

Semantisk twist i AT-frågan

Oenigheten om Läkarförbundets policy för yrkesutbildningen har tagit en ny, semantisk vändning. Alla vill ha AT – men man är oense om vad som ligger i begreppet.

Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, UFO, har nu skickat sitt förslag till policyprogram för läkarutbildningen på internremiss till delföreningarna. I korthet går förslaget ut på att dagens läkarutbildning bör ersättas med en sexårig utbildning som leder till legitimation. AT ersätts med en bred introduktionstjänstgöring på ett år för alla nylegimerade läkare, oavsett utbildningsland.

UFO väljer att kalla även den nya tjänsten för allmän-tjänstgöring, AT. Detta undanröjer dock inte det faktum att förslaget, som LT tidigare berättat, ogillas av Sjukhusläkarna, som vill att förbundets linje ska vara att

AT ska vara kvar i sin nuvarande form och har motionerat om detta till Läkarförbundets fullmäktigemöte den 8–9 december. Följdriktigt har Sjukhusläkarnas representant i UFO, Thomas Zilling, som enda ledamot reserverat sig mot programförslaget.

Centralstyrelsen, CS, vill i sitt yttrande över Sjukhusläkarnas motion att fullmäktige avstår från att ta ställning i sakfrågan, med hänvisning till den pågående processen i UFO. Samtidigt skriver CS att man delar uppfattningen att allmäntjänstgöringen bör utvecklas – alltså inte avvecklas – utan att definiera vad man lägger i begreppet.

Vidare påpekar CS att varken Läkarförbundet eller den utredare som nyligen fick i uppgift av regeringen att se över läkarutbildningen har i uppdrag att verka för att AT avskaffas.

Vad gäller det sistnämnda är det formellt sett korrekt. Något uttryckligt uppdrag med den innebörden finns inte, och det sägs i direktiven att utredaren som ett alternativ ska presentera en modell för bibehållen AT. Men därigenom är det underförstått att det står honom fritt att vid sidan av det även föreslå mer eller mindre radikala förändringar.

Utredaren, Stefan Lindgren, har i egenskap av ordförande för Läkarsällskapets utbildningsdelegation suttit med i den arbetsgrupp under UFO som tagit fram programförslaget.

Bakgrunden har varit en ambition att de båda läkarorganisationerna ska ha en gemensam linje för att bättre kunna påverka utredningen, och SLS står också bakom arbetsgruppens modell.

Michael Lövtrup



Västerbottens landskapsvapen.

Stora skillnader i läkarkontinuitet i Västerbotten

Andel patienter i Västerbotten som träffat samma läkare på vårdcentralen vid de senaste tre besöken. (Period januari–oktober 2011)

Citymottagningen HC, Umeå	67
Medicinkonsulten, Lycksele	67
Lövångers HC	66
Erikslids HC, Skellefteå	61
HC Husläkarna, Umeå	56
Ålidhems HC, Umeå	56
Mariehems HC, Umeå	56
Vännäs HC	55
Hälsoval Carema, Umeå	54
Tegs HC, Umeå	54
Nordmalings HC	51
Heimdalls HC, Skellefteå	50
Ersboda HC, Umeå	49
Stenbergska HC, Lycksele	47
Backens HC, Umeå	46
Bjurholms HC	46
Jörns HC	45
Norrlandskliniken HC, Umeå	42
Burträsk HC	42
Holmsunds HC	40
Morö backe HC, Skellefteå	39
Bolidens HC	37
Vilhelmina sjukstuga	35
Skelleftehamns HC	34
Robertsfors HC	34
Hörnefors HC	30
Familjeläkarna, Storuman	30
Norsjö HC	28
Byske HC	24
Sävar HC	24
Vindelns HC	24
Anderstorps HC, Skellefteå	20
Åsele sjukstuga	20
Bureå HC	15
Familjeläkarna, Tärnaby	15
Familjeläkarna, Malå	13
Familjeläkarna, Sorsele	5
Dorotea sjukstuga	4

Källa: Västerbottens läns landsting

Allmänläkarna vill diskutera gränser

Allmänspecialisterna kämpar för att avgränsa sitt uppdrag. Det går sådär. Första linjens sjukvård står i korsdraget mellan patienters själsliga nöd och samhällets medikalisering av sociala och ekonomiska problem. Frågorna togs upp på ett DLF-symposium i förra veckan.

Alla älskar allmänläkaren, men dennes uppdrag blir allt tuffare. Pålagor läggs på från olika håll: till exempel politiska krav på utökade administrativa uppgifter, som alltmer komplicerad sjukintygsskrivning och nytillkommen livsstilsscreening.

Vad kan läkare göra för patienter som inte klarar av en socialt och intellektuellt alltmer krävande arbetsmarknad? Och vem tar hand om själen – där problem ofta sit-

ter? Och vad göra med alla ensamma, gamla och ångestridna patienter?

– Kanske ska vi börja samarbeta med en präst eller imam, föreslår Christer Olofsson vid Kallinge vårdcentral, Blekinge, sekreterare i DLF, vid symposiet »Allmänmedicinens gränser och åtaganden«.

Christer Olofsson varnar för att medelåldern bland landets allmänmedicinare är hög. För att locka yngre läkare gäller det att skapa goda arbetsvillkor. Där ingår det att kunna värna förtroendet mellan läkare och patient, närmast att likna vid ett kontrakt.

– Detta kontrakt är en förutsättning för att kunna utöva »läkekonst«, säger Christer Olofsson.

En stor del av symposiet

ägnas åt en tilltagande medikalisering av tillstånd eller naturliga processer, som läkare och forskare erfar. På allmänspecialisternas mejlinglista »Ordbyte« diskuteras till exempel läkemedelsreklam för testosteron (se också debattartikel i LT nr 46/2011).

– **Organspecialisters** koncentration på en liten del av kroppen leder i samverkan med läkemedelsindustrin till en övermedikalisering av vården, säger Birgitta Hovelius, professor i allmänmedicin vid Lunds universitet.

Hon tar som exempel Cipralext, som blivit godkänt för PMDS (premenstruell dysforisk störning). Men orsaken till sjukdomen är fortfarande okänd; symtomen är inlärda, menar hon.

Marie Närlid

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDEN

Stora brister då 16-åring dog i trolig neuroborrelios

En pojke sökte under tre års tid vård för bland annat huvudvärk, illamående och buksmärtor. Han undersöktes varje gång av olika läkare. Pojken dog i sitt hem när han var 16 år, sannolikt på grund av neuroborrelios. Oacceptabel brist på samordning, helhetssyn, systematik och ansvarstagande, skriver Socialstyrelsen. (Soc 9.3.1-34127/2010)

När pojken var 13 år debuterade värk i huvud, nacke och rygg. Sedan tilltog smärtorna och ett år senare tillstötte även buksmärtor och illamående. Vid ett flertal tillfällen sökte familjen sjukhusets akuttagning. De träffade olika läkare varje gång. Provtogs med normala värden och oftast avklingade smärtan under observationstiden och efter behandling med smärtstillande läkemedel.

När pojken var 15 år vårdades han vid kirurgisk klinik för buksmärtor och appendektomerades på grund av flegmonös appendicit. Antibiotikaproylax (cefuroxim och metronidazol) gavs i samband med operationen och enligt föräldrarna var pojken därefter fri från huvudvärk, illamående och buksmärtor i cirka två månader. Därefter tilltog huvud- och nackvärken och han lades in på barnmedicinsk avdelning. Han hade då en temperatur på 39,2 men CRP var normalt. Man misstänkte meningit men efter undersökning av barnläkare konstaterades att ingen nackstelhet förelåg och eftersom pojken dessutom mådde bättre avstod man från lumbalpunktion.

Några veckor senare besökte pojken kirurgjour på grund av buksmärtor; malabsorption misstänktes. Den undersökande läkaren noterade också avvikande längd- och viktutveckling hos pojken som heller inte alls kommit igång med sin pubertet. Efter några månader togs med anledning av detta en

del prov vid vårdcentralen; dessa gav emellertid ingen vägledning, varför pojken remitterades till barnläkarmottagning för utredning av buksmärtorna, huvudvärken och den avvikande längd- och viktutvecklingen. Vid besöket ett par månader senare gick det inte att komma fram till någon klar diagnos beträffande buksmärtan. Ytterligare blodprov togs men dessa följdes aldrig upp av oklar anledning.

Ytterligare ett par månader senare hittades pojken död. Rättsmedicinsk obduktion visade att dödsorsaken var kroniskt inflammatoriskt hjärnhinneinflammation med hjärnsvullnad och vidgade ventriklar. I serum från obduktionsblod påvisades antikroppar mot borreliosa.

Fallet anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Socialstyrelsen skriver att det inte går att fastställa orsaken till patientens kroniska inflammation i hjärnhinnorna och hjärnsvullnad, men att pojken uppvisat sådan symtomatologi att Borreliainfektion borde varit en differentialdiagnos i utredningen under något av de många sjukvårdsbesöken. Den brist på samordning, helhetssyn, systematik och ansvarstagande som händelsen påvisar är enligt Socialstyrelsen inte acceptabel. Socialstyrelsen kräver nu att det berörda landstinget fastställer och tydliggör var ansvaret ligger för att hålla samman utredning och behandling av barn och ungdomar som söker sjukvården upprepade gånger med oklar och multifokal symptomatologi. ■

Smittskyddslagen följs inte i Gävleborg

Ofullständiga, inkorrekta och sena. Sådana anmälningar enligt smittskyddslagen har smittskyddsläkaren i Gävleborg att brottas med – om det alls kommer någon anmälan. Nu kräver Socialstyrelsen skärpning av rutinerna. (Soc 9.2-8458/2011)

Socialstyrelsen har gjort en inspektion i Gävleborgs lands-

ting eftersom smittskyddsläkarna påpekat att verksamheterna inte anmäler enligt smittskyddslagen. Anmälningarna kommer sent, är ofullständiga, inkorrekta eller kommer inte alls. Och trots att smittskyddsläkaren uppmärksammade landstingsledningen på problemen redan i början av 2010 så kvarstod de i sådan utsträckning fortfarande ett år senare, att han ansåg att han inte kunde uppfylla sina förpliktelser, framför allt att förhindra ytterligare sjukdomsfall och bakteriespridning.

När Socialstyrelsen gjorde sin inspektion i september i år framkom att det fanns en okunskap i hela landstinget om hur anmälningarna ska göras. Smittskyddsläkaren har också stött på motstånd från läkare som anser att det inte är deras sak att anmäla. En attitydfråga alltså, som landstinget nu bearbetar inom ramen för sitt värdegrundsarbete. Dessutom togs vakansproblematiken, med bristande kontinuitet som följd, upp som bidragande orsak till bekymren med anmälningarna enligt smittskyddslagen.

Problem av mer praktisk karaktär lyftes också fram, som att det datoriserade systemet som laboratoriemedicin använder sedan ett par år tillbaka inte fungerar som avsett och att smittskyddsanmälningar försvåras då patienten inte har svenskt personnummer.

Socialstyrelsen anser att det är helt oacceptabelt att landstinget Gävleborg saknar ett enhetligt anmälningsförfarande enligt smittskyddslagen och är kritisk till att landstinget inte vidtagit kraftfullare åtgärder trots att smittskyddsläkaren påtalat problemen.

Socialstyrelsen kräver nu att en utförlig åtgärdsplan inklusive tidsplan redovisas senast den 2 december i år. ■

Redaktör: Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10 sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

Årets artiklar i Läkartidningen

Här är vinnarna:

Medicinsk kommentar:

Håkansson Jan: Stärkt stöd för statinbehandling som sekundärprevention. Tveksam evidens för behandling mot allt lägre kolesterolvärden
LT 2011;108:1234-5.

Originalstudie/ Fallbeskrivning:

Fyhr Annsophie, Akselsson Roland: Misstag med koncentrerade kalium- och natriumlösningar. Analys och lärdomar av anmälda ärenden.
LT 2011;108:923-7.

Klinisk översikt:

Ahlbom Anders, Dre-fahl Sven, Lundström Hans: Den åldrande befolkningen. Fortsatt ökning av medellivslängden kontroversiell och spännande fråga.
LT 2011;107:3048-51.

Klinik och vetenskap:

Carlsson Jörg, Månsson Anders, Olsson David: Avstängning av implanterbar defibrillator – också en etisk fråga. Sriftliga rutiner behövs, visar beskrivna fall.
LT 2011;108:536-9.

Unga skribenter:

Zelano Johan: ABC om akut handläggning av epilepsi.
LT 2010;107:2891-5.

Debattartikel:

Holm Herman: Jämlik vård – vadå, vardå?
LT 2011;108:1042-3.

Årets jury:

- Inge Axelsson,** överläkare, barn- och ungdomsmedicin, Östersunds sjukhus
 - Jan Wahlström,** professor emeritus, klinisk genetik, Göteborgs universitet
 - Karin Stenfeldt,** spec läkare, med dr, öron-näsa-hals, audiologi, Lund och Malmö
 - Peter Allebeck,** professor i socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet
 - Agnes Wold,** docent Sahlgrenska Akademi, Göteborg, läkare vid bakteriologiska laboratoriet, Sahlgrenska sjukhuset
 - Mikael Hellström,** professor i radiologi, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
 - Karin Sundström,** läkare, doktorand, Karolinska universitetssjukhuset
 - Anna Engström-Laurent,** professor, folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
- Prisutdelning sker på medicinska riksstämman torsdagen den 1 december på Stora scenen kl 13.00.**

