

Närsjukvårdsprogrammet klubbbat

Framtidens närsjukvård, som varit på remiss i Läkarförbundets delföreningar, togs av centralstyrelsen förra veckan.

Programmet kompletterar Framtidens sjukvård från 2004.

– Det här är sista pusselbiten i Läkarförbundets syn på framtidens sjukvårdsstruktur i Sverige. Nu har vi ritat hela kartan och försökt beskriva en modell för läkarnas roll, säger CS-ledamoten Thomas Flodin, som lett arbetsgruppen bakom programmet.

Inte mycket har ändrats efter remissrundan.

– Vi har förtydligat en del och ytterligare betonat allmänläkarnas ställning i närsjukvården och filat på definitionen av »närsjukvård«.

Definitionen lyder: »Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.«

Ett problem som, enligt förbundet, bör bli mindre om

programmet genomförs är bristen på vårdplatser på sjukhusen.

– En viktig del är att vi beskriver en ny roll för sjukhusläkarna, att delta i arbetet utanför sjukhusen.

Ett annat problem som är tänkt att minska är dagens bristande samverkan kring äldre, psykiskt sjuka och funktionshindrade.

– Vi beskriver en del av närsjukvården, samverkansvård, där läkares insatser för patienter med behov av vård i hemmet beskrivs. Den ska ske i samverkan med kommunen.

Kommunen ska kunna köpa läkartjänster av offentliga eller privata vårdgivare.

Närsjukvården delas in i tre delar:

1. Den primära närsjukvården. Den består av familjeläkarvården och vård i hemmet och finansieras av staten.

– Basen för närsjukvården ska vara ett nationellt familjeläkarsystem.

I familjeläkarvården ingår även sammanhängande omvårdnad, samtalsterapi, sjukgymnastik m m. Med vård i hemmet menas vård som ges i hemmet av andra än läkare.

2. Den specialiserade närsjukvården. Förutom dagens öppna specialistvård ska den också bestå av närsjukhus, det vill säga sjukhus som inte är fullt utbyggda akutsjukhus. Även denna del finansieras statligt. Vårdplatserna konkurransupphandlas av regionala beställarorganisationer. Sjukhusspecialisterna i närsjukvården ska ersättas enligt nationell taxa. De ska också alternera med arbete på de fullt utrustade sjukhusen.

3. Samverkansvården. Den del definieras utifrån patienten och omfattar all vård av patienter med stora och varaktiga vårdbehov. All vård av dessa patienter – utom inläggning på sjukhus – ska betalas av kommunerna, det vill säga även akutbesök på sjukhus.

Först vid inläggning betalar staten. Vården av dessa patienter kräver god kommunikation mellan familjeläkarvården, den specialiserade närsjukvården och sjukhusvården, enligt programmet.

De flesta remissinstanser var positiva. Bland de mer kritiska fanns Distriktsläkarförbundet, Chefsföreningen, reumatologerna och några lokalföreningar. Flera ifrågasätter om programmet verkligen leder till bättre samverkan, kanske flyttas bara gränsen. »Ensidigt läkarperspektiv« är en kommentar från reumatologerna. »Pratigt« och »ostrukturerat« är ord i ett av de mest kritiska svaren, från Stockholms läkarförbund, där Thomas Flodin själv är ordförande.

– Det är min förening, men de är självständigt tänkande.

Programmet finns på <http://www.slf.se> från och med den 3 maj.

Elisabet Ohlin

Försöksperson fick psykos vid fas 1-studie i Lund

Nyligen drabbades en 25-årig man av psykos vid en läkemedelsstudie för AstraZeneca i Lund. Nu mår han bra. Men händelsen fick stor uppmärksamhet eftersom sex försökspersoner i en studie i mars i Storbritannien råkade så illa ut att det var fara för deras liv.

Det väcker frågan om försökspersoner vet vad de ger sig in i.

– En person som får en psykos insjuknar inte för gott. Försökspersonen mårde troligen bra efter någon eller några dagar. Det är inte ovanligt att även godkända läkemedel ger psykossymtom om de överdoseras. Syftet med en fas 1-studie är just att finna vilken dos som är lämplig för framtida patienter.

Det säger docent Tomas Eriksson, Psykiatri, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Det brittiska läkemedelstestet tycker han är svårare att bedöma.

– Det är uppenbart att försökspersonerna där fick en för hög dos och att för många försökspersoner fick pröva den samtidigt. Är man osäker på effekten är det klokare att börja med endast en person och en extremt låg dos.

Det som testades av AstraZeneca i Lund var en medicin mot neuropatisk smärta. En försöksperson fick en kraftig ångestreaktion med psykosymtom och överfördes till psykiatriska kliniken i Lund.

Var biverkningen väntad?

– Vi har sett liknande biverkningar, t ex ångestreaktioner, på högre doser. Vi har givit fyra gånger så mycket i en enskild dos utan någon biverkan, men i större mängder än så har personer blivit oroli-

ga, fått synvillor och tankepåverkan, säger professor Hans Basun, globalt medicinskt ansvarig för tidig utveckling av produkter mot neurodegenerativa sjukdomar och smärta på AstraZeneca.

Hade försökspersonerna informerats om detta?

– Ja. De har fått skriftlig information om väntade biverkningar. Men för oss var dessa oväntade eftersom de kom på en så låg dos. Informationen finns i materialet som personerna skriver på inför studien.

Hade den här personen haft psykos tidigare?

– Vi har ingen möjlighet att kontrollera detta, och vi förlitar oss på de uppgifter försökspersonerna lämnar. De har lämnat uppgifter om att de inte haft psykos.

Hur många deltog?

– 10 deltog och fick en lägre dos. En på låg dos avbröt för att han fick obehagskänslor. 10 deltog på en högre dos och där drabbades en person av psykossymtom och uppfattades som hotfull.

Hur går ni vidare?

– Vi har avbrutit testet och undersöker substanskoncentrationen i blodet hos försökspersonerna. Kan vissa vara extra känsliga? Vi måste sätta oss ner och analysera i detalj. Det finns inga bra läkemedel mot t ex nervsmärtor efter skador. Det är därför angeläget att få fram ett läkemedel.

Margaret von Platen
frilansjournalist

Läs mer På LT Debatt i nr 15–16/2006 kommenterar Pierre Lafolie katastrofen vid läkemedelsprövningen i Storbritannien.