

Finska Läkaresällskapets Handlingar

Årgång 164 Nr 2, 2004

Allmänmedicin

Specialredaktörer: Hans Blomberg
och Matti Klockars

CAJ HAGLUND: Vårdgaranti och vårdkriterier	3
HANS BLOMBERG OCH MATTI KLOCKARS: Allmänmedicin i början på tjugohundratalet	5
HANS BLOMBERG: Befolkningsansvar i primärvården	8
MATTI KLOCKARS: Allmänläkarens och allmänmedicinens identitet	11
MATS BROMMELS: Förbättrad tillgänglighet: Till nytta för sjukvården och till glädje för patienterna	15
OUTI ELONHEIMO: Hälsocentralens strategi: Vård i främsta linjen	18
BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM: Åland – i särställning även i fråga om hälso- och sjukvården	26
JOHANNA CASTRÉN OCH IRMA VIRJO: Hälsorådgivning per e-post för högskolestuderande	29
MARJUKKA MÄKELÄ: Evidensbaserad medicin i allmänpraktik: Att hjälpa hela patienten	36
IRENE HETLEVIK: Evidensbaserad medicin i allmänpraktik - ett hinder för optimal läkarvård	41
PERTTI SOVERI OCH KLAS WINELL: Kvalitetsförbättring genom nätverk	47
JOHANN A. SIGURDSSON: Checklistor och screening - ett hot mot konsultationen	51
HARRIET FINNE-SOVERI, ANJA NORO OCH MAGNUS BJÖRKGREN: Polyfarmaci inom de institutionella boendeformerna för äldre i Finland	55
CAMILLA MÅRTENSON OCH MERETE MAZZARELLA: Skönlitteratur och medicin	62
PERNILLA SVIBERG OCH SEPPA MERI: Hur undviker Borrelia burgdorferi immunförsvaret?	68
JARL EKLUND: Vad en gammal gravsten kan förtälja	74
IN MEMORIAM: Carl Eric Sonck och Krister Nordström.....	76



Redaktion

Huvudredaktör

Caj Haglund
Helsingfors universitetscentralsjukhus
Kirurgiska kliniken
PB 340, 00029 HNS
Tel 09-47172427, fax 09-47171403
E-post caj.haglund@hus.fi

Redaktörer

Hans Blomberg, Johan Lundin,
Tom Scheinin och Kristian Wahlbeck

Språkgranskare

Marianne Saanila
Tel. 09-1351928

Finska Läkaresällskapet

Kanslist

Gerd Haglund
PB 82, 00251 Helsingfors
Tel. 09-47768090, fax 09-4362055
E-post kansliet@fls.pp.fi
Hemsida: www.kulturfonden.fi/fls

Besöksadress

Johannesbergsvägen 8
00250 Helsingfors

Finska Läkaresällskapets Handlingar

ISSN 0015-2501

Utges av Finska Läkaresällskapet
Oy Nord Print Ab, Helsingfors 2005

Vårdgaranti och vårdkriterier

Den 1 mars 2005 träder en ny lag i kraft som garanterar patienter icke-brådskande vård i den specialiserade sjukvården inom 6 månader från den dag då behovet av vård har fastslagits. Inom tre veckor bör patienten få poliklinisk vård. I primärhälsovården bör läkare eller annan yrkesutbildad person inom tre dagar bedöma behovet av vård. Den nya lagen ställer stora krav på många hälsocentraler och sjukhus runt om i landet. Svårast är troligen läget i huvudstadsregionen och framför allt inom kirurgin. Underbudgeteringen i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) har bland de kommunala beslutsfattarna genom åren baserat sig på en övertygelse om ineffektivitet inom sjukvården, och därmed har den specialiserade sjukvården ställts inför ständiga krav på inbesparingar. Kraven har upplevts som sårande bland den hårt arbetande personalen och har också i praktiken visat sig vara orealistiska. Nedskärningarna i budgetanslagen har varje år lett till ett stigande antal patienter som väntar på icke-brådskande operation. Enbart inom verksamhetsområdet kirurgi i Helsingfors omfattar köerna över 12 000 patienter, av vilka över 6 000 har köat i mer än ett halvt år. Den nya lagen medger en övergångsperiod på endast 6 månader, vilket innebär en näst intill omöjlig utmaning. Varifrån skall man plötsligt ta alla de tilläggsresurser i form av operationssalar och personal som behövs för att förkorta köerna? Till all lycka finns det en del oanvända operationssalar på olika sjukhus i staden, och det finns planer på kvällsoperationer, som utförs som extra arbete av den egna personalen. De nyländska kretssjukhusen har en bättre kösituation än sjukhusen i Helsingfors, och en del patienter erbjuds operation i till exempel

Ekenäs. Dessutom kommer den kommunala sjukvården att söka samarbete med privata producenter av sjukvård. Den kritiska faktorn är bristen på operations- och anestesiskötare. Rekryteringen av personal till sjukhusen i Helsingfors har redan före ökningen av antalet operationssalar varit ett problem. Orsakerna är många. Lönenivån i Helsingfors är densamma som i andra delar av landet trots att levnadskostnaderna är högre. Arbetsgivaren kan inte erbjuda ett tillräckligt antal förmånliga tjänstebostäder, och hyresnivån på den fria marknaden är skyhögt i förhållande till lönenivån inom vårdsektorn. En utmanande arbetsplats med goda möjligheter till intern utbildning av hög kvalitet och utvecklande av den egna yrkeskunskapen är i denna situation inte alltid tillräckligt för att uppväga de ovan beskrivna nackdelarna.

Att förkorta de överlånga köerna är inte bara ett praktiskt problem, utan i högsta grad även ett ekonomiskt problem för kommunerna. Kökortningen innebär kraftigt ökade kostnader för den specialiserade sjukvården under nästa budgetår. Staten har lovat kommunerna full kompensation för de kostnader den nya lagen medför, men kommunerna anser sig inte få tillräckligt statsstöd. Också efter att köerna har kortats, krävs en större kapacitet än i dag för att lagens bokstav skall kunna uppfyllas. Å andra sidan innebär kortare väntan på operation samhällsliga inbesparingar i form av mindre behov av sjukskrivning och frånvaro från arbetet.

Parallellt med förberedandet av den nya lagen har social- och hälsovårdsministeriet förberett riksfattande kriterier för behovet av icke-brådskande vård, framför allt för ofta förekommande åtgärder med långa väntetider. En orsak till att ministeriet

har upplevt ett behov av att fastställa enhetliga kriterier är de stora variationer i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster man har noterat mellan olika sjukhus och sjukvårdsdistrikt. I fråga om vissa operationer har skillnaderna varit klart större än skillnaderna i sjukdomarnas förekomst anses vara. Kriterierna för behovet av vård har förberetts av sakkunniggrupper, och förslagen har varit på remiss hos ett stort antal organisationer, föreningar och kommuner. Redan innan ministeriet påbörjade sitt arbete hade HNS utarbetat interna kriterier för behovet av kirurgi för olika sjukdomar, och dessa har legat till grund för de nationella kriterierna. Behovet av operation baserar sig på en poängsättning av fynd och symptom hos patienten. Patienten bör uppnå ett visst antal poäng för att anses vara i behov av operation. Om denna poänggräns inte uppnås, behandlas sjukdomen konservativt tills situationen eventuellt försämras. Poängsättningen ger inte patienterna subjektiv rätt till vård. Beslutet fattas alltid av läkaren, och förutom poängen beaktas alltid patientens helhetssituation. Kriterierna baserar sig på samlad sakkunskap inom medicinen och landets främsta experter har deltagit i arbetet, som har varit krävande. Poängsättningssystemet är inte avsett att användas för att jämföra olika sjukdomar eller olika specialiteter sinsemellan. Ministeriet hoppas med denna reform kunna uppnå jämlikhet i utbudet av specialiserad sjukvård inom landet. Det är nog uppenbart att myndigheterna också har hoppats på att kunna gallra bort onödiga operationer. Övertygelsen om att det tidigare har utförts ett stort antal onödiga kirurgiska ingrepp delas inte helt av expertis inom kirurgin. Men det är uppenbart att ett antal operationer som utförts närmast av kos-

metiska skäl faller utanför de nya kriterierna. Å andra sidan är det uppenbart att utbudet av exempelvis vissa ortopediska och plastikkirurgiska ingrepp har varit underdimensionerat i många sjukvårdsdistrikt. Därmed kan de nya kriterierna som har rent medicinska grunder blotta ett överraskande stort dolt vårdbehov.

Det har i detta sammanhang spekulerats kring frågan hur Folkpensionsanstalten (FPA) kommer att använda de nya kriterierna när ersättningskriterierna fastställs. Hur ställer sig FPA till en patient som på kommunala sidan inte har fått ett tillräckligt antal poäng för att få sina åderbräck opererade kommunalt, men som därefter låtit sig opereras privat? Än så länge har FPA meddelat att de litar på läkarnas objektivitet och omdöme.

Sjukvården står alltså inför stora utmaningar under det närmaste året. Om man lyckas övervinna de praktiska och ekonomiska problemen, kommer nog både den nya lagen om vårdgaranti och de nya kriterierna för behovet av vård att vara till gagn för såväl patienter som sjukvården.

För mig personligen har dessa nya krav inom sjukvården lett till en ökande arbetsbörda i tjänsten, varför jag sett mig tvungen att tacka nej till att fortsätta som huvudredaktör för Handlingarna. De gångna tre åren har varit intressanta och givande. Jag vill tacka redaktionen och kansliet för stimulerande och gott samarbete samt önskar den nya huvudredaktören lycka och välgång. Läsarna tillönskas ett gott nytt år och intressanta lästunder med vårt senaste nummer av Handlingarna.

CAJ HAGLUND

Allmänmedicinen i början på tjugohundratalet

Finska Läkaresällskapets Handlingar (FLH) har i en tid av läkarbrist, än en gång velat uppmärksamma allmänmedicinen eller läkarverksamheten inom primärvården. Senast FLH tog upp allmänmedicinen var åren 1987 och 2003. Politiker har i olika högtidliga sammanhang dyrt och heligt lovat stödja och satsa på primärvården, som man ansett vara stöttepelaren i den offentliga hälso- och sjukvården.

Primärvården är den organisation som patienterna ofta vänder sig till med diffusa hälsoproblem. Tidvis är problemen sådana som medicinen inte har lösningar på och frågorna sådana som läkare som har sökt sig till den specialiserade sjukvården ogärna vill befatta sig med.

Enligt WHO har allmänmedicinaren fyra olika roller; förutom traditionell läkare skall allmänläkaren vara ledare och utbildare samt påverkare med avseende på socioekonomiska förhållanden. Dessa roller finns i bakgrunden då allmänläkaren försöker integrera och lösa patientens hälsoproblem i ett biomedicinskt, psykologiskt, socialt och humanistiskt sammanhang. Ytterligare randområden som gränsar till primärvårdsläkarens arbete är av epidemiologisk, beteendevetenskaplig, miljömedicinsk och hälsoekonomisk karaktär.

I detta nummer erkänner Camilla Mårtensson, att hon fått vänja sig vid att leva med osäkerhet och med ofta förekommande otillräcklighet. Utvecklingen inom medicinen sker allt snabbare, och det har varit svårt att hinna tillägna sig – ja även omöjligt att upprätthålla – goda eller ens tillräckliga kunskaper inom alla de områden, som allmänmedicinen omfattar. Gränsdragningen mellan allmänmedicinens (primärvårdens) och den specialiserade sjukvårdens ansvar har ofta varit otydlig. Etiska frågor har konkretiserats, och patientens autonomi, ställning samt rättigheter präglar varje möte mellan läkare och patienter.

Marjukka Mäkelä visar hur läkaren genom litteraturstudier kan hitta den bästa tillgängliga kun-

skapen och visar även hur man kan hjälpa en patient med en sjukdom, som en allmänläkare sannolikt ser högst en gång per år. Det är viktigt att allmänläkaren vet vad som oroar och vad som lugnar patienten. Då det är fråga om en sjukdom som förekommer så sällan, undrar man om allmänläkaren har tid och intresse att gå till litteraturen, och om inte kunskapen lättare kunde inhämtas av den behandlande läkaren inom den specialiserade sjukvården.

Irene Hetlevik frågar om kunskap, som grundar sig på randomiserade kontrollerade undersökningar av patienter med ett avgränsat problem, egentligen kan försvåra behandlingen av patienter med många sjukdomar. Johann Sigurdsson, Linn Getz och Irene Hetlevik tar upp patientens och läkarens olika agendor. De ifrågasätter kravet på att utreda olika risker och riskfaktorer hos patienten i ett försök att förebygga sjukdom i en situation när patienten har sökt för något helt annat.

Merete Mazzarella framhåller att litteraturläsning kan få medicinare att inse subjektivitetens, mångtydighetens och ambivalensens betydelse.

Mats Brommels redogör för hur det nationella hälsovårdsprojektet skall förbättra förhållandena inom hälso- och sjukvården medan Outi Elonheimo tar upp strategier för att utveckla hälsocentrernas verksamhet. Björn-Olof Ehrnström visar hur man på Åland har tänkt lösa administrationsproblemen, medan Johanna Castrén och Irma Virjo samt Pertti Soveri och Klas Winell ger praktiska exempel på utvecklingsarbete inom primärvården.

Vi hoppas att detta nummer om allmänmedicin skall väcka intresse för allmänmedicinen bland unga läkare och hjälpa äldre primärvårdskollegor att orka i sitt arbete. För specialistläkare inom olika smala områden kan uppsatserna kanske uppskattas som bevis på kravet om allmänläkarens mångsidighet.

HANS BLOMBERG OCH MATTI KLOCKARS