

för rehabilitering låg. Tidig och samordnad rehabilitering är däremot kostnads-effektiv.

Finland, som är mycket likt Sverige avseende demografi, arbetsmarknadsfaktorer och ersättningsregler, har låga nivåer av långtidssjukskrivning. Detta kan förklaras av att företagshälsovården där kopplas in redan under första veckans sjukskrivning [4]. Liknande modeller förespråkas av den nyligen presenterade Socialförsäkringsutredningen. Där förordas också att företagshälsovårdens rehabiliterande funktion förstärks och finansieras [5]. För att kunna minska långtidssjukskrivning i Sverige behövs politiska beslut som med både piska och morot åstadkommer att lagarna efterföljs. I potten ligger de 100 miljarder som årligen betalas ut i olika typer av sjukersättning och rehabiliteringsstöd.

Resurserna bör styras till de första månaderna av sjukskrivningen. Kanske en del av de 100 miljarderna som Försäkringskassan förvaltar skulle kunna öronmärkas för tidiga rehabiliteringsåtgärder. Detta skulle kunna gälla alla insatser, från företagshälsovård under de första veckornas sjukskrivning till tidiga rehabiliteringsinsatser från andra aktörer.

Arbetsgivare som tar sitt rehabiliteringsansvar genom att anpassa arbetsplatser, utföra utredningar och avsätta resurser för rehabilitering bör få lättnader i det ekonomiska ansvaret för de sjukskrivna. Sådana förändringar skulle kunna bidra till att gällande lagstiftning följs och därigenom skulle långtidssjukskrivningarna minska och resurser frigöras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Marie Sedvall arbetade vid tidpunkten för undersökningen som företagsläkare och är tidigare ledamot av socialförsäkringsnämnd. Lars-Gunnar Gunnarsson är konsult åt Yrkesskadeförsäkringen i Söderhamn.*

REFERENSER

1. Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. RFV analyser 2004:8.
2. Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång till arbete. Rygg och nacke 7. RFV 2000.
3. Sedvall M. Tidig och samordnad rehabilitering? Projektarbete inom Företagsläkarutbildningen Göteborg. Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2006.
4. Palmer E. Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt. I: Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, editors. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens Folkhälsoinstitut 2004:15.
5. Företagshälsovård på tre ben. Samtal om socialförsäkring, nr 11. Socialförsäkringsutredningen 2006.

Det går att öka andelen hembesök i primärvården

Slutsatserna i Gösta Eliassons och Elisabet Linders inlägg om hemsjukvården i LT 26–27/2006 (sidorna 2025–6) var ganska uppgivna. Jag vill därför berätta om vår mottagning, Kvartersakuten Serafen, en läkarledd entreprenad på Kungsholmen i Stockholm med husläkarmottagning, BVC, hemsjukvård, särskilt boende (sjukhem, servicehus).

Totalt är vi åtta husläkare och två–tre utbildningsläkare, som har ansvar för 19 000 patienter, varav cirka 300 i hemsjukvård och 257 på särskilda boenden.

År 2005 var andelen hembesök 7 procent av totalantalet läkarbesök (barnavårdscentral undantagen), dvs betydligt högre än de exempel som nämndes i Eliassons och Linders artikel.

Detta tror jag beror på flera faktorer, till exempel:

- Läkarna (utom utbildningsläkarna) bokar själva sina tidböcker och har därigenom möjlighet att prioritera efter eget medicinskt ansvar.

- Mottagningen leds av läkare, som har bäst förutsättningar att planera verksamheten efter medicinska prioriteringar.
- För särskilda boenden har vi extra hög kapitering och därmed incitament att behålla uppdraget.
- Vi har personliga listor, vilket ökar engagemanget för enskilda patienter.
- Vi har öppen mottagning på morgonen, vilket gör att morgnarna blir mycket flexibla. Om doktorn får vetskap om en dålig patient i hemmet görs hembesök. Som exempel kan nämnas patient med pneumoni eller hjärtsvikt som försämras. Därigenom kan en sjukhusvistelse förhindras.

Med rätt förutsättningar går det att öka andelen hembesök, det är vår mottagning ett exempel på.

Gustaf Lilliehöök
husläkare, Stockholm
dr.lilliehook@serafen.com

Läkare bör lära mer om munhåla och tänder

Trots att ett stort antal medicinska sjukdomar tidigt manifesteras i munhålan undersöks munnen och tänderna bristfälligt om alls inom sjukvården. Beror det ensidiga kunskapsutbytet mellan tandvård och sjukvård på olika betalningssystem eller på att olika yrkesgrupper är specialister? Tandvården kan en hel del om medicinska sjukdomstillstånd, men sjukvården, med undantag för öronläkare, har alldeles för lite kunskap om munhåla och tänder.

Flertalet medicinjournaler saknar munhåle- och tandstatus trots att ett stort antal sjukdomar och sjukdomssymtom sätter spår i munhålan, exempelvis anemi, kärlförändringar, diabetes och olika former av autoimmuna systemsjukdomar. Tobaks-, drog- och alkoholmissbruk manifesteras i munnen. Huvudvärksutredning utan munhåle- och tandstatus är inte komplett. Stress med muskelspänningar syns genom att det finns bitmärken i kinden, märken på tungan efter tungpress, nedslipade tänder och avskavda papiller på tungan. Psykisk hälsa avspeglar sig således i munhålan.

Ett stort antal mediciner och medicinska behandlingar ger muntorrhet och skadar tänder och munhåla med kariesutveckling, sväljningsproblem, röstproblem m m. Infekterade tänder kan ge upphov till hjärtsjukdom. Vid nedsatt cirkulation är munslemhinnan den slemhinna som är mest lättillgänglig för inspektion. Säkerligen finns fler samband mellan saliv och gastroenterala funktioner som ännu inte har uppmärksamats.

Det en brist att munhålan och tänderna så ofta förbises vid läkarundersökning. Journalanteckningar innehåller på sin höjd inte mer än en liten notering att munhålestatus är utan anmärkning, efter det att man lyst in med en svag ficklampa. Det behövs mer kunskap och det bör ges mer tillfällen och resurser för läkarna att fortbilda sig om tänder och munhålans sjukdomar.

Marie-Louise Ekholm
överläkare, ÖNH,
Höglandssjukhuset, Nässjö/Eksjö
marie-louise.ekholm@lj.se