

hälsoupplysare. Korta och långa samtal med patienter om att äta rätt eller röra på sig mer är kärnan i de nya nationella förebyggande riktlinjerna från Socialstyrelsen. En ny arbets-situation och roll som hälsoupplysare för läkare tonar fram i förslaget. Riktlinjerna välkomnas av läkare, men många undrar hur de ska synkas med vårdval, organisation och resurser.

text: agneta borgström

Riktlinjer förändrar läkarens arbetssituation

Tanken med de nya preliminära riktlinjerna, som presenterades den 12 oktober, är att sjukvården ska arbeta mer preventivt för att få bukt med ohälsosamma vanor hos människor och mota tillbaka sjukdomar.

– Vi vet att 20 procent av sjukdomsbördan beror på livsstilsfaktorer. Sedan finns det en politisk viljeriktning bakom förslaget. Stora praxis-skillnader



Kerstin Nordstrand

finns i sjukvården i dag, vilket syns i en praxisundersökning om rutiner och program från Sveriges Kommuner och landsting, SKL. Det finns ingen självklar plats för det förebyggande arbetet i vården, det glöms ofta bort, säger Kerstin Nordstrand, utredare på Socialstyrelsen.

Myndigheten har fokuserat på fyra levnadsvanor: riskbruk av alkohol, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. En »ordentlig dammsugning« av 31 000 abstracts, understryker Kerstin Nordstrand, har

lett till 132 konkreta rekommendationer om mat, motion, alkohol och tobak där merparten bygger på rådgivning med patienter. Antingen kort rådgivning på 10 minuter, rådgivning på 10–30 minuter, kvalificerad rådgivning eller webbaserad rådgivning.

Även om det inte är utskrivet i riktlinjerna står det klart att allmänläkarnas roll som hälsoupplysare förstärks. Mycket av preventionsarbetet landar i primärvården.

– Allmänläkare i primärvården får hålla i många rådgivningar med patienter, men en hel del hamnar också på kirurger och andra läkare i slutenvården, då alla patienter som ska opereras ska ha rökstopp före, säger Nordstrand.

Flertalet av de 132 rekommendationerna utgår från rådgivning eller kvalificerad rådgivning. För en allmänläkare blir konstant längre patientbesök och färre patienter per dag.

Men vem som bäst gör jobbet med att leverera



Lars Jerdén



Foto: Colourbox

Läkare och annan sjukvårdspersonal ska i framtiden arbeta mer preventivt för att få bukt med människors ohälsosamma vanor, enligt Socialstyrelsens nya riktlinjer.

råd finns det enligt allmänläkaren Lars Jerdén egentligen väldigt lite forskning om. Han ingick i prioriteringskommittén bakom myndighetens förslag.

– En sak är kristallklar. Det är väldigt tydligt att det för läkarnas del är tal om längre rådgivning än tidigare. Tonvikten har tidigare legat på så kallade brief advice på kanske fem minuter, som nämns i diabetesriktlinjerna. Men nu lyfts de längre metoderna, som tar 10 till 30 minuter, fram, säger Lars Jerdén, som i övrigt arbetar på vårdcentralen Jakobsgår-

darna i Borlänge.

I riktlinjerna finns det nu belägg för att längre rådgivning är både bättre och mer kostnadseffektiv.

– Tidigare har man sagt att korta råd har högst kostnadseffektivitet, nu är det tvärtom, säger Lars Jerdén.

Några läkare tror att andra yrkesgrupper skulle kunna stå för en del av rådgivningen. Det menar till exempel Ove



Ove Andersson



Foto: Colourbox

Andersson, ordförande för Distriktsläkarföreningen.

– Okomplicerade fall kanske distriktssköterskan skulle kunna ta, säger Ove Andersson, som påpekar att den rådande allmänläkarbristen med behov av 1 400 läkare är ett gediget problem att ta tag i.

När det gäller rekommendationerna om bra mat nämns ofta kvalificerad rådgivning med särskild uppföljning. Om detta översätts till klinisk vardag är det dietister och nutritionister eller en specialutbildad person som avses, menar allmänläkaren Lars Jerdén. Han befarar att landstingen försätts i en utbildningsknipa.

– Vi har inte en enda dietist i primärvården i Landstinget Dalarna. Det skulle krävas en termins högskoleutbildning för en sjuksköterska för att få motsvarande kompetens, säger Jerdén.

På vilket sätt rådgivning om levnadsvanor ska läggas upp, vilket pedagogiskt material som ska användas eller hur man ska nå utsatta grupper, nämns inte i riktlinjerna.

– I all rådgivning är det centralt att det finns en struktur, patientcentrering och en betoning på dialogen. Kvalificerad rådgivning krä-

ver också särskild utbildning och bygger också på fler komponenter som feedback och ibland en teoribaserad metodik, säger Kerstin Nordstrand.

Eva Jaktlund, allmänläkare och ordförande i Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, tycker att arbetet med folkhälsoarbete är viktigt och att det är positivt att Socialstyrelsen sätter fokus på det. Hon anser att allmänläkarkåren redan arbetar aktivt förebyggande, vilket enligt henne syntes i den nationella patientenkäten från SKL, där en fråga handlade om huruvida patienter upplevde att doktorerna pratade om levnadsvanor.

– Av slumpmässigt utvalda patienter svarade 25 procent att så var fallet, säger Jaktlund. Men en farhåga, enligt henne, är att riktlinjerna bara blir en »pseudohjälp«. Att läkare och annan sjukvårdspersonal blir duktiga på att se behov hos människor utan

att ha möjlighet att hjälpa dem eller någonstans att skicka dem vidare. Hon hoppas att förslaget leder till en diskussion om primärvårdens organisation.

– Vi ser att det behövs en resursförstärkning, något som är viktigt för folkhälsoarbetet. Det är inte organisationen i sig som är viktig, utan vilket nytta patienten får av det som görs och resurser som används, säger Jaktlund.

En annan synpunkt som lyfts fram av läkare är att värdevalssystem och dess ersättningsmodeller sällan premierar folkhälsoarbetet. Betalning utgår inte från långa, djupa samtal med patienter. Sven Wählin, familjeläkare och projektledare i Riskbruksprojektet för Folkhälsoinstitutet, har skrivit debattinlägg i ämnet. Även om han tycker att riktlinjerna är efterlängtrade ser han också en risk.

– Detta kan medföra att exempelvis allmänläkare mäter i stället för att vårda, säger Sven Wählin.

Att ha personkännedom och kontinuitet i allmänmedicinen innebär enligt honom ett långsiktigt individanpassat arbetssätt med levnadsvanor.

– Där kan mätning av vissa saker vid olämpliga tillfällen vara helt onödigt eller till och med skada konsultationen. Mycket av det mest väsentliga i vården som tillit, empati och humanism i patientmötet går inte heller att mäta, säger Wählin.

Många läkare tycker att det är synd att riktlinjerna inte nämner vårdvalens begränsningar. Inte heller betonas tillräckligt problemen med ökade kostnader för ny struktur, organisation och fortbildning. Avsikten från Socialstyrelsen är att lämna de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna till de åtta regionala konferenser som arrangeras i landstingen.

– Vi rekommenderar metoderna, sedan får landstingen ta i frågeställningar kring ekonomi, tid och kompetens. Man får också se vårt förslag som en långsiktig plan, det går inte att förändra allt över en natt, säger Kerstin Nordstrand.

Agneta Borgström



Eva Jaktlund



Sven Wählin



Marie Wedin – nästa ordförande för Läkarförbundet? Eller Heidi Stensmyren?

Strid väntar om ordförandeposten

Heidi Stensmyren, andre vice ordförande i Läkarförbundet, utmanar Marie Wedin om ordförandeskapet. Bakom sig har hon flera delföreningar.

Mycket pekar mot att det vid årets förbundsfullmäktigemöte i december kan bli en lika hård strid om ordförandeskapet i Läkarförbundet som för sex år sedan. Då förklarade Marie Wedin, Sjukhusläkarförbundets ordförande och i dag vice ordförande i Läkarförbundet, efter en sluten omröstning kampen om ordförandeskapet mot Eva Nilsson Bågenholm.

När tiden för att nominera kandidater till att efterträda Eva Nilsson Bågenholm, som inte ställer upp för omval, löpt ut står det klart att Marie Wedin åter är en het kandidat. Detta eftersom Sjukhusläkarförbundet, den delförening som har flest fullmäktigemandat, som väntat nominerat henne.

– Marie har en mycket lång erfarenhet och en bred förankring, både lokalt och centralt. Dessutom är hon en oerhört bra ordförande. Hon står för ett ledarskap där alla kommer fram, säger Karin Båtelsson, andre vice ordförande i Sjukhusläkarförbundet.

Samtidigt visar det sig att andra yrkesföreningar hellre ser Heidi Stensmyren, andre vice ordförande, på posten. Distriktsläkarförbundet, Sylf och Medicine studerandes förbund har alla nominerat Heidi Stensmyren.

Ove Andersson, ordförande i Distriktsläkarförbundet, DLF, anger demokrati-aspekten som ett skäl till att man nominerat Heidi Stensmyren.

– Alla vet att det finns olika synsätt om vad som är optimalt för förbundet, och vi tycker att fullmäktige måste få ta ställning och att det ska finnas mer än en kandidat.

Inom DLF anser man att Heidi Stensmyren har ett bredare anslag än Marie Wedin, säger Ove Andersson.

– Som vi kan bedöma är Heidi den av de två som har lättare att ta in de perspektiv vi står för. Det har varit ganska tydligt i debatten att Marie Wedin som Sjukhusläkarförbundets ordförande har ett annat perspektiv.

Maria Ehlin Kolk, ordförande för Medicine studerandes förbund, tror att Heidi Stensmyren kan bli en bra ledare både inåt mot förbundet och utåt mot andra organisationer och medierna.

– Sedan uppskattar vi Hei-

dis breda fokus som även inkluderar utbildning, en fråga som inte bara är viktig för MSF utan för hela läkarkåren.

Heidi Stensmyren framhåller att hon inte ser sig som en »motkandidat« till Marie Wedin.

– Det finns inget motsatsförhållande mellan oss, jag kommer bra överens med Marie Wedin. Men jag tror att det är bra för ett förbund att ha två kandidater att fundera på.

Vad skiljer sakpolitiskt mellan er?

– Jag kan mest säga vad jag står för. Jag har jobbat mycket med utbildningsfrågor de senaste åren, och med ledarskapsfrågor, där jag tror att man ska jobba med kunskap för att få läkarna att ta på sig chefskap.

Marie Wedin anser inte att det finns några större sakpolitiska skillnader mellan henne och Heidi Stensmyren.

– Däremot finns det uppenbart en skillnad i facklig erfarenhet.

Att det finns flera kandidater till ordförandeposten tycker hon är bra.

– Det underlättar för valberedningen att göra ett bra jobb.

Michael Lövrup



Foto: Scanpix

Läkarstudenter i en manifestation för papperslösa 2009.

WMA: Papperslösa har rätt till vård

Läkarens etiska skyldighet att ge vård utifrån medicinskt behov och oavsett juridisk status gäller även asylsökande, gömda och papperslösa. Det slås fast av World Medical Association, som vid sitt årsmöte i Vancouver, Kanada, den 13–16 oktober beslutade att utvidga policyn om flyktingars och internflyktingars rätt till vård till att omfatta även dessa grupper.

Det är Sveriges Läkarförbund som tagit initiativ till förändringen av policyn. ■

»Myndigheten för vårdanalys« ska granska hela vården

»Myndigheten för vårdanalys« blir namnet på den nya myndighet som ska ansvara för att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska av hälso- och sjukvården (se LT nr 9/2010). I budgetpropositionen föreslår regeringen ett anslag på 18 miljoner kronor för myndigheten 2011, då den byggs upp, och på 27 miljoner 2012.

Myndigheten ska, enligt regeringen, kunna granska all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, även tandvård, delar av socialtjänsten och myndigheternas arbete, oavsett huvudmannaskap eller driftsform. ■

DI: Stora brister i kvalitetsregister

Två nationella kvalitetsregister måste upphöra med att registrera nya uppgifter, enligt föreläggande från Datainspektionen, DI, förra veckan. Detta så länge som brister i organisation och säkerhet kvarstår.

Det gäller Svenska MS-registret och Auricula – kvalitetsregister för förmaksflimmer och anticoagulation, som tillsammans med Korsbandsregistret och Nationellt lungcancerregister specialgranskats av DI.

Alla fyra register föreläggs att vidta åtgärder för att rätta till att patienterna får ofullständig information om registren.

Förutom de fyra som inspekterats på plats har DI gjort en enklare tillsyn av ytterligare 25 register. ■

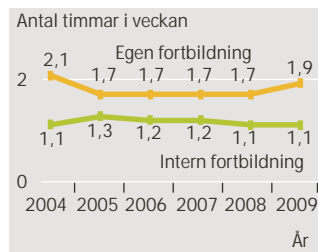
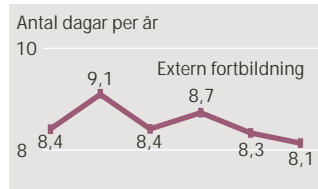
Fler läkare helt utan extern

Läkare ägnar allt mindre tid åt att fortbilda sig. Det visar den sjätte i raden av Läkarförbundets årliga utbildningsenkäter. 8,1 dagar per år för extern fortbildning är en rekordlåg siffra. Distriktsläkare är den befattning som har minst tid för alla typer av fortbildning.

Andelen läkare som uppger att de inte haft någon extern fortbildning alls har ökat från knappt 10 procent de föregående åren till knappt 15 procent 2009.

De genomsnittliga 8,1 dagarna per år för extern fortbildning är den lägsta siffran sedan undersökningarna började. Detta kan ställas mot Läkarförbundets målsättning: minst 10 dagar till extern fortbildning per år för varje läkare.

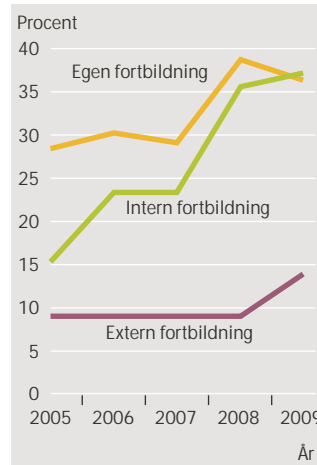
Vad gäller internutbildning



Fortbildningsmängd, antal dagar per år respektive timmar per vecka.

och egen fortbildning är förbundets mål minst en halv dag i veckan.

Där ligger genomsnittet i årets undersökning på sam-



Andel läkare som anger noll utbildningstimmar per vecka respektive noll utbildningsdagar per år.

manlagt tre timmar; det har i princip varit oförändrat de senaste åren. Men andelen som uppger att de haft noll timmar internutbildning

Det går mer åt fel håll än det gjort tidigare ... nu är trenden totalt sett negativ.»

och egen fortbildning ökade påtagligt fram till 2008 och ligger för 2009 kvar på samma höga nivå, en dryg tredjedel.

I årets enkät finns även följdfrågor om orsakerna till detta. Det vanligaste svaret vad gäller internutbildning är att »ingen internutbildning anordnas« (54 procent), och vad gäller egen fortbildning »tidsbrist« (77 procent).

Enkäten visar också på ljusglimtar: Andelen fortbildning som finansieras av läkemedelsindustrin har sjunkit från 18 procent 2004 till 13 procent 2009. Dessutom har andelen läkare som får

Distriktsläkare har minst tid

Distriktsläkare är den befattning som har minst tid för alla typer av fortbildning.

Distriktsläkaren ägnar i snitt 1,9 timmar per vecka åt internutbildning och egen utbildning, att jämföra med överläkarens 2,9, det totala snittet på 3,0 och professors 9,4 i topp. Och medan överläkaren i snitt har 8,1 externa utbildningsdagar per år, precis i nivå med det totala snittet, ligger distriktsläkaren ännu lägre än tidigare år, med bara 4,8. I topp med 11,7 utbildningsdagar ligger läkare med så kallad kombinationstjänst.

Med detta sagt är det inte konstigt att allmänmedicin, tillsammans med geriatrik, är den specialitet som ligger i botten vad gäller antal externa utbildningsdagar. Snittet ligger på 5,1 för geriatriker

och 5,3 för allmänmedicinare. Ortoperer och kirurger har flest dagar: 10 respektive 10,1 per år.

Slår man ihop internutbildning och egen utbildning har läkare inom följande fem specialiteter minst utbildningstid (2,3–2,5 timmar per vecka): geriatriker, allmänmedicinare, psykiatrer, onkologer och öron-, näs- och halsläkare.

De fem specialiteter där det finns mest utbildningstid (3,6 timmar per vecka eller mer) är kirurgi, kardiologi, övriga internmedicinska specialiteter, kliniska labororiespecialiteter och gynekologi.

Det som sticker ut mest är kanske att hela 62 procent av psykiatrerna uppger att de inte deltagit i internutbildning alls under 2009. 49 procent av dem har dessutom



Kö till distriktsläkaren ... som har minst tid av alla för fortbildning.

inte ägnat någon tid till egen fortbildning.

Vårdcentral är den arbetsplats där läkarna i snitt har minst antal dagar extern

fortbildning, 5,1 per år. Ganska dåligt är det också på privata mottagningar, 6,3 dagar. Föregående år var det anställda vid privata sjukhus som hade minst antal sådana

fortbildning

tjänstledigt med lön från sin arbetsgivare för fortbildning samtidigt ökat, från 84 procent 2005 till 93 procent 2009.



Turid Stenhaugen

Trots detta ser Läkarförbundet med oro på helhetsresultatet.

– Det går mer åt fel håll än det gjort tidigare. Förut har de olika delarna gått lite upp och ner, men nu är trenden totalt sett negativ, säger Turid Stenhaugen, utredare inom utbildning-fortbildning vid Läkarförbundet.

Det Turid Stenhaugen tycker är mest oroande är att de specialiteter där det är brist på specialister, som allmänmedicin och psykiatri, har så låg andel internutbild-

ning och egen fortbildning.

Hon tror att orsaken till läkarnas minskade fortbildningstid är att resursen läkartid har blivit mer och mer knapp.

– Det som inte ligger precis inom den dagliga verksamheten prioriteras ned. Det gäller inte bara utbildning, utan också forskning.

Därför menar Turid Stenhaugen att frågan nu måste upp på politikernivå, till beslutsfattare i landstingen, om man ska kunna vända trenden.

– Möjligen skulle man ha ett system där man öronmärker pengar för utbildning och forskning.

Karin Bergqvist

Läs mer Fortbildningsenkäten finns i sin helhet på SLF:s webbplats www.slf.se

I sitt fortbildningspolitiska program kräver Läkarförbundet

- Att det ska finnas budgeterade resurser för fortbildning.
- Att fortbildningen ska ingå i verksamheternas arbete för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem 2005:12 med rutiner för personalens kompetensutveckling ska följas.
- Att fortbildningsinspektioner liknande dem som finns för ST- och AT-läkare ska införas.
- Att uppdrag som fortbildningssamordnare ska upprättas inom alla specialiteter. ■

dagar, 5,5. I år har just de störst antal externa fortbildningsdagar: 10,4.

Anställda på universitets-/regionsjukhus har mest tid för internutbildning och egen fortbildning sammantaget, 3,9 timmar per vecka, följt av dem som jobbar på privata sjukhus med 3,6 timmar. Minst tid får man på länsdelssjukhus, 2,0 timmar, och vårdcentral, 2,1 timmar.

Kvinnor anger, liksom tidigare år, att de ägnar mindre tid åt egen fortbildning, 1,4

Fortbildningsenkäten

Siffrorna bygger på en enkät som slumpmässigt skickades till var 15:e medlem i Sjukhusläkar-, Distriktsläkar- och Chefsföreningen under 65 år, totalt 1 344 personer. 987 personer svarade, vilket ger en svarsfrekvens på 73 procent. Av dessa var 925 verk samma som läkare. ■

timmar per vecka jämfört med männens 2,3. ■