

Minskade rutinkontroller frigör mottagningstid

Erfarenheten visar att flertalet besök för rutinkontroll hos allmänläkare landar i status quo eller någon mer eller mindre symbolisk åtgärd. I denna artikel visas hur ett systematiskt förarbete kan användas för att avlasta läkaren en stor del av dessa resurskrävande rutinkontroller.

Konceptet »Bra mottagning« var aktuellt för ett par år sedan. Bl a ifrågasatte man då om inte allmänläkaren ägnade alltför stor andel av sin mottagningstid till rutinkontroller av välmående patienter. För några år sedan ändrade jag radikalt mina mottagningsrutiner i detta avseende. Hur jag gjorde och hur det gick kan kanske ha ett allmänt intresse.

Varje allmänläkare har patienter som han (eller hon) träffar regelbundet. En stor andel av dessa besök är förplanerade rutinkontroller, kanske en eller två gånger årligen. Varje rutinkontroll planeras vid den föregående. Av naturliga skäl är det huvudsakligen äldre patienter som åtnjuter denna »förmån«.

En omständighet är gemensam för alla kontrollpatienter: De är medicinskt stabila när nästa rutinkontroll planeras. Så måste det vara, eftersom det förplanerade rutinbesöket ligger från sex till tolv månader framåt i tiden. Med medicinskt stabil menar jag:

- all utredning är adekvat genomförd
- patientens eventuella sym-

tom är inom acceptabla gränser

- hon är adekvat medicinerad utan besvärande biverkningar
- hon är välinformerad och välmotiverad till sin behandling.

Följande grupper täcker rimligtvis 95 procent av alla allmänläkarens rutinkontroller:

1. Okomplicerade hypertoni-patienter
2. Okomplicerade typ 2-diabetiker
3. Patienter med manifesterad koronarsjukdom
4. Patienter med kroniskt förmaksflimmer
5. Patienter som i något sammanhang fått diagnosen hjärtsvikt
6. KOL-patienter
7. Patienter med demenssjukdom
8. Äldre patienter med pågående antidepressiv mediciner
9. Patienter med hypotyreo
10. Patienter med »sjukdomen« hög ålder
11. Väsentligen friska »yngre äldre«, som vill komma på årlig »kontroll«.

Med 35 års erfarenhet som distriktsläkare betvivlar jag det meningsfulla i att regelbundet träffa stabila patienter för att konstatera att de fortfarande är stabila. Cirka en tredjedel av mina mottag-

ningstider var tidigare intecknade för rutinkontroller. Motiverade medicinsk nytta och patientens flyktiga upplevelse av trygghet denna stora andel av mitt direkta patientarbete?

Frågan är relevant, och *mycket* relevant om och när det är brist på akuta tider, för långa väntetider för halvakuta sjukdomsfall och ett komplicerat pusslande med uppföljningsåterbesök för aktuella problem. Kunde möjligen dessa rutinkontroller hanteras på ett mindre resurskrävande sätt än ett läkarbesök?

En väsentlig del av problemet är att just rutinkontroller konsumerar omotiverat mycket läkartid i det enskilda fallet, inte minst för att patienten oftast är en äldre människa. I normalfallet upplever hon sannolikt normalitet (se nedan) avseende sin grundsjukdom. Annars skulle hon knappast vänta i veckor fram till det förplanerade läkarbesöket. Men ändå har hon laddat upp.

Hon vill, högst naturligt, tala om sina krämpor. Symtom och opassligheter, oförändrade och av gammalt datum. Symtom som tidigare blivit fokuserade, som utretts i förekommade fall och som i förligaste mån behandlats symtomatiskt. Här en lista på vad som poppar upp när patienten nu får träffa sin doktor:

- ostadighets yrsel och ortostatisk labilitet
- kroniska konjunktivitbesvär
- vaxpropp?
- »gubbsnuva«
- slemharklingsbesvär från halsen
- förkylningen, som nästan, men inte helt gått över
- växlande nack- och ryggvärk
- diverse artrosbesvär av måttligt slag

- senil klåda
- senila keratoser
- förstoppning
- måttlig prostatism, urgency eller hanterbar inkontinens
- bensvaghet
- muskelkramper
- kalla fötter
- fula tånaglar
- glömska
- oro
- sömnsvårigheter
- trötthet.

Enligt min erfarenhet har nästan alla äldre människor ett accepterande förhållningssätt till sina krämpor om de är adekvat informerade. De har sällan krav på nya utredningar eller ny behandling. De vill bara rapportera om sitt hälsotillstånd. Just detta upplevs som meningsfullt, och man har uppfattningen att en detaljerad lägesrapport är viktig och angelägen för doktorn.

Utfallet av de allra flesta rutinkontroller landar i status quo eller någon mer eller mindre symbolisk åtgärd.

Med viss erfarenhet känner man som regel redan på ett tidigt stadium av konsultationen att det *är* status quo. Man får då också en känsla av att patienten upplever detsamma. Ändå ska alla punkter betas av i vederbörlig ordning. Är detta meningsfullt?

Nej, det måste verkligen inte vara så här. Hanteringen av stabila patienter *kan* rationaliseras. Men det kräver att

»En väsentlig del av problemet är att just rutinkontroller konsumerar omotiverat mycket läkartid i det enskilda fallet ...«



KRISTER JONÉS
distriktsläkare, Nybro
krister.jones@tele2.se

man, som patientens ordinarie läkare, definierat hennes objektiva och framför allt subjektiva normalitet. På ett anpassat sätt ska man göra klart för henne hur hon ska må och fungera när allt är »bra« respektive »inte bra«.

Alla patienter förstår, och (nästan) alla accepterar denna ordning när den dikteras av en läkare som de känner och har förtroende för. Tänk tanken att upphöra med rutinkontroller av de tidigare listade patientgrupperna. För den enskilda patienten måste man då erbjuda en konkret alternativ ordning:

1. Hypertonipatienten ska kontrollera blodtrycket hos distriktsköterskan 1–2 gånger årligen. Definiera det acceptabla tryckintervall. Högre tryck ska föranleda läkarkontakt.
2. Patienten med okomplicerad diabetes träffar diabetessköterskan 1–3 gånger årligen. Ett extra läkarbesök gör varken från eller till.
- 3–5. För hjärtpatienterna gäller normalitetskriterierna.
6. KOL-patienten ska skolas av läkaren och helst också en astmasköterska. Sedan gäller normalitetskriterierna.
7. För den utredda och behandlade demenspatienten gäller normalitetskriterierna. Detta under förutsättning att man har tillgång till demenssjuksköterska, som regelbundet har kontakt med den sjuka och hennes anhöriga.
8. Enligt min erfarenhet agerar den äldre patienten som är ordinerad långvarig antidepressiv behandling på ett av två sätt: Antingen sätter hon ut behandlingen på eget bevåg eller så vill hon absolut inte sluta. Är normalitetskriterierna uppfyllda har därför rutinkontroller inget att tillföra.
9. Hypotyreospatienten kontrolleras med en årlig provtagning.
- 10–11. Finns det någon rimlig

anledning annat än att dessa patienter inte ska söka vid behov?

Antag att patienten vid en rutinkontroll presenterar ett nytt symptom, eller ett gammalt som förändrats. Antag vidare att symtomet eller förändringen orsakas av en smygande allvarlig sjukdom. Vad skulle hon ha gjort om hon inte haft denna inplanerade läkartid?

Kan man tro något annat än att hon skulle söka på eget initiativ? Atingen för att opassligheten oroade henne eller för att den inte gick över eller för att den förvärrades. Det är en myt att »patient's delay« är ett problem. Problemet är väl snarare det motsatta.

I samband med ett besvärligt vakansläge för fyra år sedan genomförde jag detta system för mina kontrollpatienter. Jag gick igenom journalen för dem som skulle kallas till läkarbesök den kommande kalendermånaden, och där besöket hade planerats minst sex månader tidigare.

Jag fokuserade på indikationen och på vad som eventuellt hade hänt i mellantiden. Jag strök 90 procent av alla dessa planerade besök och skickade ut ett hovsamt standardbrev. Där motiverade jag varför besöket kunde ställas in, jag formulerade vad som kunde betraktas som normalitet och informerade om de »surrogatkontroller« som borde göras. Som avslutning lämnade jag dörren vidöppen för dem som ändå ville träffa mig.

Vad hände? Det blev i stort sett ingen negativ respons. I och för sig kan detta, åtminstone delvis, förklaras av min motivering om dålig läkarbemanning. Men mycket få patienter beställde själva tid *bara* för rutinkontroll – kanske ett stöd för mina grundläggande antaganden. Jag fortsatte med samma procedur inför varje kommande kalendermånad, och efter ett år var alla mina kontrollpatienter avbetade.

De flesta sökte åtminstone

någon gång under det kommande året av något skäl, akut eller inte. Vad detta besök ännu handlade om informerade jag samtliga om mina motiv för den nya ordningen och definierade samtidigt vederbörandes normalitet.

Förvånansvärt många var klart positiva. Somliga för att de slapp vara nervösa i veckor före det kallade besöket, och många som tyckte att dessa rutinkontroller egentligen var ganska onödiga. Men den viktigaste anledningen till patienternas positiva respons var att de själva, på ett uppenbart sätt, såg *fördelarna* med nyordningen.

Vinsten blev nämligen oväntat stor för min mottagningsverksamhet, med 30 procent frigjorda mottagningstider. Väntetiden reducerades till noll för akuta, halvakuta och oroliga patienter. Just denna lättillgänglighet till den egna doktorn var synnerligen uppskattad. Som kvalitetsindikator i primärvården kan denna tillgänglighet inte värderas högt nog. Frånsett några hypertonipatienter som slarvat med sina tryckkontroller upplevde jag inte ett enda patientfall där en utebliven rutinkontroll fått uppenbara

och bevisbara negativa medicinska konsekvenser.

Alla nytillkomna potentiella kontrollpatienter »uppfosttrade« jag enligt en särskild procedur. Min grundläggande princip var att de, liksom de andra, själva skulle ta ansvar för sin sjukdom. För att kunna delegera detta ansvar till patienten gällde följande förutsättningar:

- Diagnosen eller diagnoser-na skulle vara säkerställda.
- Den insatta behandlingen skulle vara optimal efter omständigheterna. Eventuella biverkningar skulle vara »avcheckade«.
- Patienten skulle vara informerad och motiverad.

Dessa tre villkor krävde ett varierande antal besök under en begränsad tid.

Vid det besök när ansvaret kunde delegeras till patienten klagade jag på ett anpassat sätt hennes normalitet i förhållande till sin sjukdom.

Under alla mina år som distriktsläkare har jag inte sett någon annan rationaliseringsåtgärd, som varit tillräckligt produktiv och positiv för alla parter som den här.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Psykiatrin omfattar två kunskapsområden

■ Redan i sin ursprungliga artikel, Läkartidningen 7/2008 (sidorna 421-2), ger de båda professorerna emeriti Dencker och Wälinder uttryck för en förbluffande enögdhet i synen på vad psykiatri egentligen är: »Vi menar att psykiatrin är den specialitet som ska syssla med sjukdomar som har sin grund i neurobiologiska förändringar i CNS, deras diagnostik och behandling.«

Mot detta reagerar i Läkartidningen 16/2008 (sidorna 1212-3) psykiaterkollegan Claes Davidson. Om man förstår bortse från det något

uppskrivade tonläget och en del polemiska överdrifter ger jag Davidsson i princip rätt i att mycket av det lidande, som för människor i kontakt med psykiatrin, inte handlar om sjukdomar i biologisk mening utan »från början är livsproblem, vilkas känslomässiga och kognitiva hantering fallerat, med större eller mindre psykologiska och adaptiva katastrofer som följd«.

I sin replik i samma nummer upprepar Dencker och Wälinder sin tes att »psykiatrin ska syssla med psykisk sjukdom, som har sin grund i neurobiologiska förändring-

ar«, och citerar med gillande en kollega, som i en dagstidning uttalat att hon som psykiater »har en smal men djup kompetens att behandla just hjärnans sjukdomar«, ett uttalande som vore relevant av en specialist i neurologi, men uttalat av en psykiater inger allvarliga farhågor om tunnelseende.

Då jag gick grundkursen i psykiatri på 60-talet lärde jag mig att bedömningen av en psykiatrisk patient vilade på tre »ben«, varav somatiska och biologiska faktorer var det ena. Det andra handlade om personligheten, såsom den formats i det komplicerade samspelet mellan arv och tidig miljö. Det tredje handlade om påfrestningar i den aktuella livssituationen, i form av stressfaktorer, kriser, konflikter, trauman m m.

Att i mötet med den enskilda patienten väga samman och bedöma dessa olika faktorer relativa vikt och anpassa valet av behandlingsinsatser utifrån dem, upplevde jag som fascinerande och ledde mig till att välja psykiatri som specialitet. Efter fyrtio år i klinisk verksamhet tycker jag fortfarande att dessa insikter är grundläggande och utgör fundamentet för diagnostik och behandling.

Som motvikt till den ensidiga bild av vad psykiatri handlar om, som Dencker och Wålinder för till torgs, vill jag avslutningsvis citera en oomstridd auktoritet inom svensk psykiatri, Jan-Otto Ottosson. I sin lärobok, standardverk i psykiatriutbildningen sedan decennier, skriver han: »Psykiatri omfattar därför två kunskapsområden, ett biologiskt–medicinskt, ett psykologiskt–socialt, och dess särställning som medicinsk specialitet ligger i den samtidiga tillämpningen och integrationen av dessa.«

Greger Ahnlund
överläkare, psykiatriska kliniken, Landskrona
greger.ahnlund@ownit.nu

Psykiatri sedd genom ett litet fönster: Nu får ni väl ta igen er!

■ Som kirurg och urolog har jag med stigande intresse följt skriftväxlingen i Läkartidningen om psykiatri och dess innehåll. Tyvärr även med stigande undran, när jag läser inläggen av Göran Isacson som jag tycker karakteriseras av ett högt tonläge, tråkig i kollegiala vetenskapliga sammanhang, med en plädering för en psykiatri som skalt bort alla patienter som inte passar in i den gällande förklaringsmodellen. Kartan verkar få bestämma hur verkligheten ska se ut.

Plötsligt framstår den framtida psykiatri, som den utmålas av Isacson, som den mest somatiska (i ordets mest begränsade betydelse) av specialiteter. Det är svårt för en kirurg att förstå, eftersom vi vet hur mycket i sjukdomsupplevelser, sårsläkning, rehabilitering m m som påverkas av människans känsloliv, och arbetar efter att psyket (»the mind«, till skillnad från »the brain«) inte bara bidrar med symtomen utan även utgör ursprunget vid många själsliga tillstånd. Här saknas varken vetenskapliga referenser eller klinisk erfarenhet [1-8].

För att ta hand om patienter inom modern somatisk sjukvård förutsätts insikter och goda kunskaper inom medicinsk psykologi. Var skulle sjukvården stå i dag utan bidrag som t ex »Kris och utveckling« [9] och »Terminalvård« [10], två epokgörande verk av (svenska) framstående företrädare för psykiatri (Johan Cullberg respektive Loma Feigenberg), som på sin tid gav upphov till ett paradigmskifte i såväl kunskapen om som bemötandet och behandlingen av patienten, omvittnat av många, men som även jag kan överblicka som somatiker.

Dessa två enkla exempel

kan knappast hänföras till kategorin »allehanda mellanmänsklig disharmoni«; begreppen inrymmer tillstånd med djupt mänskligt lidande, som sjukvården – läs psykiatriskt skolad personal – har ett professionellt ansvar för, både direkt som kunskapsbärrare och indirekt som kunskapsförmedlare till oss andra inom vården. Man önskar då att denna personal har kunskap och förståelse av ett vidare slag. Men är det hjärnsjukdomar? Naturligtvis inte.

Vem ska utveckla dessa och liknande kunskapsområden i framtiden om inte företrädare för den psykologiska/psykiatriska sfären? Vem ska ta hand om patienterna? Varför skulle just psykiatri av alla specialiteter bli den psykologiskt mest torftiga?

Lämna inte oss somatiker med detta. Vi har inte kunskap om eller inriktning på det utan fokuserar på kirurgiska resektionsränder, stenbörda och cytotatikaeffekter vägt mot livskvalitet, för att ta exempel från min urologiska horisont. Vi behöver inte en psykiatri med snäva avgränsningar. Vi behöver en psykiatrisk specialitet med högt i tak där vi kan få stöd och hjälp för våra patienter och där vi kan hämta kunskap att själva tillämpa.

Inom medicinen finns en lika dystert som drastisk devis, »var och en har sin egen kyrkogård«, vilket för tydlighetens skull tolkas till att vi kan alla göra misstag, det kan alltid uppstå tillkortakommanden, och vi får leva med det ansvar det innebär och ödmjukt betänka det i vår gärning.

Men därifrån till att använda kasuistik med varnande exempel för att driva tesen »här tänkte man fel, det här måste bort« är enligt min uppfattning fel väg. Det kan

vara retoriskt effektivt, men konsekvenserna blir en avgränsning ledande till en förenkling och på sikt en utarmning av specialiteten.

Mitt inlägg gäller psykiatri sedd genom ett litet fönster, och gör självfallet inte anspråk på något mera, men en reflexion jag gör är att psykiatri till skillnad från de specialiteter jag arbetat/arbetar inom, där man alltid vill bevakas och snarast utöka sitt revir och kompetensområde, i stället verkar vilja minska det. Varför finns en sådan polariserande/exkluderande tendens inom psykiatri?

För mig som ser det utifrån är båda sidor, den biologiska och den emotionella, lika viktiga och så sammanlänkade att om inte båda hjälps åt att simma så drunknar bägge. Då blir det inte mycket psykiatri kvar. Här har specialiteten ett totalt ansvar att komma överens sinsemellan. Detta sistnämnda kanske riskerar att medföra ett mått av »allehanda mellanmänsklig disharmoni«, men det verkar ju inte vara något allvarligt problem om man läser debattartiklarna. Eller är det här skon klämmer?

Lars Hägarth
specialist i allmän och urologisk kirurgi, överläkare, Fellow of the European Board of Urology (FEBU), UroClinic i samarbete med Capió S:t Görans sjukhus, Stockholm
lars.hagarth@uroclinic.stgoran.se

REFERENSER

- Rosenberger PH, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14:397-405.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>