



äldrevård. Runtom i landet prövas olika modeller för att förbättra vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. I västra Skaraborg har man med ett mobilt närsjukvårdsteam fått ned akutbesöken bland multisjuka äldre med 80 procent. På Vrinnevisjukhuset i Norrköping har man på försök öppnat en äldremottagning som tar helhetsansvar för vården av multisjuka äldre.

texter: michael Iövtrup och agneta borgström

Helhetsgrepp för bästa

NORRKÖPING

Gunvor Törnå är en av drygt 200 patienter som är inskrivna på äldremottagningen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Det har gått ett år sedan hon skrevs in, och därför har hon kallats till ettårskontroll på geriatriska kliniken.

Inledningsvis hör sig överläkare Anne Ekdahl för om hur hon känner sig rent allmänt. Jodå, förutom en höft som krånglar mår hon förhållandevis bra, berättar Gunvor Törnå.

– Men jag är väldigt glömsk, och det har blivit värre. Jag måste skriva upp allt jag ska göra.

– Ja, du sa det till sjukgymnasten ser jag, säger Anne Ekdahl efter en titt i journalen. Vi får ta det på allvar.

Mycket av det halvtimmeslånga besöket består i samtal om hur vardagen fungerar i stort och smått. Utöver det gör Anne Ekdahl några test och kontroller. Och så kollas läkemedelslistan.

– Det här är listan, men jag tar bara det här, säger Gunvor Törnå och visar fram ett par Apodospasar.

Anne Ekdahl granskar påsens innehåll och kollar med journalen. Hon beslutar att sätta ut ett av läkemedlen.

– Du behöver ju inte den

medicinen längre, och det är inget som hjälper minnet.

Äldremottagningen, som är en försöksverksamhet, startade 2011 och bygger på det policydokument för vården av de multisjuka äldre som de tre specialitetsföreningarna Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF) och Svensk internmedicinsk förening (SIM) tog fram 2009. Dokumentet tillkom på initiativ från Anne Ekdahl, som då var ordförande för SGF. Bakgrunden var att beslutsfattare ofta klagade på att läkare från olika specialiteter gav olika besked om hur vården för

dessa patienter bör utformas.

Kärnan i policyn är att det behövs en vård som ser till patientens samlade behov över en längre tid, vilket kräver samarbete över specialitets-, professions- och organisationsgränser.

– Många sa att det var jättebra med policydokumentet, men sedan hände inget. Men så fick jag höra att det gick att söka pengar via SKL till pilotprojekt för att förbättra vården av äldre och då tog vi chansen, säger Anne Ekdahl.

För att kunna delta som patient ska man bo hemma, vara över 75 år samt ha vårdats på sjukhus minst tre gånger under en tolv månaders period



Längst till vänster: Hembesök, som här hos 82-åriga Gun-Britt Andersson, är en del av äldremottagningens verksamhet i Norrköping. »Med hembesök får man en bild av helheten som man inte får på mottagningsrummet«, menar Anne Ekdahl, som vid detta besök har sällskap av apotekaren Elisabeth Gustafsson. **Mitten:** Gunvor Törnå har kallats till ettårskontroll på äldremottagningen på Vrinnevisjukhuset. **Ovan:** På teamronderna tar man upp patientfall som behöver diskuteras. Målet är att hitta de insatser som är bäst för patienten.

Foto: Niclas Sandberg

livskvalitet

»Många av de här personerna är inte kända av primärvården, eftersom de mest åker in och ut på akuten.«

eller ha minst tre olika diagnoser. I samband med inskrivningen går man igenom alla patientens journaler och ställer samman en medicinsk bakgrund. Det ger en helhetsbild som är ovanlig när det gäller de här patienterna.

– Patienterna märker att doktorn vet vad de har varit med om, säger Elisabeth Gustafsson, apotekare, som medverkar i projektet.

I stort sett alla patienter hade felaktiga läkemedelslistor när de skrevs in, och få hade någon läkare med helhetsgrepp.

– Många av de här personerna är inte kända av primärvården, eftersom de mest åker in och ut på akuten, säger Anne Ekdahl.

Vad som skiljer detta projekt från andra liknande är att man har lagt upp det som en randomiserad kontrollerad studie. Det innebär att det vid sidan av interventionsgruppen finns en lika stor kontrollgrupp som får »vanlig« vård.

– Det är pengar som styr, inte vackra visioner och vär-

degrunder. Vi insåg att om projektet ska överleva och inte läggas ned när pengarna tar slut måste vi ha en randomiserad kontrollerad studie och kunna visa att det är lönsamt, säger Anne Ekdahl.

Till projektet har ett multiprofessionellt team med olika kompetenser från både kommun och landsting rekryterats (se ruta). Varje tisdag och torsdag morgon samlas teamet för att gå igenom fall där exempelvis patienter eller anhöriga hört av sig med något bekymmer, eller där en teammedlem sett något som man vill ha de övrigas respons på.

Den marsmorgon när Lä-

kartidningen besöker äldremottagningen är det nio patienter på listan. Bland annat en som verkar ha lite väl »sunda« matvanor för sin ålder – en del värden är i lägsta laget – och skulle behöva få i sig lite mer kalorier. För att inte verka tjugatiga beslutar man att teamets dietist i första hand ska ta upp frågan.

För en annan patient har situationen snabbt försämrats. Från kommunen berättar man att hemtjänsten har svårt att klara omvårdnaden och att den närmsta anhöriga är slutkörd. Patientens egen inställning är däremot att »det mesta är bra«.

Det blir en hel del diskus-

äldre

sion om vad som kan göras.
 – Det är kanske dags att lägga ned vapnen och bara se till att patienten mår så bra som möjligt, säger Anne Ekdahl.
 En av underläkarna kommer att kontakta familjen under dagen.
 – Du kan väl tala om för den anhöriga att jag finns, säger kuratorn Susanne Rahm.

Syftet med teamronderna är att hitta den insats som bäst löser patientens problem utifrån det helhetsperspektiv som policyn talar om.
 – Andra personer i teamet kan ha lösningar på de problem man ser, lösningar som man själv inte känner till, framhåller arbetsterapeuten Cecilia Holmgren.

Många gånger handlar det om att hitta alternativ till läkemedelsbehandling.
 – Att ringa upp och höra hur det är kan ibland ersätta läkemedel. Att få komma ut och gå kan också göra att man inte tänker så mycket på att man har ont, säger Elisabeth Gustafsson.

Som läkare ser Anne Ekdahl en fördel med teammodellen i att man inte blir ensam med tunga beslut. Man slipper också »blunda« för problem som man inte själv har redskap för att klara.

Dessutom blir besluten ofta bättre underbyggda.
 – En del tycker att läkare kan allt, men det tycker inte jag. Apotekare är till exempel ofta bättre uppdaterade på farmakogenetik.

Hembesök, både akuta och planerade, är en annan del av verksamheten. Ibland är det Anne Ekdahl eller någon annan läkare som gör hembesök



Anne Ekdahl Foto: Niclas Sandberg

Äldremottagningens multiprofessionella team:

- Sjuksköterskor
- Biståndshandläggare
- Geriatriker
- Apotekare
- Arbetsterapeut
- Dietist
- Kurator
- Sekreterare
- Tandhygienist (vid behov)

ken, men oftast är det sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Något man lärt sig i samband med hembesöken är hur viktigt det är att ta sig gott om tid med den här patientgruppen.

– Sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna säger att det ofta kan ta en timme innan man kommer till pudelns kärna, säger Anne Ekdahl.

Men – hembesök, samverkan och mottagning kostar pengar. Totalt har man fått drygt 8 miljoner kronor till projektet, motsvarande ca 15 000 kronor per patient och är under de tre år som projektet ska pågå. Tanken är förstås att detta ska kompensera

»Högsta möjliga livskvalitet och en värdig vård är våra ledstjärnor. Många av våra patienter lever inte så länge till, och det handlar om att de ska ha ett bra slut.«

Studien ...

... omfattar totalt 403 patienter (194 i kontrollgruppen och 209 i interventionsgruppen). Utfallet för grupperna kommer att jämföras efter ett respektive två år med avseende på livskvalitet, åldersskörhet, medicinska variabler och samhällskostnader (landsting + kommun). Som underlag för ekonomiska beräkningar mäts bl a

- sjukhusinläggningar
- vård dagar
- besök på akutmottagning
- hemtjänsttimmar
- flytt till särskilt boende
- mortalitet

ras av att andra kostnader minskar. Till exempel kan förhoppningsvis ett hembesök ibland leda till att en akutinläggning undviks. En första skattning av det ekonomiska resultatet för landstingets del kommer inom kort, och Anne Ekdahl bävar lite:
 – Jag tror att det på kort sikt kan ha kostat mer, men på två års sikt är jag övertygad om att det här sättet att arbeta sparar pengar.

Samtidigt är det inte realistiskt med så omfattande insatser till särskilt många patienter. Skulle verksamheten permanentas måste det därför till en nära dialog med primärvård och andra vårdgivare kring vilka patienter som

har bäst nytta av att föras över till äldremottagningen och vilka som primärvården ska ha fortsatt huvudansvar för.
 Det kriterium som använts nu förefaller ha varit för trubbigt.
 – Nu har vi en patient som springer maraton, och han skulle förstås inte ha varit med.

Från andra specialiteter har det kommit blandade reaktioner på verksamheten.

– Primärvården har varit lite ifrågasättande och tror att vi ska skriva ut en massa demensläkemedel. Men jag tror att jag kan säga att det har blivit mindre. Men sjukhusläkarna är väldigt glada, de känner att vi avlastar dem med en patientgrupp som de inte klarar själva.

Från patienterna är respon- sen däremot odelat positiv.

– Vi möts av otroligt mycket tacksamhet hela tiden. Egentligen kanske det inte är så bra, det säger något om hur vården fungerar i vanliga fall.

Tacksamt, om än lite ångestfyllt, är det också att som läkare få lämna stuporstänket bakom sig och försöka ta hand om alla diagnoser på en gång.

– Det kräver mycket inläsning och kontakter med andra specialiteter där man inte sällan får känna sig lite dum. Men det måste man göra för att kunna sätta den äldre patientens bästa i fokus, tycker Anne Ekdahl.

– Högsta möjliga livskvalitet och en värdig vård är våra ledstjärnor. Många av våra patienter lever inte så länge till, och det handlar om att de ska ha ett bra slut. ML

Läkarförbundet: Kommunöverläkare ska se till att sjuka äldre inte

»Det behövs mer läkarmedverkan i den kommunala vården och den vården måste länkas samman bättre med vården på sjukhusen.« Det säger Läkarförbundets ordförande, Marie Wedin.

Många av problemen i vården av

de mest sjuka äldre uppstår enligt Marie Wedin i skarven mellan landstings- och kommunal vård.

– Man missköter sig från båda hållen. Sjukhusvården fungerar många gånger bra för äldre patienter, men när de är redo för utskrivning kan de dumpas i hem-

met utan att det finns någon mottagare till beskedet. Kommunerna klagar för sin del på att man inte får veta vilka nya mediciner som patienten har fått.

En viktig länk för att överbygga skarven är enligt Marie Wedin en sammanhållen journal där

man från bägge håll kan se till exempel vilka läkemedel som skrivits ut av vilken läkare. Men detta förutsätter att det finns en ansvarig läkare som agerar om det behövs, till exempel ser till att byta ut olämpliga läkemedel.

– Vi har föreslagit att man



Att ta sig tid och lyssna in är en självklar del i arbetet för läkaren Ulla Andin som besöker Rut Johansson.

Foto: Agneta Borgström

Mobil geriatrisk klinik i Lidköping

LIDKÖPING

Lyssna in den äldres historia under en kopp kaffe. Diskutera med kommunsköterskor. Bedriva avancerad sjukvård i hemmet. Fixa remisser och kontakta sjukhuset. När-sjukvårdsteamet, med läkaren Ulla Andin i spetsen, är som en ständig sambandscentral för multisjuka äldre i Skaraborg och just därför en kvalitetsmässig succé, enligt en utvärdering.

Det är folksamling vid matsalsbordet hemma i hans lägenhet. Stormöte. Vasen med de orangeröda tulpanerna får tas bort från duken för att ge plats för alla papper och pärmar. 79-årige Lennart Lundell i Vara ser aningen över-

■ visionen som la grunden för teamet

År 2000 togs initiativ till ett förändringsarbete på Lidköpings sjukhus som syftade till samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen tog ungefär samtidigt ett beslut om att utveckla när-sjukvården i Lidköpingsområdet i västra Skaraborg. Utredningar, frågor till allmänheten och dialog med organisatio-

väldigad ut medan han stappande sätter sig bredvid läkaren Ulla Andin och sjuksköterskan Christina Pettersson från det mobila när-sjukvårdsteamet. Där finns också kommunsjuksköterskan Annette Johnsson,

ner ledde fram till en administrativ ledningsgrupp som efter några år blev en operativ grupp som tillsammans med en bred politisk ledning ledde till samverkan. Visionen lyder »Tillsammans skapar vi en god närvård som upplevs som en helhet«. Sedan 2008 finns det två permanenta verksamheter, när-sjukvårdsteamet och ett mobilt pal-

liativt rådgivningsteam. – Det är många faktorer som gör att vårt arbete är så framgångsrikt, bland annat gemensam värdegrund, se nyttan för den enskilde, uthållighet, mod, struktur, systematik, tillåtande klimat, det personliga mötet och att våga tänka och göra nytt, säger Marianne Alärd, koordinatör. ■

Hur är det för dig?

– Jag sitter och halvsover på dagarna. Vad ska jag annars göra? Jag sitter väl vid fönstret och tittar på folk, säger Lennart.

Under det timslånga samtalet med honom och de anhöriga tas flera beslut om hur dar-

faller mellan stolarna

skulle inrätta en kommunöverläkarfunktion. En sådan läkare skulle inte ha patientkontakt, men ha överblicken, och bland annat svara för att alla som har hemsjukvård eller som bor på särskilda boenden har en namngiven ansvarig läkarkontakt.

– En kommunöverläkare kan också se till att det finns rutiner för överlämning mellan huvudmännen, och att det skrivs avvikelser när det inte fungerar.

Ett annat problem som Marie



Marie Wedin

Wedin pekar på är att det allmänt sett är för dålig läkarmedverkan kring dessa patienter i den kommunala vården, dvs i hemsjukvården och i särskilda boenden.

– Det finns en möjlighet för kommuner att hyra in läkare och skicka notan till landstinget om det missköter uppdraget. Detta har inte fungerat så bra, en kommunläkare skulle

kunna sätta in det tänket.

Regeringen har tryckt på för att kommunerna ska ta över ansvaret för hemsjukvården, även om man inte valt att lagstifta i frågan.

Är det bra att kommunerna tar över hemsjukvården?

– Det är bra att kommunerna får ett övergripande ansvar, men man kan känna oro för om det kommer att finnas till-

»Teamet skapar trygghet hos de äldre och anhöriga.«

riheten i benen ska behandlas. Och hur panikkänslorna på natten ska försvinna. Så ser arbetssättet ut för närsjukvårdsteamet som tar bilen runt till de sex kommunerna i området i västra Skaraborg för att möta svårt multistjuka äldre. Teamet, som består av en läkare och två sjuksköterskor, startade 2008 med en underliggande tanke att stärka samarbetet mellan sjukhuset i Lidköping, primärvården och kommunernas äldrevård, i syfte att förhindra smärtsamma besök på akuten och inläggningar på sjukhuset. Arbetssättet ger många tydliga vinster menar utvärderaren Svante Lifvergren, läkare vid Skaraborgs sjukhus samt knuten till vårdprojekt vid Chalmers tekniska högskola.



Stormöte hos en patient i Vara där Ulla Andin (tv) och Christina Pettersson (th) diskuterar med kommunsköterskan. Foto: Agneta Borgström

Om teamet

Läkaren och de två sjuksköterskorna i närsjukvårdsteamet är anställda av Lidköpings sjukhus, men verksamheten styrs av ledningsgruppen för Närvård, västra Skaraborg. Teamets kontor är placerat på sjukhusområdet. Under en stor del av veckan rör sig teamet mellan de multistjuka äldre i de sex kommunerna Lidköping, Skara, Vara, Essunga, Götene och Grästorps, men kan också nås på telefon mellan klockan 8 och 17, måndag–fredag.

Inklusionskriterier

Fyra av nedanstående sex kriterier ska vara uppfyllda för att närsjukvårdsteamet för multistjuka äldre ska ta sig an en patient:

1. Tre eller fler inläggningar på sjukhus de senaste 12 månaderna
2. Tre eller fler kroniska diagnoser
3. Står på mer än sex mediciner
4. Har hemsjukvård
5. Är över 75 år gammal
6. ADL-beroende

– Teamet skapar trygghet hos de äldre och anhöriga. De äldre känner sig mycket mer trygga och vågar stanna hemma längre innan de åker till sjukhuset. Trots att äldre ofta är kända hos de tre instanserna, kommunen, primärvården och sjukhuset, är det ingen som riktigt kan ta ansvar för dem. Detta medför att de anhöriga själva ofta får ta beslut om när de gamla ska åka in till sjukhuset, säger Svante Lifvergren. Det är enligt honom ingen tvivel om att arbetet är re-

surseffektivt med exempelvis färre inläggningar på sjukhus.

– Studien visar att kostnaderna minskade ordentligt när man jämförde patienternas vårdkonsumtion sex månader före och efter kontakten med teamet. Dessutom uppnår man oerhört mycket bättre



Svante Lifvergren

vårdkvalitet med detta sätt, säger Svante Lifvergren. En mätning, som gjordes 2009, visade att antalet akutbesök på sjukhuset reducerades med 80 procent för dem som varit inskrivna i teamet. Reduceringen av mottagningsbesök blev 89 procent och reduktionen av vård dagar 92 procent. Andra mätningar visade även på signifikanta förbättringar av symptomlindring hos patienterna före och efter utskrivning, där exempelvis känslor av

smärta, nedstämdhet och trötthet halverades.

Arbetsstrukturen fungerar likt en »låda« där teamet bara tar in maximalt 23–24 patienter. Dessa har teamet totalansvar för och teamets läkare är PAL. Hälften av teamets patienter är så svårt sjuka att avancerad sjukhusvård behövs. Sjukhusläkare, primärvårdsläkare eller kommunsköterskor remitterar in nya patienter genom en så kallad varselblankett. – Vi kan ta dem ur ekorrhju-

räcklig medicinsk kompetens i det systemet. Grundproblemet, menar Marie Wedin, handlar dock om att primärvården inte är tillräckligt utbyggd. Allmänläkarna är för få och har svårt att hinna med att komma ut till de patienter som inte själva kan ta sig till vårdcentralen. – Det behövs fler allmänläkare

men också andra kompetenser som psykiater och geriatriker. Vi hoppas att en utvidgning av vårdvalet till att omfatta specialister i öppenvård kan bidra till detta. Är det här en grupp som kan välja? – Jag tror inte att det är valmöjligheten i sig som är det viktiga, men vårdvalet ökar tillgänglighe-

ten och flexibiliteten i systemet. Men det hänger på hur man riggar ersättningssystemet. Systemet måste värdesätta helhetsansvar. Regeringens satsning, som innebär belöning till kommuner och landsting som reducerar sådant som olämplig läkemedelsbehandling och återinläggningar inom 30 dagar, tycker Marie We-

din är bra, men hon varnar samtidigt för att sådana belöningssystem kan slå fel. – Om en patient blir återinlagd kan det vara för att han eller hon skrivits ut för fort för att det finns för få vårdplatser eller för att kommunen inte tagit sitt ansvar. Men det kanske ändå är bäst för den patienten av medicinska skäl att bli inlagd. ML

TABELL. Skillnad i upplevda symptom:

Yrsel	-2,862
Ostadighet	-0,601
Smärta	-1,857
Illamående	-0,368
Aptitlöshet	-1,442
Tugg-/sväljvärighet	-1,000
Törst	-1,342
Förstoppning	-1,069
Urinläckage	-0,557
Svullna ben	-0,071
Andfåddhet	-2,542
Bröstsmärta	-2,060
Sömn	-2,673
Trötthet	-2,269
Orkeslöshet	-1,874
Ensamhet	-0,422
Nedstämdhet	-2,056
Känsla av meningslöshet	-1,912
Oro	-2,670
Ångest	-2,032
Nöjdhet	-1,335
Livskvalitet	-1,608
Gångsträcka	-1,362

Tabellen visar hur patienternas upplevda symptom förändrats mellan inskrivning och utskrivning i teamet. Patienterna har graderat symptomen på en skala 1–10, där 10 är sämst tillstånd och 1 bäst – utom för sömn, nöjdhet och livskvalitet där skalan är omvänd. 27 patienter ingår i undersökningen. De som dör under tiden i teamet är inte med i materialet. För symptomen i fet stil är förbättringen statistiskt signifikant.

Källa: Lifvergren S, Andin U, Huzzard T, Hellström A. The path to sustainability in healthcare: Exploring the role of learning microsystems. i: Organizing for sustainability, volume 2. Bingley, UK: Emerald, Publiceras under 2012.

let, det vill säga snurren i vårdapparaten mellan olika vårdgivare, säger Ulla Andin.

Arbets sättet är symtomorienterat i stället för inriktat på diagnos, berättar hon. Genom olika skattningar och mätinstrument kollar teamet hur patienten, men också den anhörige, värderar känslan av exempelvis yrsel, oro och meningslöshet. Patienterna hör till teamet under en tid, då hälften hinner dö medan andra kan skrivas ut eller gå tillbaka till tidigare vårdgivare. Tillsammans med det mobila palliativa teamet, som finns steget efter närsjukvårdsteamet och primärvårdsläkarna, blir det en fungerande helhet, menar Ulla Andin.

Är ansvaret tydligt uppdelat?

– Vi tycker att det är tydligt. Annars diskuterar vi med dem, säger Ulla Andin.

I just Lidköping finns den mobila primärvårdsläkaren Jesper Poucette, som är knuten till Ågårdsskogens och Guldvingens vårdcentraler. Han gör hembesök hos alla sjuka äldre, som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården.

– Från min vy fungerar samarbetet utmärkt. Jag ser teamet som en mobil geriatrisk klinik med specialistläkare som jag ofta ringer för att få rådgivning om läkemedelsbehandling eller något annat, säger Jesper Poucette, som också ser att de har helt olika världar där teamet an-

Rörlig läkare ger snabb hjälp i Ljungby

LJUNGBY

Förut tog det flera veckor innan de äldre kunde få hjälp på vårdcentralen. I dag tar den mobile läkaren Kjell Petersson i Ljungby kommun de flesta besöken inom ett dygn.

– Detta skapar så mycket trygghet. Jag kommer in så tidigt i förloppet att äldre slipper åka till sjukhuset. De behöver heller inte besvara sig med att ta sig till vårdcentral, ordna resor och anhöriga som ska följa med, säger distriktsläkaren Kjell Petersson.

Bakgrunden till att den mobila tjänsten inrättades i projektform var att det var svårt att rekrytera allmänläkare till vårdcentralerna, som därför led av arbetsbelastning och långa väntetider för de gamla.

Läkartjänsten, som är avsedd för hemsjukvården samt akutfall inom omsorgen i Ljungby, är sedan ett år tillbaka permanent i Landstinget Kronoberg. Utvärderingen visar på många positiva erfarenheter.

svarar för 24 äldre medan han tar 300.

De breda kunskaperna som införskaffas om varje enskild patient blir påtagliga när teamet Ulla Andin, Christina Pettersson och distriktsköterskan Siv Jonsson »rondar« genom att gå igenom läget med dagens patienter. Det är



Foto: Britt Louise Holmström/Lokaltidningen

»Man måste känna trygghet i sig själv som läkare«, säger Kjell Petersson.

– Tidigare kunde det ta två-tre veckor innan de äldre tog sig in till vårdcentralen. Nu kan jag ofta åka samma eller nästa dag, säger Kjell Petersson, som har sitt kontor i kommunhuset även om han är anställd av landstinget.

Förutom all den uppskattning den mobila tjänsten genererar visar resultatet också att arbetet även sparar pengar.

– En beräkning har gjorts av kostnaderna som visar att ett hembesök var 350 kronor billigare än ett besök på vårdcen-

tralen och 1 600 kronor billigare än ett besök på akuten, säger Kjell Petersson.

Det är alltid någon av kommunens sjuksköterskor i de fem hemsjukvårdsteamerna som ringer honom och bedömer att någon av de äldre behöver ett besök. I dag finns cirka 1 000 som bor i ordinarie boende, samt inskrivna i hemsjukvården, samt 350 i särskilt boende. Mer än cirka tre-fem besök är dock svårt att hinna med varje dag.

– Ofta tar det lite längre tid än tänkt. Man ska ta av sig skorna, säga något vänligt och ta sig tid, men vinsterna är ändå större med detta system, säger läkaren, som har fyra mil att köra i vardera riktning inom kommunen.

Hur är det då att arbeta ensam?

– Man måste känna trygghet i sig själv som läkare. Jag har också ett nätverk, men pratar oftast med medicinkliniken för att fråga om råd.

Agneta Borgström

som om de blåddrar i ett familjealbum där hela livssituationer tecknas livfullt. Exfruns stöd till en patient och en annan patients tröst i att få träffa barnbarnen nämns lika ofta som sjukdomsutvecklingen. Men teamet har inte bara lärt känna patienter och anhöriga oerhört väl i otaliga stödjande telefonsam-

tal utan även kommunernas biståndshandläggare och sköterskor. I dag finns ett avtal mellan socialcheferna i alla kommuner och landstinget om att teamet har access till en plats på varje korttidsboende och till fyra platser på sjukhuset.

– Vi kan ju säga till kommunpersonalen att vi vill att



Distriktsköterskan Siv Jonsson har haft många stödande samtal med den anhöriga vars man är döende.

Foto: Agneta Borgström

en patient ska komma in på korttidsboende utan biståndsbedömning och de tar till sig det. Vid behov kan vi också direktinlägga på sjukhus. Vi kan nu också ringa en fredageftermiddag och få en säng och ett vak för någon, det hände inte förut, säger Christina Pettersson.

– Vi har allt mer vunnit kommunpersonalens förtroende jämfört med i början då de ibland kunde vara skeptiska, säger Ulla Andin.

Svante Lifvergren ser klara fördelar med det mobila teamets arbetssätt som han kallar »nätverkslogik«. Han är trött på den »processjuka som sköljer in över sjukvården, där alla ska bli som Toyota«, som enbart är anpassad för strömlinjeformad, planerad vård. Där ska allt gå snabbt, säkert och med samma bemötande. Men för kroniskt sjuka fungerar det inte, framhåller han.

– För dem råder en helt annan värdeetik. Här är det viktigt att patienten känner sig trygg, stabil och mår bra. Saker får ta tid, säger Svante Lifvergren och fortsätter: – Att ha en central kontaktpunkt, ett nummer man kan ringa, för patienter och anhöriga är ju väsensskilt från hur övrig vård fungerar.

Det mobila teamet bygger upp ett viktigt nätverk av kontakter.

Dagen för teamet avslutas med två besök på äldreboendet Skogsglantan och ett besök på korttidsboendet Galeasen i Lidköping. Ett av dem rör en döende hjärtsjuk man som kräver komplicerad palliativ vård från teamet. Det andra är hos Rut Johansson, 87 år, som har smärtor av det jättelika trycksår hon fått. För ett halvår sedan blev hon tvungen att amputera båda benen på grund av kritisk ischemi; till detta kommer diabetes och stroke. Det är inget som bekymrar henne nämnvärt, de pigga ögonen glittrar när Ulla och Siv kommer.

– Nu får vi sätta på kaffet och så har jag ju ordnat en sockerkaka, säger Rut Johansson.

Under den närmaste timmen avhandlas smärtläkemedlen, avvecklande av trombosprofylax, anemi, avvecklande av parenteral nutrition och borttagande av CVK. Men också matlust, sockerkaksrecept och sömn. En vanlig dag på jobbet för teamet.

Agneta Borgström
frilansjournalist

Omsvängning i Stockholm:

Stopp för utflyttning

Redan i vår skulle stora delar av slutenvårdspsykiatri i Stockholms läns landsting börja flyttas ut från akutsjukhusen. Men nu har planerna ändrats, och flytten stoppats. Det hänger ihop med att vissa av Karolinskas sjukhusbyggnader i Solna nu planeras få vara kvar.

Utflyttningen av psykiatri fanns med i den så kallade Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, som antogs av landstingsfullmäktige i juni 2011. Förslaget väckte oro och protester från både anställda och patient- och anhörigorganisationer (se LT nr 45/2011).

Nu har det kommit en uppdaterad version av framtidsplanen, som stryker ett streck över hela utflyttningen. Den psykiatriska vård som bedrivs i anslutning till akutsjukhus behöver för närvarande inte

omlokaliseras, konstateras det.

Kritiken mot flyttplanerna handlade bland annat om risker med att skilja psykiatri från somatisk vård. Men omsvängningen beror mer på rena lokalfrågor, säger Henrik Gaunitz, som är planeringschef och ansvarig för programkontoret på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen:

– Det visade sig att det inte finns lokalmässiga behov att flytta ut psykiatri. Pusslet går att få ihop ändå.

Omflyttningarna i framtidsplanen hängde samman med bygget av Nya Karolinska Solna, NKS, ett högspecialiserat universitetssjukhus som ska ersätta Karolinska universitetssjukhuset i Solna – men



Henrik Gaunitz

Upprop i Dalarna för

Primärvården i Dalarna behöver förstärkas med 85 allmänläkare, samtidigt som stora pensionsavgångar väntar under det närmaste årtiondet. I ett upprop slår nu 156 läkare i Dalarna larm om situationen.

– Vi har redan i dag ett allvarligt problem med underbemanning och rekryterings svårigheter och det kommer att bli ännu värre om ingenting radikalt görs, säger Gunnar Svärd, distriktsläkare i Kvarnsveden utanför Borlänge.

Uppropet, som växt fram i samverkan mellan SFAM och Distriktsläkarföreningen, har skrivits under av ST-läkare och i stort sett samtliga specialister i allmänmedicin i Dalarna.

– Vi vill lyfta fram fakta för politiker och landstingsledning, inte minst de enkätundersökningar som vi gjort inom allmänläkarkåren, säger Gunnar Svärd.

Fakta är att det redan i dag råder brist på distriktsläkare. Omräknat till heltid är vi endast runt 100 doktorer och för att nå det nationella bemanningsmålet en doktor per 1 500 invånare skulle vi behöva vara 185 heltidsarbetande läkare.

Dalarnas allmänläkare pekar också på ålderstrukturen inom primärvården. 70 procent av allmänläkarna är födda på 1940- och 1950-talen och inom fem år väntas 35 doktorer gå i pension.

– I uppropet har vi formulerat några krav på föränd-

av psykiatrin

som har betydligt färre vårdplatser än sin föregångare. Somatiskt sjuka patienter som inte får plats på NKS skulle få flyttas till akutsjukhusen, och då måste psykiatripatienterna i sin tur flyttas därifrån.

I den uppdaterade versionen av planen skapar man mer svängrum genom att låta vissa byggnader på Karolinska universitetssjukhuset i Solna få vara kvar som sjukhusbyggnader. Astrid Lindgrens barnsjukhus ska finnas kvar och fortsätta sin verksamhet, och även thoraxbyggnaden ska fortsätta att användas för sjukvård.

– Men att flyttningen stoppats betyder inte att vi har vunnit striden om en acceptabel psykiatri. En bra början skulle vara en genomgång av kvaliteten på slutenvården i hela länet, säger Torsten Kindström, verksamhetsansvarig i Föreningen Balans,

en patient- och anhängigorganisation för depression och bipolär sjukdom.

Även Henrik Gaunitz vill se fortsatta diskussioner om psykiatris framtid. Han har talat med många verksamhetschefer och andra företrädare för psykiatrin:

– Flera av dem har lyft frågan om vilken verksamhet som verkligen behöver finnas kvar på akutsjukhusen. Det ska vi fortsätta att titta på. Men då ska det vara utifrån perspektivet hur psykiatrin ska utvecklas, inte för att få ihop ett lokalpussel.

Den uppdaterade versionen av framtidsplanen behandlas i Hälso- och sjukvårdsnämnden i slutet av mars. En mer detaljerad plan ska presenteras i april. På sitt budgetmöte i juni ska landstingsfullmäktige klubba både framtidsplanen och en tioårig investeringsplan.

Miki Agerberg

fler allmänläkare



Foto: Thomas Nyberg

Distriktsläkare Gunnar Svärd.

ringar. Vi vill att landstinget prioriterar läkarbemannning och rekrytering, att primärvården blir en egen förvaltning och att det tillförs resurser för att stärka kvalitet och öka fortbildningen, säger Gunnar Svärd.

Ingalill Persson, socialdemokratisk ordförande i Dalarnas landstingsstyrelse, hoppas på en dialog med distriktsläkarna. Men hon vill inte binda sig

vid några löften om ökad läkarbemannning eller att inrätta en särskild primärvårdsförvaltning.

– Jag ser upproppet som ett utmärkt avstamp för att tillsammans med läkarnas representanter klara rekryteringen till primärvården och skapa en bra arbetsmiljö i framtiden. Vi inleder nu en process med arbetsgrupper som ska titta på de här frågorna.

– Det är helt klart att någonting behöver göras. Jag har själv märkt under senare tid att det är ganska mycket »tappade sugar« inom primärvården och vi behöver nyanställa ett stort antal distriktsläkare för att ersätta alla pensionsavgångar, säger Ingalill Persson.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist

Isabella Kongstad ny ordförande för MSF

Isabella Kongstad, student på tredje terminen i Örebro, valdes på Medicine studerandes förbunds fullmäktigemöte till ny ordförande. Hon efterträder därmed Anders Lundberg.

25-åriga Isabella Kongstad går nu tredje terminen på läkarutbildningen i Örebro, vilket innebär att hon är från skolans första kull. Hon har suttit som ledamot i den lokala MSF-styrelsen i ett år och har på den tiden gjort ett så tydligt intryck på valberedningen att hon väljs direkt till högsta posten i centralstyrelsen.

– Jag var med från början och byggde upp MSF Örebro. Vi har en 70-procentig avslutningsgrad, och vi har fått rätt att delta i Örebro läkarförenings möten med en röst. Det har varit väldigt roligt och styrelsearbetet har gått bra. Jag har också suttit med i den nationella styrelsen, där jag hoppas att jag gjort ett bra jobb.

Deltagande på olika nivåer tycker Isabella Kongstad är viktigt.

– MSF ska synas, höras och bli tillfrågade på alla ställen där läkarnas utbildning diskuteras. »Utredning om läkarutbildning«, som regeringen tillsatte förra året, ledd av Stefan Lindgren, blir väldigt viktig att övervaka från MSF:s håll.

Den nya ordföranden har tre prioriteringar för det kommande året:



Isabella Kongstad

– Att utredningen på Utbildningsdepartementet bevakas, att stärka MSF:s varumärke genom att vara politiskt aktiva, samt att fortsatt ha en god relation med MSF utland.

MSF har ökat starkt i medlemsantal de senaste åren, främst genom MSF Utland.

– Det är viktigt att studenter som läser utomlands har en gemensam punkt att samlas kring. Där spelar vi en stor roll. Och även för studenterna när de kommer hem, och för utländska studenter som pluggar i Sverige.

Björn Enström

Är också fjällguide

■ **Valberedningens motivering:** »Med lysande prestationer, lovord från alla tillfrågade och erfarenhet från styrelsearbetet 2011/2012 är valberedningen mycket stolta över att få föreslå Isabella till ordförande för MSF 2012/2013.«

■ **Isabella Kongstad** föddes 1986 i Lund. Skidåkning, snowboard, klippklättring och fjällvandring är populära fritidsaktiviteter. Före medicinstudierna utbildade hon sig till fjällguide, en verksamhet som lett henne till flera udda platser på jorden, bl a en bergstopp i Chile. ■

1100 allmänläkare bakom Norrbottensupprop

»Låt värden vårda« kräver de drygt 1100 allmänläkarna, cirka 20 procent av den svenska allmänläkarkåren, som har skrivit på det så kallade Norrbottensuppropet. Uppropet vänder sig mot krav på registrering av livsstilsfaktorer som förutsättning för att få full ekonomisk ersättning i vårdvalssystemet.

Distriktsläkarföreningen ställer sig bakom uppropet. Föreningens ordförande, Ove Andersson, framhåller dock i ett pressmeddelande: »Samtidigt understryker vi i uppropet att vi anser livsstilsfrågor vara en viktig preventiv åtgärd inom hälso- och sjukvården. Men att alltid ställa livsstilsfrågor vid varje förnyad kontakt med patienten är fel väg att gå.« ■

Anmälningsskyldighet utökas med skärpt vapenlag

Enligt gällande lag är läkare skyldiga att anmäla patienter som är olämpliga att inneha skjutvapen till polisen. Från den 1 juli i år gäller sådan anmälningsskyldighet även beträffande personer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning eller särskild personutredning i brottmål, trots att dessa i formell mening inte är patienter. ■

Vite hotar underbemannad klinik

Landstinget i Värmland måste tillföra mer resurser eller minska läkarnas arbetsuppgifter på barn- och ungdomsmedicinska kliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad. Annars hotar ett vite på 750 000 kronor, efter ett beslut från Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket har under 2011 granskat barn- och ungdomskliniken efter att läkarföreningens skyddsombud i slutet av 2010 slagit larm om den höga arbetsbelastningen.

Verket konstaterar nu i ett beslut att läkarnas arbetsbörda under en längre tid varit hög till följd av besparingar och ett ökande patienttryck, vilket har lett till en stor



Vite hotar barn- och ungdomsmedicinska kliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad.

mängd icke uttagen kompletteringsdag. Enligt chefläkaren uppgår antalet icke uttagna komptimmar till nästan sju läkartjänster. Arbetsmiljöverket anser att den höga arbetsbelastningen och de små

möjligheterna till återhämtning gör att läkarna på barn- och ungdomsmedicin riskerar att drabbas av ohälsa.

Arbetsgivaren har genomfört en del insatser för att minska arbetsbelastningen och har

planer på ytterligare åtgärder, som att utarbeta rutiner tillsammans med andra verksamheter för att minska patientflödet till kliniken, att förbättra den fysiska arbetsmiljön och att ta i bruk nya lokaler. Divisionschefen har dessutom åskat om mer resurser till verksamheten.

Arbetsmiljöverkets bedömning är att de vidtagna åtgärderna inte räcker för att uppnå en godtagbar arbetsbelastning. Nu kräver man att arbetsgivaren antingen tillför mer resurser eller minskar arbetsuppgifterna. Om inte hotar ett vite på 750 000 kronor att dömas ut.

Michael Lövrup