Distriktsläkaren

För oss i primärvården

Nr 1 • 2017

Svenska Distriktsläkarföreningen

Åtgärder för en god arbetsmiljö • Sök samfonden
Provisialläkarkurser • Primärvårdens historia

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

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

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

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

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

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

Adress:
Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

Annonser:
Helen Semmelhofer, helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Tryck:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

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

Omslagsfoto: Snögubbe utrustad med förbandslåda. **Foto:** Fotolia

Innehåll:

Ledare 3
Nytt från styrelsen 5
52nd EASD Annual Meeting 6
Kiropraktik 10
Insändare till Dagens Medicin 14
Historiskt: utvecklingen av primärvården – del 2 17
60-punktsprogram för primärvården 25
Debattinlägg 26
Svar på debattinlägg 27
Provinsialläkarstiftelsens kurser våren2017 27
Sök medel i DLFs Samfond 28
Fadderlista 2017 29
Redaktör emeritus har ordet 30
Bokrecensioner 31
DLFs styrelse 2017 34

Svensk primärvård måste byggas med lag

Utvecklingen av svensk primärvård måste intensifieras. Som Göran Stiernstedt konstaterade i utredningen *Effektiv Vård, SoU 2016:2* är det många saker som måste göras nu och som måste göras långsiktigt. De viktigaste aspekterna just nu är att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin för att skapa en starkare basal primärvård. Dessutom måste våra landsting inse att de måste fatta gemensamma beslut om hur detta skall gå till och hur detta skall organiseras och finansieras så att det får effekt i hela Sverige. Inte bara i storstadsregionerna med sitt rika vårdutbud och där det egentligen behövs minst utan först och främst ta ett gemensamt ansvar för att det finns vårdcentraler och specialister i allmänmedicin, där det behövs som mest, nämligen i glesbygden.

För att åstadkomma detta även i framtiden krävs det faktiskt också en styrande och vägledande hand för landstingen och dess politiker och tjänstemän. Det behövs en lagstiftning gällande vården och patienten som visar vägen och som gör att beslut fattas så att vi får en starkare primärvård för alla i hela landet. Det behövs en lagstiftning som åligger politiker i hela vårt land att fatta beslut som innebär att primärvården och dess förutsättningar blir så jämlik som det går, i hela vårt land. Gränsen för besluten får inte går mellan landsting och får inte heller resultera i att du inte får samma vård, på ungefär samma villkor, beroende på var du bor.

Vad behövs då för att åstadkomma detta? Jo, att lagstiftningen måste ändras på många sätt. I princip behövs lagstiftningsåtgärder inom tre områden. Definiera primärvårdens uppdrag, huvudmännens ansvar samt stärk patientens krav gällande det som en fungerande primärvård ska erbjuda. Kompetens, kontinuitet, samordning och tillgänglighet.

För det första: Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) måste definiera så att primärvården är basen, att primärvårdens uppdrag och landstingens åtaganden är tydliga för alla och att övrig vård måste organiseras så att den stödjer primärvårdens behov. Allt reglerat på ett tydligt sätt. Rätten att välja en fast läkare måste tydliggöras. Landstingets ansvar att sträva efter en hög kontinuitet i vården måste ingå.

För det andra: Säkerställ i svensk lagstiftning att det finns en nationell ordning och ett nationellt ansvar för primärvårdens strukturella innehåll. I huvudsak när det gäller kompetensförsörjning och principer för ersättning samt för vissa gemensamma åtaganden som t.ex. IT-infrastruktur, läkemedelslistor, intyg, nationella riktlinjer och kvalitetsregister. Det som måste till är en nationell samordning med etablerade konsultationer där regering och landsting möts. Dessa möten måste ha en legitim status där bägge är ansvarstagande parter som binds vid beslut. SKL i dess nuvarande form som intresseförening måste då göras om alternativt att landstingen själva direkt utser representanter för landstinget som huvudmän.

För det tredje: Patientlagen behöver förtydligas gällande rätten att välja fast läkare och rätten att kräva kontinuitet samt rätten att alltid ha en patientansvarig läkare med ansvar för de medicinska åtgärderna gällande vård och behandling. Främst som din fasta läkarkontakt i primärvården men också inom andra delar av sjukvården.

Har lagförändringarna någon betydelse då? Jag tror inte att var och en av ovanstående förslag kanske har så stor betydelse men tillsammans är de ett måste för att göra primärvården till bas. Om man fortsätter som nu eller bara riktar in sig på nödvändiga åtgärder i verksamheten gällande den lokala och regionala situationen, vår arbetsmiljö m.m., så kommer inte de långsiktiga diskussionerna att förändras. Varje landsting kommer återigen att misslyckas medan regeringen passivt står vid sidan av. Det behövs genomgripande förändringar inom lagstiftningen för att undvika detta.

Mitt och Svenska Distriktsläkarföreningens förslag till regeringen är att det är dags för en bred primärvårdsreform nu. I den bör lagförslagen ses som oerhört viktiga. Allt för att leda diskussioner och beslut till något som gagnar alla patienter i hela Sverige på ett jämlikt sätt och som gagnar och definierar primärvårdens åtagande.

Ove Andersson
Ordförande

Annons

Nytt från styrelsen januari 2017

Nytt år och nya utmaningar. Orden utmaning och problem är väl i dag närmast synonyma. Fast de nya utmaningarna är oftast gamla problem. Problem är till för att lösas, lärde vi oss en gång, men en utmaning kanske man inte behöver fundera så mycket på? För er som läst om primärvårdens historia i detta och förra numret, är det lätt att inse, att läkarbrist i primärvården är ett mycket gammalt problem. ”Utmaningen” här är kanske att äntligen få sekundärvården att förstå att även de skulle vinna på en utbyggd primärvård. Nästa ”utmaning” skulle då vara att få politikerna att verkligen ta till sig all forskning som visar på de ekonomiska vinsterna i att lösa det problemet och ta sitt ansvar som befolkningens företrädare. Svenska Distriktsläkarföreningens styrelse anser att de tankar som förts fram i utredningen ”En effektiv vård” om bland annat en nationell styrning av primärvården måste tas tillvara. Vi har därför tillsammans med vår vetenskapliga gren Svensk Förening för Allmänmedicin börjat arbeta på ett dokument som ska understryka detta. Nationell styrning för att hela befolkningen ska få samma vårdutbud oavsett var i landet de slagit ner sina bopålar. Det kan inte heller vara rimligt att arbetsmiljön, som självklart är beroende av att det finns tillräckligt med läkare och övrig personal, ska vara avhängig av att ersättningssystemen inte är likriktade i landet.

Common trunk

Ett led i att få våra kollegor inom sjukhusspecialiteterna att förstå och dessutom uppskatta primärvården är naturligtvis kunskap om vad vi kan utföra med de resurser som vi har tillgång till. Därför driver vi frågan om ”common trunk”, eftersom mycket av det som tidigare sköttes på sjukhusets mottagningar eller i små lådor på stan nu tas om hand av oss. Det är såklart tillfredsställande att ha ett större åtagande, så länge det är vi själva som bestämmer gränserna, men det måste ju rimligen också inneburit att övriga specialisters erfarenheter naggas i kanten. De behöver komma till oss för att se hela sjukdoms-spektrat, inte minst för att se hur de patienter som sen kommer till just deras specialistvård, såg ut i de tidiga förloppen av sina sjukdomar och problem

Det är lite svårare med politiken. De har så mycket att ta hänsyn till. Man kan ju se som exempel hur republikanerna i USA fällde Obamas förslag, hur bra de än, i hemlighet på sin kammare, kanske ansåg förslagen vara, bara för att han var demokrat. Principer och möjligheter att bli omvald inom partierna styr nog mer än förnuftet ibland. Men till slut ska det väl komma tider när förnuftet ska råda. Fram till dess lobbar vi så gott vi kan.

Seminarie

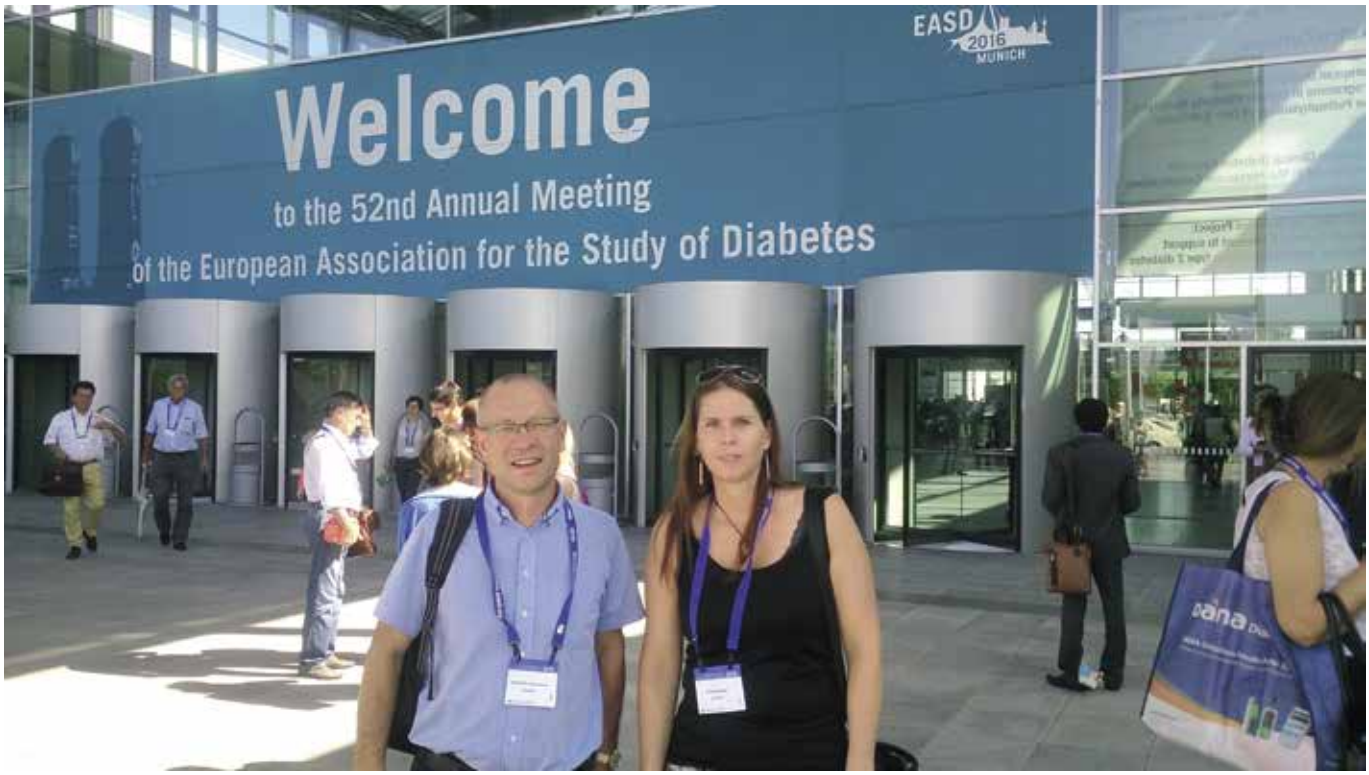
Fler glädjeämnen: Senaste seminariet vi hade för Distriktsläkarföreningens lokalavdelningar i landet var mer välbesökt än på flera år och det verkade som deltagarna trivdes. Två vilande avdelningar jobbar nu på att vakna till liv igen. Alla styrelseledamöter är faddrar för några avdelningar i landet och kontaktar dessa januari och september. Vi försöker få kontakt med representanter för medlemmarna även i de delar av landet där lokalavdelningen av någon anledning inte är så aktiv och bjuda in till vårens ordförandekonferens respektive höstens seminarium. Vi ser också att även om det inte finns någon aktiv avdelning så är det ofta någon primärvårdsrepresentant i läkarföreningen i området. Som styrelse är det så klart kontakten med medlemmar och avdelningar den viktigaste input vi har, därför välkomnar vi självklart även representanter för mindre aktiva områden. Om det finns en ordförande som inte kan komma till ordförandekonferensen kan väl någon annan komma i stället. Det är mycket inspirerande att få tips om hur andra tacklat liknande frågor som man själv brottas med.

Som avslutning: kom ihåg att gå hem när arbetsdagen är slut. Så länge vi jobbar för två så finns det inte någon anledning för dem som håller i pengarna att lägga ut dessa på att anställa en kollega!

Agneta Sikvall
Sekreterare

Du hittar oss på Facebook och på vår hemsida:

www.facebook.com/Distriktslakarforeningen
www.slf.se/svdlf



52nd EASD Annual Meeting

Genom ett bidrag från Svenska Distriktsläkarföreningens Samfond kunde ett deltagande i den femtioandra europeiska diabeteskongressen i München 12-16 september 2016 bli av. Detta har givetvis stor betydelse i fortbildningssyfte och egen förkovran i sin yrkesroll.

München visade sig från sin bästa sida med temperaturer över 25 grader dagtid och möjligheter att sitta ute kvällstid med kollegor. Messe München/ICM kunde elegant nås på 20 minuter med metro från centralstationen med tågavgång var femte minut. Det kallar jag för tysk effektivitet. Runt sjuttontusen delegater var på plats och ett fullt program gavs med parallellföreläsningar, seminarier och posterpresentationer. Trots detta fanns ett lugn och behag i kongresshallarna. Ute på gatan kunde det inte undgå någon att staden laddade upp inför kommande Oktoberfest med försmakning av öl och skyltfönster med lederhosen och dirndl.

Bakgrunden till konferensen går naturligvis att finna i det faktum att en betydande del av mänskligheten har diabetes. Förekomsten av diabetes är i världen 8% och ökar, vilket är och kommer bli en stor utmaning då det också är en av de vanligaste orsakerna till kardiovaskulär sjukdom och död [1-3]. Även övervikt och fetma ökar i världen, inklusive i Sverige och utgör den starkaste riskfaktorn för metabolt syndrom och typ 2-diabetes (T2DM). Var och en av komponenterna i metabolt syndrom som omfattar diabetes eller nedsatt glukostolerans, hypertoni, dyslipidemi, bukfetma samt mikroalbuminuri ökar risken för kardiovaskulär sjukdom. I Sverige har vi en prevalens av T2DM på ca 5% och en stor grupp på runt 10% som håller på att få diabetes (prediabetes). Här kan preventiva insatser i form av livsstilsåtgärder såsom kost och motion kraftigt minska och skjuta upp insjuknande i diabetes. Mer om detta nedan. En annan utmaning på hemmaplan för primärvården blir omhändertagandet av graviditetsdiabetes. Då socialstyrelsen ändrat diagnoskriterierna till f-glukos ≥ 5.1 mmol/l eller glukosbelastning med venösa värden på ≥ 10.0 mmol/l efter en timme eller ≥8.5 mmol/l efter två timmar. Det innebär att förekomsten graviditetsdiabetes ökar från par procent till 10-15% och som även här behöver framöver att följas upp, då i dagsläget utvecklar uppemot 60% senare i livet T2DM.

Allmänt

Nya ännu snabbare insuliner är på gång med Bio-chaperoner som bas, proteiner som hjälper andra strukturer med veckning. Mycket diskussion fördes kring GLP-1 analoger och SGLT-2 hämmare. Förra året presenterades EMPA-REG studien som visade på 38% minskad kardiovaskulär död i behandlingsgruppen med

empagliflozin [4]. Vad kan mekanismen vara bakom detta? Knappast sockersänkningen eller blodtryckssänkningen. Svaret vet man inte än men funderar gör man mycket kring att SGLT-2 ger glukosuri, natriuri och konstriktion av glomeruluskärl och minskat tryck i glomerulus och därmed positiv effekt vid hjärtsvikt. Andra förklaringar finns också.

> Efter metformin får man i Sverige insulin eller SU i 60% av fallen jämfört med hälften så många i Norge och Danmark. En större andel får där DPP-4 och GLP-1. I Sverige förskrivs insulin i betydligt större omfattning och dröjer med nya dyrare läkemedel.

Nu finns studier i form av SAVOR, EXAMINE och TECOS som visar att DPP4- hämmare är säkra beträffande kardiovaskulär död, hjärtinfarkt och stroke [5-7]. Dessa preparat kan också vara ett alternativ för våra äldre patienter med njurfunktionsnedsättning.

Bland GLP-1 analoger har LEADER (liraglutid) visat på, och under sista kongressdagen redovisade SUSTAIN-6 (semaglutid) kardiovaskulär nytta [8-9].

Sverige

Vi visade framfötterna på flera områden. Ny president för EASD blev Juleen R Zierath, amerikansk-svensk professor på Karolinska Institutet. Den svenska DAISY studien presenterades av A. Kalkan där man visade att sjukdomskostnaderna fördubblats för T2DM under perioden 2006-2014, från 608 miljoner euro till 1,279 miljoner euro, medan läkemedelskostnaderna stått still på 4% över perioden [10]. Den stora kostnaden låg under inneliggande sjukhusvård. Använder vi pengarna rätt? Kanske borde vi ha en mer aktiv diagnostik, mer livsstilsåtgärder och effektivare behandling. NORDIC DISCOVER [11] visade på stora skillnader i förskrivningsmönster i primärvården inom Norden. Efter metformin så får man i Sverige insulin eller SU i 60% av fallen jämfört med hälften så många i Norge och Danmark. En större andel får där DPP-4 och GLP-1. I Sverige förskrivs insulin i betydligt större omfattning och dröjer med nya dyrare läkemedel. Danskarna intensifierar diabetesbehandlingen tidigare än i Sverige och Norge. NDR data redovisades också av K. Eeg-Olofsson som tittat på livskvalitet hos typ 1 diabetiker kopplat till glykemisk kontroll (SF36). NDR är en viktig databas som rätt utnyttjat kan ge mycket kunskap och validera vårt kliniska arbete.

Prediabetes

Prediabetes kan definieras som f-glukos 6.1- 6.9 mmol/l eller HbA1c 42-47 mmol/mol eller en glukosbelastning med 2 timmarsvärde på venöst glukos 7.8-11.0 mmol/l. Tidigare studier som finska Diabetes Prevention Study, amerikanska Diabetes Prevention Program, svenska Malmö studien och kinesiska Da Qing IGT and Diabetes Study har visat att man kan kraftigt minska och skjuta upp insjuknade i diabetes med livsstilsåtgärder [12-15]. Förbättrad kost och motion 5x30 minuter i veckan verkar vara melodin. I Malmö studien som var över fem år sågs även remission av tidig diabetes samt normalisering av sockervärden hos prediabetes. I amerikanska DPP sågs också ett minskad insjuknade i diabetes av metformin. Novo presenterade att Victoza (liraglutid) kunde minska prediabeteskonvertering till diabetes med 8% jämfört med kontroller som utvecklade diabetes i 11% av fallen [16]. Victoza i all ära men varför gå över ån efter vatten då livstilsåtgärder finns, ev. metformin.

> ...visat att man kan kraftigt minska och skjuta upp insjuknade i diabetes med livsstilsåtgärder. Förbättrad kost och motion 5x30 minuter i veckan verkar vara melodin.

Jaakko Tuomilehto hade tillsammans med Rury Holman kvällsseminarium kring prediabetes. Vad är prediabetes? Vilka studier har visat på effekter av kost och motion? Jaakko själv är pappa till finska Diabetes Prevention Study. Livsstilsförändringar har möjligen större möjligheter att normalisera blodsockret och skjuta upp insjuknande i diabetes vid postprandiellt förhöjda blodsockervärden än vid förhöjda fastevärden. Vid förhöjda fastevärden hade livsstilsåtgärder en något sämre effekt och kanske skulle vi introducera metformin tidigare än vad vi gör idag.

Reflektioner av diabetesansvariga i Uppsala

Efter dessa dagar finns det mycket att reflektera över. Inom primärvården i Uppsala arbetar vi intensivt med olika processer när det gäller folksjukdomarna. Det har blivit ett generellt arbetsätt. Syftet med kliniska processerna är att kunna erbjuda Primärvårdens patienter vård som står i samklang med bästa evidens och kvalitet. Vidare vill vi erbjuda en jämlik vård och försöka se patients väg i vården och skapa effektiva flöden och ta bort flaskhalsar. Så även inom diabetes. Som processledare för diabetes har vi blivit stärkta i vårt arbete i vardagen där vi i den offentliga primärvården i Uppsala arbetar med tre huvudflöden i det dagliga arbetet, nämligen etablerad diabetes, prediabetes och uppföljning av graviditetsdiabetes. Prediabetes en ny stor grupp som många gånger tyvärr inte ens fått information att diabetes lurar bakom dörren och där livstilåtgärder har betydelse. Många med tidigare graviditetsdiabetes har blivit borttappade och inte fått någon uppföljning utan senare återkommit med etablerad diabetes. Länge har vi haft diabetesteam i Sverige med fokus på diabetesansvarig läkare och diabetessjuksköterska. Vi försöker här nu utvidga teamet till att också innefatta dietist, sjukgymnast och psykolog. Teamarbetet är utvecklande och lärorikt. Tydliga målvärden i patientarbetet är viktiga och centrala för att nå framgång. Dessa måste givetvis vara förankrade hos patienten. Teamarbetet är en förutsättning för att klara av sjukvårdens utmaningar.

Hans-Erik Johansson
Distriktsläkare Östervåla
Processledare diabetes offentliga
Primärvården Uppsala

Anna Wåhlén
Distriktssköterska Östervåla
Processledare diabetes offentliga
Primärvården Uppsala

REFERENSER

1) Tao Z et al. Epidemiological Perspectives of Diabetes. Cell biochemistry and biophysics. 2015. Epub 2015/02/26.
2) Roper NA et al. Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal, population based study. BMJ (Clinical research ed). 2001;322(7299):1389-93. Epub 2001/06/09.
3) Gerstein HC et al. Dysglycaemia and the risk of acute myocardial infarction in multiple ethnic groups: an analysis of 15,780 patients from the INTERHEART study. Diabetologia. 2010;53(12):2509-17. Epub 2010/08/17.
4) 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
5) Scirica B et al for the SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med 2013;369:1317-26
6) White W et al for the EXAMINE Investigators. Alogliptin after Acute Coronary Syndrome in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2013;369:1327-35
7) Green J et al for the TECOS Study Group. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015;373:232-42
8) 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.
9) 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.
10) A Kalkan et al for DAISY study. Doubled healthcare costs of type 2 diabetes mellitus during years 2006-2014: a nationwide cost-of-illness study in Sweden. Abstract EASD 2016.
11) Persson et al for NORDIC DISCOVER study. HbA1c and second line glucose lowering drug initiation in Denmark, Norway and Sweden: an observational study comparing T2DM management in primary care. Abstract EASD 2016
12) Lindström J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Diabetes Care 2003 Dec;26(12):3230-6.
13) 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.
14) 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
15) 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.
16) Madsbad S. Comparable efficacy and safety of liraglutide 3.0 mg for weight management across baseline BMI subgroups: results from the SCALE Obesity and Prediabetes trial. Abstract EASD 2016

Annons

Kära läsare!

Sätt nu inte kaffet i vrångstrupen för att jag publicerar en artikel av en kiropraktor om kiropraktik. Våra patienter söker sig utanför den sk etablerade sjukvården och tro det eller ej, en och annan leg doktor också. Det kan vara bra att veta vad dessa har att erbjuda och om ni läser vidare så ser man att man kan ha verksamhet även inom vården. **/Redaktören**

Kiropraktik

I den senaste rapporten av Global Burden of Disease (2016) befäster rygg- och nackbesvär positionen i toppen som de sammantaget mest funktionsnedsättande sjukdomstillstånden i Sverige och övriga världen. Statistiken har nu också fått bredare genomslag i arbetet för att minska effekterna av icke-smittsamma sjukdomar (NCD). För första gången lyfter WHO Europa fram betydelsen av att främja muskuloskeletal hälsa i ett led att både förebygga andra prioriterade NCDs som hjärt- och kärlsjukdom och ge förbättrade förutsättningar för såväl ett hälsosamt åldrande som ekonomisk självständighet. I sin rapport hösten 2016, ”Action plan for prevention and control of non-communicable diseases”, rekommenderade man en kombination av livsstilsfrämjande insatser och tillgång till riktat omhändertagande med tidig intervention och rehabilitering vid muskuloskeletala besvär.

Kiropraktiken har under de senaste drygt 100 åren utvecklats från att vara ett alternativt hälsosystem till att innefatta diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av dysfunktioner och smärtsamma syndrom i det muskuloskeletala systemet, med dess biomekaniska och neurofysiologiska konsekvenser. Och med ryggradsrelaterade besvär som primärt kompetensområde har professionen tillsammans med andra en viktig roll i arbetet för att vända utvecklingen av den folksjukdom som rygg- och nackbesvär nu måste betraktas som.

Historien

Kiropraktiken växer fram i USA i slutet av 1800-talet. Det kiropraktiska omhändertagandet syftar vid tiden till att optimera kroppens självläkande förmåga och hypotesen att spinal leddysfunktion kan ha en negativ påverkan på nervsystemet och därmed hälsan är central. Människor med alla möjliga åkommor söker hjälp hos den snabbt växande kåren. Efterfrågan är stor. Inte minst då många människor söker alternativ till skolmedicinens farmakologi och kirurgi som vid den här tiden ännu inte är en förfinad konst. Som följd av detta förklarar sig kiropraktorer med tiden lämpade att behandla en mängd olika sjukdomar. Motståndet är stort från läkarkåren och inga ansatser till integrering görs.

Behandlingens breda effekt börjar dock ifrågasättas även inom professionen. En första vändpunkt blir fördjupad utbildning efter en myndighetsreform på 1920-talet. Sjukvårdsutövare i USA måste då genomgå prov i medicinska basämnen för legitimation. När det första europeiska forskningscentret för kiropraktik grundas i Schweiz på 1940-talet strävar man efter att göra kiropraktiken integrerad i sjukvården genom forskning och fokuserar på ryggens och bäckenets biomekanik.

Allt fler kiropraktorer koncentrerar sig helt på omhändertagande av rörelseorganen. Alltjämt är utgångspunkten att det kiropraktiska omhändertagandet tillsammans med individens egna livsstilsförändringar kan leda till bättre hälsa. Kiropraktorer rekommenderar därtill sina patienter aktivitet framför vila så när ortopeden Gordon Waddell år 1987 presenterar sin bio-psyko-sociala modell för ländryggssmärta [1] får den stort gehör inom kiropraktorkåren och blir snabbt den vedertagna teoretiska modellen för denna patientgrupp.

Integration i sjukvårdssystemet

Legitimeringen av kiropraktorer i Sverige år 1989 blir det första formella steget till en ökad integration inom den svenska hälso- och sjukvården. Idag är kiropraktisk vård offentligt subventionerad i tio landsting. I jämförelse med Danmark och Norge har dock integrationen av legitimerade kiropraktorer i svensk hälso- och sjukvård delvis stannat upp. I våra grannländer främjas kårens bidrag till sjukvårdssystemet av faktorer som remitteringsrätt till specialistundersökningar och bilddiagnostik, sjukskrivningsrätt vid muskuloskeletala besvär, offentligt subventionerade patientbesök samt statligt finansierad forskning. Utvärdering av rättigheterna har i båda länder visat på avlastning för allmänläkarkåren, ett påskyndat omhändertagande och följaktligen nöjdare patienter utan ökade kostnader [2,3].

Utbildning

Patientsäkerhetslagen kräver för legitimation som kiropraktor minst fyra års utbildning samt ett års praktisk tjänstgöring. Många utbildningar är idag fem år. Det stora flertalet av Sve-

riges drygt 800 legitimerade kiropraktorer har utbildats vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i Solna, Syddansk Universitet i Odense eller i Storbritannien, där den första Europeiska utbildningen etablerades 1965. Kiropraktorutbildningen vid Syddansk Universitet är med sin integrerade struktur en förebild för den moderna kiropraktorutbildningen. Kandidatdelen samläses med de medicinstuderande och programmet leder efter fem år till en masterexamen i klinisk biomekanik. Det avslutande året utgörs till stor del av multiprofessionell bedömning av komplicerade ryggpatienter på landets största ryggcenter.

Kiropraktortbildningen är inriktad på att utbilda experter som bidrar till att förebygga, diagnostisera och behandla besvär i hela rörelseapparaten men med ett fokus på ryggradsrelaterade besvär. Personer med ländryggssmärta lever ofta med skov under livet och söker sig oupphörligen runt i sjukvårdssystemet, den genomsnittliga tiden från debut till diagnos för patienter med inflammatorisk spondylopati är idag sju år och den psykosociala arbetsmiljön är avgörande för rygghälsan. Hög kompetens inom diagnostik, utvärdering av arbetsplatser, koordinering av insatser och kunskap om hur patienter följs över tid är exempel på vad som kommer att krävas av experter på rygghälsa och ryggradsrelaterade besvär för att möta utmaningen bakom den nedslående statistiken. Det är riktningen för den moderna kiropraktorutbildningen.

Ryggbesvär är till skillnad från den vanligen förekommande uppfattningen inte alltid begränsade i tid och självläkande. Istället vet vi idag att besvären återkommer i skov och att hälften av de drabbade fortfarande har besvär efter tolv månader. Vårdens roll för dessa patienter blir i framtiden inte att ge bot utan hjälp till självhjälp men också att vid behov minska inverkan på livet genom snabba och effektiva insatser.

Det kiropraktiska omhändertagandet

Enligt internationella studier söker kiropraktorpatienter i det närmsta uteslutande hjälp för muskuloskeletala besvär och huvudvärk, varav 70 % för rygg- och nackbesvär.

Kiropraktorn ställer diagnos och utarbetar tillsammans med patienten en behandlingsplan mot bakgrund av inhämtad sjukdomshistoria och klinisk undersökning med ortopediska och neurologiska tester. I den kliniska undersökningen används även speciella palpationstekniker. Spänningar, ledrörlighet och förändrat rörelsemönster kartläggs. En funktionsanalys görs för att utvärdera patientens balans, muskelkontroll och förmåga att utföra vardagliga rörelser. Funktionsanalysen används även för uppföljning som ett komplement till patientens egen upplevelse av förändring. Patientens fysiska lidande och smärtor bedöms i förhållande till psykosociala faktorer som arbetssituation, sociala förhållanden och reaktionsmönster.

En kiropraktor ska att utifrån bedömningen applicera evidensbaserade interventioner, vid behov i interaktion med övriga professioner inom hälso- och sjukvården. En frekvent missuppfattning är att kiropraktik enbart är likställt med manipulationsbehandling. Även om kiropraktisk spinal manipulation är en vanligen använd intervention brukas samtidigt andra manuella metoder som mjukdelsbehandling och nervmobilisering. Därtill är rehabiliterande övningar självklara som en del av omhändertagandet precis som patientutbildning, rådgivning och ett aktiverande förhållningssätt.

Cirka 1-3 procent av alla patienter med ländryggsbesvär behöver fortsatt utredning för misstanke om allvarlig patologi eller tillstånd som ledsjukdom. Patienten remitteras då till husläkare eller motsvarande.

Spinal leddysfunktion

Bedömning av spinal ledfunktion är en del av den kiropraktiska undersökningen. Leddysfunktion kan uppkomma av en rad orsaker som diskogena besvär eller hyperton muskulatur från statiskt arbete eller stress. Den spinala leddysfunktionens effekter är grund för diskussion inom professionen. Framförallt gäller detta dess grad av påverkan på nervsystemet.

Den rådande kiropraktiska teorin innebär att om leden av någon anledning rör sig suboptimalt förändras signalerna mellan led, muskler och nervsystem. Dysfunktionen aktiverar

nociceptorer som påverkar muskelaktiveringen negativt vilket minskar kroppens förmåga att stabilisera ryggen. En kiropraktisk ledmanipulation sträcker snabbt och kontrollerat musklerna och ledkapslarna vilket stimulerar mekanoreceptorer och bidrar till en förbättrad rörlighet och således förbättrad eller normaliserad kommunikation mellan strukturerna.

Den spinala leddysfunktionens effekter studeras inom viss grundforskning. Bland annat studeras påverkan på smärtkänslighet och neurofysiologiska effekter på det centrala nervsystemets förmåga att integrera information. Studier pekar exempelvis mot att proprioceptorisk förmåga kan påverkas av spinal leddysfunktion. Den kliniska betydelsen av detta är dock ännu oklar [4].

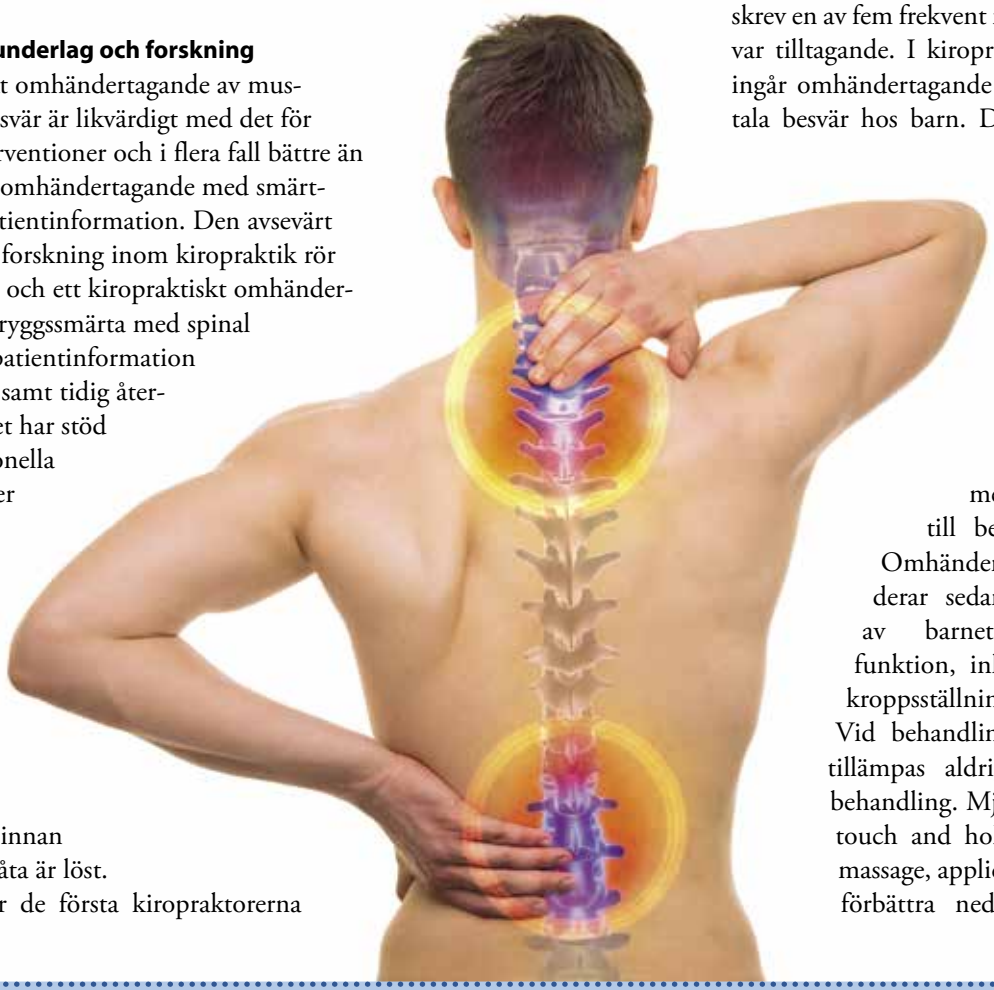
Vetenskapligt underlag och forskning

Ett kiropraktiskt omhändertagande av muskuloskeletala besvär är likvärdigt med det för vedertagna interventioner och i flera fall bättre än ett traditionellt omhändertagande med smärtstillande och patientinformation. Den avsevärt största delen av forskning inom kiropraktik rör ländryggsbesvär och ett kiropraktiskt omhändertagande av ländryggssmärta med spinal manipulation, patientinformation och motivation samt tidig återgång till aktivitet har stöd i flera internationella kliniska riktlinjer [5,6.] Det vetenskapliga stödet för interventioner vid ryggbesvär är generellt svagare än önskvärt och mycket återstår innan ryggbesvärens gåta är löst.

I Sverige har de första kiropraktorerna disputerat men antalet är ännu begränsat till fem. Med en statlig utbildning är Danmark däremot ledande inom kiropraktisk forskning. Pågående forskning inkluderar bland annat longitudinella epidemiologiska studier, manipulationsbehandling för patienter med muskuloskeletala bröstsmärtor som söker kardiologhjälp och studier om utvecklingen av ryggsmärta hos barn.

Barn och ungdomar – Den viktigaste utmaningen?

Även barn och ungdomar behandlas hos kiropraktorer. Kunskapen om muskuloskeletala besvär hos barn är allmänt låg inom vården, men ny forskning från Danmark visar att prevalensen är betydande [7]. Av tonåringar i åldern 13-15 år beskrev en av fem frekvent ryggont som också var tilltagande. I kiropraktorutbildningen ingår omhändertagande av muskuloskeletala besvär hos barn. Dessutom ges idag masterutbildning i muskuloskeletal hälsa hos pediatriska patienter. Primärt är som alltid att säkerställa att inga medicinska orsaker till besvären föreligger. Omhändertagandet inkluderar sedan en bedömning av barnets biomekaniska funktion, inkluderat hållning, kroppsställning och rörlighet. Vid behandling av yngre barn tillämpas aldrig manipulationsbehandling. Mjuka rörelser kallat touch and hold, att likna med massage, appliceras istället för att förbättra nedsatt biomekanisk



VEM ÄR TOBIAS LAURITSEN?

Tobias Lauritsen, M.Sc. (Chiro), är utbildad vid Anglo-European College of Chiropractic, Stobritannien. Han är vid sidan om uppdraget som ordförande för Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation verksamhetschef vid en primärvårdsrehabilitering inom Praktikertjänst i Stockholm. På uppdrag av Stockholms läns landsting samverkar på mottagningen kiropraktorer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter i omhändertagandet av patienter med bland annat besvär från rörelseorganen. Han är också ordförande för Alliansen för Rörelseorganens Sjukdomar (ARoS), en förening bestående av patientföreningar och professionsförbund som verkar för att öka kunskapen om och insatserna mot muskuloskeletala besvär.

funktion. Föräldrarna instrueras sedan i hur de kan stimulera barnets rörelsemönster.

Muskuloskeletala besvär hos barn är i stort behov av forskning. Det faktum att prevalensen för rygg- och nackbesvär hos barn är högre än vad som tidigare antagits, att tidiga besvär förvärras och att många människor genomlider ryggbesvär under en stor del av sin livstid måste mötas med kunskap om hur dessa besvär uppkommer och hur de effektivt kan förebyggas eller bromsas. Precis som med andra stora folksjukdomar är det redan i tidig ålder vi måste börja att göra rätt.

Samlas vårdens professioner och gemensamt bidrar med sin kompetens till pusslet finns med all sannolikhet goda förutsättningar att möta utmaningen och vända utvecklingen vad gäller människors lidande från rygg och nacke.

Tobias Lauritsen
Ordförande, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation
www.lkr.se

REFERENSER:

1. Waddell G: A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine 1987 ; 12 : 632 – 44
2. SINTEF:s rapport (STF78 A034514); 2003.
3. http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=24-04-2013/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_14_Bilag_1_.pdf
4. Haavik H, Murphy B: The role of spinal manipulation in addressing disordered sensorimotor integration and altered motor control. Journal of Electromyography and Kinesiology; 2013, 22(5), 768-77.
5. European Back Pain Guidelines , www.backpaineurope.org
6. NICE guidelines; 2016
7. Aartun E, Hartvigsen H, Wedderkopp N, Hestbaek L.: Spinal pain in adolescents: prevalence, incidence, and course: a school-based two-year prospective cohort study in 1,300 Danes aged 11-13. BMC Musculoskeletal Disorders 2014, 15:187 doi:10.1186/1471-2474-15-187.

Annons

www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/06/07/dags-att-ta-fram-katastrofplaner-for-primarvarden/

Dags att ta fram katastrofplaner för primärvården!

För katastrofsituationer i primärvården finns ingen anledning att invänta direktiv "uppifrån". Katastrofplaner är en del av arbetsmiljöarbetet. De kan initieras av chefer och skyddsombud. Vi anser att det är varje chefs skyldighet att upprätta en katastrofplan för sin egen verksamhet och varje skyddsombuds skyldighet att driva frågan.

Primärvården är idag mycket mer sårbar än vad de flesta insett. På några månader kan en vårdcentral förlora en stor del läkarstyrkan – en går i pension, någon blir barnledig, en annan blir sjuk. När detta inträffat är man i ett läge där det kan vara omöjligt att rekrytera läkare av något slag. Den medicinska säkerheten sätts på spel.

Specialister i allmänmedicin har stora möjligheter att välja arbetsplats när det fattas 1 400 allmänläkare [1]. Självklart väljer man en välfungerande vårdcentral framför en dåligt fungerande. Icke-specialisterna väljer en vårdcentral där de kan få handledning av specialister.

Idag drivs en del vårdcentraler huvudsakligen med hyrläkare. På andra håll kan man inte ens rekrytera sådana. Tjänsterna står obemannade. Till yttermera visso saknas distriktssköterskor och sjuksköterskor.

Läkare på vårdcentraler har under de senaste 30 åren fått allt fler arbetsuppgifter. De allt sjukare och allt mer komplext sjuka patienterna, som lever allt längre, remitteras av sjukhusets läkare till primärvårdens allmänläkare.

Den allmänt accepterade riktlinjen är sedan många år 1 500 listade för en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin. Med tanke på alltfler äldre, multisjuka och vårdtunga patienter, och med berättigade önskemål om höjd vårdkvalitet, vore 1 000 per allmänläkare mer rimligt, en normal siffra i Norge.

På Kåge-Moröbacke vårdcentral i Skellefteå har man idag 5 000 invånare per allmänläkare [2]. Det är siffror som påminner om 70-talet, då patientunderlaget, arbetsuppgifterna och de medicinska möjligheterna var helt annorlunda. Nu står man inför en sommar då man inte ens har en hyrläkare åt 16 000 invånare [3].

Ett antal så kallade resurstrappor har tagits fram [4, 5]. Gemensamt för dem är att primärvården successivt måste begränsa sitt medicinska åtagande när antalet listade per allmänläkare drar iväg över 1 500.

Vi vill uppmana varje vårdcentral att, som en del av arbetsmiljöarbetet, upprätta en katastrofplan för en situation med låg eller ingen allmänläkarbemanning.

Den dag man plötsligen står där med begränsad läkarresurs ska man veta precis hur man ska handla. Vilka patienter ska prioriteras? Vart ska övriga patienter remitteras eller hänvisas? Hur rationaliseras och omfördelas arbetsuppgifter? Vilka samarbetspartners ska informeras om läget? Hur informerar man patienter, allmänhet och politiker/finansiärer?

Vi är övertygade om att bara vetskapen om en katastrofplan gör att läkare och övrig personal känner sig tryggare. Läkaren kommer inte att förväntas göra samma arbetsuppgifter när hen har hand om flera tusen individer. Man slipper oroa sig för den medicinska säkerheten då man vet att patienterna blir omhändertagna med rimlig patientsäkerhet, om än inte med önskvärd kvalitet. Förbättrad psykosocial arbetsmiljö kan göra att återstående personal orkar fortsätta arbetet. Kanske kan vissa lockas tillbaka till primärvården.

När man introducerar katastrofplaner blir det en signal till verksamhetsledningen på olika nivåer och till politiker om att läget är prekärt och kräver åtgärder.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör AllmänMedicin, f.d. skyddsombud

Robert Svartholm
Huvudskyddsombud, f.d. vårdcentralschef

Bertil Hagström
F.d. vårdcentralschef och medicinsk ansvarigt

REFERENSER:

1. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Sveriges Läkarförbund 2013. https://www.slf.se/Pages/62655/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20l%C3%A4karbemanning_rapport_mars2013.pdf
2. Vårdcentralschef avsäger sig arbetsmiljöansvaret. Läkartidningen 2016;113: DZTH. http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/04/Vardcentralchef-avsager-sig-arbetsmiljoansvaret/
3. Här varnas läkare för att jobba. SVT Västerbotten 25.4.2016. http://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasterbotten/har-varnas-lakare-for-att-jobba
4. Svartholm R. Prioriteringar i praktiken. AllmänMedicin 2014;2:42-43.
5. Eckerman I. Resurstrappor. AllmänMedicin 2014;2:44.

Annons

Annons

Översiktlig historik avseende utvecklingen av primärvården och samverkan mellan kommun och landsting – del 2

Vi har fått se utredning efter utredning av kloka personer som ser behovet av en utbyggt primärvård så varför har det varit och är så svårt att åstadkomma detta????

Primärvården har bytt huvudman

Genom provinsialläkarreformen 1963, mentalsjukvårdsreformen år 1967 då ansvaret för den slutna mentalsjukvården överfördes till landstingen samt besluten om huvudmannaskapsförändringar för Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska sjukhuset i Stockholm vid inledningen av 1980-talet kom så gott som all hälso- och sjukvård att ligga under landstingskommunalt huvudmannaskap.

7-kronorsreformen

Även den så kallade sjukronorsreformen 1970 utökade landstingens ansvar då landstingen även fick ansvar för öppenvården på sjukhusen. Före reformen var landstingen främst ansvariga för den slutna vården på sjukhusen. Överläkarna på sjukhusen var i sin egenskap av slutenvårdsläkare anställda hos landstingen, men de hade möjlighet att ha både egen öppenvårdsmottagning och privata inneliggande patienter. Genom avtal och lagstiftning reglerades och begränsades dessa möjligheter successivt under åren 1945–1960. Denna verksamhet finansierades med patientavgifter och det fanns sedan 1955 en obligatorisk sjukförsäkring som innebar att patienten fick betala doktorn hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök och sedan vända sig till Försäkringskassan för att få tillbaka den fastställda statliga subventionen för sin utgift. Sjukronorsreformen innebar att patienten fick betala en nettoavgift på 7 kronor (15 kronor för hembesök), och vårdgivaren skulle få återstoden av kostnaden från försäkringskassan. För landstingen kan sjukronorsreformen beskrivas som att landstingen fick kontroll över hela verksamheten vid sjukhusen vilket skapade andra förutsättningar för att planera och dimensionera helheten.

Det fanns för många läkare ett symbolvärde i att läkaren uppbar besöksavgiften direkt från patienten och betalade huvudmannen ersättning för utnyttjande av lokaler, utrustning och personal. Läkaren var oberoende yrkesutövare. För sjukhusläkarna innebar reformen att de blev heltidsavlönade tjänstemän där lönen reglerades i avtal mellan landstingen och Läkarförbundet. I praktiken innebar detta innebar en kraftig förändring av läkarnas avlöningssystem. Tidigare hade en stor del av de flesta läkares inkomster kommit från öppenvårdsbesöken, och läkaren fick betalt per mottagen patient. Efter reformen betalade patienten ett fast pris till huvudmannen (landstinget) och alla läkare fick en fast lön som inte påverkades av antalet patienter som läkaren tog emot. **”Reformen hade som effekt att många patienter som haft långvarig kontakt med specialister på sjukhusen hänvisades till provinsialläkare (sedermera distriktsläkare). Den kom i ett läge då primärvården var starkt underdimensionerad för att klara uppgiften.”** Sjukronorsreformen tog bort ett incitament för läkare att tänja sig lite extra för efterfrågade konsultationer. Man blev snabbare med att hänvisa till jourläkare eller någon annan mottagning. Även jourpassen, som tidigare varit en viktig inkomstkälla för många läkare, upplevdes nu betydligt tyngre. Ekonomiska incitament med prestationsersättning som en del av lönen är således inget nytt fenomen i sjukvården.

Primärvården under 1970-talet

De flesta vårdcentralerna hade under 1970-talet svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna, och bristen på distriktsläkare var mycket stor. Antalet tjänster hade visserligen ökat till 1 700 – motsvarande en läkare per 4 800 invånare – men nästan hälften av tjänsterna saknade ordinarie innehavare och många var helt vakanta.

Institutioner med professorstjänster i allmänmedicin har efter hand inrättats vid de sex universitet som har ansvar för läkarutbildningen, och allmänmedicin har införts som ett särskilt ämne i alla läkares grundutbildning. Forskning kom igång inom allmänmedicinen. Vid vissa vårdcentraler skapades FoU-enheter för forskning och utveckling. **I överensstämmelse med riktlinjerna i öppenvårdsprogrammet beslöt riksdagen år 1969 att i samband med en läkarutbildningsreform dels god-**

känna inrättandet av en vidareutbildningslinje för läkare i öppen vård, dvs. det som senare kom att kallas allmänmedicin, dels att förstärka grundutbildningen av läkare i detta ämne. I den fortsatta fördelningen av platser för läkare under vidareutbildning borde, ansåg riksdagen, särskild uppmärksamhet ägnas behovet av utbildningsplatser i allmänmedicin.

Åter ett förslag att primärvård ska vara grunden i sjukvården

Socialstyrelsen presenterade 1976 Principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS-80 Socialstyrelsen anser 1976:1). Rapporten innehöll en ideskiss över strukturen för den framtida hälso- och sjukvärden. I detta arbete utmejslades en primärvårdsfunktion som en tydlig bas i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen. Primärvårdsfunktionen ska omfatta all individuell hälsovård och i princip all sjukvård, som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. **Allmänmedicinens avgränsning och uppdrag blev här mycket otydligt, och en rad specialiteter gjorde anspråk på att bedriva primärvård.** I programskrifterna från 1968 och 1976 betonades vissa huvudprinciper som blivit kända som primärvårdens honnörsord: helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

Primärvårdens ställning i HSL – ingen reglering av organisatoriska former

I regeringens proposition (1981/82:97) Hälso- och sjukvårdslag, m.m. tog det föredragande statsrådet fasta på utredningsresultaten.

> *Övervägande skäl talar för att begreppet primärvård används för den lokala hälso- och sjukvården. Primärvård är en väl inarbetad benämning, som också är internationellt vedertagen. Det är angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriteras.*

HS-90 avlämnade i augusti 1984 sin huvudrapport *Hälso- och sjukvård inför 90-talet m.m.* (SOU 1984:39). I denna slogs fast att hälso- och sjukvårdslagen från 1983 ställde nya krav på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården. I förarbetena till lagen underströks nödvändigheten av att hälso- och sjukvårdens resurser måste omfördelas för att den avsedda inriktningen av vården skulle kunna genomföras. **HS-90 hänvisade därvid också till sin uppfattning om att huvudmännen i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården.**

> *Primärvården är den del av landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation som är förlagd utanför sjukhus. Primärvården har – enligt motiven till hälso- och sjukvårdslagen – ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en kommun eller kommundel. Den har goda förutsättningar att tillgodose krav på närhet, tillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som ett befolknings- och samhällsperspektiv och kan bygga upp en samlad kunskap om befolkningens hälsovillkor och hälsoproblem.*
>
> *Landstingens primärvårdsorganisation har vidare en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vårdgivarna inom området.*
>
> *Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandahålls genom t.ex. företagshälsovård eller skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsätts i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandahålla ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov. Viktiga delar av denna verksamhet är en väl täckande jourverksamhet, hembesök vid akut sjukdom och en väl utbyggd hemsjukvård.*

Förslagen till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen liksom vad som anfördes om riktlinjer för primärvården i propositionen godkändes av riksdagen. Primärvården har som framhållits ett förstahandsansvar för befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården.

Primärvården under 1980-talet

Från början av 1960-talet till början av 1970-talet hade det totala antalet läkarstationer/vårdcentraler minskat från knappt 800 till cirka 700. Detta var ett uttryck för den centralisering som ägt rum i samband med den nya kommunindelningen, men också för tendensen att i de

större tätorterna bygga stora vårdcentraler med uppemot 10–15 läkartjänster. Utbyggnad av vårdcentralerna från 1970- talet och framåt skedde inte likformigt över landet. Gemensamt var dock under lång tid en områdesbaserad verksamhet kring vårdlag och med en distriktsläkare som vårdcentralschef. Under hela 1980-talet eftersträvade man att bygga mindre vårdcentraler med högst 3–4 läkare. I mitten av 1980-talet hade mer än 60 % av vårdcentralerna 2–4 läkare. En period på 1980-talet bildades ibland mycket stora vårdcentraler med 10–15 läkare eller fler, vilket så småningom upplevdes som otympligt, och en uppdelning skedde i mindre och mer självständiga vårdlag. Flera vårdcentraler kunde gemensamt ledas av en distriktsöverläkare, senare under 1980-talet kallad chefsöverläkare. Denna benämning övergick efter lagändringar till titeln verksamhetschef. Denne behövde inte vara läkare, och inom primärvården har det blivit allt vanligare att en sjuksköterska, sjukgymnast och person ur annan yrkeskategori utses till verksamhetschef.

På många vårdcentraler tillkom efter hand på 1980- och 1990- talen specialinriktade sjuksköterskor inom främst diabetes, hypertoni, astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Berörda patienter kunde på dessa sköterskemottagningar få stöd, övervakning och vägledning mellan läkarbesöken, vilka därmed kunde glesas ut. Ofta hade en allmänläkare med fördjupad kunskap inom respektive område ett speciellt ansvar för verksamheten.

De alltför få distriktsläkarna, som hade stora svårigheter att hinna med angelägen basal sjukvård, upplevde de nya kraven och förväntningarna mycket frustrerande.

Antalet tjänster för distriktsläkare ökade under 1980-talet till 3 000, men en tredjedel av tjänsterna var vakanta. Avhoppen var stora både från tjänsterna och under utbildningen. Inom Sveriges läkarförbund tog man fram ett förslag om hur arbetet skulle bli mer stimulerande och attraktivt. Viktiga inslag var att göra arbetet mer omväxlande genom att regelbundet lägga in andra uppgifter och inte enbart ha mottagningsarbete. Uppdraget måste också avgränsas.

Annons

Trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården hade i praktiken fortsatt satsning inriktats på sjukhusbaserad vård. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 procent av samtliga specialistkompetenta läkare. I andra länder var motsvarande siffror till exempel i Norge 30 procent och i England 40 procent.

Trots den relativt positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet har det varit svårt att uppfylla de ökade anspråken på den. Det är också svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet, framför allt inom de glest bebyggda delarna av landet. Uppemot en tredjedel av de inrättade läkartjänsterna var under 80-talet vakanta eller uppehålls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Undersökningar har också visat att antalet avgångar från både vidareutbildning i allmänmedicin och yrkesverksamhet som distriktsläkare är relativt högt.

Primärvården under 1990-talet

Antalet allmänläkare ökade långsamt under 1990-talet till 4 250 år 1998 och de flesta tjänstgjorde vid någon av de omkring 1 100 vårdcentralerna med i genomsnitt fyra allmänläkare vid varje. Andelen kvinnor hade vid denna tidpunkt ökat till 40 procent., Många distriktsläkare arbetade deltid, och antalet invånare per heltidstjänst uppgick till mellan 2 000 och 3 000. Den önskvärda bemanningen angavs nu till i genomsnitt 1 500 invånare per läkare. Motiveringen till ökad läkarbemanning var de mer krävande uppgifterna med en åldrande befolkning, där allmänläkaren har fått ta ett betydande medicinskt ansvar med utredning och även uppföljning efter sjukhusvård av multisjuka patienter med komplicerad behandling.

Vårdcentralerna blev gradvis blivit mer välutrustade och vissa större vårdcentraler har röntgenutrustning, framför allt i glesbygd där allmänläkarens akutvårdsansvar är större. Under 1990-talet infördes datorjournaler vid de flesta vårdcentralerna.

Försök med kommunal drift resp. huvudmannaskapförprimärvård

Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom

Annons

Vart tog den utbyggda primärvården vägen? *www.fotolia.se*

hälso- och sjukvårdens område öppnades möjligheter för de kommuner som ingick i det s.k. frikommunförsöket att på försök helt eller delvis bedriva primärvård i kommunen, men med bibehållet huvudmannaskap för landstinget. Av uppföljningen framgår att handlingsplanen med dess olika komponenter haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling och att landstingen inte har lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin.

Husläkarreformen

Husläkarreformen infördes 1994 och syftade till att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. Husläkarreformen innebar inte bara en valfrihet för patienten att välja läkare. Det innebar också etableringsrätt för läkare och sjukgymnaster, vilka ersattes enligt en nationell taxa. När reformen startade 1994 fanns 4 188 läkare registrerade, vilket då var en oväntat hög siffra med tanke på den tidigare låga bemanningen av distriktsläkare. Iden om husläkare hade i princip ett starkt stöd i landet. I flera landsting hade man redan tidigare infört en frivillig listning. Reformen var dock inte oproblematisk i primärvården. Reformen innebar att det tidigare områdesansvaret ersattes av patientens möjlighet att lista sig vilket förändrade förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna, som hade sina områden, medan husläkarens patienter kunde komma från andra geografiska områden. Möjligheten att arbeta i vårdlag runt patienter komplicerades (Larsson & Szebehely, 2006).

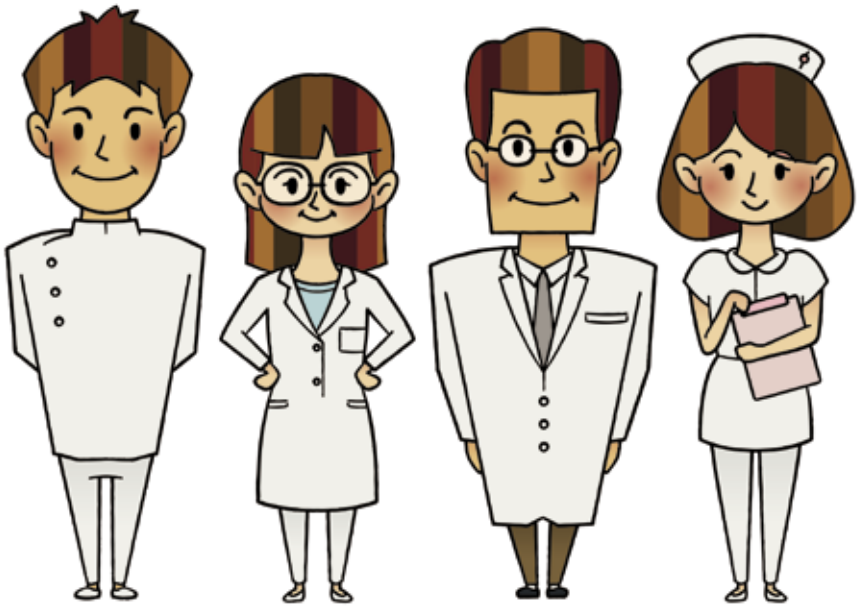
Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen 1994 och ersattes med ett tillägg till HSL om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare. Listningsförfarande finns fortfarande kvar även om lagregleringen ser annorlunda ut. I tillägget till HSL angavs även en ny definition av primärvård med följande formulering: ”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Begreppet primärvård står nu inte längre för en organisationsform utan betecknar en vårdnivå.

Primärvården under 1990-talet påverkades inte bara av husläkarreformen och de stora reformerna, ädelhandikapp och psykiatrireformen. Den ekonomiska krisen under 1990-talet spelade också en stor roll för de effektiviseringar och förändringar som påbörjades bland sjukhusen kring mitten av 1990-talet. Dessa förändringar mer eller mindre tvingade fram en förändrad syn på den öppna vården utanför sjukhusen. Mer och mer avancerad vård görs i öppna former, delvis dessutom av kommunerna, vårdtiderna har förkortats och akutmottagningarna är färre. I växande grad fanns också en insikt om att primärvården kan ge lika bra eller bättre vård av vanliga sjukdomar och inte enbart ska betraktas som ett billigare alternativ till annan specialistvård.

Vårdvalsreformen

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. Vårdvalsreformen bygger på idéer från den husläkarreform som trädde i kraft 1994, men som revs upp efter regeringsskiftet samma år. **Upphandling enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen (2007:1 091) om offentlig upphandling att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav på primärvård fritt får etablera sig.** Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

Utredningen som låg till grund för vårdvalsreformen, (Vårdval i Sverige SOU 2008:37) innehöll förslag om **”ett nationellt grunduppdrag för primärvården”**. Landstingen skulle sedan få komplettera grunduppdraget utifrån sina lokala förutsättningar och på så sätt forma egna vårdvalssystem. Förslaget syftade till att ge en mer likartad primärvård över hela landet och ett tydligare offentligt åtagande. Utredningen menade också att nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav skulle gynna kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt skulle dessutom kunna tydliggöras nationellt samtidigt som vårdgivarna fick lika regler att verka inom. Utredningens ambition var alltså att vårdvalssystemen skulle vara relativt lika i hela landet. Regeringen såg fördelar med att göra vårdvalssystemet enhetligt över landet, framför allt eftersom en enhetlig modell på ett bättre sätt kunde bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Många landsting var dock kritiska och såg det som en inskränkning av det kommunala självstyret. De gavs därför stor frihet att på egen hand utforma sina vårdvalssystem. Vad primärvården närmare omfattar definieras alltså även fortsättningsvis av respektive landsting som beslutar om dels krav och villkor som ska ställas på utförare av primärvård, dels ersättningens utformning. Landstingen har stor frihet att själva utforma vilka tjänster som ska ingå samt vilka krav och villkor som ställs på vårdgivarna. Landstingens krav får dock inte strida mot lagar eller föreskrifter som statliga myndigheter utfärdat.



Vilken doktor ska jag välja? *www.fotolia.se*

Samverkan

Mot bakgrund av behovet av en likvärdig behandling i hela landet skrev regeringen i propositionen att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Riksdagen delade regeringens ståndpunkt. Regeringen avsåg att följa detta arbete noggrant och aktualisera frågan i de löpande kontakterna med SKL.

Vårdgaranti

Primärvården omfattades av den överenskommelse om vårdgaranti som fanns mellan regeringen och SKL mellan 1996 och 2010. Från den 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i stället i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande tidsgränser är de samma som beslutades om i regeringens och SKL:s överenskommelse 2005. Enligt bestämmelserna har landstingen ansvar för att vårdgarantins tidsgränser uppnås. De angivna tidsgränserna innebär att en enskild person som söker kontakt med primärvården ska få kontakt samma dag, (tillgänglighetsgarantin) och ett läkarbesök inom 7 dagar från det att man har sökt kontakt med primärvården, förutsatt att vårdgivaren har bedömt att personen behöver besöka läkare (besöksgarantin).

Uppföljningar

Vårdvalsreformen och vårdgarantin har granskats och följts upp från olika håll sedan dess införande och utredningen kan konstatera att det finns många olika uppfattningar om dessa båda reformers för- och nackdelar. Sammantaget kan dock sägas att vårdvalsreformerna inte haft någon påtaglig effekt på hälso- och sjukvårdens eller primärvårdens övergripande struktur. Primärvården bedrivs ungefär på samma sätt som före reformen. Förekomsten av innovationer utöver förändrade öppettider är hittills begränsade. Även om vårdvalsreformerna lett till förbättrad tillgänglighet för flertalet individer finns frågetecken kring fördelningseffekterna. De studier som hittills genomförts indikerar att de som tjänat mest på vårdval i primärvården är befolkningen i allmänhet, snarare än vårdtunga patienter.

Vårdvalsreformens syfte, att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbe-

Annons

hov bygger på olika logiker. Efterfrågestyrning innebär att marknaden erbjuder de lösningar som flest kunder efterfrågar. När efterfrågan på vård fått styra har konsumtionen av primärvård blivit större för relativt friska patienter från gynnade samhällsgrupper. De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter en aktör med makt och mandat, det vill säga motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Riksrevisionen anför att inget landsting lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Riksrevisionen konstaterade vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad. Ökningen av privata vårdgivare inom den offentligt finansierade primärvården verkar inte ha stimulerat utvecklingen av nytänkande så som det var tänk när reformen infördes. Som förklaring anges att kraven från staten och landstingen troligen varit alltför styrande och att utvecklingen av nya arbetssätt då hämmats. Landstingens och statens styrning påverkar i allt för hög grad hur olika åtgärder ska utföras och vem som ska utföra dem och vårdgivarna hindras därmed från att själva utforma verksamheten så effektivt som möjligt.

Riksrevisionen lyfte också problematiken runt ersättningssystemen och konstaterar att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten. Diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting vilket verkar ha påverkat diagnossättningen i dessa landsting. En risk till följd av detta är att patienter får irrelevanta diagnoser vilket i sin tur kan påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Att patientens val kan få ekonomiska effekter och att detaljstyrningen ökar innebär att andra faktorer än de rent medicinska påverkar personalens möte med patienten. Ersättningssystemen kan således försvåra för vårdpersonalen att fokusera på patientens vårdbehov och det patienten vill förmedla vid sitt besök. När skevheter i ersättningssystem uppdagas gör landstingen korrigeringar som ofta leder till nya detaljerade krav. Ju mer komplext ersättningssystemet är, desto mer tid krävs för återrapportering. Detta resulterar i ökad administration för vårdpersonalen på bekostnad av tid för patienten. Prismekanismerna ökar också risken att den vård som ges och registreras manipuleras i syfte att öka ersättningen.

Samverkan mellan huvudmännen har utretts. Och utretts igen

Det är svårt, för att inte säga omöjligt att överblicka alla utredningar som berör socialtjänst och hälso- och sjukvård såväl inom ramen för Statens offentliga utredningar, som myndigheter, organisationer och andra. Vissa berör samverkan mellan huvudmännen på ett mer generellt plan och andra utredningar har fokuserat på vissa grupper som behöver samverkande organisationer. Andra utredningar har berört ett visst moment, t.ex. utskrivning från sluten vård.

Slutord

Man kan inte räkna alla de utredningar som gjorts om primärvård i Sverige och nu har vi fått ytterligare en bra och insiktsfull utredning i ”En effektiv vård”. Ska nu primärvården även i vårt land få det erkännande och den plats den förtjänar?

Texten i sin helhet kommer att läggas ut på hemsidan: www.distriktslakaren.se

Annons

I förra numret beskrevs ett program som Distriktsläkarföreningen tagit fram i samarbete med Martin Rödholm för att minska hyrläkarberoendet. Enligt Dagens medicin nr 1 är programmet nu taget av SKL. Vi är mycket glada att åtskilliga av våra synpunkter kommit med i programmet. Vi publicerar här en kortversion av vårt program, fullständig text hittas på vår hemsida www.slf.se/svdlf **/Redaktören**

Distriktsläkarföreningens översättning av 60-punktsprogrammet för att minska beroendet av hyrläkare inom psykiatri som tagits fram inom projektet Oberoende av inhyrd personal som drivs av Landstings- och regiondirektörsnätverket.

”60-punktsprogram” för primärvården – för att minska beroendet av hyrläkare

Här nedan följer en uppräkning av åtgärdspunkter som Distriktsläkarföreningen rekommenderar till de landsting/regioner som arbetar med att minska beroendet av inhyrda läkare inom primärvården. Det är en översättning och anpassning av det så kallade ”60-punktsprogram” som tagits fram inom specialistpsykiatrin på nationell nivå.

Vid några av punkterna har vi också preciserat checkpunkter av särskilt intresse för att belysa att landstinget/regionen aktivt arbetar med frågan. Som bilaga finns en tabell med dessa punkter. Tabellen kan med fördel kompletteras efter lokala behov. Det kan gälla exempelvis namn/kontaktvägar till ansvariga, eventuell budget, tidsmål för respektive punkt, riskskattningar vid utebliven hantering av punkten osv.

Vårdgivaren har ett stort ansvar i arbetet med att minska beroendet av hyrpersonal. De landsting/regioner som tar frågan på allvar kan visa upp skriftliga belägg för att checkpunkterna är tillgodosedda. *Saknas skriftligt underlag på någon av punkterna så är det svårt att samtidigt påstå att man som vårdgivare verkligen menar allvar med att minska beroendet av hyrläkare.*

Om checkpunkterna finns avbockade eller åtminstone tydligt med i den aktuella åtgärdsplanen, så är en utfasning av hyrläkare realistisk. Inom psykiatrin har man också angivit s.k. ”stoppdatum” för inhyrning av personal. För att få en lämplig framförhållning för ett stoppdatum behövs en tidshorisont som inte är så kort att den är orealistisk (t.ex. inom 1 år), men heller inte så långt bort att den nästan inte driver någon till att arbeta med åtgärderna (t.ex. gränsen 4 år bort). En gyllene medelväg har inom psykiatriarbetet uppfattats som 2½ år fram. Det är en tidsgräns som ger både realism och driv framåt för att nå målet med ett minskat beroende av inhyrd personal.

Åtgärdspunkterna har delats in i olika områden enligt nedan.

1. Attraktiv arbetsplats
En förutsättning för en attraktiv arbetsplats är ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och anpassning utifrån aktuell bemanning.

2. Dimensionering
Det behövs en plan för dimensionering nationellt, regionalt samt lokalt på vårdcentralsnivån. Den regionala/lokala planen skulle ha stor nytta av att det fanns en nationell kompetensförsörjningsplan som underlag.

3. Rekrytering
Planen bör innehålla möjlighet att ersätta vakanser (p.g.a. graviditet, forskning etc.). Att erbjuda erfarna läkare ”trohetsbonus” är både rekrytering i sig och förebygger ökat rekryteringsbehov. Sök lokala lösningar, t.ex. att stanna kvar som handledare.

4. Ersättningsfrågor
Satsning kan göras på högre löneläge för specialiteter med brist och som arbetar aktivt med utfasning av hyrläkare. Högre löneläge bör accepteras på orter som av någon anledning uppfattas som mindre attraktiva. Möjlighet bör finnas till löneväxling och pensionsinbetalning som del av ersättningen. Att få resa på arbetstid, särskilt om det är från huvudarbetsplats till svårbemannade orter inom den definierade kliniken, ska accepteras.

5. Nya arbetssätt
Planering bör göras för jämnare arbetsbelastning och smidigare flöde. Teamarbetet bör göras effektivt och utbildningar i vem som gör vad behövs. Hur ska behovet av läkartid kunna minskas eller tillgången ökas?

6. Samarbete inom/mellan landsting/regioner
Det behövs en landstings-/regionsgemensam grupp som följer åtgärdsplanen för läkarbemanning, bestående av åtminstone verksamhetschefer, läkarchefer och HR-chefer.

7. Fortlöpande uppföljning
Kontinuerlig granskning av nyckeltal under projektets gång.

Distriktsläkarföreningen säljer advertorials?

Både läkare och allmänhet överöses med allehanda budskap som försöker tränga igenom informationsbruset. Eftersom vår skepsis är större mot ren reklam är det allt vanligare att det fabriceras advertorials med reklam som vill se ut som oberoende journalistik, eller artiklar som är sponsrade av företag utan att det tydligt framgår. Men det är trist att även min yrkesförenings tidskrift Distriktsläkaren hamnar i denna journalistiska gråzon.

Den märkligaste av de reklamfinansierade tidskrifter som gratis sänds till min arbetsplats är Medicinsk Access, som blandar rent alternativmedicinska idéer med normala medicinska artiklar. I sista numret 2016 finner vi häpnadsväckande påståenden om att ”proteinerna från gluten och kasein kan bilda opiumliknande ämnen” som skulle orsaka autism, adhd och schizofreni [1]. Bland annonserna återfinns exempelvis en hälsobutik som säljer vitlökssaft, och reklam för kosttillskottet Bio-Qinon Q10 och den märkliga ljusbehandlingsmaskinen WARP 10.

Och så fanns det en annons för ett riktigt läkemedel, TNF-hämmaren Humira, som nu fått ny indikation: hudsjukdomen hidradenitis suppurativa. Det ser ut som mer än en slump att helsidesannonsen för Humira återfinns i samma nummer som en redaktionell artikel [2] om att Humira nu är ett nytt godkänt behandlingsalternativ vid HS, texten skriven av medicinjournalisten Katarina Mattsson. Bland annat intervjuas där professor Lennart Emtestam som varit klinisk prövare en studie som nyss publicerats i NEJM [3].

Man undrar om Medicinsk Access fått extra bra betalt av Humiras tillverkare AbbVie genom denna kombo av reklam och redaktionell nyhetstext. Och man undrar om journalist och redaktion var medvetna om att ”Dr Emtestam was paid as a consultant by AbbVie, as a consultant for advisory board meetings by AbbVie, and as a speaker for Novartis and AbbVie”, som han deklarerat i anslutning till en färsk vetenskaplig artikel [4]. Detta säger inte att Humira inte kan vara en viktig ny behandling vid HS, och det betyder inte att Emtestam gjort något fel, men det kunde ha varit mer transparent.

När jag gick och funderade på om detta ämne var värt att skriva om landade så årets sista nummer av Distriktsläkaren i min brevlåda. Där finner jag förvånad en helt identisk artikel om HS [5] av Katarina Mattsson, direkt följd av samma helsidesannons för Humira. Företaget har även lyckats få både Göteborgs-Posten [6] och Dagens Nyheter [7] att skriva nyhetsartiklar om samma sak; professor Emtestam på Karolinskas hudklinik intervjuas men det nämns inte att han även får lön från AbbVie. Dagens Nyheter (8) och Medicinsk Access (9) har också två snarlika artiklar om exakt samma drabbade HS-patient, illustrerade av foton tagna av samma fotograf.

När forskningsartiklar publiceras kräver respektabla tidskrifter att författarna anger relevanta jäv. Det är kanske dags för svenska nyhetsjournalister att fråga intervjuade läkare om samma sak? Och av vår yrkesförening kunde man begära obunden information om nya behandlingar, inte återpubliceringar från föga trovärdiga reklamfinansierade tidskrifter.

Mats Reimer
Barnläkare
Närhälsan, Barn- och Ungdomsmedicin
Mölnlycke

Jävsdeklaration: Jag har varit deltagare (men aldrig föreläsare) på många vidareutbildningar sponsrade av olika läkemedelsbolag och jag har deltagit som klinisk prövare för bland annat Lilly, Shire och Roche. Vår mottagning har sedan många år deltagit i fas 3 studier av läkemedel till barn för behandling av ADHD, astma, influensa och migrän. Ersättningen från läkemedelsbolagen har tillfallit min arbetsgivare och inte mig.

REFERENSLISTA

1. Lidmark, A-M. Proteinerna från gluten och kasein kan bilda opiumliknande ämnen. Medicinsk Access 2016;12(8/9):40-41.
2. Mattsson, K. Nytt behandlingsalternativ av hudsjukdomen HS. Medicinsk Access 2016;12(8/9):30-31. http://np.netpublicator.com/?id=n69978821
3. Kimball AB et. al. Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. N Engl J Med. 2016; 375(5):422-34. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504370
4. Riis, PT et al. Intralesional triamcinolone for flares of hidradenitis suppurativa (HS): A case series. J Am Acad Dermatol. 2016 Dec;75(6):1151-1155. http://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)30463-7/references
5. Mattsson, K. Nytt behandlingsalternativ av hudsjukdomen HS. Distriktsläkaren. 2016;(6):18-20. http://distriktslakaren.se/sites/default/files/magazine/pdf/DL_6-16_ma.pdf
6. Higson, P. Många lider av HS i det tysta. Göteborgs-Posten. 2016 4 augusti. http://www.gp.se/nyheter/sverige/m%C3%A5nga-lider-av-hs-i-det-tysta-1.3528544
7. Manzoor, A. Ny behandling godkänd för svåra problem. Dagens Nyheter. 2016 6 augusti. http://www.dn.se/insidan/ny-behandling-godkand-for-svara-problem/
8. Manzoor, A. ”Ingen tog mina problem med huden på allvar”. Dagens Nyheter. 2016 6 augusti. http://www.dn.se/insidan/ingen-tog-mina-problem-med-huden-pa-allvar/
9. Michael fick äntligen hjälp. Medicinsk Access 2016;12(8/9):32. http://medicinskaccess.se/wordpress/2016/11/21/michael-fick-antligen-hjalp/

SVAR TILL MATS REIMER:

Om tidningen Distriktsläkaren

För några år sedan, vid ett möte för yrkesföreningarna inom förbundet, hade vi en liten diskussion om våra respektive medlemstidningar. För de flesta föreningarna var tidningen en förlustaffär och om jag minns rätt så hade till och med någon av de närvarande lagt ner sin, för det blev för dyrt. Det kan också vara ett ganska drygt arbete för redaktören i fråga.

Vi får hjälp med vår tidning DISTRIKTSLÄKAREN, av, håll i er nu, ett kommersiellt bolag. De sköter utskick, tryckning och layout för oss, och ger oss hjälp av en journalist till några sidor per nummer. Redaktionen, utsedd av styrelsen, gör sitt bästa för att innehållet ska vara relevant och lockande och vi har god kontakt med vår journalist Eva Nordin. Vi litar till stor del på insänt material och betalar inte för artiklar som inte beställts. På förekommen anledning får vi väl förtydliga att vi *inte* får betalt för att publicera material eller letar efter uppslag i obskyra tidskrifter som ramlar ner gratis i brevlådan!

Så ni som har synpunkter på vad som införs kan få även era mer givande och korrekta alster införda så länge det är av intresse för primärvården.

Nu är det ju väldigt få i denna marknadsstyrda värld som gör något gratis, så inte heller de som publicerar vår tidning. De tar hand om annonsintäkterna och försörjer en hel del medarbetare med de pengarna. Vad jag förstår så är även Läkartidningen beroende av annonsintäkter. Vilka annonser som tas in vet bara layoutaren och annonsförsäljaren, annonssidorna är blanka när vi korrekturläser.

Vi i styrelsen anser att vi har ett gott och fruktbart samarbete med Mediahuset och får en betydligt snyggare tidning, till ett mycket förmånligare pris än om den skulle sammanställas av oss amatörer på området.

Agneta Sikvall
Redaktör

Provinsialläkarstiftelsens kurser våren 2017

1. När doktorn tar av sig skorna - en utbildning om sjukvård i hemmet
22 -23 mars Kursort: Internat Stockholm
Kursledare: Dl Lena Pomerleau och Dl Gunnar Carlgren

2. Endokrinologi för allmänläkare
3 - 4 april Kursort: Stockholm
Kursledare: Dl Jonas Tovi och Dr Mats Pallmér m.fl.

3. Psykiatri med och för allmänläkare
4- 5 april Kursort: Stockholm
Kursledare: Sandra af Winklerfelt

4. Palliativ vård i livets slutskede för allmänläkare
11 -12 april Kursort: Stockholm, Kursledare: Dl Inger Fridegren

5. Urologi för allmänläkare
27 - 28 april Kursort: Internat i Stockholm
Kursledare: Allmänläkare Astrid Lundevall och urolog Lennart Wagrell

6. Första linjens psykiatri - barn och ungdomar
11 - 12 maj Kursort: Karlskrona
Kursledare: Dl Christer Olofsson

7. Klinisk kemisk diagnostik i primärvården
18 - 19 maj Kursort: Stockholm
Kursledare: Professor Gösta Eggertsen och DL Christer Olofsson

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

Sök medel i
Distriksläkarföreningens 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.

Av de ansökningar som vi beviljat under åren har till exempel funnits kostnader för konferenser i fortbildningssyfte och tillhörande resor och andra resor till evenemang för egen förkovran i sin professionella gärning.

Däremot har vi varit restriktiva med utbetalningar till mer omfattande utbildningar eller mer nischade intressen som inte är särskilt representativa för distriktsläkarprofessionens kärna i sig. Vi har heller inte varit benägna att göra utbetalningar till medicinteknisk utrustning och andra kostnader för t.ex. material, lönekostnader för annan och liknande. De ansökningar som vi nekat kan i många fall rört frågor som kan anses vara arbetsgivarens ansvar primärt. Vi har heller inte ersatt förlorad arbetsinkomst.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

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 Helena Grönbacke på DLFs kansli per telefon 08-790 33 91 eller mejla helena.gronbacke@slf.se

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

Ansökningsdatum är senast 1 maj och 15 oktober varje år.

Fadderlista 2017

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

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

Annons

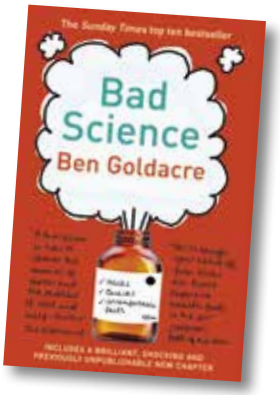
Sjuk och fattig eller rik och frisk?

Vill minnas att det var Grönköpings s.k. amatörfilosofer som i något sammanhang kungjorde den säkerligen djupsinnigt uttänkta slutsatsen att det överlag var betydligt bättre att vara frisk och rik jämfört med motsatsen sjuk och fattig. En filosofisk sanning som säkerligen fodrat mycket eftertanke för att komma fram till. Kanske hade man lite hastigt fått information om hälsotillståndet hos de åtta som uppmärksammats som världens rikaste män och som enligt organisationen Oxfam äger mer än den fattigaste delen av hela jordens befolkning!! Dom borde vara så kärnfriska att dom aldrig ens behöver se någon sjukvårdsinrättning. Skulle någon av dessa snorrika män trots allt känna sig lite krasslig har de säkert tillräckligt med pengar för att köpa ett helt sjukhus (eller en vårdcentral – de är nog billigare). Om inte annat så visar det dock på att ekonomisk situation utan tvivel påverkar hälsan. Det är svårare att hålla sig frisk om man är fattig.

Frågan är om man blir sjukare om man är, eller känner sig fattig. Akutsjukvården på flera håll i landet har på senare tid levererat upprepade larmrapporter om överbelastning och en ohållbar situation. Kan detta möjligen, åtminstone till viss del, bero på att folk i gemen har en ansträngd ekonomi till exempel efter julhelgernas frikostiga handlande? Den ansträngda ekonomin leder till en känsla av att man är sjuk? Nu är det väl egentligen något överdrivet att beteckna svenskar i gemen som fattiga även om känslan av ekonomisk otillräcklighet gör sig gällande just vid den här tiden på året. Det är trots allt långt till den situation som de fattigaste i världen lever under, utan någon förhoppning om att kunna få det bättre. En intressant tankegång är dock om de som upplever sig ha en ansträngd ekonomi även har ett sämre hälsotillstånd och efterhand även en ökad vårdkonsumtion. Ett inte helt osannolikt samband. Det är ingen ovanlig företeelse att patienter med ansträngd ekonomi avvaktar med att hämta ut sina mediciner, även sådana som egentligen skulle behövas mer eller mindre omgående.

Primärvården, och kanske i första hand, vad primärvården skall syssla med har som bekant utretts oräkneliga gånger. Stjernstedt som nu presenterat sina resultat är i det stora hela bara en i raden. Det kommer säkerligen fler efter Stjernstedt. Det verkar vara nån sorts politisk sysselsättningsterapi att tillsätta utredningar för att ta reda på vad man hittills inte lyckats hitta någon bra lösning på. I en av de tidigare utredningarna, den s.k. Höjerska sjukvårdsutredningen i slutet på 1940-talet uppmärksammades behovet av förebyggande insatser och att man mer noggrant borde uppmärksamma patienternas sociala situation (inklusive den ekonomiska situationen). Senare har det även funnits förslag om att primärvård och socialmedicin skulle slå sina påsar ihop eftersom som våra verksamhetsfält verkade överlappa varandra. Förslaget väckte våldsamma protester och genomfördes aldrig. Som väl är. Den ursprungliga tanken, att medborgarnas hälsa påverkas av deras sociala situation och ekonomiska status, är dock fortfarande lika gångbar. De viktigaste folkhälsoinsatserna torde därmed knappast vara att öka tillgängligheten för alla som känner sig oroliga för diverse småkrämpor. Det kanske behövs en mer riktad satsning av primärvårdens resurser för att ta hand om de som har störst nytta av våra insatser. Speciella satsningar för att bidra till god fysisk och psykisk hälsa hos långtidsarbetslösa? Hälsovård för våra mest utsatta fattigpensionärer? Allmänläkarna skall inte bli socialarbetare. Vi har tillräckligt med arbetsuppgifter redan nu. Det finns dock anledning att reflektera över helhetsbegreppet. Vad gör vi, och hur fördelar vi arbetsuppgifterna, om vi vill satsa på att ta hand om hela människan? Vad är primärvårdens respektive andra aktörers uppdrag i sammanhanget? Frågor som nog inte är så enkla att besvara längre.

Christer Olofsson
Distriktsläkare



Bad Science

Författare: Ben Goldacre
Förlag: Fourth Estate publ.
London, 2009
ISBN: 978-00-0728-487-0

Efter diverse vetenskapliga ”skandaler” vid Karolinska institutet, och möjligen även på annat håll verkar just tveksam och tvivelaktig vetenskap kommit i ropet på ett sätt som knappast varit aktuellt tidigare. Att vetenskapliga rön ifrågasätts är dock inte något nytt. I många fall är ifrågasättandet säkerligen av värde. Det för vetenskapen framåt och leder till nya innovationer. En helt annan infallsvinkel, närmast från andra hållet är när man från vetenskapligt håll ifrågasätter vad som skulle kunna betecknas som populärvetenskap eller rent av pseudovetenskap. Denna vetenskapsform (eller snarast ovetenskap) har under årens lopp varit en rik källa att ösa ur för författare och journalister. Så publicerade till exempel den engelska journalisten Francis Wheen år 2004 en mycket roande bok med den lika roande titeln – *Mumbo Jumbo – en kort historik om hur skitsnacket erövrade världen* (Nordstedts förlag). Några år tidigare hade samma författare skrivit en uppmärksammad biografi om Karl Marx! Om böckerna på något sätt har något samband framgår inte men kan kanske vara intressant att notera.

Inom den biomedicinska sfären har det funnits ett antal författare som intresserat sig för interaktionen mellan medicinsk vetenskap och juridiska aspekter, då främst frågor på det försäkringsmedicinska området. Ett exempel inom denna genre är Andrew Mallesons bok – *Whiplash and Other Useful Illness* (McGill-Queen´s University Press, Montreal 2002) där man enbart från boktiteln kan ana författarens inställning till ofta diskuterade medicinska tillstånd. Boken verkar ha blivit populär och valdes till 2003 års Books of the Year av The Sunday Telegraph.

En annan som uppenbart ägnat mycket tid till att granska det författaren betecknar som Bad Science är läkaren och skribenten Ben Goldacre vars bok gavs ut redan 2008 och lär enligt förlaget ha sålts i över en halv miljon exemplar! Författaren arbetar med Evidence Based Medicine och borde väl därmed kunna sin sak. Det finns en senare bok utgiven av samma författare med titeln *Alternative Medicine – Bad Pharma* (utgiven 2012). Redan i introduktionskapitlet ger sig författaren på egendomligheter som exempelvis ”Brain Gym” som tydligen var en relativt vanlig företeelse i engelska skolor. Genom att gunga huvudet upp och ner förväntas blodflödet till frontalloberna öka! Goldacre avhandlar sedan även homeopati, bioenergetiska fält, samt diverse ”nutritionsexperters” mer eller mindre obskyra råd.

Kontentan av Goldacres onekligen ingående granskning (bara referenser, noter och index upptar över 25 sidor) är att Bad Sciences bör uppmärksammas. Dels är det inte helt harmlöst och ofarligt, dels är det förenat med mycket stora kostnader. Pengar som med stor sannolikhet skulle kunna användas till något mer meningsfullt. Nu är det dock inte så enkelt att det enbart är den alternativmedicinska verksamheten som är tveksam. Den amerikanska läkaren och experten på medicinsk screening, Dr Gilbert Welch, gav år 2011 tillsammans med några kollegor ut boken – *Overdiagnosed – making poeple sick in the pursuit of health* (Beacon Press, Boston). En bok i vilken man visar på att även till synes tillförlitlig vetenskap kan användas på ett tveksamt sätt.

De som har öron de hör – de som har ögon ser. För den som vill veta mer om udda vetenskaper, eller pseudovetenskaper, är Ben Goldarces bok en intressant läsning.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

SÖK BIDRAG FRÅN SAMFONDEN

Behöver du bidrag till resa och logi när du ska åka på kurs?

För info se hemsidan: **www.slf.se/svdlf**.

Ansökningsdatum är senast 1 maj och 15 oktober.

Like

GLÖM INTE ATT VI FINNS PÅ FACEBOOK

https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen

Annons

Sjukfrånvarons dimensioner

– svensk-norska jämförelser och analyser

Författare: G Aronsson m.fl.
Förlag: Liber förlag, Stockholm, 2015
ISBN: 978-91-47-11457-3

Att sjukskriva tillhör otvivelaktigt det absolut mest omdiskuterade bland läkares uppdrag. Något som ordförande Andersson mycket klokt konstaterar i en nyligen publicerad ledare i Läkartidningen. Intresset för sjukskrivningsfrågorna har i årtionden gått i vågor från att vara förstasidesstoff och ständiga nyheter till ett mycket lojt och ljumt intresse. Just nu har regeringen passat på att leverera ett antal mer eller mindre väl genomtänkta förslag till förändringar och genast ökar intresset. Vem eller vilka som bär störst ansvar för att situationen ser ut som den gör brukar även variera. Just nu är det på nytt läkarkåren som verkar vara i skottgluggen. Det intressanta i denna situation är, liksom det varit vid tidigare tillfällen, att man gärna fokuserar på intygsskrivning och hur läkare utformar sina sjukintyg. Eller med andra ord – det tekniska och juridiska i sjukskrivningsprocessen blir viktigare än att det faktiskt handlar om patienter som av någon anledning bedöms vara oförmögna att klara sina arbeten.

Något som ofta glöms i debatten är att medicin och juridik är två helt olika discipliner med olika sätt att tolka och bedöma. När dessa två möts i en situation då läkare skall se till sin patients bästa och patientens intresse men samtidigt vara tjänsteman och följa socialförsäkringens regelverk uppkommer ibland en knivig situation. Under min tid på Försäkringskassan som försäkringsmedicinsk rådgivare fascinerades jag ofta av handläggarnas ibland lätt förvirrade sätt att försöka framställa sjukförsäkringen som en god och vänligt sinnad företeelse som alltid satte den sjukskrivnes intresse i första rummet. Sanningen var dock, vilket egentligen är helt korrekt, att en försäkring inte kan styras och regleras utifrån tyckande och empati – här gäller strikta regelverk. Antigen har man rätt till sjukpenning eller så blir man utan om man inte uppfyller gällande kriterier.

Det har under årens lopp florerat många myter och ideér om varför svenskarna verkar ha ett ovanligt stort behov av att vara sjukskrivna. Något som Björn Johnson förtjänstfullt avhandlade i sin bok *Kampen om sjukfrånvaron* (Arkiv förlag 2010). Ett annat alster som avhandlar liknande frågeställningar är Försäkringskassans egen – *Sjukförsäkring – kulturer och attityder* (SKA-projektet), en sammanställning i tegelstensformat som publicerades 2006 i god tid innan sjukförsäkringen genomgick en av sina mer omvälvande förändringar.

Med tanke på allt som skrivits och debatterats om sjukskrivning kan man naturligtvis undra om det finns något nytt under solen som behöver uppmärksammas. Gunnar Aronsson (professor psykologiska institutionen, Stockholms universitet) har dock tillsammans med ett antal svenska och norska kollegor lyckats lyfta fram en del nytt genom att på ett ingående sätt jämföra sjukfrånvaron i Sverige med situationen i Norge. Boken S*jukfrånvarons dimensioner* siktar in sig på att jämföra sjukfrånvaron ur i första hand socialt perspektiv. Båda ländernas sjukersättningar baseras på principen om inkomstbortfall men med en del grundläggande skillnader. Norge är ett mindre men rikare land än Sverige och har även en mer generös sjukförsäkring utan karensdag och med 100 procent ersättning av inkomstbortfallet. Har detta någon betydelse? Ja med stor sannolikhet vilket resultaten i de studier som redovisas i boken antyder. I ett kapitel presenteras en välskriven genomgång av olika teorier, både gamla och nya, som ofta återkommit som förklaringsmodeller till sjukfrånvaro. Allt från att en generös försäkring attraherar vissa till att vara mer benägna att sjukskriva sig till att problematiska arbetsplatsförhållanden stöter ut vissa från arbetslivet.

Sjukfrånvaron i Norge har uppvisat i princip samma cykliska förlopp som i Sverige dock med en viss förskjutning tidsmässigt. Ett intressant observandum, som redovisas från några av de studier boken bygger på, är att andelen långtidssjukskrivna p.g.a. muskuloskelettala sjukdomstillstånd är betydligt högre i Norge jämfört med Sverige. Detta samtidigt som andelen sjukskrivna p.g.a. psykiska problem är avsevärt högre i Sverige. I Norge finns den högsta sjukfrånvaron bland tjänstenäringar, till exempel hälso- och vårdyrken, medan den i Sverige toppas av serviceyrken utan krav på yrkesutbildning. Något som åtminstone antyder att sjukskrivning handlar om betydligt mer än arbetsoförmåga till följd av sjukdom. I kapitlet om sjuknärvaro som är en intressant infallsvinkel i sammanhanget kan man notera att bland långtidssjukskrivna i Norge är det 15 procent som anger att man innan sjukskrivning ofta gått till arbetet p.g.a. att man inte hade råd att vara sjukskriven. Motsvarande andel i Sverige är mer än dubbelt så hög, 35 procent.

Sammantaget är boken Sjukfrånvarons dimensioner väl värd att läsa för den som vill ha lite nya infallsvinklar på orsakerna till sjukskrivning och inte minst situationen för de som är sjukskrivna. Intressant men inte direkt upplyftande läsning.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

DLFs styrelse 2017

ORDFÖRANDE

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

VICE ORDFÖRANDE

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

SEKRETERARE/REDAKTÖR

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

KASSÖR

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

KANSLI

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

VALBEREDNINGEN

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

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

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

LEDAMÖTER

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

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

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

WEBMASTER

Nadja Schuten-Huitink
E-mail:
nadja.schuten-huitink@slf.se

Utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren 2017

2017	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1	16 januari	27 februari
Nr 2	13 mars	26 april
Nr 3	8 maj	21 juni
Nr 4	16 augusti	29 september
Nr 5	6 november	20 december

OBS! bara 5 nummer under 2017

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