

Familjeläkarkonsulter på sjukhus – »a bridge over troubled water«

Familjeläkar- eller allmänläkarkonsulter arbetar för att åstadkomma en dialog mellan primär- och sjukhusvård och för att kunna skapa samverkan kring och vårdkontinuitet för enskilda patienter. Konsulterna är ett alternativ till vårdprogram. De behöver emellertid bli fler och sjukvårdshuvudmännen bör avsätta särskilda medel för denna samverkansfunktion.

GÖSTA ELIASSON

familjeläkare; fortbildningssamordnare, Familjemedicinska institutet, Stockholm
gosta.eliasson@fammi.se

MARGARETA TROEIN

universitetslektor/familjeläkare, samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet, Malmö; vetenskaplig sekreterare, Familjemedicinska institutet, Stockholm

STEN TYRBERG

familjeläkare; nationell samordnare av AKO (familje-/allmänläkarkonsulter), Familjemedicinska institutet, Stockholm

■ Det kan ur den högspecialiserade vårdens perspektiv vara rationellt att formulera vårdprogram och andra regler för hur grupper av patienter med samma diagnos skall hanteras. Men tillämpningen av vårdprogram är inte okomplicerad. Patienter har personliga egenskaper och behov, och många lider av flera samtidiga sjukdomar, vilket gör kategorisering till en viss sjukdomsgrupp svår eller omöjlig. För familjeläkarna är det individen som står i fokus och det är nödvändigt att hälso- och sjukvården tar hänsyn till detta.

Hälso- och sjukvården inom ett geografiskt område bör med gemensamma och begränsade resurser i samförstånd sträva efter att ge bästa möjliga vård till sin befolkning. Specialitetsspecifika intressen och revirtänkande kan ibland skymma uppgiften att lösa detta gemensamma uppdrag. Brist på samverkan och kommunikation gynnar en »stuprörsmo- dell« där varje specialitet ser sin egen verksamhet med skygglappar. Detta märks tydligt för de patienter som behöver vård av flera olika läkare, och inte minst i övergångarna mellan sjukhusvård och primärvård.

Vårdprogram kan bli en tvångströja

Ett vanligt sätt att angripa de problem som uppstår då flera specialiteter medverkar i ett och samma vårdförlopp är att

beskriva en sk vårdprocess för patienter med viss diagnos, t ex stroke, och att utifrån denna vårdprocess utforma ett vårdprogram. Vårdprogram består av regler avsedda för omhändertagande av typfall av individer med ytligt sett liknande sjukdomsproblem. För den högspecialiserade vården kan detta vara ett rationellt sätt att organisera sin verksamhet eftersom en diagnos ofta leder till en väl definierad utredning och behandling.

Men för familjemedicinen kan vårdprogram bli till nackdel för ett individanpassat omhändertagande. De flesta patienter med behov av medicinskt omhändertagande av såväl familjeläkare som sjukhusspecialister har unika personliga egenskaper och behov och lider inte sällan av flera samtidiga sjukdomar, vilket gör kategorisering till en viss sjukdomsgrupp svår eller omöjlig. För omhändertagandet av patienter med komplexa vårdbehov kan därför vårdprogram snarare bli en tvångströja.

Mellan sjukhusspecialister och familjeläkare krävs i stället samverkan runt enskilda patienter, något man i anglosaxiska länder brukar benämna »shared care«. Enligt detta synsätt krävs för ett adekvat omhändertagande en gemensam målsättning mellan sjukhusläkare och familjeläkare om diagnostik och behandlingsmål för enskilda patienter, delad förståelse för varandras arbetssätt och sist men inte

minst, kommunikation på lika villkor [1].

Den kollegiala dialogen mellan sjukhusspecialister och familjeläkare i enskilda

patient- ärenden är alltså

viktig och kan inte ersättas av ett aldrig så detaljerat vårdprogram.

För samverkan krävs dialog

För att skapa förståelse för arbetssättet inom primär- respektive sjukhusvård och för att kunna skapa samverkan och vårdkontinuitet för enskilda patienter behövs en fortlöpande dialog på ett övergripande plan mellan ett områdes sjukhusspecialister och dess familjeläkare. Insikten om detta har i Danmark lett fram till den sk praksiskonsulentordningen, numera i bruk vid nästan samtliga danska sjukhus [2]. Samma modell har sedan mitten av 1990-talet använts i Sverige under namnet allmänläkarkonsultverksamhet (AKO).

Familje-/allmänläkarkonsulter är kliniskt verksamma familjeläkare som avsätter några timmar per månad som rådgivare till en sjukhusklinik. De fungerar som informationskanaler mellan de egna kollegerna och sjukhusspecialisterna. De skapar dialog genom att besöka kliniker på det lokala sjukhuset eller genom att ingå i olika typer av samverkansgrupper mellan sjukhus- och familjeläkare. Genom deras arbete skapas lokalt anpassade möjligheter till »shared care« och samsyn [3].

Familje-/allmänläkarkonsulterna har insyn i den lokala familjemedicinska verksamheten men känner också till hur man diskuterar vårdstrategier på specialistklinikerna. De har på många håll åstadkommit

små men viktiga

–Var passar den här patienten in någonstans? (Ur: Bentsen, Bruusgaard, Evensen, Fugelli, Araas. Allmänmedicin. Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 1994; publiceras med tillstånd av Studentlitteratur).

*»In hospitals, diseases stay, people come and go ...
In general practice, people stay, diseases come and go ...« (Iona Heath, General Practitioner, London).*

kvalitetsförbättringar både ur sjukvårdens och ur patienternas perspektiv. Som exempel kan nämnas Jönköping, som kunnat minska väntetiderna för utskrivningsbesked till primärvården; Helsingborg, där läkarna på kliniskt fysiologiska avdelningen erbjudit familjeläkarna en »heta linjen« för frågor; samt Linköping, där man skapade rutiner för att sjukhusets akutmottagning skulle kunna nå ansvarig familjeläkare för information om akut inkomna patienter.

Fler familjeläkarkonsulter behövs

Familje-/allmänläkarkonsulternas arbete är en elegant lösning på många samverkansproblem som vårdprogram inte förmår hantera. Familjemedicinska institutet anser att familje-/allmänläkarkonsultverksamheten bidrar till att hålla ihop den totala hälso- och sjukvården och stödjer verksamheten, bland annat genom att underhålla de nationella och nordiska nätverken för familje-/allmänläkarkonsulter. Konsulterna behöver emellertid bli fler. I dagsläget saknas andra incitament än eget engagemang för de familjeläkare som är villiga och kompetenta att åta sig ett konsultuppdrag. Våra huvudmän uppmanas därför att avsätta särskilda medel för denna viktiga samverkansfunktion, såväl för egna anställda läkare som vid beställning av hälso- och sjukvård.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Pritchard P. Shared care. The future imperative. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1995.
2. Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS. General practitioners as advisers and coordinators in hospitals. *Quality in Health Care* 1998;7:42-7.
3. Eliasson G, Strandberg EL. Bättre kontakt mellan primär- och sjukhusvård. *Nord Med* 1998;113:272-4.

Ett etiskt dilemma:

Farmakogenetiskt test kan ge önskad information

De farmakogenetiska landvinningarna ska utnyttjas med respekt för patientens integritet och för att ge bästa möjliga beslutsunderlag inför behandling, men med ödmjukhet inför att läkaren, trots allt, har begränsad kunskap om sambandet mellan normal variation, sjukdom och arv.

ULF KRISTOFFERSSON
docent, överläkare, genetiska kliniken,
Universitetssjukhuset, Lund
Ulf.Kristoffersson@klingen.lu.se

TORE NILSTUN
professor, avdelningen för medicinsk
etik, Lunds universitet
Tore.Nilstun@medetik.lu.se

■ I Läkartidningen 8/2003 skriver Folke Sjöqvist en medicinsk kommentar, »Gentest finslipar läkemedelsdosering« [1], i anslutning till en artikel av Lisa Kurland och medarbetare, »Farmakogenetik – genvägen till skraddarsydd anti-hypertensiv terapi« [2]. Sjöqvist påpekar att ett paradigmskifte är på väg och att man redan nu kan ha glädje av att känna patientens läkemedelsmetabola fenomen och genotyp men att sådan kunskap också kan ge upphov till informationsproblem.

Under flera år har läkemedelsforskarna intresserat sig för renin-angiotensinsystemet som angreppspunkt för hypertoni-behandling, och då speciellt den polymorfism med en exonsplicing-variant som finns i genen för angiotensin convertering enzyme (ACE). De flesta studier har dock inte visat på någon större specificitet för ett specifikt läkemedel för denna polymorfism.

Läkemedelssvar vid hypertoni

Lisa Kurland redogör för att hennes forskargrupp visat att läkemedlet irbesartan har en signifikant bättre effekt på patienter med en specifik genotyp »II« i ACE-genen än för de som är heterozygota eller homozygota för den andra varianten »ID«, respektive »DD«. Detta är ett intressant samband som kan göra det möjligt att genom en genetisk undersökning förutse en patients läkemedelssvar vid hypertoni-behandling, vilket ger en förbättrad möjlighet till läkemedelsstyrning.

I en artikel i *Nature* 1998 [3] visar Montgomery och medarbetare att sam-

ma polymorfism predikterar för förmågan att öka sin fysiska kapacitet. Författarna hade gjort observationen att II-allelen var överrepresenterad hos bergsklättrare som hade klättrat på mycket höga höjder. I ett uppföljande experiment fick ett antal unga män under 10 veckor genomföra ett specifikt träningsprogram varefter armstyrkan mättes. De som hade »II«-genotypen hade signifikant förbättrat sin fysiska prestationsförmåga, medan de med »ID«- eller »DD«-genotyperna inte hade förändrat sin. Ett stort antal studier har också visat att elitidrottsmän i kraftsporter är signifikant överrepresenterade med »II«-genotypen [4].

Hur ska patienten informeras?

Om ACE-polymorfismen kommer att utnyttjas i klinisk praxis väcker detta frågan om hur läkaren skall informera sin patient innan den terapistyrande genetiska undersökningen genomförs. Skall läkaren informera om vilka andra egenskaper som undersökningen avslöjar eller inte nämna det? Har vårdgivare rätt att inte informera om denna bikunskap, eller ska de ge patienten en möjlighet att

Låt oss dock inte blunda för det faktum att det kan finnas allvarliga psykosociala biverkningar och risk för medicinsk diskriminering av en farmakogenetisk undersökning.