

på frätande kemikalier och petroleumprodukter (reglerat i lag för båda produkttyperna) samt ändrad sammansättning på maskindiskmedel och kylarväs-kor.

GIC har i regel tillhandahållit underlag för beslut och även följt upp effekterna [2-7]. I det profylaktiska arbetet har centralen selektivt inriktat sig på sådana produkter som är riskabla och i

realiteten också visat sig skapa problem. Det bör nämnas att informella kontakter i dessa sammanhang ofta fungerar snabbt och utmärkt, medan lagstiftning alltid tar sin tid.

Hans Persson

med dr, överläkare,

Giftinformationscentralen, Stockholm

hans.persson@apoteket.se

Primärvård och semantik: »Vårdprocess« bättre än »vårdkedja«

II Två (semantiska) kommentarer till Benny Ståhlbergs ledare i Läkartidningen 50/2004. Under stycket »Familjeläkarna utgör ...« använder BS uttrycket multisjuka patienter. Jag använde själv samma uttryck i en debattartikel. Det föranledde en hel del påpekanden från allmänheten inklusive från en av våra kulturpersonligheter. Flera läsare (med åldern inne) upplevde nämligen benämningen som kränkande. Måhända visar vi större respekt om vi framgent benämner denna grupp »patienter med komplexa vård och omsorgsbehov« eller ännu hellre spanskans poetiska »den fjärde åldern«.

Min andra kommentar gäller vad BS skriver om fungerande »vårdkedja«. Jag

anser att vi bör sluta använda begreppet vårdkedja. En kedja förutsätter nämligen att A måste inträffa före B som måste inträffa före C etc. Detta ger oss fel mental bild av hur vi skall bedriva sjukvård. Vår ambition med patienten är förstås att så mycket som möjligt skall ske parallellt för att korta tid för utredning, diagnos och inledning av behandling. Vi bör i stället använda uttrycket vårdprocess och mentalt tänka bilden nätverksbaserad sjukvård med patienten i absolut centrum.

Henrich Wilander

distriktsläkare och processledare,

närsvården i centrala Östergötland

Henrich.Wilander@lio.se

Replik:

Teamen i primärvården skall utgå från patientens behov

II Tackar för de semantiska synpunkterna på min ledare i Läkartidningen 50/2004, »Så skapar vi en bra primärvård«.

Innebörden i hela ledaren är hur flera yrkeskompetenser kan arbeta tillsammans med familjeläkaren kring den enskilde patientens problem. Allmänmedicinarens roll är mycket viktig för att primärvården/närsvården skall fungera optimalt. Tyvärr är det just bristen på familjeläkare som på många håll gör att den första linjens sjukvård inte fungerar på det sätt man tänkt sig.

Begreppen vi använder

Ordet vårdkedja är väletablerat, men jag håller med Henrich Wilander om att ordet vårdprocess kan vara bättre då vi skall tänka i nätverk. Jag påpekar också i ledaren att teamen skall vara funktionella och inte organisatoriska, dvs ett team skall utgå från patientens behov.

Multisjuka patienter låter inte så bra

och de skulle kunna omnämnas på annat sätt, t ex patienter med flera diagnoser och stort vårdbehov. Det är just allmänläkarens styrka att kunna hantera detta spektrum, från patienter med enkla diagnoser till de med mer komplexa vårdbehov.

De »multisjuka« har ofta behov av hemsjukvård där det idag är problem med läkarstödet på flera håll i landet. Med ett utbyggt familjeläkarssystem har dessa patienter också möjlighet att få en fast läkarkontakt som kan vara med i vården. Det kan då skapas möjligheter för familjeläkaren att göra hembesök och delta i vårdplanering kring hemsjukvårdspatienten. Genom att läkaren är med i vården kring patienten i hemmet kan säkert en och annan inläggning på sjukhus förhindras.

Benny Ståhlberg

2:e vice ordförande i Läkarförbundet

benny.stahlberg@svdlf.se

Referenser

1. Käärik U. Svensk läkare uppfann barnsäkert skruvlock – vad hände sedan? Läkartidningen 2004;101:3813-5.
2. Irestedt B, Persson H, Sjöberg G. Förgiftningstillbud bland barn vanliga men oftast inte allvarliga. Läkartidningen 2004;101:2256-60.
3. Assargård U, Sjöberg G. Barnskyddande förpackning resulterade i drastisk minskning av antalet förgiftningstillbud. Svensk Farmaceutisk Tidskrift 1993;97:38-9.
4. Data från Giftinformationscentralen – grund för regulatoriska åtgärder och informationsinsatser på Läkemedelsverket. Information från Läkemedelsverket 2004;15(6):38-9.
5. Persson H. Förgiftningstillbud med petroleumprodukter. Läkartidningen 1983;60:2636.
6. Åkesson J, Karlson-Stiber C, Fredriksson B, Wattsgård C, Lundholm B. Aspiration av alifatiska kolväten kan ge livshotande lungpåverkan hos barn. Läkartidningen 1990;87:4420-3.

Serafen 250 år – glöm inte bort medicinkliniken

II Det är ett tack-nämligt initiativ som

*Serafimerlasarettet
250 år*

Medicin-historiska Museets Vänner tagit när man firar Serafimerlasarettets 250 år med en seminarierie rörande sjukhusets betydelse och dess läkares insatser [1].

Jag blir emellertid bedrövad när det av programmet verkar som om sjukhuset inte hade någon internmedicinsk klinik av betydelse, när det i verkligheten under lång tid hade två. Visserligen apostroferas insatser mot lungtuberkulos, men internmedicin är så mycket mer. Under Israel Holmgren förekom en viktig period, under Gunnar Biörck en annan.

Jag fick anledning att närmare granska den senares insatser när Karolinska institutet för några år sedan bad mig skriva en uppsats om Gunnar Biörcks kamp för Serafen, en artikel vars vidare öden jag inte har klart för mig. I alla händelser borde en beskrivning av Serafimerlasarettets roll i Sveriges och Stockholms sjukvård inte förbigå den medicinska klinikkens betydelse.

Den insats som gjordes för kardiologins utveckling under Gunnar Biörck – bland annat utveckling av hjärtinfarktövervakning – liksom hans kamp för Serafimerlasarettet som undervisnings-sjukhus, borde inte förbigås när man vill belysa Serafimerlasarettets betydelse.

Lars Werkö

professor emeritus, Stockholm

Referens

1. Serafimerlasarettet 250 år. Läkartidningen 2005;102:94-5.