centralbyrån 2005 visar att 51 procent av alla män och 36 procent av kvinnorna har ett kroppsmasseindex (body mass index, BMI) över 25 och att 10 procent av alla män och kvinnor har ett BMI över 30, dvs uppfyller kriterierna för fetma [4].

• *Undernutritionstillstånd:* Undernutritionstillstånd som är associerade med sjukdomar och/eller skador är vanliga, särskilt hos äldre personer. Förekomsten anges ofta till ca 30 procent av alla patienter som vårdas inneliggande på sjukhus [5]. Denna uppgift är dock osäker, eftersom det saknas erkända kriterier för definition av undernutritionstillstånd.

• *Diabetes mellitus:* Förekomsten av diabetes mellitus typ 2 kan befaras öka betydligt i framtiden beroende på den pågående överviktsepidemin [6]. Kostbehandling anses vara en grundbult vid sjukdomen, men det finns olika uppfattningar om vilken kostbehandling som är optimal. Vid riksstämman 2007 arrangerar SFKN i samarbete med Svensk förening för diabetologi ett symposium om kostbehandling vid diabetes mellitus typ 2.

Alla läkare och övriga vårdyrkesgrupper med vetenskaplig utbildning och intresse för klinisk nutrition är välkomna att bli medlemmar i föreningen och stödja arbetet med att stärka en vetenskapligt baserad klinisk nutrition inom hälso- och sjukvården.

Gunnar Akner
docent, överläkare;
styrelseordförande i Svensk förening för klinisk nutrition (www.skfn.se)
gunnar.akner@comhem.se

REFERENSER

1. Svenska Läkaresällskapet. Riksstämman Göteborg 2006. Program. (www.sls.se)
2. Akner G, Andersson H, Forsum E, Hallmans G, Thesleff P, Vessby B. Nationellt dokument i klinisk nutrition. Utvecklingsarbete för förbättring av läkarnas grundutbildning. Läkartidningen 1997;94:1731-3.
3. Akner G, Bosaeus I, Thesleff P. Specialistutbildningsbok för läkares specialistutbildning i klinisk nutrition. (www.sls.se)
4. Persson L. Var tionde svensk är fet. Statistiska centralbyrån. Välfärd. 2007;(1):8-9. http://www.scb.se/Grupp/allmant/BE0801_2007K01_TI_05_A05ST0701.pdf
5. Mossberg T, redaktör. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Socialstyrelsen Rapport 2000:11.
6. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National health and nutrition examination survey 1999–2002. Diabetes Care. 2006;29:1263-8.

Hembesök önskas

■ Två nyckelbegrepp i sjukvården är tillgänglighet och kompetens; båda är lika viktiga.

Det var ett mycket välkommet och löftesrikt initiativ av Bengt Westerberg när han en gång lanserade husläkarsystemet. Redan benämningen »husläkare« väckte stora förhoppningar om att få tillgång till en alldeles egen läkare.

Behovet av sjukvård kan uppstå när som helst på dygnet, året runt. Hur är det med tillgången på en egen läkare, när behovet uppstår under icke kontorstid? När man ringer till sin husläkarmottagning får man höra en telefonsvarare som upplyser om »våra öppettider och patienten blir vänligen erbjuden en möjlighet att lämna meddelandet efter tonen ...«

Skall detta betraktas som en acceptabel tillgänglighet på primärsjukvård? Rådande tidsbegränsad tillgång på primär sjukvård kan inte kompenseras genom alternativa vägar såsom »Hälsovårdsupplysningen« eller besök på ett sjukhus akutmottagning med allt vad ett sådant innebär. En kontakt med egen husläkare skulle lösa många akuta hälsoproblem och sortera upp vilka som bör sändas vidare till sjukhus.

Många av oss minns säkert den tid när man fick tag i sin egen provinsialläkare eller jourläkare dygnet och året runt. Det var helt naturligt för ca 50–60 år sedan. Men i Sverige har detta förändrats. Andra näraliggande länder är lyckligare lottade och förskonade av en sådan utveckling. I t ex ett annat EU-land (Österrike) har man, i t ex det lilla samhälle där vi tillbringar våra semestrar, tillgång på två allmänläkare dygnet och året runt.

Vad som är anledning till vår nuvarande automatiserade, rationaliserade och depersonifierade primärvård kan man spekulera om. Ett skäl är säkert ekonomiskt. Skulle man inte kunna tänka sig att inkorporera »obekväm« jour-/arbetstid i själva definitionen av arbetsuppgifterna inom tjänsten som läkare i primärvården?

Hörde för ett tag sedan talas om ett projekt där ett privat sjukvårdsföretag upprätthåller jourverksamhet på lasarettet i Karlstad för patienter med hjärtproblem med mycket positivt resultat. Varför kan det inte också gå i primärvården att läkarna är jour? Många liv kunde räddas och många onödiga besök på akutmottagningar etc undvikas om man får en »förstahjälpen«-insats av primärvården. Jag är övertygad om att det ekonomiskt inte blir dyrare än dagens tungrodda system. Det privata företaget, som arbetar med jourverksamhet i Karlstad, driver säkert inte sin verksamhet av ideella skäl.

Tillgänglighet kan inte bytas mot kompetens, eller vice versa, men mot bakgrund av nuvarande bristande tillgänglighet inom primärvården, får man hoppas att åtminstone kompetensen håller måttet.

Premysl Slezak,
docent, f d överläkare,
Vallentuna
premysl.slezak@telia.com

REPLIK:

Lösningen är ett utbyggt familjeläkarsystem

■ Docent Slezak lyfter fram ett av svensk hälso- och sjukvårds kärnproblem, den dåligt utbygga primärvården och bristen på distriktsläkare. Detta skapar tillgänglighetsproblem och ett ökat tryck på akutmottagningarna.

Läkarförbundet och Distriktsläkarföreningen arbetar för att även Sverige skall få ett utbyggt familjeläkarsystem där invånarna får välja sin egen personliga familjeläkare.

Vi menar att det skall vara en specialist i allmänmedicin för att garantera kvalitetskravet. I familjeläkarens uppdrag ingår då ett dygnetruntåtagande som löses genom jour-samverkan. Med den dimensionering som vi har föreslagit, med en distriktsläkare på 1 500 invånare, skapas förutsättningar för god tillgänglighet, och då avlastas också akutmottagningarna. Större delen av patienterna kan då tas emot dagtid av sin familjeläkare.

Benny Ståhlberg
2:e vice ordförande
i Läkarförbundet; ordförande i Distriktsläkarföreningen
benny.stahlberg@svdlf.se