kunskaper om stressrelaterad ohälsa bland läkare och annan sjukvårdspersonal. Men som chef var han för snabb med att genomdriva förändringar och fick sjukskrivna medarbetare, en erfarenhet som han lärde sig mycket av.

Text och foto:
Ylva Sandström
Redaktör
Ordf. i DLF, Stlhlm

Jag träffar Alexander i hans bostad i Gröndal, i södra Stockholm. Dit tar man spårvagnen. Området känns lite som en småstad. Hemma vid köksbordet bjuder Alexander på kaffe och hembakta kakor. Så tar han fram sin lap-top och börjar visa bilder från sitt senaste föredrag om stress och utmattning hos sjukvårdspersonal.

– När jag började på Ersta var de vanligaste diagnoserna ångest- och förstämningssyndrom. Men de senaste åren har utmattning varit den helt dominerande diagnosen, även om det också funnits en hel del komorbiditet i form av tidigare ångestproblematik, recidiverande depressioner eller personlighetsstörningar. Vi har också hittat en grupp med lindrig ADHD, som de klarat att kompensera för, tills plötsligt belastningen blivit för stor och de faller igenom.

Ökande sjuktal för stressrelaterad ohälsa ses i hela befolkningen under 2000-talet, och Alexander Wilczek är övertygad att det orsakats av nedskärningar och besparingar i välfärdssektorn under 90-talet. Han tar fram en graf på sin dator och visar. Det är data från AFA-försäkringar om antal sjukskrivna i landstingen mellan 1998 och 2001. I tabellen har man plottat ökningen av sjukskrivningar i personalen mot neddragningar som skett fem år tidigare, och det syns en tydlig korrelation.

– Med färre medarbetare blev det mer att göra, så blev folk utslitna. Märkligare än så är det inte. Minskar du personalstyrkan får du räkna med att fyra–fem år senare blir folk sjuka, säger Alexander.

Först blir man känslomässigt avtrubbad

Den mesta internationella forskningen är gjord på s.k. burn- out.

– Burn-out har korrelation till utmattning, men det är inte riktigt samma sak. Burn-out är en samling symptom som visar att man inte har det bra, men man är ännu inte sjuk. Tröttheten, den kognitiva svikten finns där, men utmärkande är också cynismen – man slutar bry sig hur det går för patienterna. Man kanske glömmer skriva remisser, men bryr sig inte om det. Man blir känslomässigt avtrubbad.

– När man upptäckter att man börjar bli cynisk är det dags att googla fram KEDS, Karolinska Exhaustion Scale, en skattningsskala för utmattning, säger Alexander.

I forskningen talar man om sex faktorer som har betydelse för att människor drabbas av burnout och i förlängningen utmattning. Dessa är arbetsbelastning, kontroll, belöning, samspel, rättvisa och värderingskonflikt.

80 procent av allmänmedicinarna upplever oacceptabel tidspress

För ett par år sedan gjorde Läkarförbundet en enkät bland ST-läkare och specialister i allmänmedicin kring arbetsmiljön och stressen. 1 130 ST-läkare i allmänmedicin och 2 760 specialister tillfrågades. 80 procent av specialisterna angav att de ofta upplevde en oacceptabel tidspress. Bland ST-läkarna var siffran marginellt bättre, 78 procent. Detta kan översättas till den första orsaksfaktorn, arbetsbelastning. När man frågade allmänläkarna i enkäten instämde 79 procent av specialisterna i påståendet att ”ersättningssystemet innebär att jag inte kan arbeta utifrån de etiska principer jag skulle önska att jag kunde följa”. ST-läkarna upplevde ännu större press mellan verkligheten och den etiska kompassen. 83 procent instämde i påståendet. Alexander tror att de ökande sjukskrivningarna bland läkare de senaste tio åren framförallt förklaras av just vär-

> Vi kommer till jobbet och öppnar datorn och där står vad vi ska göra, men det är någon annan som har satt ihop programmet.

Rehabkoordinatorn är en fantastisk resurs.

deringskonflikter, vad han kallar samvetsstress. Det blir för stor skillnad mellan vad läkaren anser är etiskt riktigt, och vad som förväntas.

– Typisk etisk stress, som vi vet är farligt och klart ökar risen för s.k. burn-out, kommenterar Alexander siffrorna.

Någon annan bestämmer

Andra frågor som ställdes till läkarna i primärvård var graden av kontroll (till exempel ”Kan du styra din tidbok”, ”Möjlighet att påverka dina arbetstider”) samt hur mycket stöd man fick från sin chef eller om det fanns tillräckligt med administrativ personal runt omkring.

– Siffrorna visar att läkarna får allt mindre kontroll över sin arbetssituation. Vi kommer till jobbet och öppnar datorn och där står vad vi ska göra, men det är någon annan som har satt ihop programmet.

Vi pratar en stund om hur man kan komma tillbaka efter utmattning. Alexander menar att en utmattning tar ett år, och det går inte att forcera tiden. Han jämför det med att läka en fraktur. Du gipsas, går på rehab, tränar, men alla de åtgärderna kan ändå inte göra att frakturen läker snabbare, men däremot att det blir enklare när frakturen väl är läkt.

– Det är viktigt att ha bra stöd under tiden, att ha kontakt med arbetsgivaren. Rehabkoordinatorn är en fantastisk resurs. När patienterna långsamt blir bättre, måste de också pushas för att börja aktivera sig. Sitter man bara hemma och väntar tills man blir bra, blir uppförsbacken gigantisk.

Alexanders tips till den som har problem med ruta 5 i intyget till Försäkringskassan

Skriv som om du talade med en gymnasist, förklara allt i detalj.

Jag skrev en gång om en patient: **”Dag 1:** Tar fram lucialinne. **Dag 2:** tvättar lucialinne. **Dag 3:** stryker lucialinne.”

Detta för att de ska förstå precis vilken funktionsnivå patienten hade.

Men man ska vara medveten om att utmattning är en hjärnskada. I forskningen har man sett att utmattade har en tydligt tunnare hjärnbark mediofrontalt än kontroller. Hjärnskadan läker, men ingen vet riktigt vad det betyder för framtiden. Vi vet att personer som varit sjukskrivna för psykisk sjukdom har överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och även i cancersjukdomar.

Blir hyrläkare eller skolläkare

Hur det i slutändan går med arbetsåtergång beror mycket på attityden hos chefen. Om chefen är intresserad av hur man kan utforma arbetet för att den sjukskrivne ska komma tillbaka, så brukar det gå bra, även om det kan ta lång tid.

– Om chefen istället sänder signalen att man helst vill bli av med personen, kanske börjar prata

Alexander Wilczek vid sin lap-top i köket i Gröndal

Snart finns blodprov för utmattning
Det pågår mycket spännande forskning kring utmattning. I en studie har man i blodet mätt nivåer av sönderfallsprodukter från astrocyter. Det fanns ingen skillnad i nivåer hos friska och patienter med depression, men hos patienter med utmattningsdiagnos var nivåerna kraftigt förhöjda. Analysen är dyr, men kanske kan det vara framtidens blodprov för utmattning. På Ersta har man utvecklat ett test för kognitiva funktioner, som patienterna gör i en läsplatta. Man ska nu undersöka om resultatet korrelerar med blodprovet.

Det finns även forskning som tittar på epiteliala och vaskulära tillväxfaktorer som också ökar vid utmattningsdiagnos. Kanske kan det vara korrelerat till den överdödlighet man ser i hjärt- och kärlsjukdom.

om att den ska omplaceras någon helt annanstans – ja, då går det inte. Då brukar jag faktiskt rekommendera att man söker nytt jobb. Och det går ju, eftersom läkare är ett bristyrke.

Alexanders erfarenhet är att många blir skolläkare eller hyrläkare istället. Där kan man styra mer själv. Han var tidigare kritisk till fenomenet hyrläkare, men har ändrat sig.

– Visst, de får kanske jobba hårt under ett par veckor, men det går att uthärda om man vet att man sedan kan vara ledig, och att man själv bestämmer. Jag har sett många fall där det varit lösningen.

Fick tre sjukskrivna medarbetare inom ett år
Alexander har genom åren märkt att vissa kliniker har många sjukskrivna, medan andra verkar var förskonade. Det finns ingen forskning kring varför, men han tror att det beror på att vissa klinker och vårdcentraler har en ledning som är alldeles för intresserad av styrfaktorer som DRG-registreringar och KVÅ-koder, istället för själva verksamheten. Det gäller att hitta en balans mellan budget och personalen. I sin roll som chef på Ersta fick Alexander Wilczek själv erfara hur det kan vara.

– Jag började på Ersta och hade en massa idéer om saker vi skulle förändra. Men jag hade för bråttom och det var dåligt förankrat. Vi gjorde förändringar utan att personalen förstod varför. Inom ett år fick jag tre sjukskrivna medarbetare. Det var en viktig ögonöppnare. Jag var tvungen att dra ner på takten och lyssna in personalen.

Man införde s.k. kollegiala samtalsgrupper där man strukturerat kunde arbeta med arbetsmiljön och diskutera förändringar. Ett resultat var att läkarna fick mer kontroll över sin tidbok, genom att man beslutade att bara nybesök fick bokas av andra. Alla återbesök bokade läkaren själv.

Mät tempen på arbetsplatsen
Ersta prövade också att låta personalen fylla i KEDS anonymt. Alla medarbetare visste att risknivån låg vid 19 poäng och den som skattade sig högt uppmanades ta kontakt med sin chef eller på annat sätt försöka dra ner stressnivåerna. Alexander tycker att detta borde göras kontinuerligt, om medelvärdet för arbetsplatsen steg skulle också cheferna få en snabb varning att något inte var bra.

– Jag tycker det var klart hanterbart, även om det var i pappersform och tog lite tid. Bara det faktum att vi i ledningen brydde oss, tror jag också hade effekt.

Från 1 januari finns inte längre någon psykiatrisk klinik för just sjukvårdspersonal. Stockholms läns landsting lade ut en vanligt allmänpsykiatrisk verksamhet för upphandling som Ersta diakoni förlorade. Nu driver Capio, som vann upphandlingen, denna verksamhet. Alexander valde då att pensionera sig.

– Jag är 68 år, så det var kanske dags, men visst är det märkligt hur siffrorna för sjukskrivningar bland sjukvårdspersonal rasade i höjden samtidigt som man bestämde att vi skulle lägga ner, kommenterar Alexander.

Nu jobbar han med att ta fram en webbaserad utbildning för första linjens chefer om arbetsmiljöns inverkan på de anställdas hälsa. Han hoppas kunna flytta över resurser från rehab-fasen vid utmattning till förebyggande arbete, så att färre behöver gå in i en utmattning. Han arbetar också med ett projekt kring sjukskrivning och Försäkringskassan och dessutom träffar han patienter en dag i veckan. Så något stillsamt pensionärsliv är det inte tal om än.

Primärvård i privat regi ökar

Mellan 2006 och 2017 har antalet vårdcentraler som drivs i privat regi ökat med 82 procent. Detta framgår av SKLs rapport Köp av verksamhet 2017. Av landets 1 145 vårdcentraler drevs 492 i privat regi i slutet på 2017, vilket motsvarar 43 procent. Men variationen är, enligt rapporten, stor mellan olika län. Stockholms län har den största andelen privat drivna vårdcentraler med 68 procent, lägst har Örebro med 14 procent.

Skyhöga sjuktal för Stockholms distriktsläkare

Hallå där!

… Andrea Asplund, ST-läkare i allmänmedicin i Gustavsberg och styrelseledamot i SLSOs läkarförening, som bl.a. företräder all landstingsdriven primärvård i Region Stockholm.

Du har ansvarat för en arbetsmiljörapport, där du kartlagt arbetsmiljön på vårdcentralerna. Rapporten baseras dels på landstingets egna siffror från medarbetarundersökningar och statistik för sjukfrånvaro, och dels på resultaten från en egen enkät till distriktsläkarna.

Så – hur står det till bland distriktsläkarna i Stockholm?

– Inget vidare. Tyvärr verkar det som att vi trots vårt fantastiska yrke trivs på jobbet i allt mindre utsträckning. Som Anna Nergårdh, regeringens utredare i Samordnad utveckling för god och nära vård uttrycker det, ”primärvården är full av tappade sugar”. När landstinget förra året gick ut med krav på ökat antal webbokningar och ökade öppettider exploderade ett enormt missnöje och hundratals skrev på ett upprop mot toppstyrningen. Det finns inte utrymme för en mer pressad arbetsmiljö i form av bl.a. minskad kontinuitet.

Vilka tycker du är de mest alarmerande resultaten?

– Primärvårdssiffrorna lyste oroväckande rött även i 2015 års enkät. Vi ställde dock frågan om man trivdes på sitt jobb, vilket trots allt

Text:
Ylva Sandström
Redaktör

Foto: *Sveriges Läkarförbund*

Andrea Asplund är ST-läkare på Gustavsbergs vårdcentral.
Foto: *Sveriges Läkarförbund*

> Kvinnliga specialister i allmänmedicin har i genomsnitt 23 sjukdagar per år, nästan fem veckor. Det betyder att mer än var tionde arbetsdag försvinner.

nästan 3/4 uppgav att man gjorde, en siffra som alltså nu sjunkit till under hälften. Mest alarmerande måste jag dock säga är de stigande sjuktalen för framförallt kvinnliga primärvårdsläkare. Kvinnliga specialister i allmänmedicin har i genomsnitt 23 sjukdagar per år, nästan fem veckor. Det betyder att mer än var tionde arbetsdag försvinner.

Hur har arbetsmiljön förändrats sedan 2015, när enkäten genomfördes första gången?
– I den nya enkäten är det framförallt en trend som är tydlig. Svaren är i det närmaste genomgående mer negativa för primärvårdsläkarna än 2015. Fler väljer att gå ner i tid, man upplever ökad stress och minskad påverkan på den egna arbetsbelastningen bland annat.

Hur har ansvariga på landstinget reagerat på resultaten i rapporten?
– Tyvärr med bristande intresse. Vi har presenterat rapporten för SLSOs ledning men därefter har trots upprepade påstötningar från vår sida ingenting hänt. Vi har hört av Mikael Ohrling, SLSOs förvaltningsdirektör, att han tycker det vore bra med en partsgemensam arbetsgrupp men hittills har inte ett enda konkret initiativ tagits från arbetsgivarna, åtminstone vad vi känner till.

Hur många patienter har varje distriktsläkare i Stockholm ansvar för?
– Den nuvarande rekommendationen från SLSO för landstingsdrivna vårdcentraler är 2 100 patienter per läkare, dvs. nästan 50 procent fler än vad Arbetsmiljöverket ansåg vara rimligt i Örebro. Hur det ser ut i verkligheten är dock svårt att få reda på. Sedan införandet av vårdval 2008 ansvarar varje enskild vårdcentralschef för att tillräckligt antal läkare finns i arbete. Antal tjänster och antal patienter rapporteras in till listningsregistret ListOn. SLSOs arbetsmiljögrupp har gått igenom siffror från ListOn för april 2015 och nu även april 2017. Det framkommer dock att det råder stor osäkerhet kring de inrapporterade siffrorna då det t.ex. inte framgår om det är antal tjänster eller antal heltidstjänster som är inrapporterade vilket alltså omöjliggör en korrekt bild av listningssituationen i Stockholm.

Landstingsfullmäktige har tagit beslut om listningstak. Har ni sett några konkreta förslag kring detta?
– Nej, tvärtom lyser dessa med sin frånvaro. Det kan ju tänkas vara något som arbetsgivarna inte riktigt är så förtjusta i så detta bör vi bevaka intensivt.

Hur ser du på framtiden för landstingsdriven primärvård i Stockholm?
– När Läkarförbundet gjorde en utvärdering av vårdval var det tydligt att de verksamheter som sticker ut positivt är små privatägda vårdcentraler där chefen är läkare och också arbetar kliniskt, tillsammans med Praktikertjänst. Det säger mig att verksamheternas autonomi måste få öka, att de enskilda vårdcentralscheferna måste få ökat mandat men också att fler läkare måste bli chefer i primärvården. Det i sin tur skulle öppna upp för att man återigen respekterar den unika allmänläkarens kunskap och kompetens och slutar betrakta oss som robotar i ett löpandebandsystem. I övrigt är det, givet dagens ersättningssystem, svårt att få verksamheterna att gå runt. Det är dock positivt att det verkar finnas en genuin vilja att få ett stabilt ersättningssystem med ökad kapitering. Även att man viktar ersättningen bättre efter vårdtyngd.

Finns det något glädjande i 2018 års arbetsmiljörapport?
– Att så många ändå uttrycker vilket fantastiskt yrke vi har och vilka underbara kollegor som finns på alla arbetsplatser där ute och även i stor utsträckning ett förtroende för första linjens chefer.

Resultaten i korthet

Frågor:	Ja	Nej
Rimlig arbetsbelastning	29%	48%
Jag kan påverka min arbetsbelastning	19%	55%
Funderar på att minska arbetstiden för att orka med	66%	22%
Stressen i arbetet har ökat senaste åren	76%	11%
Min arbetsmiljö påverkar min hälsa negativt	53%	24%
Jag har tillräcklig tid för återhämtning	22%	58%
Jag får den fortbildning jag behöver för att klara mina arbetsuppgifter	41%	30%
Arbetsbelastningen hotar patientsäkerheten	56%	22%
Jag trivs bra på jobbet	55%	15%

Sjukskrivningsdagar/år	Kvinnor	Män
Specialist	23,1	18,0
ST-läkare	18,2	5,6

Annons

Läkarna i världens mest resursstarka sjukvårdssystemen bränns ut när den administrativa bördan blir för stor. ***Foto:*** *Adobe Stock*

Feldesignad sjukvård leder till utbrändhet

Sverige har världens friskaste befolkning, massor av resurser i sjukvården och ändå köer, missnöjda patienter och en epidemi av utbrändhet hos allmänläkarna. Denna paradox fick indiska studenten Krutika Subramanian att åka till Stockholm för att studera hur det kunnat bli så.

Text:
Ylva Sandström
Redaktör

Krutika studerar till systemdesigner. Just nu avslutar hon sitt examensarbete på företaget DesignIT i Alvik utanför Stockholm, ett företag som jobbar med tjänstedesign.

För några år sedan tog företaget fram en modell för att korta väntetiden för kvinnor med knöl i bröstet som kom på remiss från allmänläkaren till Oslos universitetssjukhus.

– Tjänstedesign handlar om att göra kartor över till exempel patientens resa i vården, inventera alla steg, och hitta flaskhalsarna där väntetiderna uppstår, säger Krutika.

För att svara på frågan varför svenska allmänläkare i så stor utsträckning blir utmattade har Krutika intervjuat läkare och chefer, träffar företrädare från SKL, facket och psykiatrisk expertis. Hon har även haft en fokusgrupp bestående av allmänläkare i Blekinge. För att projektet skulle lyckas var det viktigt att hon i detalj satte sig in i hur allmänläkare arbetar, så att hon kunnat göra en noggrann karta över allmänläkarens ”resa på jobbet”, på samma sätt som man i Oslo studerade patientens resa i vården. Varje moment har värderats – vad är positivt och vad är negativt. Detta för att se vilka moment som skapar stress och leder till utmattning hos distriktsläkarna.

Planeringen inte byggd för för- och efterarbete

– Vad som förvånade mig var hur mycket läkarna skulle göra före och efter varje patientbesök. Det handlar om att läsa in sig, uppdatera journaler, dokumentera, följa upp undersökningar. I Indien händer ingenting den tid som patienten inte är i läkarens rum. Man måste komma tillbaks för provsvar, det dokumenteras inte på samma sätt som i Sverige. Jag förstår varför man arbetar på det här sättet, men det skapar mycket arbete, som inte syns och planeringen är inte byggd för det. Man har målsättningarna med vård till alla och hög kvalitet, men man har inte sett vilka nackdelar som följer i form av administration. När landstingen mäter produktion pratas bara om antal besök, vilket skapar en felaktig bild av läkarnas arbete, säger Krutika.

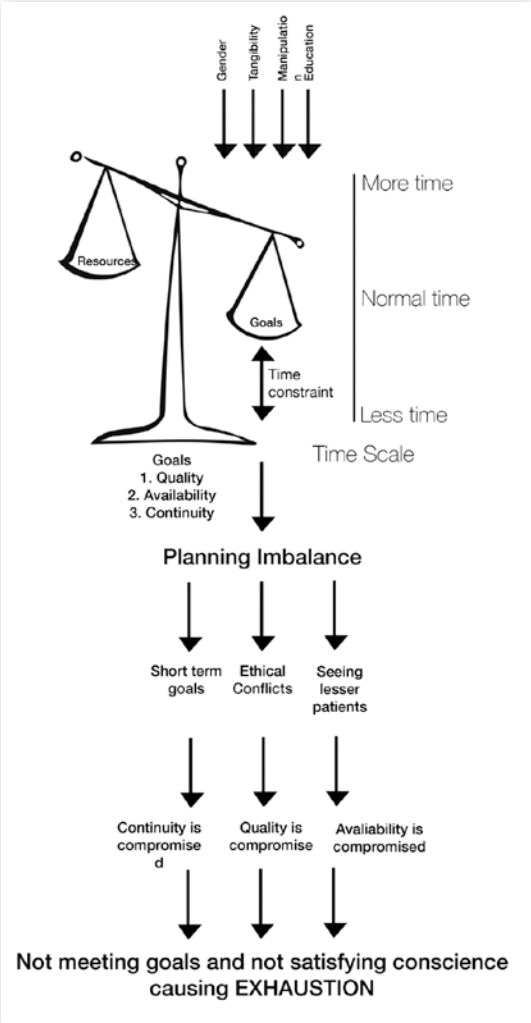
Ett system som det svenska har höga ambitioner avseende kvalitet och tillgänglighet. Problemet är att man inte tagit hänsyn till den extra tid detta tar. Man har inte tagit höjd för allt arbete som måste ske före och efter ett besök, menar Krutika Subramanian, som rest från Indien till ett snöigt Sverige för att studera varför svenska allmänläkare blir utbrända.

När Krutika presenterade sin rapport för sina kolleger på DesignIT, blev de lika förvånade som Krutika själv över allt arbete som sker utanför patientbesöken.

Krutikas råd till beslutsfattare i vården

1. Det är viktigt att man ser till att vårdcentralerna inte tar på sig fler patienter än de kan hantera.
2. Patienternas valfrihet får inte leda till att orimligt mängd läkartid går till att läsa in sig på patientens sjukhistoria.
3. Vårdcentraler som fungerar väl måste skyddas. Positiva exempel måste spridas.
4. Vårdcentraler med risk för utmattning hos läkarna måste identifieras snabbt.
5. Det är viktigt att erbjuda tid för kollegial samvaro där arbetet och känslor kring arbetet kan diskuteras.
6. Det är viktigt att läkare kan arbeta utifrån professionens etiska principer. Att kompromissa med kvaliteten gör läkare cyniska och mindre empatiska gentemot sina patienter och skapar på så vis inte bara utbrändhet utan också sämre vård.
7. Läkare måste avlastas avseende intygsskrivandet.
8. Systemet måste garantera kvalitet men inte kontrollera detta via för läkarna tidskrävande processer i journalskrivande och diagnossättning.
9. Vikarier och hyrläkare måste användas vid läkarbrist, men utan att leda till ökad arbetsbelastning för övriga läkare.

Obalans mellan resurser och krav skapar tidsbrist, vilket i sin tur skapar obalans i planering, vilket i sin tur leder till minskad kvalitet, sämre tillgänglighet och sämre kontinuitet, vilket i sin tur bäddar för utbrändhetsproblematik.



– Många beskrev att de förut varit irriterade för att de kanske fick vänta eller inte fick en tid, men plötsligt fick de större förståelse för läkarens situation. En riktig ögon-öppnare. Kanske skulle sjukvårdsadministratörer behöva samma ögonöppnare.

Vårdcentralerna tar på sig mer arbete än de klarar av

Medborgare, landstingen, universiteten, allmänläkaren och vårdcentralen – alla interagerar de i processen som leder till utmattning. Landstingen sätter upp mål om god vårdkvalitet och god tillgänglighet och betalar för antal listade och besök, och mäter kvalitetsfaktorer. Vårdcentralen svarar på de ekonomiska incitamenten genom att öka antalet listade patienter och boka fler besök, samtidigt som läkarnas tid går alltmer till dokumentation och registreringar för att landstinget ska kunna mäta kvalitet. I ett sådant system är risken stor att vårdcentralerna tar på sig mer arbete än de klarar av.

– Istället för bättre vård och högre tillgänglighet riskerar man sämre kvalitet, eftersom läkarna tvingas hitta genvägar i arbetet för att hinna, alternativt att man tar emot färre patienter och tillgängligheten minskar. Stress blir resultatet, säger Krutika.

Ständigt ”nya” patienter skapar merarbete

Medborgarnas krav på valfrihet, och den stora läkarbristen, tvingar läkare att ta hand om patienter de inte känner, vilket leder till sämre kontinuitet, ständiga läkarbyten och att mer av läkarens tid åtgår för att ”läsa in sig”. Detta resulterar i mindre tid för patienterna, alternativt mer stress för läkarna.

Få arbetsplatser screenar för psykisk ohälsa bland sin personal, ändrar arbetssätt eller sänker arbetstempo när utbrända ska återgå i arbete. Kortsiktiga lösningar med hyrläkare förekommer, men positiva exempel sprids inte på ett systematiskt sätt. Det finns också fortfarande stora könsskillnader i vården, konstaterar Krutika i sin rapport.

Även sättet att undervisa yngre kolleger har en del av skulden för utbrändhet.

– Universiteten förbereder läkare dåligt för stress och kunskaper om hur man återhämtar sig. Det är bra med handledning men inte på bekostnad av de äldres arbetsmiljö. Det är en enorm förlust för samhället när läkare efter en lång och dyr utbildning faller ifrån.

Ökad dödlighet med vite för sjukhus

Att styra sjukvård med ekonomiska incitament är svårt. Vite för sjukhus med hög återinläggning inom 30 dagar ökade den totala dödligheten i de aktuella sjukdomarna, visar ett amerikansk studie som refererats i JAMA. Knappast vad man avsett.

Källa: Fonarow GC. Unintended Harm Associated With the Hospital Readmissions Reduction Program. JAMA. 2018;320(24):2539–2541. doi:10.1001/jama.2018.19325

Dialog i Sörmland om listningstak

Sörmlands politiska ledning har aviserat att man vill ha listningstak för läkare. DLF Sörmland stöttar förslaget eftersom en begränsad lista är en förutsättning för patientsäker vård, god arbetsmiljö och hållbar rekrytering. I dagsläget saknas konkreta planer för införandet av listningstak. DLF har, tillsammans med SFAM Sörmland, bjudits in till dialogmöten och kommer fortsätta driva frågan om avgränsad lista kopplat till en adekvat budget för primärvården.

De studerar vad som får allmänläkare att säga upp sig

Text:
Ylva Sandström
Redaktör

På Centrum för arbets- och miljömedicin i Stockholm pågår ett forskningsprojekt kring allmänläkarnas arbetsmiljö. Även distriktssköterskor ingår i studien. Frågan man hoppas svara på är varför allmänläkare väljer att sluta, och vad som får dem att stanna kvar. Hur påverkar exempelvis Försäkringskassan att allmänläkare lämnar jobbet?

Bakom projektet står Gun Johansson, medicine doktor i epidemiologi, Antonia Jacobaeus, specialist i företagshälsovård, Marina Taloyan, docent, samt Sara Sanchez Bengtsson, Master of Science. Gruppen har valt att studera allmänläkare och sjuksköterskor som slutat på sin vårdcentral eller stått i begrepp att sluta, och höra varför de valt att sluta eller vad som skulle kunna få dem att stanna. Man har gjort djupintervjuer med nitton personer, varav femton allmänläkare, alla verk-

Gun Johansson och Antonia Jacobaeus är nyfikna på hur allmänläkare som funderar på att säga upp sig tänker och funderar.

samma i Stockholm. Personerna var i olika åldrar och har arbetat på olika vårdcentraler runt om i länet. Studien drivs gemensamt tillsammans med Akademiskt primärvårdscentrum och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid Karolinska Institutet. Läkarna har fått svara på frågor kring vilka förväntningar de hade på yrket när de utbildade sig, och hur det blev, samt vad som kan få dem att jobba kvar på sina vårdcentraler.

– Frågorna har varit förhållandevis öppna, eftersom vi vill höra vad allmänläkarna skulle berätta helt spontant, utan för mycket styrning. Vi ville gå in med öppna ögon och nyfiket lyssna, säger Gun.

Resultaten sammanställs och analyseras nu och kommer att publiceras framåt sommaren.

Studerar inte utbrända

– Vi kan inte säga så mycket om resultaten än, men vi märker att de läkare som valt att ställa upp i intervjuerna alla är personer som gjort något åt sin situation. Antingen har man valt att byta jobb, t.ex. byta vårdcentral eller hitta andra nischer eller specialiteter, som man tycker är bättre. Några väljer att bli hyrläkare, någon har bytt och blivit nätläkare. De som valt att stanna har också hittat strategier för att göra arbetet meningsfullt, menar Sara, som gjort alla intervjuerna.

Forskargruppen har avsiktligen undvikit att kontakta Ersta psykiatriska klinik, som fram till årsskiftet haft i uppdrag att behandla just sjukvårdspersonal med psykisk ohälsa.

– Vi har inte velat undersöka utbrända läkare, utan sökt just den här gruppen, som fortfarande jobbar, säger Antonia.

En slutsats som många av de intervjuade allmänläkarna framfört är att det inte går att arbeta med bara mottagningspatienter på heltid. En arbetsvecka måste också innehålla något annat, t.ex. BVC, IT-uppdrag eller sjukhem.

Studien är en s.k. explorativ och hypotesgenererande studie. Det betyder att man från djupintervjuerna inte kommer att kunna dra några säkra slutsatser om orsaker till att läkare och sjuksköterskor väljer att lämna sin vårdcentral. Istället hoppas man kunna beskriva förhållanden som kan vara möjliga sådana orsaker.

– Man kan alltid invända mot en sådan här studie som att det är ett selektivt och litet urval, men vårt resultat får förstås kopplas till annat, t.ex. enkäter som är gjorda bland allmänläkare, vad litteraturen säger, och liknande studier på andra yrkesgrupper, framhåller Gun.

Relationen till Försäkringskassan ett av många irritationsmoment

Idén om att studera allmänläkarna väcktes ursprungligen utifrån beskrivningar av att Försäkringskassans agerande kring läkares sjukskrivningar utgjorde ett arbetsmiljöproblem för många allmänläkare.

– I våra intervjuer har många också pratat om relationen till Försäkringskassan, berättar Antonia. Utan att föregå analysen helt, kan vi dock konstatera att det förefaller bara vara en liten del av bekymren för allmänläkarna, kanske mest ett irritationsmoment, ungefär som remisser som studsar eller annan administration som strular. Beslutet att jobba kvar eller sluta verkar vara mer komplext.

Under de närmaste månaderna kommer gruppen att analysera svaren i en modell med syfte att beskriva förhållanden som, om de är bra, kan göra att läkarna väljer att stanna, och om de är dåliga, kan få dem att lämna jobbet.

Några faktorer man t.ex kommer att beakta är organisationen i stort, kommunikationen med chefen och kollegerna, illegitima arbetsuppgifter, frihetsgraden i arbetet och teamarbete jämfört med ensamarbete.

Vad kommer då att hända med resultatet? Det torde finnas intresse såväl i Läkarförbundet som inom Stockholms läns landsting och Sveriges kommuner och landsting, SKL.

– Det här är ett gemensamt problem för arbetstagarna och arbetsgivarna. Kan vi peka på förbättringspotentialen och möjligheterna att locka tillbaka t.ex. hyrläkare, samtidigt som arbetsmiljön blir bättre, så vinner alla, säger Gun Johansson.

Studien drivs gemensamt av Centrum för arbets- och miljömedicin, Akademiskt primärvårdscentrum och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Västerbottningarna prioriterar begränsad lista

Begränsad lista, med max 1 500 patienter, kommer överst på önskelistan hos distriktsläkarna i Västerbotten. Det framgår av den enkät som Distriktsläkarföreningen i Västerbotten skickat till sina medlemmar. Näst viktigaste fackliga frågan var allmänt förbättrad arbetsmiljö med t.ex. möjlighet att styra sin tidbok och sitt arbetsschema. Obligatorisk kompetensutveckling hamnade som nummer tre på önskelistan.

– Med underlag från de svaren har vi planerat att inleda vårt påverkansarbete, säger Nino Bracin, ordförande i DLF Västerbotten.

Annons

Jull Taube och Maria Gustafsson. ***Foto:*** *Hannah Karlberg*

De tar hand om doktorn!

– Facebookgrupp stöttar tusentals läkare

I augusti 2017 startade distriktsläkaren Maria Gustafsson och psykiatern Jill Taube Facebookgruppen *Vem tar hand om doktorn?* Intresset var större än förväntat. På bara några veckor strömmade flera hundra medlemmar till gruppen. Behovet av möten och kollegiala samtal visade sig vara stort och i dag är antalet medlemmar över 6 000.

Text:
Eva Nordin
Journalist

När Maria Gustafsson och Jill Taube sveper in i lobbyn på Scandic i centrala Stockholm stiger energinivån. Bara några dagar innan var de på Marstrands havshotell med ett gäng medlemmar i Facebook-gruppen. Över en helg fick de tillfälle att möta kollegor och njuta av spa och havsbad med bastu.

– Det här ger oss massor av energi. Och det är fantastiskt härligt att se det stora behov som den här gruppen fyller. Vi har även haft dygnskryssningar och en höstresa till Åre. I juni planerar vi att åka till Brela i Kroatien på en kurs- och återhämtningsvecka. Vi har också en skrivarkurs inplanerad, säger Jill.

Oavsett om man ses på afterwork, föreläsningar eller dygnskryssningar läggs det in rörelse och aktiviteter som exempelvis yoga och styrkepass. ***Foto:*** *Adobe Stock*

Vi har stämt möte för en intervju om hur det kommer sig att två läkare startar en Facebook-grupp och lägger ledig tid på att administrera och arrangera olika events som afterwork, föreläsningar, dygnskryssningar och resor med spa, vandringar och skidåkning.

– Vi insåg att många läkare mådde dåligt och var i riskzonen att gå in i väggen. Många är väldigt bra på att ta hand om andra, men sämre på att ta hand om sig själva. Under en träningsresa till Mallorca fick vi plötsligt idén att ordna en resa bara för läkare.

Maria Gustafsson är distriktsläkare och arbetade många år i landstingsdriven primärvård. I dag driver hon en egen mottagning i privat regi i Stockholm. Jill Taube är psykiater och arbetar cirka 30 procent som timanställd kliniker på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Sundsvall. På övrig tid utbildar hon sig till dansinstruktör och driver sedan fem år ”Danssteget”, ett dansforum för alla som vill kombinera kunskap om hälsa med rörelse och ”okrånglig” dans.

Stort behov av kollegiala samtal

Första gången Maria och Jill träffades var på Medicinska Riksstämman i Stockholm 2010. Maria höll ett danspass för deltagare och Jill föreläste om levnadsvanor. De möttes och insåg snabbt att de delade varandras passion för hälsa och rörelse.

När Maria sedan startade träningsresor utomlands följde Jill med och i augusti 2017 kläckte de idén om att starta Facebook-gruppen ”Vem tar hand om doktorn”.

– Till en början vände vi oss till gamla kursare och kollegor och trodde att vi skulle bli ett 50-tal personer. Efter bara fyra veckor var vi över 500 medlemmar, behovet var enormt stort. Det blev startskottet till det vi gör i dag och som i stort består av tre delar, träning, utbildning och kollegiala samtal. Oavsett om vi ses på afterwork, föreläsningar eller dygnskryssningar lägger vi in rörelse och aktiviteter som exempelvis yoga och styrkepass. Vi vill komma bort från att sitta stilla och passivt delta. Dessutom är det kul att röra på sig tillsammans, säger Maria.

Målgruppen är läkare med olika specialiteter och i olika skeden av karriären. En stor grupp är läkarstudenter.

Medlemmarna har i utvärderingar efterfrågat mer tid för samtal; behovet av att möta varandra och få möjlighet att ventilera både stort som smått är välbehövligt, menar Jill.

– Vi arbetar i en stressfylld vardag och kämpar

”

Många är väldigt bra på att ta hand om andra, men sämre på att ta hand om sig själva.

Vill du också bli medlem i Vem tar hand om doktorn? Du hittar gruppen på Facebook genom att skriva in gruppens namn i sökfältet.

Ni hittar även mer info om gruppen på:
www.jilltaube.se

med samma frågor, men hinner inte längre träffas och få tid att prata om frågor som rör patienter, arbetsmiljö och själva livet. Hur har vi det? Hur mår vi? Vad vill vi? Hur kan vi stärka och stötta varandra?

Konstruktiva inlägg

Utgångspunkten för all verksamhet är det salutogena perspektivet. Begreppet salutogenes, som myntades av professor Aaron Antonovsky, lägger tonvikten på hälsobringande ”friskfaktorer”, snarare än på riskfaktorer.

– Vi försöker ha fokus på faktorer som hjälper och stöttar. Det är ju annars lätt att en Facebook-grupp kan bli en klagomur där man projicerar sin frustration och vanmakt. Vi är inget politiskt forum, eller en diskussionsgrupp där man resonerar om de senaste teknikerna och metoderna. Det finns det andra forum för. Vi är måna om att det finns en kultur i vår grupp där man är konstruktiv och har en vänlig ton.

Jill och Maria som arbetar ideellt lägger cirka en halvtid tillsammans på att administrera Facebook-gruppen och arrangera events, kommunicera med medlemmar, föreläsare och andra.

– Våra event har hittills inte haft tillräckligt många deltagare för att bekosta de utlägg vi haft i form av konferenskostnader, föreläsare och andra utgifter. Vi har också arrangerat flera AW som varit helt kostnadsfria, säger Maria.

Det finns ett frivilligt stödmedlemskap i gruppen som kostar 100 kronor. Hittills har cirka fem procent av de 6 000 medlemmarna betalat för ett stödmedlemskap.

– Pengarna från stödmedlemskapet har vi använt för att ta fram logga och nyckelring. Kostnader vi hittills har haft för rådgivare när det gäller bland annat affärsutveckling har vi betalat ur egen ficka. Vårt mål är nu att hitta samarbetspartners som är villiga att vara med och finansiera olika delar av vår verksamhet, säger Jill.

Maria och Jill läser i stort sett alla inlägg och är måna om att medlemmarna ska känna att gruppen är stöttande och givande.

– Det är en sluten, men inte hemlig grupp. På lördagar och söndagar är gruppen stängd och vi tar helgvila. Det går inte att göra inlägg, men det är fortfarande fritt fram att skriva kommentarer. Vi släpper igenom alla inlägg så länge tonen är hövlig.

FaR och FYSS

Maria Gustafsson blev färdig specialist i allmänmedicin 2011 och har arbetat på en landstingsdriven mottagning i nio år. Parallellt med sitt arbete som läkare har hon i många år arbetat som träningsinstruktör i friskvården. När FaR (Fysisk aktivitet på recept) firade tioårsjubileum i Stockholm fick Maria en hedersutmärkelse.

Det mest centrala i FaR är att allt arbete utgår från individen. Som grund för ordinationen använder man FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling), vilken är en kunskapsbank om fysisk aktivitet och hälsa.

– Jag är den läkare som skrivit ut flest FaR-recept i Stockholms läns landsting. Det känns fantastiskt att så många kommit i rörelse tack var den här förskrivningen och det är den utmärkelse jag är mest stolt över.

Vardagen som distriktsläkare i primärvården var dock stressfylld och Maria längtade efter ett mer hållbart sätt att arbeta och mer tid att möta sina patienter.

– Det var ingen hälsosam arbetsmiljö och jag kunde personligen känna vissa varningssignaler. Det var också oerhört frustrerande att inte få möjlighet att göra ett tillräckligt bra jobb.

Hon bestämde sig för att lämna landstinget och istället starta en egen mottagning. I dag driver hon Medicin & Mirakel i Märsta och tar emot privatbetalande patienter som är intresserade av levnadsvanor motiverade att hitta en sundare livsstil, både i förebyggande syfte och i samband med rehabilitering efter sjukdom.

– Kroppen är verkligen ett mirakel och fysisk aktivitet är rena rama mirakelmedicinen, det är fascinerande. Det känns också väldigt stimulerande att få arbeta holistiskt och utifrån en hållbar modell där patienten i högsta grad är involverad i sin hälsa.

Jill Taube blev färdig specialist i psykiatri 2003. Hon insåg tidigt att hon inte riktigt trivdes i en roll där läkaren förväntades inta en auktoritär roll medan patienten passivt fick motta information. Jill ville hitta ett annat arbetssätt och blev entusiastisk när hon fann FYSS och kunskapsbanken om fysisk aktivitet. Hon engagerade sig i de områden som rör psykiatri, det vill säga depression, ångest och schizofreni.

– I samma veva sökte landstinget i Stockholm en läkare som ville arbeta med att implementera FaR och sprida kunskapen kring fysisk aktivitet vid förebyggande vård och behandling vid en rad olika sjukdomar. Jag fick jobbet och arbetade sedan i åtta år i nära samarbete med en fysioterapeut. Min chef var professor Mai-Lis Hellénius. Hon såg till att vidga begreppet så att även psykiatrin blev involverad och det var för mig ett både angeläget och spännande uppdrag.

Precis som Maria har Jill även arbetat mycket med levnadsvanor och haft olika roller vid flera myndigheter och organisationer som Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet.

I dag arbetar hon endast i egen verksamhet och jobbar kliniskt som timanställd läkare cirka 30 procent av sin tid. På övrig tid driver hon Danssteget och utbildar sig till dansinstruktör.

– Jag började att utbilda mig efter att jag fyllt 55, det är aldrig för sent. I dag har jag olika uppdrag för studiecirklar, men också för socialpsykiatrin. Dans är välgörande och fyller så många olika funktioner. Många uppskattar den sociala gemen-

Foto: Adobe Stock

skapen och att vara i kravlös rörelseglädje, bortom det intellektuella. Dans ger också hjärngympa och en frisättning av härliga hormoner som oxytocin.

Jill driver även en blogg, håller skrivarkurser och är författare till en rad böcker. År 2011 kom hennes senaste bok *"Själ och kropp-rörelse för psykiskt välbefinnande"*.

Ringar på vattnet

Hittills har Jill och Maria arrangerat drygt 12 events. Eftersom utbildning är en del av verksamheten bjuds externa föreläsare in. En av dem är Kristian Simonsberg, specialist i psykiatri, som medverkade i Marstrand och föreläste om gränssättning i patientmöten.

Andra föreläsare som medverkat är Töres Theorell, professor vid Stressforskningsinstitutet, Alexander Wilczek, psykiatriker och tidigare verksamhetschef för den psykiatriska kliniken vid Ersta sjukhus samt Ann Friedner, docent vid Stockholms universitet som forskar om läkares syn på organisation, hälsa, motivation och arbetsmiljö.

– Vi har fått lära oss en hel del från de föreläsare vi bjudit in och som bland annat handlar om läkares hälsa och om utmattningssyndrom på såväl individnivå som på strukturell samhällsnivå. Det är inte alltid enkelt att som läkare prata om sin hälsa och jag tror att den här gruppen har brutit skammen kring att som läkare få ventilera tankar och frågor om sin egen hälsa, säger Maria.

Facebook-gruppen har i dag ett landsomfattande nätverk med medlemmar som själva arrangerar aktiviteter lokalt. Nya resor är också inplanerade. I juni åker flera medlemmar till Kroatien. Andra har anmält sig till skrivarkurs med skrivpedagog.

– Vi har haft flera lokala afterwork i olika städer, det knoppar av sig. Vi har även haft en utbildningsvecka på Rhodos som blev väldigt uppskattad. Sammanhållningen blev stark och deltagarna har fortsatt att ha kontakt med varandra. De har själva kallat det för "Rhodoseffekten", säger Jill.

Det är dags att avrunda intervjun och vi enas om att vi behöver en bensträckare. Jill föreslår att vi gör en "Kiruna". Vi reser oss, sträcker på oss och när vi ska sätta oss ned nuddar vi endast stolsdynan och reser oss snabbt igen, övningen görs tio gånger i snabb följd. Det bränner till i benen.

– Under en föreläsning i Kiruna fanns det en äldre dam i publiken som var väldigt vältränad. När hon fick frågan vad hon har gjort för att bibehålla sin hälsa och styrka, svarade hon att varje gång hon ska sätta sig ned gör hon det tio gånger.

När vi skiljs åt blir jag återigen påmind om hur mycket kroppen och knoppen gillar att röra sig och hur lite det faktiskt krävs för att få in vardagsmotion i vardagen, även i ett stressigt liv.

De möttes och insåg snabbt att de delade varandras passion för hälsa och rörelse.

Annons

Nytt hopp i skolans värld

Pernilla Fritz var sjukskriven för utmattning i drygt tre år. Här skriver hon om utmattningen och vägen tillbaka. Räddningen blev ett jobb som skolläkare.

”Utmattningen var mycket svår.” Så stod det vid upprepade tillfällen i min journal. Med handen på hjärtat och med en klump i halsen kan jag intyga att det var sant.

Livet vändes totalt upp och ner den där torsdagen i juni år 2014. Den i grunden trygga, glada, optimistiska och stabila kvinnan som jag en gång känt syntes inte längre till. Jag kunde inte ta mig från vardagsrummet till badrummet på morgonen utan att behöva vila på en pall i hallen, trots att vägen dit var kort. Kroppen lydde inte och musklerna värkte. Tårarna rann längs kinderna, de mörka ringarna under ögonen skrämde mig när jag såg mig själv i spegeln och jag hade svårt att andas. Jag var verkligen rädd. Rädd över att jag inte upplevde känslor – mer än tomhet, panik och skam. Jag skämdes över att inte ha orkat, att inte ha bromsat i tid. Jag noterade flera symtom på att något var fel men hjärnan tog liksom över mitt eget förnuft de sista månaderna och jagade mig ända in i väggen. Tankarna bara snurrade inuti huvudet, jag kunde inte tänka klart över huvud taget. Kroppen var så spänd att jag inte ens kunde ligga utsträckt i soffan utan låg som ett litet nyfött barn under tjocka filtar.

Text & foto: Pernilla Fritz

Var tvungen att börja om

Det tog drygt tre år med sjukskrivning på 100 procent och därefter försiktig upptrappning till 25 procents tjänst under ett helt år för att komma tillbaka till arbetet som distriktsläkare på vårdcentral, trots bra stöd och olika behandlingar. Jag fick dessutom individuella anpassningar för att klara arbetet som distriktsläkare. Ändå började stressymtomen göra sig påminda när arbetstiden skulle trappas upp och när jag skulle träffa fler patienter per dag. Rädslan tog tag i mig igen. Vad skulle hända nu?

Jag insåg att jag var tvungen att börja om. Nu arbetar jag 75 procent – som skolläkare. Det är ett givande, utmanande och spännande arbete. Ett arbete i relativt fria former, där jag har stora möjligheter att påverka min egen arbetssituation. Jag är så enormt tacksam att jag återigen kan arbeta som läkare efter alla tvivlande stunder jag gått igenom.

Att träffa nya människor gav energin åter

Bli barnläkare. Få egna barn. Resa. Lära mig nya saker. Ja, det är några av de sakerna jag önskade mig mest av allt när jag var yngre. Inte visste jag då att jag någon gång skulle få känna på allihop på ett eller annat sätt.

I min ungdom var jag mycket aktiv inom badminton och tävlade mycket både i Sverige och utomlands. Jag trivdes i att upptäcka nya platser och träffa nya människor och när jag mådde som sämst under min utmattning var det just den lusten som gjorde att jag fick energi. Jag kom utanför lägenheten, träffade folk. Jag mindes hur bra jag mått i min ungdom och hur många drömmar jag haft, drömmar som suddats ut nu. Jag började träna försiktigt igen och fick successivt mer mental energi, även om kroppen oftast behövde ett par dagar för återhämtning efter en träning. Därefter blev jag tränare för nybörjare inom badminton och märkte direkt hur många blyga, träningsovana och mobilfokuserade barn- och ungdomar jag kunde påverka.

Fick jobbet!
Annonsen som handlade om arbete som skolläkare kom precis i rätt tid. Jag läste annonsen och kände att den liksom pratade med mig; ”Sök!”, ”Vi behöver din erfarenhet!”, ”Det är nu du ska få arbeta med barn och ungdomar!” Jag hade börjat känna mig bättre än jag gjort på länge, tänkte att det kanske var ett miljöombyte som behövdes. Med mycket tankemöda och med stöd och pepp från mina två fantastiskt kloka och stöttande döttrar sökte jag jobbet.

Jag fick det! Jag fick jobbet! Nu är jag skolläkare inom gymnasiet på friskolekoncernen AcadeMedia. Jag trivs så bra i min roll där jag är en del i elevhälsoteamet på olika skolor runt om i Stockholm (med omnejd). Erfarenheten från min sjuktid är användbar varje dag i arbetet så nu i efterhand kan jag tacka utmattningen för den erfarenheten, men jag skulle inte önska min värsta fiende att hamna i samma situation.

Ett spännande och utmanande arbete
Att vara en del i ett elevhälsoteam är stimulerande. Arbetet består delvis i att jag tillsammans med kurator, skolsköterska, specialpedagog m.fl. diskuterar hur man på den enskilda skolan ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande. I detta arbete fokuserar vi på hur ungdomarna under gymnasietiden kan bibehålla sunda levnadsvanor, hur skolan kan skapa goda lärmiljöer, hur man främjar skolnärvaro och hur eleverna mår fysiskt och psykiskt under sin skoltid. Jag har lärt mig vikten av att tidigt observera eventuella hinder för inlärning och försöka undanröja dessa. Vårt mål är att varje elev ska kunna nå *sitt mål*. Man kan se skolans elevhälsa som elevernas företagshälsovård, om man vill jämföra med arbetslivet. Det är ett spännande och många gånger ett utmanande arbete.

När man slutar att le är det dags för en förändring
Det är många ungdomar som har hög stressnivå idag. Det beror sannolikt på många olika faktorer; höga krav i skolan och hos individen själv, högt tempo i samhället generellt, att de är digitalt aktiva på ett för hjärnan nytt sätt vilket bidrar till försämrad sömn och sämre matvanor, att färre personer är regelbundet fysiskt aktiva och faktiskt har mindre tid för den så viktiga kravlösa leken. Med lek menar jag att vårda sina relationer genom kravlöst umgänge och göra saker man tycker är roligt, vilket ger glädje och lust i livet. För när man slutar skratta och le och bara ser berget framför sig, och inte längre lägger märke till de små ljusglimtarna i vardagen, är det dags att göra en förändring. Jag vill bidra till ökad hälsa hos våra ungdomar genom att i mina möten verkligen möta eleven där den är och stötta personen i att leva ett hälsosamt liv.

Har fått livet tillbaka
Mitt liv förändrades när jag insåg att jag var tvungen att agera på ett nytt sätt om jag ville ha ett annat resultat. Jag tog beslutet att prova arbeta som skolläkare och det beslutet har gett mig livet tillbaka. Så om någon är i samma situation som jag var vill jag säga: Det blir bättre! Din tid kommer, låt det ta sin tid. Tills dess, njut av de små stunderna som är bra och gör mindre av det som inte ger dig något.

Och för den som känner ett intresse av att arbeta med förebyggande insatser för barn och ungdomar och hur inlärning kan optimeras, för den som uppskattar att arbeta i team och göra stor skillnad – ja, för den är arbetet som skolläkare helt perfekt.

Patienterna allt mindre nöjda

Patienterna är allt mer missnöjda med primärvården, visar resultaten från Nationella patientenkäten från hösten 2018, vilka publicerats nyligen, och där svar från patienter i 12 landsting ingår. Allra mest missnöjda är patienterna i Uppsala län, som ligger sämst på nästan alla frågor i enkäten. Uppsalas resultat har också försämrats rejält jämfört med 2015. För tre år sedan skulle 82,6 procent av patienterna i Uppsala rekommendera sin vårdcentral till andra, hösten 2018 har siffran sjunkit till 69,6 procent. Totalt svarade 2015 hela 80,1 procent att de skulle rekommendera sin vårdcentral till andra, hösten 2018 har siffran för alla landsting sjunkit till 76,9 procent.

I tidigare undersökningar har det varit stor överensstämmelse mellan patienternas och läkarnas nöjdhet, vilket gör att man kan anta att även läkarnas nöjdhet sjunkit rejält under de senaste åren.

Alla frågor med resultat kan läsas på *patientenkat.se*.

Annons

Paragraferna att luta sig mot

Många vårdcentraler brottas med dålig arbetsmiljö. Det är viktigt att komma ihåg att det alltid är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön. Men det betyder inte att läkarna är maktlösa.

– Du som är anställd har också ett ansvar att anmäla brister till arbetsgivaren eller till skyddsombudet på din arbetsplats, säger Distriktsläkarföreningens ordförande Marina Tuutma.

Text:
Marina Tuutma
Ordförande i DLF

Aina Bloom
Ordf. i SLSOs Saco-råd

Det finns tydliga regler kring arbetsmiljön och ohälsosam arbetsmiljö i de föreskrifter om Organisatorisk och social arbetsmiljö som Arbetsmiljöverket har utfärdat. Enligt dessa ska arbetsgivaren *”se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning. Det innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet.” (AFS 2015:4, §9)*

”Att minska arbetsmängd, ändra prioriteringsordning, variera arbetsuppgifterna, ge möjligheter till återhämtning, tillämpa andra arbetssätt, öka bemanning eller tillföra kunskaper är exempel på åtgärder för att förebygga ohälsosam arbetsbelastning”, fastslås i föreskriftens allmänna råd.

Samverkansgruppen viktig aktör

Arbetsgivaren har skyldighet inom ramen för sitt arbetsmiljöarbete att undersöka och åtgärda risker kopplade till arbetsbelastning. Det är här arbetsplatsens Samverkansgrupp också kommer in som en viktig aktör.

Läser man sitt samverkansavtal – det brukar man kunna hitta på sitt landstings interna hemsida – framgår det att samverkansgruppen ska hantera bland annat frågor om arbetsmiljö. Arbetsmiljö handlar inte bara om lokala ergonomiska brister, trasiga elsladdar, sladdnystan under skrivbord, takplattor som inte ligger på plats. Det psykosociala klimatet på arbetsplatsen är om möjligt än mer viktigt att ha koll på.

I Arbetsmiljöverkets föreskrift om Organisatorisk och social arbetsmiljö slås fast att alla chefer och arbetsledare måste ha kunskaper om *”hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning” och att ”det ska finnas förutsättningar att omsätta dessa kunskaper i praktiken”*. I de allmänna råden skriver Arbetsmiljöverket att utbildning om ohälsosam arbetsbelastning gärna kan ske gemensamt för chefer, arbetsledare och skyddsombud. *(AFS 2015:4, §6)*

– Det skulle kunna vara så att man i samverkan bestämmer sig för att ta ett gemensamt grepp, precis som det hintas om i föreskriften från Arbetsmiljöverket. Se till att tillsammans hitta förutsättningar för att jobba med den psykosociala arbetsmiljön. Helst *innan* många på arbetsplatsen mår dåligt och inte orkar längre, säger Aina Blom, som är ordförande i SLSOs Saco-råd och har lång erfarenhet som Samverkansrepresentant.

– På den partsgemensamma webbsiten ”Sunt arbetsliv” kan man hitta material som samverkansgruppen kan jobba kring. Kanske lite klämkäckt, men ändå något att utgå ifrån.

https://arbetsmiljoutbildning.suntarbetsliv.se/ Kolla in länken och se om det som finns där kan vara något för din samverkansgrupp att jobba med, tipsar Aina.

Marina Tuutmas guide:

Så här gör du när arbetsmiljön är dålig – steg för steg:

1. Prata med **chefen**. Beskriv vad du upplever som dåligt eller riskfyllt. Får du inget gehör, så vänd dig till ditt …
2. … **skyddsombud**. Skyddsombuden utses av läkarföreningen för att vara läkarnas representanter i arbetsmiljöfrågor. Skyddsombuden har bra koll på olika arbetsmiljöfaktorer och hur brister i arbetsmiljön ska hanteras. Har ni inget skyddsombud, prata ihop er, utse ett och meddela lokal läkarförening.

   Skyddsombud kommer få utbildning samt avsatt tid för att arbeta med arbetsmiljöfrågor på din arbetsplats.
3. Skyddsombudet pratar med din chef. När inte heller skyddsombudet får gehör hos din chef får frågan lyftas vidare.
4. Skyddsombudet pratar med **huvudskyddsombudet** som sitter i Läkarföreningens styrelse och begär åtgärder av arbetsgivaren med stöd av arbetsmiljölagen (en så kallad ”66a-begäran” efter paragrafen i arbetsmiljölagen). Om arbetsgivaren inte gör som skyddsombudet begär eller inte svarar så kan skyddsombudet gå vidare till **Arbetsmiljöverket** med sin begäran.

Läkare måste skriva fler avvikelserapporter om arbetsmiljö

– Vi läkare prioriterar allt för ofta ned våra egna behov till förmån för verksamheten. Men det gynnar ingen i längden. Att se till att själv må bra, att ta hjälp och stöd, är viktigt. Anmäl arbetsmiljöproblem till ert lokala skyddsombud, så att situationen kan åtgärdas och också dokumenteras hos arbetsgivaren. Det gör att skyddsombud och förtroendevalda kan agera mera kraftfullt. Det kan känns tufft att efter ett uttömmande arbetspass också skriva en avvikelserapport, men utan dokumentation har vi ofta svårt att agera, skriver Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren på Facebook.

Arbetsmiljöverket prioriterar granskning av vårdcentraler

Arbetsmiljöverket kommer i år att genomföra inspektioner av bl.a. vårdcentraler. Inriktningen för inspektionerna är hot och våld, ohälsosam arbetstid och arbetsbelastning, samt kränkande särbehandling.

– Vi genomför omkring 2 000 inspektioner för att se till att arbetsgivarna tar sitt ansvar och systematiskt förebygger skador och ohälsa orsakade av brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, säger Peter Burman, regionchef på Arbetsmiljöverket och ansvarig för inspektionsinsatserna i ett pressmeddelande.

Skåne lockar sjukhusspecialister till primärvården

Genom att erbjuda sjukhusspecialister en kompletterande specialistutbildning i allmänmedicin med full betalning ska bemanningen i primärvården säkras. Projektet syftar också till att skapa en bättre samverkan mellan sjukhus och primärvård, skriver Läkartidningen. Distriktsläkarföreningens ordförande Marina Tuutma ger tummen upp. Hon skriver på Twitter ”Att erbjuda sjukhusspecialister att få gå en kompletterande specialistutbildning i allmänmedicin med full betalning är en av de övergångslösningar som DLF har föreslagit. Än så länge bara Region Skåne som arbetar systematiskt för att få till det.”

Aktivt arbete med sjukskrivningar förbättrade läkarnas arbetsmiljö

Sjukskrivning upplevdes som ett stort arbetsmiljöproblem för läkarna på Cederkliniken i Piteå. Ett förbättringsarbete startades, där man inte bara lyckades förbättra arbetsmiljön utan också mer än halverade antalet sjukfall. Hemligheten: väl förberedda patienter och samspelta medarbetare där alla inblandade vet vad som gäller.

Text:
Ylva Sandström
Redaktör

Cederkliniken i Piteå hade våren 2016 problem med en ansträngd arbetsmiljö där problem med sjukskrivningar bland patienter stod för en stor del av den upplevda stressen för många yrkeskategorier på vårdcentralen. Det var inte ovanligt att patienter med psykisk ohälsa dök upp på akuta tider och blev sjukskrivna långa perioder av olika läkare. Förlängningarna av intygen blev ofta också en akut angelägenhet eftersom patienterna inte beställde återbesökstider eller hörde av sig förrän intyget redan gått ut.

– Situationen på sjukskrivningsfronten var tuff. Vi hade många oväntade förlängningar och många kompletteringar till Försäkringskassan. Det var dessutom svårt att hitta tider för återbesök och svårt att få korrekt information från patienterna. Vi kände att vi måste ta tag i det här på riktigt och bli bättre, säger Petter Tuorda, distriktsläkare och verksamhetschef på Cederkliniken.

Samtidigt erbjöds vårdcentralen delta i en kurs i teambaserat förbättringsarbete. Man fick lära sig hur man lokalt kan arbeta med att förbättra verksamheten. Att välja sjukskrivningsprocessen som första projekt kändes naturligt.

– Allt förbättringsarbete inleds med att man gör en kartläggning av problemet man försöker lösa. Vi tyckte att sjukintygen behövde bli bättre, patienterna komma planerat och förberedda. De behövde få större förståelse för vad sjukskrivning innebär och ta större ansvar både för sjukskrivningen och sin egen rehabilitering. Läkarna på vårdcentralen behövde också bli mer samspelta så att bedömningarna kunde bli mer lika.

Autoanamnes första åtgärd

Arbetet utmynnade i några konkreta åtgärder. Det första man gjorde var att ta fram en autoanamnes, dvs. att patienterna innan besöket fick fylla i ett frågeformulär kring sin sjukdom och de problem denna orsakade på arbetet, så detaljerat som möjligt.

– Syftet med autoanamnesen var i första hand att det skulle bli enklare att skriva intygen. Försäkringskassan tittar i första hand på just funktionsnedsättningen och därför är det extra viktigt att denna är detaljerad och korrekt. Om patienterna inte kan förklara för oss läkare varför de inte kan arbeta, kan ju inte vi förklara det för Försäkringskassan, och då kommer kraven på kompletteringar, menar Petter Tuorda.

Redan när patienterna bokar tid frågar sköterskan i telefonen om sjukskrivning är aktuellt. Om patienterna säger ja, får de antingen komma något tidigare för att hinna fylla i autoanamnesen på plats, eller ladda ner den från vårdcentralens hemsida. Patienter som på en akut tid eller i slutet av en konsultation oväntat nämner att de behöver sjukintyg får nobben.

– De skickas ut att fylla i autoanamnesen och antingen får man boka en ny tid eller så får läkaren ringa upp patienten efteråt, när man hunnit titta på underlaget, berättar Petter Tuorda.

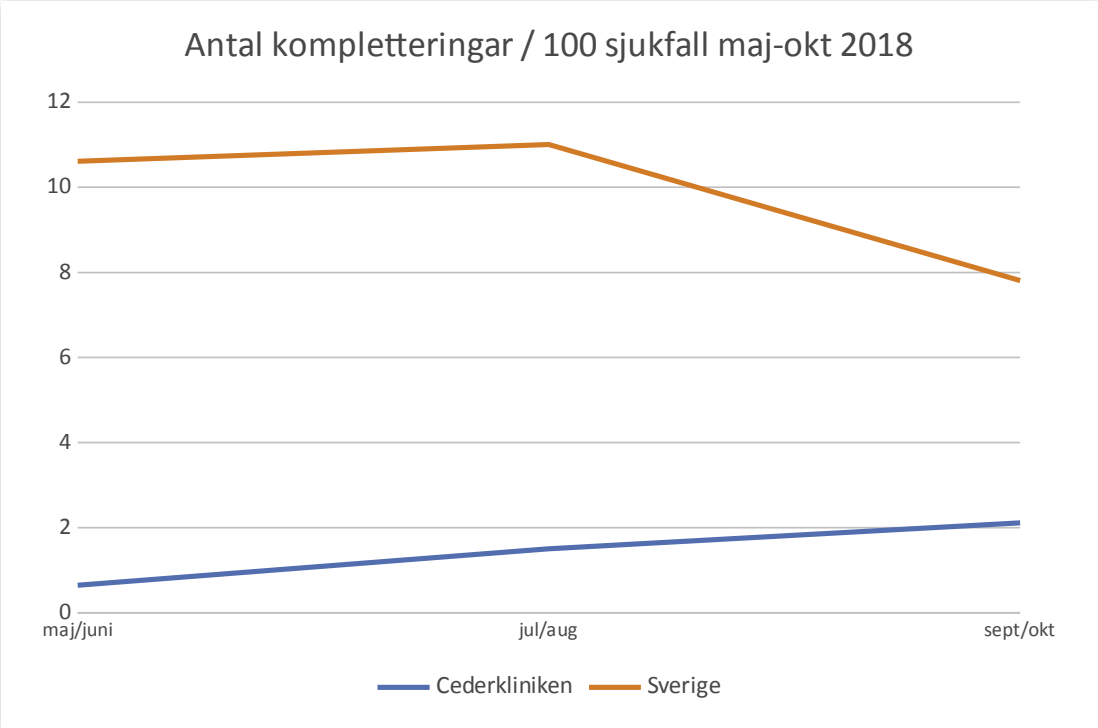
– Personligen brukar jag tjyvglutta på autoanamnesen direkt när patienten kommer in. Utifrån hur noga patienten svarat på frågorna får jag en känsla för om patienten är engagerad och har förstått sin roll, alltså att patienten behöver hjälpa mig att förstå varför vederbörande inte kan arbeta.

Genom autoanamnesen blir besöket mer effektivt och patienten blir dessutom mer delaktig i sjukskrivningsprocessen. Man har också tagit fram ett informationsblad om regler kring sjukskrivning och patientens ansvar.

– Patienten gör mycket av jobbet och det är inga problem att hinna med under ett vanligt besök, förklarar Petter Tuorda. Gäller besöket psykisk ohälsa har patienten dessutom först träffat

> **Om patienterna inte kan förklara för oss läkare varför de inte kan arbeta, kan ju inte vi förklara det för Försäkringskassan, och då kommer kraven på kompletteringar.**

Petter Tuorda, distriktsläkare och verksamhetschef på Cederkliniken. ***Foto:*** *Praktikertjänst*



en terapeut, och mycket av anamnesen är klar. Patienter med värk bokas alltid först till sjukgymnast för en bedömning. Så doktorn behöver oftast bara ta ställning till själva arbetsförmågan.

Viktigt att patienterna tar ansvar

För att komma åt problemet med patienter som kommer för förlängning när intyget redan gått ut, eller utan att ha gjort de saker man varit överens om vid sjukskrivningen, har man inrättat en s.k. sjukskrivningssamordnare. Denna person ringer de patienter som läkarna uppfattat som ”riskpatienter” och följer upp att man t.ex. gått till sjukgymnast som överenskommet.

– Det är viktigt att patienterna tar eget ansvar. Sjukskrivning finns till för att du ska rehabilitera dig. Om patienterna inte medverkar för att bli bättre, kan vi inte fortsätta att sjukskriva.

Någon vecka innan intyget går ut kontaktar sjukskrivningssamordnaren patienten igen för att höra hur det går, och om förlängning kan vara aktuellt. Sjukskrivningssamordnaren – som är sjukgymnast i botten – tar alltså hand om de mindre komplexa fallen och bokar tider och har löpande dialog med patienterna. Det finns också en rehabkoordinator, men denna arbetar med de svårare fallen, exempelvis de med kroniska smärtor och massiv samsjuklighet och där det kan behövas kontakter med arbetsgivaren.

Försäkringskassan har varit på mottagningen och utbildat hela personalgruppen i sjukskrivningskunskap. Men det är den vardagliga dialogen bland medarbetare som är den viktigaste pusselbiten. AT-läkare får aldrig sjukskriva mer än fyra veckor utan att diskutera med en kollega.

– I vissa fall kan man ju vara tveksam till om patienten ska vara sjukskriven eller inte. Då måste man få bolla med en kollega och tala om det för patienten. ”Jag är osäker på om du kan vara sjukskriven, jag får ringa dig i eftermiddag”. Det är ju sällan akut med ett intyg.

– Läkarens roll är inte att vara patientens advokat. Vår roll är att bedöma arbetsförmågan. Det är ett stort ansvar, tar stora resurser från samhället och är potentiellt en farlig behandling.

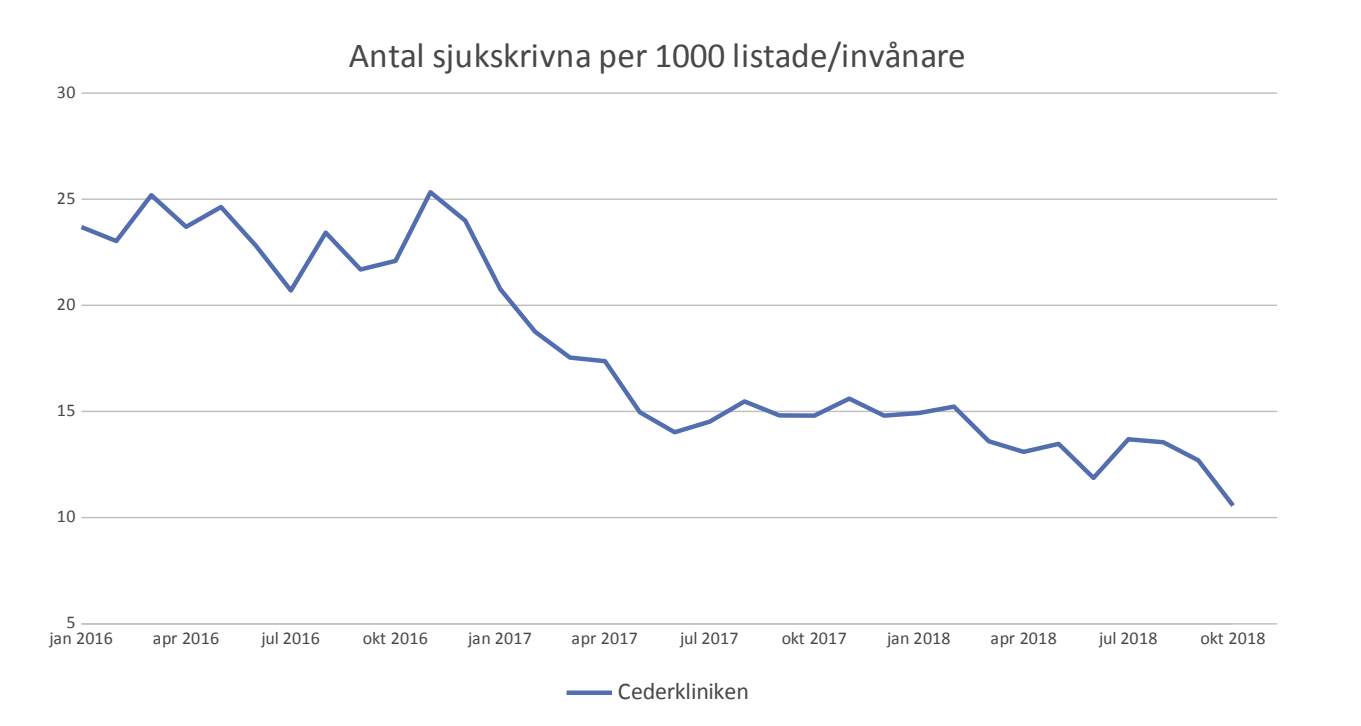
Avsevärt färre kompletteringar

Arbetet med sjukskrivningarna startade under 2016 och under processens gång hoppade mottagningen också på Sveriges kommuner och landstings, SKL, projekt Stöd för rätt sjukskrivning, SRS. SRS erbjuder ett digitalt stöd för att identifiera patienter med hög risk för långtidssjukskrivning utifrån diagnos och ett antal andra parametrar, som fylls i med hjälp av ett elektroniskt beslutsstöd.

– När SKL införde SRS hade vi redan ganska bra koll på situationen och SRS gav inte just oss särskilt mycket ny kunskap. Våra sjuktal hade redan sjunkit så vi såg ingen direkt effekt. Kanske hade vi redan arbetat bort onödiga sjukskrivningar, frågar Petter Tuorda retoriskt.

Arbetet med sjukskrivningar har bidragit till att Cederkliniken lyckats minska punktprevalensen av pågående sjukfall från 25 till 10 per tusen listade personer.

> I vissa fall kan man ju vara tveksam till om patienten ska vara sjukskriven eller inte. Då måste man få bolla med en kollega och tala om det för patienten. ”Jag är osäker på om du kan vara sjukskriven, jag får ringa dig i eftermiddag”.



– Vi har också ett mycket lågt antal begäran om komplettering från Försäkringskassan, ungefär tio gånger färre än snittet för Sverige i övrigt, vilket vi tolkar som att våra intyg håller en hög kvalitet, säger Petter Tuorda.

– Vi har hela tiden utgått från att jämföra oss med sjuktalen i riket och vår egen utveckling. Från att ha haft ungefär samma sjuktal som riket i övrigt ligger vi nu på ungefär en tredjedel jämfört med riket. Det är ett fantastiskt resultat men projektet började egentligen inte där, säger Petter Tuorda och avslutar:

– Projektet började eftersom vi upplevde sjukskrivningsprocessen hos oss som ett arbetsmiljöproblem. Att vi kraftigt lyckades att sänka sjukskrivningarna blev en oväntad men viktig bieffekt av vårt arbetsmiljöarbete. Nu blev resultatet bättre för alla, på alla fronter.

Finns då inga problem?

– Det kan vara besvärligt om patienten exempelvis har gått hos sjukgymnast som inte jobbar på vårdcentralen, och denna rekommenderat sjukskrivning. Våra egna sjukgymnaster är ju med på ”tänket” kring sjukskrivning på ett annat sätt än utomstående. Då vill vi att de kommer till våra sjukgymnaster för en bedömning först, innan vi sjukskriver.

Någon enstaka patient har valt att byta vårdcentral, men Petter Tuorda upplever inte att det nya arbetssättet varit svårt för patienterna att acceptera. Någon patientflykt har man inte noterat.

Cederkliniken har 40 medarbetare och 12 200 listade patienter.

Petter Tuordas tips för en bättre sjukskrivningsprocess:

Inför sjukskrivning - AUTOANAMNES

ALLMÄNNA FRÅGOR

© Cederkliniken i Piteå, en del av Praxisverkstaden AB.

- Autoanamnesen. Ett centralt verktyg för att involvera patienten i sjukintyget och ger bättre beskrivning av aktivitetsbegränsningen.
- Tydliggör patientens roll, sjukvårdens roll och Försäkringskassans roll. Viktigt både för patienten och för läkarna. Man kan inte lägga sig på soffan i sex veckor och hoppas att ryggskottet går över.
- Hög servicenivå när det gäller bokningar för eventuell förlängning av sjukskrivning. Man måste hela tiden ligga steget före patienten och vara proaktiv. Kontinuiteten är viktig – boka återbesök till samma läkare.
- Arbeta strukturerat med förändringsarbete – det viktigaste är att alla medarbetare är delaktiga. Utvärdera kontinuerligt vad som fungerar och vad som inte fungerar och justera vid behov.

Annons

Läkare förfinar sin teknik för att få igenom sjukintyg hos Försäkringskassan

Försäkringskassans skärpta granskning av sjukintyg har förändrat hur läkare skriver dem. Men förändringen motsvarade sannolikt inte vad Försäkringskassan hade hoppats på. Istället för anpassning till reglerna, förvandlas till exempel patientens uppgifter till ”objektiva fynd”.

Text:
Mani Shutzberg
Läkare & doktorand i den Praktiska kunskapens teori på Södertörns högskola

I en kvalitativ intervjustudie som har publicerats i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* utforskar jag de informella och osanktionerade ”tekniker” allmänläkare använder sig av när de skriver sjukintyg. Även om läkaren är övertygad om att patienten bör vara sjukskriven, kan det ibland vara svårt att få igenom sjukintyg. En majoritet av de intervjuade läkarna använde sig av informella knep, i syfte att öka sannolikheten för ett godkänt sjukintyg. Totalt identifierades åtta tekniker: *överdrift; kvasi-kvantifiering; utelämnande av information; depersonalisering av patientens uppgifter; justering av prognosen; bruk av nyckel- och modeord; inofficiell kommunikation med handläggare;* samt *framställning av överflödig somatisk data*.

Den gemensamma nämnaren för teknikerna är att de på ett eller annat sätt löser de svårigheter som uppstår när Försäkringskassan frågar efter objektiva mått. Läkarna upplevde exempelvis stora svårigheter att hitta tillfredsställande ”objektiva fynd” på ”organnivå” hos psykiatriska patienter. Svårigheten kan då lösas genom att patientens uppgifter depersonaliseras: frasen ”patienten uppger att” faller bort i intyget, och uppgifter kan då presenteras som om läkaren gjort upptäckterna i undersökningsrummet. I vissa fall kan anamnestiska uppgifter förvandlas till rent kliniska fynd: patientens uppgifter om att hen inte klarar av sin vardag förvandlas till ”utslätad ansiktsmimik”.

”Förstärka totalintrycket”

De intervjuade läkarna betonade att bruket av teknikerna inte var samma sak som att fara med osanning. De uppfattade det snarare som att de tvingats fram av Försäkringskassans högre krav på så kallade ”objektiva fynd”, och att sjukintygets utformning inte tillåter en redogörelse för det enskilda patientfallets komplexitet. I frånvaro av möjligheten att nyansera bilden valde läkarna därför att ”förstärka totalintrycket”, som en av läkarna formulerade det.

Försäkringskassans ansatser att på byråkratisk väg förändra läkares sjukskrivningsbeteende framstår mot bakgrund av denna studie som kontraproduktiv: ju fler kontroller, desto mer förfinar läkarna de informella färdigheter och tekniker som krävs för att kringgå dem.

> Frasen ”patienten uppger att” faller bort i intyget, och uppgifter kan då presenteras som om läkaren gjort upptäckterna i undersökningsrummet.

Referens:
Mani Shutzberg (2019) Unsanctioned techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners, Scandinavian Journal of Primary Health Care, DOI: 10.1080/02813432.2019.1569426

Back to basics för en sjukförsäkring som gått vilse

Text:
Andreas Thörneby
Allmänläkare, Kinna

Det är något visst med sjukskrivningsfrågan. Alltså, om man med ”något visst” syftar på likheten med glasull i underkläderna: irriterande och frustrerande svår att bli av med. Vad är det som gör att just sjukskrivning, av sjukvårdens alla tidsödande och oglamorösa arbetsuppgifter, skapar sådan motvilja och trötthet i stora delar av läkarkåren? Jag tror att det beror på att själva arbetet med sjukförsäkringen kommit att förlora sin legitimitet. Med det menar jag att den ökande tid och energi vi tvingas lägga på processen inte motsvaras av vare sig ökad patient- eller samhällsnytta och därför upplevs som meningslös på ett djupare plan.

Grundidén med sjukskrivning var en gång att människor i arbetsför ålder som drabbades av sjukdom inte skulle behöva bli vräkta eller svälta ihjäl under läkningstiden. Läkarintyg krävdes för att avskräcka hågade simulanter. Modellsjukdomar för sjukskrivning var hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott, tillstånd som kännetecknas av tydliga statusfynd, övertydlig DFA-kedja och små individuella variationer. Den som har 40 graders feber jobbar oftast inte och den som brutit benet klättrar inte på stegar.

I stor kontrast till dessa tillstånd står vår tids största hälsoproblem: depressions- och ångesttillstånd, långvarig smärta, utmattning och andra trötthetstillstånd. De är förknippade med betydande samlat lidande och i många fall en klar förlust av arbetskapacitet. De kännetecknas också av närmast total frånvaro av det som sjukförsäkringen juridiskt förutsätter: reproducerbar diagnostik med objektiva statusfynd, hållbar beviskedja för och mätbarhet avseende nedsatt arbetsförmåga, och förutsägbar och enhetlig prognos.

Bedömning av dessa tillstånd baseras ju nästan uteslutande på berättelsen; alltså patientens beskrivning av sina symtom, sin förmåga och oförmåga. Diagnoserna får sin tyngd och trovärdighet när de ställs i en tillitsfull relation där alla inblandade vågar spela med öppna kort. Detsamma gäller bedömning av funktion och aktivitetsförmåga. Det läkaren egentligen gör vid sjukskrivning är ju oftast en ”rimlighetsprövning av patientens självvärdering” av vad hon klarar och inte klarar, mot bakgrund av medicinska diagnoser och hennes berättelse om sig själv och sin tillvaro. För att sedan i efterhand rationalisera bedömningen med lämpligt tjänstemannaspråk i avsedda fält.

De ansatser som gjorts för att öka kvaliteten i sjukskrivningsprocessen – diagnosbaserade sjukskrivningsrekommendationer och förbättrade (läs: mer detaljerade) intyg – har goda poänger, men avslöjar en djup inneboende oförståelse för diagnostikens villkor och för vad som avgör mänsklig förmåga och oförmåga. Trovärdigheten i en berättelse lär undandra sig juridiskt hållbar bekräftelse oavsett vilka mätinstrument man använder eller vilket språk och hur många tecken man använder för att beskriva mätresultaten. Och: som alla vet avgörs en individs arbetsförmåga i de flesta fall – hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott undantaget – i mycket liten grad av hennes ICD-10-kodsuppsättning.

Vissa saker, t.ex. sjukintyg, kan göras hur avancerade som helst utan att det egentligen ökar kvaliteten eller rättssäkerheten särskilt mycket. Om ”mer” inte innebär ”bättre” skulle jag föreslås en satsning på ”mindre”. Men det kanske bara är jag?

Foto: Adobe Stock

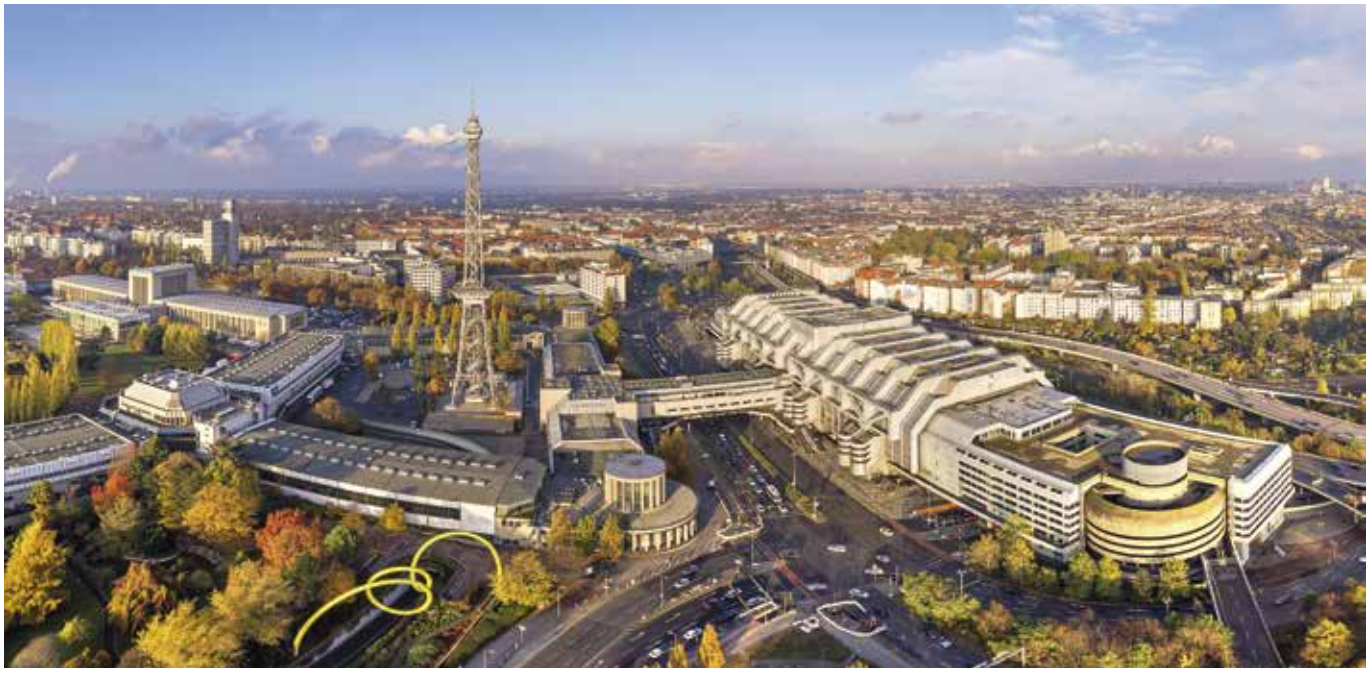
> ... som alla vet avgörs en individs arbetsförmåga i de flesta fall – hjärtinfarkt, lunginflammation och benbrott undantaget – i mycket liten grad av hennes ICD-10-kodsuppsättning.

Fadderlista 2019

Kontaktperson	Lokalavdelning
Marina Tuutma *(marina.tuutma@slf.se)*	Värmland Dalarna Blekinge
Caroline Asplund *(caroline.asplund@slf.se)*	Stockholm Gotland Kronoberg
Staffan Ahlkvist *(staffan.ahlkvist@slf.se)*	Södermanland NordvästraSkåne Sydvästra Skåne
Heiko Botman *(heiko.botman@slf.se)*	Örebro Mellersta Skåne Östra Skåne

Kontaktperson	Lokalavdelning
Anders Larsson *(anders.larsson@slf.se)*	Västerbotten Västernorrland Norrbotten
Camilla Sandin Bergh *(camilla.sandin-bergh@slf.se)*	Halland Västra Götaland Jämtland
Johnny Sternesjö *(johnny.sternesjo@slf.se)*	Gävleborg Uppsala Västmanland
Ulrika Taléus *(ulrika.taleus@slf.se)*	Östergötland Jönköping Kalmar

Annons



Messe Berlin, ett enormt mässområde i stadsdelen Westend i forna Västberlin. På mässområdet återfinns Funkturm, det gamla radiotornet som har samma konstruktion som Eiffeltornet. Härifrån sändes världens första reguljära TV-sänding 1935. ***Foto:*** *Adobe Stock*

Nu gör de nya diabetes-läkemedlen intåg på riktigt

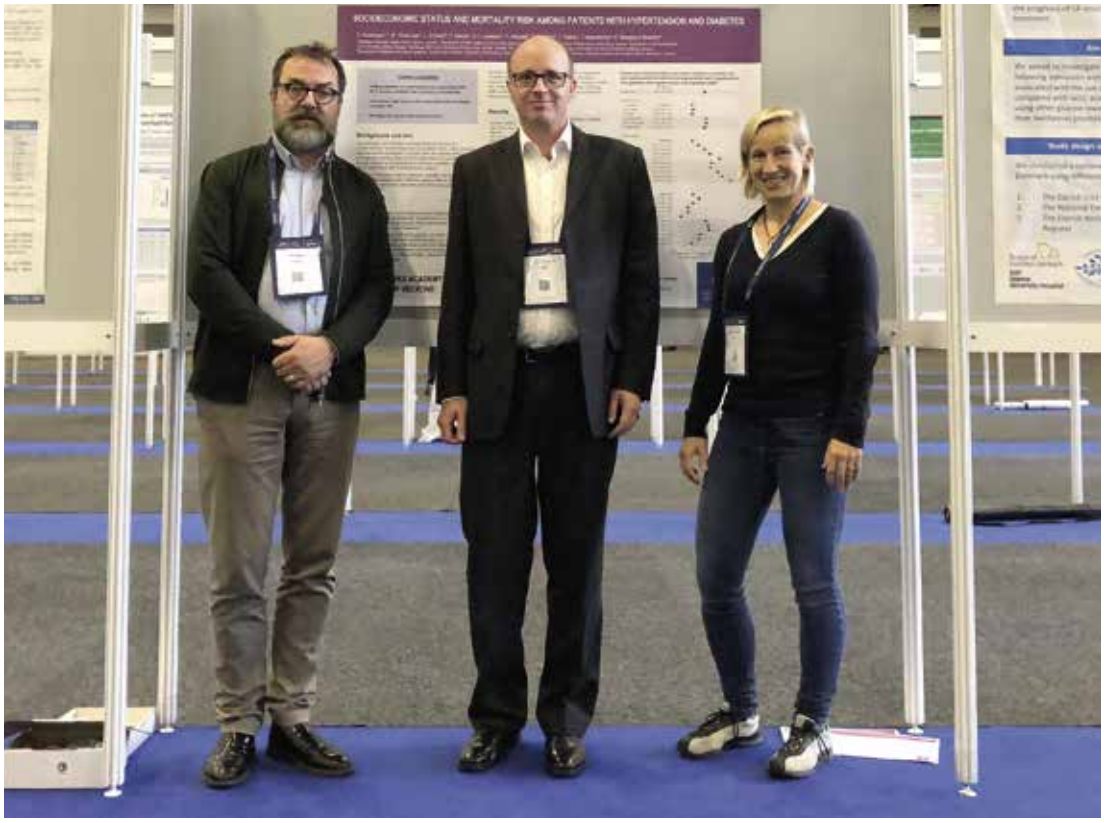
Insulin och SU får en allt mindre roll i diabetesvården. Istället är det de nyare preparaten, framförallt SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger som på bred front tar över i diabetesbehandlingen av typ 2-diabetes. Distriktsläkaren Miriam Pikkemaat åkte till Berlin och fick ta del av de senaste forskningsrönen.

Text:
Ylva Sandström
Redaktör

När den europeiska vetenskapliga diabetesföreningen EASD (European Association for the Study of Diabetes) håller sitt årliga möte är den med sina 20 000 deltagare en av de största diabeteskongresserna i världen. Genom bland annat bidrag från Samfonden, Distriktsläkarföreningens fond som årligen delar ut medel för att bland annat främja medlemmarnas professionella utveckling, kunde Miriam Pikkemaat delta i 2018 års möte, vilket hölls i Berlin. Miriam åkte tillsammans med sin distriktsläkarkollega och forskarkollega Tobias Andersson från Skövde. Som många andra på mötet, presenterade de sin forskning.

Tobias presenterade en poster om deras gemensamma arbete om överdödlighet hos patienter med diabetes och hypertoni, jämfört med patienter med bara hypertoni. Miriam och Tobias har i sin forskning kunnat visa att förekomst av hypertoni och diabetes är associerat med 56 procent överdödlighet jämfört med förekomst av bara hypertoni. Överdödligheten var i studien mer uttalad hos patienter som hade lägre inkomst och varierade även med födelseland [1].

Per Hjerpe (distriktsläkare, chef FoU-centrum Skaraborg), Tobias Andersson (distriktsläkare Norrmalms Vårdcentral Skövde, doktorand Göteborgs universitet) och Miriam Pikkemaat framför postern.



SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger på frammarsch

Men att resa till en stor kongress innebär förstås också att man får ta del av andra forskares resultat och många intressanta föredrag. Mycket av årets kongress handlade om ny forskning om SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger, som är på frammarsch inte minst för patienter med hjärtkärlsjukdom eller risk för njursvikt. Flera studier presenterades som alla påvisade nyttan av SGLT-2-hämmarbehandling vid typ 2-diabetes vad gäller progression av diabetesnefropati, SGLT-2-hämmare verkar ha en njurskyddande effekt och minskar albuminurin.

– Gällande GLP-1-analoger som idag bara används som injektionsbehandling presenterades en utvärdering av substansen semaglutid i tablettform som den första perorala läkemedelskandidaten för klassen GLP-1-analoger. Denna visade en klinisk betydelsefull sänkning av HbA1c, dock inte lika kraftig som motsvarande i injektionsform, berättar Miriam.

– Utöver detta presenterades en fas 2-studie från Lilly med en ny läkemedelskandidat i form av en GIP/GLP-1-analog som visade en kraftig HbA1c sänkning och viktreduktion, mer effektivt än den etablerade glukossänkaren och GLP-1-analogen dulaglutid. Det händer således fortsatt spännande saker i läkemedelsforskningen vid diabetes och man kan förvänta sig fler nyheter framöver, konstaterar Miriam.

Insulin inte längre förstahandsval som tilläggsbehandling

Hur ska vi då behandla diabetikerna framöver? Blir det några ändringar? Det presenterades en behandlingskonsensus från American diabetes association (ADA) och European Association for the Study of Diabetes (EASD). Den senaste var från 2015.

– Man trycker fortsatt på att behandling med metformin skall sättas in tidigt för att undvika glukosminne, att behandlingen ska vara individualiserad, ha patienten i centrum och omprövas regelbundet var 3:e till 6:e månad. Förändring av levnadsvanor och insättning av metformin direkt från debut står kvar som förstaval, berättar Miriam.

Men när det gäller tilläggsbehandling, gör de nya läkemedlen intåg på riktigt. Insulinet är inte längre förstahandsalternativ när metformin inte längre räcker, men behövs förstås fortfarande om HbA1c ligger mycket högt eller patienten har insulinbrist. SU intar en allt mer undanskymd position – den finns med högre upp i hierarkin enbart i situationer där kostnad har en mycket stor betydelse.

Co-morbiditet avgör val av läkemedel

Beroende på om patienten har övervikt, hjärtsvikt eller annan hjärt- eller njursjukdom, får man välja behandlingsstrategi.

– Vid övervikt rekommenderas som första till-

Det blir spännande att se om det blir någon ändring i de svenska riktlinjerna framöver.

Mässhallarna i Messe Berlin består av 26 hallar.

läggsbehandling efter metformin GLP-1-receptoranaloger, eller SGLT2-hämmare. Vid normalvikt kan man välja mellan DPP-4-hämmare, GLP-1-analog eller SGLT2-hämmare. Vid hjärtsvikt eller njursvikt ska man välja SGLT2-hämmare först. Vid etablerad kardiovaskulär sjukdom skall behandlingen ske med GLP-1-analoger och SGLT2-hämmare, de läkemedel som påvisat skyddande effekter. Det blir spännande att se om det blir någon ytterligare ändring i de svenska riktlinjerna framöver, säger Miriam, som är nöjd med sin resa och känner sig inspirerad och motiverad för fortsatt forskning.

Långt intresse för diabetes

Lite imponerad blev Miriam också när en gammal kändis i diabetesvärlden intog scenen.

– En verklig höjdpunkt var att få lyssna på Rury R Holman, en av forskarna som presenterade den stora välkända UKPDS-studien på EASD kongressen i Barcelona för 20 år sedan. Det var då de bland annat kunde visa de banbrytande resultaten att metformin minskar mortaliteten. En behandling som fortfarande står kvar som förstahandsbehandling även 20 år senare.

Miriam Pikkemaat har länge varit intresserad av diabetes och diabeteskomplikationer. Intresset för forskning började redan under ST-tiden som hon gjorde på en vårdcentral i Skaraborg.

– Även efter min flytt till Skåne har jag ett fortsatt samarbete med forskargruppen på FoU centrum i Skövde, bland annat i ett gemensamt projekt baserat på forskningsprojektet SPCCD, Swedish Primary Care Cardiovascular Database som innehåller primärvårdsdata från Skaraborg och sydvästra Stockholm.

Under våren 2018 försvarade hon sin avhandling om typ 2-diabetes och komplikationer där hon följde en kohort av nydiagnostiserade diabetiker från Skaraborgs diabetesregister samt intervjuade diabetespatienter på vårdcentralen om deras reaktioner till diagnosen, förväntningar och farhågor [2].

Miriam Pikkemaat

Specialist i allmänmedicin, Vårdcentral Husensjö, Helsingborg, forskar vid Centrum för primärvårdsforskning, Lunds universitet. Disputerade våren 2018 om typ 2-diabetes.

Hon erhöll hösten 2018 resestipendium via Samfonden.

Referenser

1. Andersson T et al., Socioeconomic status and mortality risk among patients with hypertension and diabetes: a cohort study from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD). Abstract at EASD 2018. https://www.easd.org/virtualmeeting/home.html#!resources/socioeconomic-status-and-mortality-risk-among-patients-with-hypertension-and-diabetes-a-cohort-study-from-the-swedish-primary-care-cardiovascular-database-spccd
2. Pikkemaat M, Komplikationer vid typ 2 diabetes - biomarkörer mot patienternas tankar , avhandling, Lunds universitet, april 2018. http://portal.research.lu.se/portal/files/39564927/Thesis_Miriam_Pikkemaat.pdf

Annons

Annons

SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger fortsätter segertågen

Njurskydd och skydd vid manifest hjärt- och kärlsjukdom gör SGLT-2 hämmare och GLP-1 analoger superintressanta. Hans-Erik Johansson rapporterar från Berlin.

Text:
Hans-Erik Johansson
Distriktsläkare i Östervåla, och processledare diabetes Nära, Vård och Hälsa i Region Uppsala. Tack vare stipendium från Samfonden kunde han vara med på EASD i Berlin.

Boehringer-Ingelheim har fått goda resultat med sitt empagliflozin. Tidigare har man presenterat EMPA-REG-studien som visade på 38 procent minskad kardiovaskulär död i behandlingsgruppen med empagliflozin vid diabetes typ 2 och tidigare kardiovaskulär händelse [1]. Socialstyrelsen har givet preparatet mycket hög prioritet (nivå 3) vid sekundärprevention och typ 2-diabetes. Subanalyser visar på njurprotektion och nytta vid mikro/makroalbuminuri och nedsatt njurfunktion.

Tidigare har vi lärt oss multifaktoriell intervention när det gäller njurprotektion och behandling av proteinuri och sjunkande eGFR. Vi fokuserar på blodsocker, blodtryck, RAAS-blockad, kost och livsstilsåtgärder inkluderat rökstopp. Störst betydelse verkar reglering av blodtryck och livsstilåtgärder ha. Den klassiska danska STENO-2 studien visade att man med tuff multifaktoriell intervention vid diabetes typ 2 kraftigt kunde minska mortalitet (NNT 5) och samtidigt minska försämring av njurfunktion i form av sjunkande eGFR [2].

Empagliflozin minskar signifikant sänkningen av eGFR och så väl mikro- som makroalbuminuri. SGLT2-hämmarbehandling kan sålunda tillföra ytterligare njurskydd! Vad kan mekanismen bakom detta vara? Knappast socker- eller blodtrycks-sänkningen i sig. Svaret vet man inte än men man funderar mycket kring att SGLT2-hämning ger glukosuri, natriuri och konstriktion av afferenta glomeruluskärl och med följden minskat tryck i glomerulus och därmed en möjlig positiv effekt. Andra förklaringar finns också. Vi kommer säkerligen höra mer om detta. Boehringer-Ingelheim har ännu inte börjat marknadsföra detta och om någon undrar över att köpa aktier där, så går inte det eftersom företaget är familjeägt.

Hans-Erik Johansson utanför Messe Berlin.

Socialstyrelsen ger empagliflozin och liraglutid hög prioritet

Nu finns studier i form av EMPA-REG (empagliflozin), LEADER (liraglutid), SUSTAIN 6 (Semaglutid) och CANVAS (kanagliflozin) som visar på hjärtkärl- och njurnytta [1,3-5]. Socialstyrelsen har givit empagliflozin och liraglutide en särställning då man givit dem prioritet tre vid diabetes typ 2 och manifest hjärtkärlsjukdom. Vid behandling av endast typ 2-diabetes har de prioritet fem. Man skall beakta att tidigare hade empagliflozin prioritet 10. Vilken resa! Lilly kommer att presentera sin säkerhetsstudie REWIND på American Diabetes Association (ADA) sommaren 2019 och har ambitioner att ansluta sig till gruppen ovan. Vi får se.

Semaglutide har nyligen introducerats på svenska marknaden och jag själv har ännu bara tre patienter under behandling varför egen erfarenhet saknas. Detta är en GLP-1-analog som ges veckovis. På EASD redovisades SUSTAIN-data som visar på kraftigare viktnedgång och HbA1c sänkning än konkurrenten med sucstansen dulaglutid samt på kardiovaskulär nytta [4,6]. Novo Nordisk har också en tablettberedning av semaglutide under utveckling, fas 2 studier redovisades, som kan bli den första perorala GLP-analogen på marknaden.

Referenslistan hittar du på sidan 57

Jävsdeklaration:
Har inte de senaste fem åren haft, någon fastare anknytning till något företag eller intressent. Såsom styrelseuppdrag i ett företag, konsult åt ett företag, anställd (hel- eller deltid) i ett företag. Vidare deltagande i branschorganisation, medverkan i innovativt företag, eget företag, innehav av patent eller annan fastare anknytning. Inget aktieinnehav.

SGLT-2-hämmare ökar risk för ketoacidos

På Dagens Medicins Post-konferens om EASD diskuterades SGLT-2-hämmarna och riskerna med dessa. Denna konferens riktade sig till läkare som inte kunnat åka till Berlin, men ville höra de största nyheterna. Docent Stig Attwall från Sahlgrenska fick svara på frågor om njurfunktionen, bland annat.

– I FASS står att SGLT-2 hämmare inte ska sättas in på patienter med GFR under 60, men det beror inte på att det är farligt eller osäkert. Däremot avtar effekten på HbA1c när njurfunktionen sjunker. Den kardioprotektiva och njurskyddande effekten kvarstår dock. Risken för normoglykem ketoacidos finns med SLGT-2-hämmare, varför man i studier låtit patienterna mäta ketoner dagligen initialt, och senare en gång per vecka, sa Stig Attwall.

Värt att notera är att LCHF är kontraindicerat vid SGLT-2-hämmare, liksom alkohol och ätstörningar.

Dags att ta pre-diabetes på allvar

Patienter med nedsatt glukostolerans kan minska sin risk att insjukna i diabetes med 50 procent genom motion 30 minuter per dag samt kostråd. Dock behöver en livsstilsintervention pågå i minst tre år för att effekten ska bli bestående. Prevalensen hjärt- och kärlsjukdom och njursjukdom är lika hög i denna grupp som hos dem som utvecklat diabetes.

Text:
Hans-Erik Johansson
Distriktsläkare
Östervåla

Någon som tagit pre-diabetes på allvar är finländaren Jaakko Tuomilehto som ägnat sitt liv åt epidemiologi, etiologi och prevention av typ 2-diabetes. Jaakko är pappa till FINDRISC (FINnish Diabetes Risk Score) och klassiska finska Diabetes Prevention Study (DPS) som över tre år visade ett 58 procent minskat insjuknande i typ 2-diabetes i en högriskgrupp med pre-diabetes, utan piller men med hjälp av förbättrad kost och motion, 5x30 minuter i veckan [7]. Detta verkar vara lösningen men ofta svårt att genomföra. Om inget görs insjuknar 50 procent i diabetes, konverteringsgraden är 5–10% per år, 25% fortsätter att vara pre-diabetiker och 25% normaliserar sina sockervärden. På tio år har sålunda hälften fått typ 2-diabetes.

I anslutning till öppningsceremonin på EASD fick en mycket rörd dr. Jaakko Tuomilehto ta emot kanske det finaste pris en diabetesforskare kan få, Claude Bernard-priset och hålla jubileumsföreläsningen Prevention of type-2 diabetes; A dream that came true. Han verkade mycket överraskad, rörd och glad över att hans konservativa arbete som inte på något sätt är hightech skulle uppmärksammas på detta sätt.

Kost och motion i första hand vid pre-diabetes

Pre-diabetes kan definieras som f-glukos 6.1–6.9 mmol/l eller HbA1c 42–47 mmol/mol. Utöver finska DPS-studien har amerikanska Diabetes Prevention Program, svenska Malmö-studien och kinesiska Da Qing IGT and Diabetes Study visat att man kraftigt kan minska och skjuta upp insjuknade i diabetes med livsstilsåtgärder [8-10]. Förbättrad kost och motion verkar vara melodin. När det gäller kost så gäller det att hålla sig till evidensbaserade kostråd såsom Nordiska Näringsrekommendationer. Egna favoriter får man hålla för sig själv. Läkemedelsinsatser får än så länge anstå annat än i utvalda fall. Evidens finns i första hand för metformin och akarbos även om andra preparat också visat sig vara effektiva. Vi vet också att vid förhöjda fastevärden har livsstilsåtgärder en något sämre effekt än vid postprandiellt förhöjda sockervärden och kanske skulle

Livsstilsförändringar och metformin är fortfarande förstahandsrekommendation vid diabetesdebut. Ju yngre patienterna är vid debut och ju högre BMI de har, desto sämre prognos. Dessa patienter ska behandlas aggressivt. Glöm inte pre-diabetes! En livsstilsintervention som ska ge bestående effekt måste hålla på i minst tre år.

Tyvärr gör vi ofta inget när det gäller pre-diabetes men när det gäller diabetes så har vi plötsligt målvärden och ambitioner såväl för socker, blodtryck och lipider.

vi i dessa fall introducera metformin tidigare än vad vi gör idag.

National Health and Nutrition Examination Study, (1988–2014) visar på en prevalens som inte skiljer sig nämnvärt mellan pre-diabetiker och diabetiker när det gäller kardiovaskulär sjukdom och nefropati [11]. Vi skall dock inte glömma att pre-diabetes är vanligare. Tyvärr gör vi ofta inget när det gäller pre-diabetes men när det gäller diabetes har vi plötsligt målvärden och ambitioner såväl för socker, blodtryck och lipider. Pre-diabetes finns hos en stor grupp som många gånger inte ens fått information att diabetes lurar bakom hörnet.

Referenser till sid. 55–57:

1. Zinman B et al for the EMPA-REG OUTCOME investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015;373:2117-28.
2. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2003;348(5):383-93.
3. Marso S et al for the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2016;375:311-22.
4. Marso S et al for the for the SUSTAIN-6 Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. E-publish at NEJM.org on September 16 2016.
5. Perkovic V, de Zeeuw D, Mahaffey KW, Fulcher G, Erondu N, Shaw W, et al. Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes: results from the CANVAS Program randomised clinical trials. The lancet Diabetes & endocrinology. 2018;6(9):691-704.
6. Pratley RE, Aroda VR, Lingvay I, Ludemann J, Andreassen C, Navarria A, et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. The lancet Diabetes & endocrinology. 2018;6(4):275-86.
7. Lindström J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Diabetes Care 2003 Dec;26(12):3230-6.
8. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. Knowler WC et al. Diabetes Prevention Program Research Group. N Eng J M 2002 7;346(6):393-403.
9. Eriksson KF et al. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study. Diabetologia 1991;34(12):891-8.
10. Pan XR et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care, 1997;20(4):537-44.
11. Ali MK, Bullard KM, Saydah S, Imperatore G, Gregg EW. Cardiovascular and renal burdens of prediabetes in the USA: analysis of data from serial cross-sectional surveys, 1988-2014. The lancet Diabetes & endocrinology. 2018;6(5):392-403.

Sök medel i Distriktsläkarföreningens Samfond

Vår hjälp till din personliga kompetensutveckling och ekonomi.

Samfonden är Svenska Distriktsläkarföreningens fond för att främja våra medlemmars professionella utveckling eller ge stöd till medlem eller medlems efterlevande som har hamnat i ekonomiskt obestånd. Fonden är en sammanslagning av ett tidigare flertal fonder som sträcker sig bak till föreningens bildande 1885. Vi får 10-15 ansökningar per år varav knappt hälften av dessa ansökningar godkännes. Syftet med fonden är att förkovra sig själv i sin professionella gärning och bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek. Vi har givit bidrag till kongressavgift och resa.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du **även** lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation. Gränsen för behövande till Samfonden rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar. Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Leena Bergström på DLFs kansli per telefon 08-790 33 91 eller mejla leena.bergstrom@slf.se

Ansökan med motivering skickas till:
Svenska Distriktsläkarföreningen
Box 5610, 114 86 Stockholm

Ansökningsdatum är senast 1 maj och 15 oktober varje år.

Magert resultat efter förhandling om primärvården

I budgeten för 2019 har den blågröna majoriteten i Region Stockholm bland annat skjutit till 315 miljoner kronor till primärvården i länet och utlovat listningstak.

Men Stockholms läkarförening är långt ifrån nöjd och begärde central förhandling i frågan om hur ersättningen för primärvården ska se ut.

Resultatet av överläggningarna blev magert. Den blågröna majoriteten backade något angående planerad listning på ST-läkare genom att göra ett tillägg om att ST-läkaren bara är listningsbar om vederbörande ”har övervägande delen av sin återstående ST-tjänstgöring förlagd till hemmamottagningen”. Detta är dock en uppmjukning jämfört med tidigare års skrivning, där ST-läkare varit listningsbara endast om de haft all återstående tjänstgöring förlagd till vårdcentralen. Övriga synpunkter fick inget gehör i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Socialdemokraterna yrkade dock återremiss och skriver i protokollet ”Att öka antalet listningsbara läkare är viktigt men att göra det på detta sätt riskerar skapa ökad arbetsbelastning för resterande vårdpersonal samt minskad kontinuitet för patienten.”

DLF Stockholm har också haft invändningar mot ersättningsnivån, men även mot att det i budgeten utlovade listningstaket inte finns med i det förfrågningsunderlag som reglerar villkoren för primärvården 2019, och som Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade beslut om i februari. Istället finns en formulering att enskild läkare har rätt att neka en person att lista sig, om dess lista är full. Nivån för full anges inte och olistade kan inte nekas. Om inte hela mottagningen satt listningsstopp finns egentligen ingen garanti för läkaren, som då förväntas ta hand om alla patienter, oberoende om dessa är listade på läkare, bara på mottagningen eller är olistade. Att runt 200 000 invånare är olistade och därmed inte bidrar till kapiteringsersättningen till primärvården är också en källa till konflikt, särskilt som kapiteringsandelen av den totala ersättningen ökat kraftigt de senaste åren.

Distriktsläkaren har kontaktat samtliga ledamöter i Hälso- och sjukvårdsnämnden för kommentarer kring listningen på ST-läkare, avsaknad av obligatorisk listning, listningstak och fortbildning, men inte fått några svar förutom från sjukvårdslandstingsrådet Anna Starbrink (l) som skriver i ett mail:

– Att göra det enklare för olistade patienter att få vård handlar dels om tillgänglighet och dels om att vi inte vill ”tvinga” någon att lista sig.

Om det uteblivna listningstaket skriver Anna Starbrink:

– När patienter får möjligheten att välja en namngiven läkare vill vi också att läkaren ska kunna sätta ett listningstak, men vilken nivå – hur många patienter – måste avgöras personligen och lokalt.

Under våren kommer Region Stockholm ta fram en strategi för primärvården. Många av de aktuella frågorna kommer då att komma upp till diskussion igen. *Ylva Sandström*

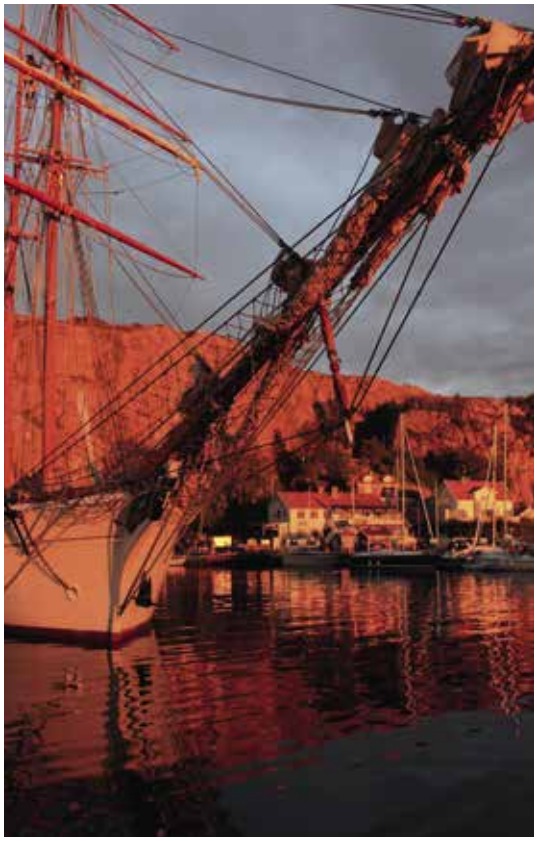
Provinsialläkarstiftelsen tar över rodret på populär skuta

Genom åren har många ST-läkare har haft nöjet att få diskutera allmänmedicinens mysterier på en tre-mastad skonare i Bohuslän. Nu återuppstår kursen i Provinsialläkarstiftelsens regi. Från i sommar kommer kursen att rikta sig även till specialister. I augusti sätter specialistbåten segel.

Text:
Anna Segernäs Kvitting
Styrelseledamot Provinsialläkarstiftelsen

För mer än 35 år sedan skapade Olle Lyngstam den första kursen i allmänmedicinskt arbetssätt på uppdrag av socialstyrelsen. För att kunna hålla ihop gruppen bättre började de snart vara ute på sjön.

Kursen har haft många olika namn bland kollegor, ”Lady Ellen” är kanske den vanligaste eller ”att ha varit på båten”. Nuvarande kursgivare Ulf Österstad gick själv kursen 2011 precis innan han blev färdig specialist. Då framkom det att Olle, som arbetat länge, skulle lägga ner kursen.



Det resulterade i att Ulf tog över ansvaret och han har drivit den sedan dess. Ambitionen har varit att förvalta arvet för kursen, men också att vidareutveckla och följa med i primärvårdens utmaningar och arbetssätt.

– Vi diskuterar vår roll som allmänläkare, vardagliga problem och framtiden. Hur får jag ihop ett arbetsliv som funkar för mig, arbetsuppgifter och fördelning av dessa? Hur förhåller vi oss till förändringarna i samhället med ny teknik, nya krav på tillgänglighet och ”kundperspektiv”? berättar Ulf.

Vad är det som gör Skutkursen unik?
– Att få chanser till reflektion med kollegor, att få prata till punkt. Att få höra hela resonemanget och vända och vrida på saker är det som många uppskattar mest. Och den unika miljön som möjliggör det, såklart, menar Ulf.

Arez Kamali från Västerås minns kursen väl:
– Mot slutet av kursen när vi skulle reflektera över hur vi ville ha det om tio år satt jag i fören och tittade ut över ett blänkande hav… och då plötsligt kom det till mig och jag fick en tydlig bild! Väl hemkommen hade jag en känsla av att det verkligen inte var hugget i sten hur vi skulle jobba och att det är fritt fram att börja forma framtiden. På min arbetsplats har vi tillsammans börjat driva flera konkreta processer. Vi har verkligen rört oss framåt.

> Vi diskuterar vår roll som allmänläkare, vardagliga problem och framtiden.

För mer information och anmälan se
www.skutkurs.se

Distriktsläkaren söker skribenter!

Från och med detta numret (nr 1-2019) har vi ändrat utseende på tidningen Distriktsläkaren. Vi har även gjort ett stort temanummer som handlar om läkares utsatthet, arbetsmiljö och berättelser om hur man lyckas ta sig tillbaka efter en lång sjukskrivning. Målet är att försöka skapa en läsvärd tidning för dagens allmänläkare och att kunna ha fler teman som vi kan ta upp i tidningen framöver.

Vi söker dig som vill vara med i denna process!

Skriv reportage, intervjua intressanta personer, skriv om ditt eget arbete, rapportera från en kurs eller vetenskapligt symposium, bli krönikör, rita serier eller recensera böcker. Kanske har du en novell i vårdcentralsmiljö liggande hemma i byrålådan? Det finns många möjligheter att kunna bidra med intressant innehåll i tidningen.

Du kan antingen bli ”fast” medarbetare eller bara skriva någon enstaka gång. Det enda som krävs är att du gillar att skriva och du förstår att en deadline är en deadline.

Vi är också intresserade av ”insändare”, dvs. vanliga medlemmars synpunkter som vi kan publicera i tidningen.

Hör av dig till
ylva.kristoferson.sandstrom@gmail.com med frågor och idéer så jobbar vi vidare tillsammans.

Debattera i Distriktsläkaren! *Har du ett ämne du vill debattera, hör av dig! Rubrik sätts av redaktören, men föreslå gärna en egen. Skriv max 3 500 tecken inkl. blanksteg och bifoga en högupplöst bild av dig själv.*

Lagstadga inte om fast läkare!

Text:
Line Josefsson
Husläkare i Stockholms läns landsting

Jag är verksam som husläkare i Stockholms läns landsting, så *min* bild av primärvården är från perspektivet husläkaravtal i utkanten av Stockholm.

Mina funderingar sattes igång i höstas p.g.a. en artikel i DN. Rubriken ”Primärvården kan inte vänta – dags för en nationell reform” gjorde mig först glad. Äntligen någon på ”högre ort” som engagerar sig i den ohållbara arbetsbelastningen för primärvårdens läkare. Huvudförfattare var ordförande i läkarförbundet, Heidi Stensmyren. (Medförfattare var f.d. politiker engagerade i sjukvårdsfrågor).

Distriktsläkaruppdraget är för tufft idag. Erfarna, kunniga kollegor slutar. Sjukskrivningar ökar. ST-läkarna i allmänmedicin hoppar av. Nyblivna specialister slutar då man uppfattar den nya vardagen övermäktig.

Förvånad blev jag då artikeln inte ens nuddar vid huvudproblemet. Att vi är för få. I stället är artikeln skriven ur ett politiskt perspektiv. Man har lösningen på sjukvårdens problem: husläkaren ska bli ”fast läkare”!

Lätt vidbränd doktor försöker hålla balansen...

Politikerna har svettats för att försöka få ordning på oss (enligt artikeln ända sedan 1970-talet) utan framgång. Man skriver att det är dålig tillgänglighet i primärvården. Vi jämförs med primärvård i andra länder och deras tillgänglighet. Både läkarförbundets ordförande och politiker som arbetat med sjukvårdsfrågor vet att ett besök hos en allmänläkare inte innebär samma sak i de olika länderna.

Arbetet som distriktsläkare är roligt och omväxlande. Men uppdraget har blivit alltför omfattande för den arbetsstyrka vi kan vara med dagens ekonomiska förutsättningar. Dessutom är det svårt att rekrytera både läkare och sjuksköterskor till primärvården.

Hur tänker Ni att detta ska lösas genom att lagstadga om att varje invånare ska ha en fast läkare? Det är brist på specialister i allmänmedicin och läkare som vill arbeta i primärvård. Man fortsätter att ge löften till befolkningen utan verklighetsunderlag. Utan verklighetsunderlag får reformer ingen effekt. Därav att man inte lyckats ändra förhållandet primärvård/slutenvård sedan 70-talet… Då ska invånarna ges laglig rätt till en ”fast läkare”. Listningstak på 1 500 patienter per fast läkare (på heltid antar jag) för att försäkra tillgängligheten. I verkligheten är vi inte så många. Är lagen fast så ser jag inget annat scenario än att man kommer tumma på ”taket”. Tillgängligheten blir *inte* bättre och den redan belastade läkaren dukar under!

I artikeln skriver man också om ansvar. Man menar att vårdcentralen, ”ett hus”, inte tar något ansvar. Jag har avvikande åsikt. Vill påstå att primärvårdsenheterna i Stockholm (förutsatt att man har en rimlig bemanning) känner stort ansvar för sina listade patienter.

Jag har arbetat på samma vårdcentral som färdig specialist i 17 år. Under de åren har vi gått igenom ett flertal förändringar av hur vår

Primärvården skulle försämras med struktur och lagkrav bundna till en enda person - den fasta läkaren. Det skulle vara oerhört otidsenligt och framför allt skapa en oansvarigt skör organisation.

Foto: Adobe Stock

verksamhet ska bedrivas och ersättas. Uppdrag och kvalitetskrav ökar. Vi vänder och vrider på våra mottagningsscheman. Blir någon sjuk, går vi på knäna, särskilt i hemsjukvården, där uppdragen inte kan ställas in. ”Husen” är bemannade med en ansvarstagande personal och däribland husläkarna. Att vara ett team, en enhet, är en styrka! Man ställer upp för varann! Vi blir sjuka ibland, våra barn blir sjuka, vi har semester och vi ska fortbilda oss. Utan team, blir såna självklara saker svåra att lösa. Det behövs kollegialt utbyte av kunskap och erfarenheter. Vi arbetar fram vårdstrukturer på enheten med alla personalkategorier och försöker nyttja var persons starkaste sidor. Teamet är en förutsättning för att klara det breda allmänläkaruppdraget. Primärvården skulle försämras med struktur och lagkrav bundna till en enda person – den fasta läkaren. Det skulle vara oerhört otidsenligt och framför allt skapa en oansvarigt skör organisation.

Vems fel blir det när önskade effekter av den politiska reformer uteblir?

Skulden hamnar oftast på de som förväntats utföra uppdraget, i detta fall blir det den ytterst medicinskt ansvariga: den ”fasta läkaren” som inte klarat sitt uppdrag,

Det står inte i artikeln hur långt detta yttersta medicinska ansvar ska sträcka sig. Då artikeln inleds med både köer till operationer och specialistvård, känner jag oro för ansvarsuppdragets vidd. För en yrkesgrupp där ansvarsuppdraget redan upplevs övermäktigt, tror jag inte det faktum att ansvaret blir lagstadgat och knutet till sin person kommer att verka lockande. Vi behöver reformer som lockar fler till primärvården och inte tvärtom!

Kollegor på sjukhus är också hårt belastade. Även här råder brist på specialistläkare och sjuksköterskor som skapar stängda avdelningar och vårdköer. Varför upplever svensk sjukvårdspersonal en så dålig arbetsmiljö att man ej vill fortsätta sitt annars stimulerande jobb? Det är kärnfrågan, tycker jag!

Till ordföranden i läkarförbundet: Vi behöver inte reformer som ytterligare utarmar de stora och de små husen på erfaren och kompetent personal.

Tro på professionens larmrapporter. Det ska *inte* vara en persons ansvar att 1 500 invånare ger högsta betyg till vården i patientenkäter!

Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren svarar:

Så blir vi fler läkare i primärvården

Text:
Heidi Stensmyren
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Line Josefsson skriver klokt och insiktsfullt om den vardag som många läkare i primärvården möter varje dag; vi läkare har stort ansvar men en allt för tung arbetsbörda i en ofta stressig miljö. Primärvården är underdimensionerad med brist på allmänläkare, och så har situationen varit I decennier. Vi har samma åsikt i frågan – det behövs flera specialister i allmänmedicin. Den tuffa arbetsmiljön, bristande kontinuitet och tillgänglighet, är som man säger pudelns kärna till varför det behövs en nationell primärvårdsreform. Det blir en ond spiral där underbemanning leder till ohållbar arbetssituation som gör det mindre attraktivt att söka sig till primärvården. Det räcker inte med fagra ord om att vården ska bli ”god, nära och jämlik” för att få fler specialister i allmänmedicin utan det krävs rejäla insatser som kan ge substantiell effekt. Bemanningsfrågan är ett återkommande tema i flera artiklar vi skrivit, även om det inte lyftes specifikt i den som Line Josefsson refererar till. Särskilt har det varit en avgörande fråga i diskussionen med politiken kring utformningen av en nationell primärvårdsreform. Vi har bland annat varit starkt pådrivande för fler ST-tjänster i allmänmedicin och att läkare får en begränsad patientlista med ett övre listningstak.

Läkarförbundet är starkt drivande i frågan om en bättre dimensionering av antalet specialister I allmänmedicin. Inte minst har vi lyckats få upp frågan om läkares arbetssituation genom att belysa att det handlar om hur många patienter en enskild läkare ska räcka till och ansvara för. På många håll i Sverige är det inte ovanligt med 3 500 patienter per allmänläkare. Det är orimligt och leder till ett omöjligt uppdrag, en ohållbar arbetsmiljösituation och svårigheter att rekrytera fler läkare. Men det främsta argumentet för en nationell primärvårdsreform är att kontinuitet lönar sig. Läkaren, med sitt medicinska ansvar, har i en modern hälso- och sjukvård ett tätt teamarbete med andra vårdprofessioner. Om patienten är listad på en läkare ökar både tryggheten hos patienten och patientkännedomen hos läkaren. Det gynnar dessutom hela vårdteamet som vet vem som är medicinskt ansvarig och vem de ska stämma av frågor med. Och inte minst är det av värde för patienten själv att inte bara veta namnet på sin diabetessköterska och fysioterapeut utan även sin läkare.

Visst är det en utmaning att ställa om primärvården. Ingen tror att en primärvårdsreform och ett listningsförfarande kan göras på en kafferast, det krävs långsiktighet och verkliga resurser att nå dit. Ska vi få en fullt utbyggd primärvård, fler specialister i allmänmedicin och stärkt kontinuitet behövs både flera allmänläkare, listningsförfarande, ett tydligt nationellt grunduppdrag och inte minst resurser men säkert också flera andra insatser på vägen.

Foto: Adobe Stock

> Vi har varit starkt pådrivande för fler ST-tjänster i allmänmedicin och att läkare får en begränsad patientlista med ett övre listningstak.

Mycket att vinna med kontinuitet

Runtomkring oss införs det ena systemet efter det andra för att kompensera för bristen på det mest basala i primärvård – kontinuitet.

Få saker har starkare evidens än kontinuitet. Få saker är effektivare, men ändå misslyckas vi ofta med det som borde vara självklart: Att patienten och läkaren får skapa en varaktig relation där tillit och ömsesidig respekt blir naturlig.

Svensk och internationell forskning visar att kontinuitet i primärvård ger kraftigt minskat antal besök på akuten, färre onödiga inläggningar, färre remisser, lägre sjukvårdskostnader och till och med lägre mortalitet. Svart på vitt. Det förvånar mig därför gång på gång att läkarkontinuitet inte står högst upp på huvudmännens dagordning.

Personligen upplevde jag ett kritiskt skede på vårdcentralen för ett par år sedan med pensionsavgångar och chefsbyten. Tvivlet kom smygande, vill jag vara kvar? Till slut gick vi över till fasta, blandade, avgränsade listor och skillnaden blev dramatisk. Jag fick fortsätta jobba hårt men behövde inte försvara mig och inte känna mig som en usel nejsägare. Den energi jag lade på patientmötet fick jag tillbaka vid nästa kontakt. Antalet emotionellt utmanande patienter minskade, dels för att jag bara hade hand om en del av vårdcentralens flöde, dels för att vi lärde känna varandra. Jag började känna att här kan jag vara kvar, här vill jag vara kvar.

Många kollegor oroas av tanken på en fast lista – riskerar jag bli livegen och inte kunna ta semester? Vid underbemanning, blir det då inte värre att behöva ansvarar för en egen lista men även ta hand om övriga patienter som saknar fast läkare? Blir jag fast för evigt med de ”besvärliga” patienterna?

Dessa farhågor måste tas på största allvar och ställer stora krav på strukturen runt doktorn. Det är mödosamt att upprätthålla kontinuitet i verksamheten och ställer stora krav på ledarskapet. Det finns olika lösningar men utan en avgränsad lista kan kontinuitet bli betungande för doktorn. Utan möjlighet till kollegialt stöd och träning i samtalsmetodik blir utmanande patienter dränerande. Utan en tydlig struktur även för de patienter som inte får en allmänspecialist som fast läkare sjunker de ”gröna öarna”.

Kontinuitet och avgränsad lista är en förutsättning för att bedriva god primärvård, för att kunna rekrytera och för att kunna ta ansvar. Olika politiska och administrativa beslut och påtryckningar från andra intressenter hotar hela tiden det som är evidensbaserat; att grunden till en jämlik och effektiv vård är att alla patienterna har en fast allmänläkare med ett avgränsat uppdrag.

Även om vi dagligen måste försvara värdet av kontinuitet så skördar vi ibland frukterna. Som när den pensionerade VDn, i början avfärdande och nästan beordrande, till slut börjar lita på den yngre doktorn och den avgrundsdjupa, skamfyllda ensamheten får benämnas i samtalen. När kvinnan med progressiv MS och komplex samsjuklighet kan klämmas in på en lucktid för att bakgrunden redan är väl känd. När jag kan säga nej till en åtgärd jag inte tror på men ändå behålla patientens tillit. När ett försämrat mående kan fångas upp på telefon för att vi setts så många gånger innan. När den aggressiva unge mannen som sökt akuten flera gånger med oförklarliga symtom visar sig ha PTSD. Och när mina egna misstag och klavertramp kan förlåtas av patienten. Då är jag tacksam för kontinuitet.

Staffan Ahlkvist

Staffan Ahlkvist är ledamot Svenska Distriktsläkarföreningens centralstyrelse och ordförande i Distriktsläkarföreningen Sörmland.