Ett dråpslag om jag inte får överlåta min mottagning

Jag har läst ledaren i tidningen Privatläkaren och även hört av Läkarförbundet och min lokala läkarförening om det dystra och för ett stort antal patienter katastrofala förslaget om att ta bort möjligheten att överlåta sin ersättningsetablering den dag man avser att sluta sin läkarverksamhet.

I mitt fall ser det ut så här: Jag har investerat en ansenlig summa pengar för att kunna bedriva verksamheten effektivt och patientsäkert. Dessvärre är jag för närvarande efter en operation helt sjukskriven men kan då låta en vikarie använda min etablering. Före operationen var jag halvt sjukskriven och kunde under den tiden låta samma vikarie använda min etablering på deltid.

Många frågor

Vad kommer att hända med mina och just nu min vikaries många patienter om jag blir förtidspensionerad eller återgår i arbete och efter ett par år blir ålderspensionerad? Vad kommer att hända med min mottagning, dess fast anställda personal och mina stora ekonomiska investeringar, som jag fortfarande har banklån på? Hur förhåller det sig arbetsrättsligt för mina anställda efter avveckling av min mottagning, om Susanne Ebersteins enmansutredning kommer att få råda?

Vem kommer att ge dem fortsatt garanterad sysselsättning i det arbete de är utbildade för? Har landstinget plats för dem eller skall Socialdepartementet hjälpa dem? Hjälper Socialdepartementet mig med mina amorteringar och räntor när jag slutar eller skall jag bli ett socialfall, då mina pensionspengar kommer att gå till mina kvarvarande lån?

Hur går det med mina patienter, då det på min arbetsort är stor läkarbrist på landstingets vårdcentral? Förra året hade vi med i genomsnitt 2,5 läkare i tjänst cirka 10 000 besök, att jämföra med cirka 12 000 besök på landstingets vårdcentral med fem läkare (varav två stafettläkare och en mindre erfaren vikarie). Jag är naturligtvis medveten om att vårdcentralen har en del andra åtaganden som barnavårdscentral och mödravårdscentral samt besök hos äldreboende. Det senare har vi också.

Ständig oro för framtiden

Jag har under de senaste tio åren arbetat som privat allmänpraktiker med ersättningsetablering, men jag har knappast vågat titta i tidningar och ta del av annan information som gäller privatläkarnas framtida öde och då i synnerhet de läkare som har specialiteten allmänmedicin.

Denna ständiga oro inför framtiden delar jag med flera kolleger, och den påverkar arbetstrivseln negativt och kan också anses vara en bidragande orsak till en psykiskt dålig arbetsmiljö.

Ebersteins förslag blir, om det går igenom, ett dråpslag för patienter och privata vårdgivare alla kategorier, och för min del kommer jag i så fall att omedelbart packa ihop det som återstår när jag sålt de inventarier jag kan bli av med (kanske till närmaste vårdcentral till ett lägre pris än vad LIC kan erbjuda), och förklara att jag av politiska skäl, som jag inte kan påverka, tvingas att lägga ned min privatmottagning.

Just nu känner jag mig besviken, förvånad, arg och sviken, och risken är överhängande att jag vidtar denna åtgärd så fort jag blir informerad om att Ebersteins förslag går igenom.

Jag hoppas innerligt att förnuft går före ideologi.

Claes von Segebaden
leg läkare, Stockholm

Kobalamin och folat från vaggan till graven!

Jag håller med Bo Norberg om att B_{12}-symposiet vid riksstämman i Göteborg var patientnära, en heder för primärvården [1]. Som jag ser det är dock bara homocystein (Hcy) den känsliga markören för brist.

Det är substratet (folat), i metabolisk seriekoppling med koenzymet (kobalamin), som i bristsituationer är fatalt för fostret och ger svårvärderade bristsymtom hos många människor under någon fas av åldrandet [2, 3]. Man har även noterat en ökad risk för sämre fysisk funktion vid förhöjda Hcy-nivåer [4].

Positivt samband

Det finns en stor mängd tvärsnittsstudier med positiva samband mellan förhöjt Hcy och hjärt–kärlsjukdom och demens [5-7]. Som i alla tvärsnittsstudier säger resultaten dock inget om tids- eller orsakssamband.

För att avgöra detta krävs Hcy-sänkande interventionsstudier med folat/B_{12}, som påverkar det kliniska och patientnära effektmåttet i form av regress av kliniska fynd och/eller symtom.

Att en sådan interventionsstudie höjer B_{12}/folat- och sänker Hcy-nivåerna får väl snarast betraktas som pseudovetenskap. Dock är ett flertal större, intervenerande och kliniskt applicerbara studier på gång där resultaten i form av påverkan på morbiditet och mortalitet är att vänta de närmaste åren [8]. Än så länge finns bara några få, mindre interventionsstudier med B_{12}/folat med positiva effekter på demens [9] och kärlsjukdom [10].

Nytt symposium välkomnas

Komplexiteten, den högre prevalensen B_{12}/folatbrist och morbiditet hos äldre gör att det därför vore naturligt med ett nytt symposium vid kommande äldreinriktade riksstämma anordnat av geriatriker i samarbete med internister, distriktsläkare, nutritionister, neurologer och kliniska kemister.

Johan Lökk
geriatriker, internmedicinare, geriatriska kliniken, Huddinge Universitetssjukhus, Stockholm

Referenser

1. Norberg B. Homocystein bör för övrigt bedömas! Läkartidningen 2003;100:972.
2. Lökk J. Enkolsmetabolismen – mellan befruktningen och döden [debatt]. Rondellen 2003;14. URL: http://www.rondellen.net
3. Sandström H. Folatberikning maskerar uppseglande B12-brist [recension]. Rondellen 2003;14. URL: http://www.rondellen.net
4. Kado DM, Bucur A, Selhub J, Rowe JW, Seeman T. Homocysteine levels and decline in physical function: McArthur studies of successful aging. Am J Med 2002;113: 537-42.
5. Becker A, Kostense PJ, Bos G, Heine RJ, Dekker JM, Nijpels G, et al. Hyperhomocysteinemia is associated with coronary events in type 2 diabetes. J Int Med 2003; 253:293-300.
6. Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Muscari A, Sacchetti L, Arnone G, et al. Homocysteine and cognitive function in healthy elderly community dwellers in Italy. Am J Clin Nutr 2003;77:668-73.
7. Seshadri S et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. N Engl J Med 2002;346:476-83.
8. Clarke RT. An overview of homocysteine lowering trials. In: Robinson K, editor. Homocysteine and vascular disease. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 213-29.
9. van Asselt DZ, Pasman JW, van Lier HJ, Vingerhoets DM, Poels PJ, Kuin Y, et al. Cobalamin supplementation improves cognitive and cerebral function in older, cobalamin-deficient persons. J Gerontol 2001; 56A:M775-79.
10. Schnyder G, Roffi M, Flammer Y, Pin R, Hess OM. Effect of homocysteine-lowering therapy with folic acid, vitamin B_{12}, and vitamin B_6 on clinical outcome after percutaneous coronary intervention. JAMA 2002; 288:973-9.