

Management i allmänmedicin

Att läsa i hängmattan - eller under paraplyet?

Ännu (?) en läsvärd artikel i Läkartidningen. Äntligen finns där dokumenterat vår egen vardag och våra egna problem. metoen Krister använt är väl inte ny, men likväl en konstruktiv modell.

Tyvärr lyfts väl inte förutsättningarna och riskerna upp tillräckligt.

1/ Fast läkare med avgränsat uppdrag = lista, som tar helhetsansvar inte BARA för det som sker i rummet. Enl artikeln har patienterna TILLIT till sin läkare vilket är en förutsättning.

2/Tillgängligheten över tid = stabil organisation inte bara över en upphandlingsperiod är ett oeftergivligt krav för bevarad kvalitet med denna modell.

3/ Risken är att patienterna springer runt till astmasköterska - demenssköterska - diabetessköterska- younameitsköterska och doktorn drunknar i polysymtomatiska neurosociala prolemställningar som förväntas lösas nu när det äntligen blir 10 minuter över på mottagningen när hypertoni-patienten går till sköterskan.

4/ Synd att inte analysen av att onödiga läkarbesök ersätts med onödiga sköterskebesök lyfts fram.

5/ En framstående kollega i Östergötland formulerade en sammanfattning: 10-15 minuters läkarbesök ersätts med 30-60 minuters specialsköterskebesök. Med tanke på att läkarbesökets innehåll formulerades av Monica Lind på ett utmärkt sätt i ett tidigare inlägg, så förstår var och en lätt effektivitetsproblemen med dessa lösningar.

Tack Krister

(är du med på Ordbyte?)

H

/Robert Svartholm, Boden



RE: [ORDBYTE] Management i allmänmedicin

Hej Robert - ett sista(?) inlägg före semestern:

I mycket instämmer jag i Kristers artikel och Roberts kritiska kommentarer.

Vi måste väl få organisera vår mottagning som vi vill. Tyvärr tror jag att ganska få har tagit ett grepp om detta och tänkt över hur de vill ha det. Det pågår en destruktiv och evig meningslös strid med "telefonsjuksköterskor" och läkare om läkartider som förpestar många mottagningar. Lösningarna kan vara olika!

För MIG är **tio procent** av min lista övre gräns för vad som kan vara på årliga återbesökslista, (väntelista har jag ingen-det är extremt kontraproduktivt).

Det ger **en** kallad och ev förberedd (med prover eller undersökningar) patient per vanlig hel mottagningsdag.

Då har jag möjlighet att vara fullt tillgänglig för de som spontant hör av sig och hinner ta de remisser som sjukhusen alstrar och alla de intyg som begärs av försäkringsbolag och myndigheter. I glesbygd ska jag även kunna ta emot ambulansfall och se mina patienter på vår avdelning. (det går också att uppskatta hur ofta och hur många det verkligen är)

Jag saknar det jag kallar **volym** i Kristers artikel. Prevalensen av de tillstånd som räknas upp går att hyggligt uppskatta (Finns exv angivna i Allmänmedicin-boken)

Till exempel om prevalensen för schizofreni är 1% så bör det finnas 15 på en lista på 1500.

Diabetes 5 % ger 75 osv.

Linn Getz m fl har ju visat hur stor andel som blir högriskindivider och ska monitoreras om vi följer Heart Score – dvs närmare hundra procent av de över 50 år dvs flera hundra!

Om man slopar kallade återbesök helt tappar man kontakten med en del – som kanske är de socialt sett viktigaste! 25% har angetts som tumregel. En del patienter vill ju absolut bli kallade och det får väl också respekteras.

Jag tycker att sköterskorna också ska vara generalister med listansvar i botten, då kan vi samverka och täcka för varandra. Men de måste själva få bestämma och styra sitt arbete.

Slutligen: den förändring som Monika beskriver i tyngden i vårt arbete är svår att fånga utan någon form av registrering!

Ha en bra sommar!

/Peter Olsson, Jokkmokk