

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2019 ÅRGÅNG 40



Våra mest behövande patienter

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Gammal bok om allmänmedicin är fortfarande aktuell**
Annika Larsson
- 3 **Vilka är våra mest behövande patienter?**
Ingrid Eckerman
- 4 **Nytt från SFAM**
- 4 **Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2019**
- 5 **SFAM:s utbildningsprojekt engagerar lokalt**
Gösta Eliasson
- 8 **Nordisk kongress i Ålborg 2019: "Kvalitetslounge" med plats för gräsrotsprojekt**
Sine Barrett-Madsen
- 12 **E-sjukan griper omkring sig**
Ingrid Eckerman, David Svaninger och Christer Petersson
- 14 **Hur vet vi vilka som är våra mest behövande patienter?**
Annika Andén
- 15 **Obegripliga symtom och konsten att hantera icke-vetande**
Christer Petersson
- 20 **Sjukvård för kroniskt sjuka kräver teamarbete**
Karin Ranstad
- 22 **E-Hälsa i den nära vården – bra för våra mest behövande patienter Inledningsanförande vid 15:e Nationella Kvalitetsdagen 15 november 2018**
Christer Rosenberg
- 24 **Ehlers Danlos syndrom typ III – Erfarenheter från Mora vårdcentral**
Sören Kerslow
- 26 **Våra mest behövande patienter belastar sjukhusvården mindre än friskare patienter**
Karin Ramstad
- 28 **Medicinsk vårdplanering minskar akutinläggningarna**
Solveig Wanland
- 29 **Hemtagningssteam vid Kisa vårdcentral**
Gunnar Carlgren
- 30 **Går det att arbeta proaktivt med sköra äldre?**
Magnus Nord
- 32 **Äldre som utsätts för misshandel – att våga ställa frågan**
Karin Erwander och Kjell Ivarsson
- 35 **Apotekare i primärvården enligt Uppsala-modellen**
Christina Mörk
- 37 **Rådet för sköra äldre i primärvården – Vill Du vara med?**
Sonja Modin
- 38 **Recension: Att följa Alice in i dimman**
Madelene Hyttring
- 39 **"Vårt nuvarande sjukvårdssystem kommer att erodera" Ferdinand Gerlach om digitalisering inom hälsovårdssektorn**
Ferdinand Gerlach
- 41 **Första nationella vårdprogrammet i akut onkologi**
Magnus Lagerlund
- 42 **"I glesbygden vill jag stanna" En ung läkares erfarenheter**
Anna Westman
- 43 **AllmänMedicin gratulerar**
- 44 **För att vara bra chef behöver man inte vara bästa klinikern**
Gösta Eliasson
- 46 **"Arbete är bra för hälsan" Rapport från konferens om sjukskrivningar**
Annika Larsson
- 46 **AllmänMedicin gratulerar**
- 49 **Med mentorn på axeln – Att bli utvärderad efter år i yrket**
Gerd Carlsson Ahlén
- 51 **Förutsättningarna för ASK**
Gunilla Byström
- 51 **Vecka-3-kurs i kompetensvärdering**
Karin Lindhagen
- 52 **Initiativet är vårt! Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården? Föreställningar, förväntningar och farhågor?**
Christer Rosenberg, Eva Arvidsson och Rita Fernholm
- 54 **Att förlösa berättelser och slösa med samspråkandet – Referat från medicinsk humaniora-konferens i Växjö**
Josabeth Hultberg och Björn Landström
- 56 **Vad är receptet för att göra en lyckad kurs?**
Ulf Österstad
- 58 **Läkardagar i Köpenhamn och "danske klynger"**
Gösta Eliasson
- 60 **Allmänmedicin som kulturvetenskap 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 13-15 september 2018, Innsbruck/Österreich**
Marcus Beland
- 62 **Recension: Jonas Gardell tar mig till en annan verklighet**
Christina Ledin
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt
■ Tema-artiklar ■ Utbildning Et Fortbildning



Omslagsbild AllmänMedicin nr 1-2019

"Vid den årliga kontrollen av hans sockersjuka ber jag honom berätta om det är något jag behöver veta som har hänt med hans kropp, hälsa och liv senaste året."

Från: Doktor Doris betraktelser. En distriktsläkares (läkekonstnär)s betraktelser under 25 år; tankar och känslor som väckts vid patientmöten, illustrerade främst med naturfoton som tagits under promenader efter arbetet.

<https://doktordoris.wordpress.com/>



Camilla Richardsson

Medicinsk chef, Hälsomedicinskt center, Hjärup
c.richardsson@halsomedicinsktcenter.se

Gammal bok om allmänmedicin är fortfarande aktuell

Min 10-åring smyger in i föräldrasovrummet vid 22-tiden när jag hunnit lägga mig. Det är en kväll i början av januari, då jag börjat om att jobba, men barnen fortfarande har jullov ytterligare en dag. Hon tar på måfå i mörkret en bok ur min bokhylla. När jag undrar vad hon gör säger hon att hon vill ha en tråkig bok att läsa för att kunna somna snabbt.

Nästa morgon vid frukosten vill hon fråga om krångliga ord hon inte förstod. Hon har skrivit ner ett antal ord på en lapp och läser dem ett åt gången, och jag försöker förklara. Hon är en 10-åring med ett tämligen gott ordförråd, präglat som hon är av sina tre äldre syskon. Det första ord hon antecknat är praktikerkunskap. Sen följer evidensbaserat, empiri, passivt, associativt och autentiskt. Jag blir nyfiken! Vad är det egentligen för bok hon hittat i min bokhylla? Någon om allmänmedicin, det verkar uppenbart! Och kanske om kunskapsinhämtning?

Det visar sig vara boken *Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga* av Christer Petersson, tidigare redaktör för AllmänMedicin. Boken kom ut 2009, och kvittot använt som bokmärke avslöjar att boken inhandlades oktober 2009 samt att jag kom till s. 82 innan den hamnade i bokhyllan, halvläst. Nästan 10 år senare börjar jag om, och nu fullföljer jag läsningen.



Christer Petersson
Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga
Studentlitteratur:
2009
ISBN:
9789144048673

Christer skriver om allmänläkarens vardag, baserat på sin egen långa erfarenhet och på intervjuer med allmänläkarkolleger från olika delar av landet. Vissa namn känner jag igen, andra är för mig okända. Han skriver i det skede när vårdvalssystemet var på väg att sjösättas. Han skriver om kärnan i allmänmedicinen: patientmötet, samtalet och betydelsen av språket, men också om tankar inför framtiden. Jag läser med pennan i hand.

Det kliniska omdömet behövs i alla specialiteter. Christer hävdar dock att bredden i allmänmedicinen kräver en mer differentierad och associativt rikare omdömesförmåga än inom organspecialiteter. Kanske är det därför vårdprogram och riktlinjer blir så mycket svårare att följa inom allmänmedicin? Vi har så mycket mer information om patienterna än vad som ryms i rutor och flöden. Inte bara det att våra patienter ofta har flera sjukdomar samtidigt, vi känner dessutom till deras inställning till mediciner och vi vet något om deras sjukliga familjemedlemmar eller deras situation på arbetet. Sjukhusspecialisten har större detaljkunskap inom sitt område, men en allmänläkare kan likväl ha ett större kunskapsdjup då det handlar om att sätta detaljkunskapen i ett sammanhang.

Alla de läkare som intervjuas tillfrågas om sin väg in i allmänläkaryrket. Flera av dem är utbildade på 70-talet, då allmänmedicin ännu inte var en egen specialitet. Allmänmedicinen har i dag en betydligt större plats i grundutbildningen, men funderingarna kring varför man som ung läkare väljer eller inte väljer allmänmedicin är fortfarande lika relevanta. Och hur tar vi hand om våra ST-läkare? ”Kanske är vi för dåliga på att skola in våra ST-läkare i allmänmedicinens gemensamma hus?” frågar sig Christer efter ett av samtalen. Vad handlar våra möten och samtal om: organisationsförändringar, scheman och jourer, eller tar vi oss tid att prata patientfall och kärnan i det allmänmedicinska? Fostrar vi individspecialister och personliga läkare eller bara lydiga vårdprogramsföljare som effektuerar sjukhusklinikernas beställningar?

Värdet av förebilder lyfts också fram. För flera av personerna i boken har enskilda kollegor spelat stor roll som förebild. Den som representerar framtiden, en då nyfärdig specialist, har i stället plockat ihop goda egenskaper från flera olika kollegor. Hur ofta tänker vi på det i vardagen, att vi utgör – eller borde utgöra – förebilder för våra utbildningsläkare?

Även SFAM lyfts fram som inspirationskälla i det allmänmedicinska arbetet vid några tillfällen. För en blev Nordisk kongress på Island en avgörande händelse som ny ST i allmänmedicin. Jag hoppas att det kan vara så fortfarande! Att SFAM:s ST-dagar och vårkongress kan bidra till att ladda batterierna och stärka den professionella gemenskapen. Och möjlighet att gå på Nordisk kongress finns i år igen! Tillfällen att se sig själv som del i en större gemenskap.

Redan i inledningen till boken konstaterar Christer att allmänmedicinen under många decennier har omhuldats i offentliga utredningar och diverse programskrifter om framtidens vård, men att politikerna aldrig riktigt har vågat göra verklighet av sina pappersvisioner. Han bedömde då att frågorna var mer aktuella än någonsin. Under det decennium som gått sen dess vet vi att utredningarna har blivit ännu fler, och vi tycker även nu att primärvårdsfrågan är mer aktuell än någonsin.

Tålmodighet är förvisso en bra egenskap hos allmänläkare, men låt oss nu ändå hoppas att politikerna äntligen vågar göra verklighet av sina visioner om primärvården!



Annika Larsson
T.f. ordförande
annika.larsson@sfam.se

Vilka är våra mest behövande patienter?

Den sjuka vårdcentralen är titeln på Leila Tamaddons uppsats [1]. I inledningen finns alla sorters patienter att välja mellan. En vanlig måndag har hon direktkontakt med trettio patienter och indirekt kontakt med ytterligare trettio. Sextio blandade patienter under en dag – är någon av dem den mest behövande? Eller den som inte kom fram på telefonen? Som inte lyckades förklara vad hen behövde? Eller är det doktorn själv, som inte längre orkar?

Annika Andén beskriver ett antal patienter som inte passar in i vårdprogrammets mallar (s. 14). Genom att träffa dem frekvent och på deras villkor ”håller hon dem borta” från annan vård. Är det vården eller patienten som behöver Annika?

Att kontinuitet och personlig känedom om de äldre patienterna är viktigt visar Karin Erwander när hon beskriver misshandel av äldre (s. 32).

Att våra sköra äldre patienter hör till de mest behövande ifrågasätter ingen. Tack, Rådet för sköra äldre för era artiklar som ger stöd för det arbetet.

Barn och unga i migration är extra sårbara. Barn och ungdomar kan ha svårt att berätta vad som hänt. Svåra upplevelser förträngs.

Familjevåld är vanligt i Afghanistan. Hazarer, även i Iran, blir ofta hotade och misshandlade av majoritetsbefolkningen. Förluster av familjemedlemmar, framför allt fadern och äldre bröder, är vanligt. Barnen kan ha bevittnat våld, t.ex. när någon stenas, hängs eller pisas. I fejder mellan klaner, folkgrupper och militanta grupper kan våldet bli mycket grovt. Barnen kan ha sett modern och systerarna bli våldtagna, fadern halshuggen, kropparna stympade. Under flykten kan barnet ha sett döda kroppar, blivit misshandlat och våldtaget av polis och smugglare, varit nära att drunkna.

I århundraden har afghanska män med ekonomisk makt hållit sig med *bacha bazi*, ”danspojkar”. Män och kvinnor lever åtskilt och utomäktenskapliga förbindelser finns inte. Sex med pojkar ”räknas inte”, vare sig som äktenskapsbrott eller som homofili.

Hazarapojkarna är mer eftertraktade då de har lite kroppsbehåring och deras kroppar ter sig barnsliga. Pojkarna kommer från fattiga familjer. Ibland tas de från gatan, ibland köps de från sina familjer.

På festerna sitter männen runt väggar, rusiga på vattenpipa, hasch och heroin. Kvinnoklädda pojkar tvingas dansa för dem. Efter festen tar ”ägaren” med sig pojken hem. Kanske man spelar om vem som ska få ta honom för natten. Ibland blir det gruppvåldtäkter [2].

En danspojke står mycket långt ner på den sociala skalan. Han skäms, hans familj skäms och tar ofta inte tillbaka honom – kanske hotar den att döda honom.

Apatiska barn finns. En yttring av att ha förlorat hoppet är uppgivenhetssyndrom, apati [3]. Barn försvinner bort i medvetandet, förlorar förmågan att röra sig, att gå och stå, att äta och dricka. De matas med sond, har blöjor. Så kan de ligga i flera år innan de långsamt kommer tillbaka när (om) familjen får uppehållstillstånd.

Under åren 2000–2005 pågick en hätsk debatt där även läkare hävdade att de apatiska barnen var manipulerade att simulera, alternativt förgiftade av sina föräldrar. Att läsa om skandalen är en rysare [4].

Sedan 2015 finns en diagnoskod för ”uppgivenhetssyndrom”. De som saknar personnummer (dvs. uppehållstillstånd) kommer inte med i Socialstyrelsens statistik. Just nu finns cirka 100 apatiska

barn i Sverige. Någon har legat i fyra år. I bakgrunden finns traumatiska händelser som kan ha drabbat barnet, eller som drabbat familjemedlem och barnet tvingats bevittna.

Enligt 2005 års flyktinglag finns möjlighet att av humanitära skäl och vid ”synnerligen ömmande omständigheter” ge den trygghet, dvs. permanenta uppehållstillstånd, som barnen behöver för att tillfriskna. Med den tillfälliga lagen finns inte den möjligheten. Troligen förlängs den, men med vissa lättnader.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. Tamaddon, L. Den sjuka vårdcentralen: Om läkekonst som motstånd och möjlighet i en marknadsstyrd sjukvård. Examensarbete. Södertörns högskola, Institutionen för kultur och lärande, 2017.
2. Muhammad J Muhammadi. Ska vi dansa? Books on demand 2018 ISBN 9789176996874.
3. Joelsson L. Apatiska barn – ett tillstånd som kräver samarbete. AllmänMedicin 2016;2:11-12.
4. Tamas G: De apatiska: om makt, myter och manipulation. Natur & Kultur 2010. ISBN 9789127129610.

SFAM informerar

Wonca och WHO bakom gemensamt dokument



Den 28 januari tecknade WONCA och WHO ett gemensamt *Memorandum of Understanding* (MOU). Att WONCA beviljades detta är hedersamt – MOU är extremt sällsynt. Woncas president Donald Li har arbetat hårt för detta. WONCA med 550 000 medlemmar i 150 länder ger professionell primärvård till miljoner människor globalt. Överenskomsten blir en språngbräda för att stärka samarbetet med WHO, både centralt i Genève, regionalt och nationellt.

Pressmeddelande 28.1.2019

Nytt från styrelsen

Ett nytt dokument *Information till arrangörer av fortbildning för allmänläkare* har antagits av styrelsen. Det finns på sfam.se under Fortbildningsrådet. Eller skriv "fortbildning policydokument" i sökrutan.

Christina Vestlund har utsetts till representant i Nordic committee for training in general practice.

Tungt även i Stockholm

Länge klarade sig Stockholm rätt bra när vakanserna började breda ut sig i landsorten. Men nu är det samma läge här. Vid SFAM Stockholms decembermöte 2018 kändes situationen för specialister och ST-läkare i Stockholm tung. För närvarande är bemanningen en kliniskt heltidsarbetande läkare per 3000 invånare. Väntetiderna på akutmottagningarna kan vara uppemot 12 timmar för dem som kan vänta.

Nätverk mot olämplig styrning

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården bildades 2016. Det består f.n. av 151 läkare, de flesta med lång klinisk erfarenhet, men även från ledande uppdrag i sjukvården.

Nätverket har utformat ett manifest med fem grundläggande principer för lämplig styrning av hälso- och sjukvården.

Hemsida www.network-styrning.com/.

Person- och patientcentrering

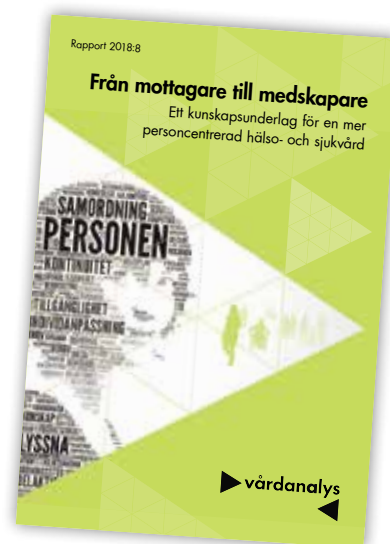
I rapporten "Från mottagare till medskapare" från Vårdanalys talar man om tre perspektivskiften:

- Att gå från att se patienten som en mottagare till en medskapare
- Att gå från fragmentisering av vården till helhetsperspektiv
- Att gå från färdiga lösningar till mer individanpassning.

Eftersom personcentrering utgår från individen kommer personcentrering att betyda olika saker, i olika situationer, för olika individer.

Man ser patientcentrering som fokuserande på patient-vårdgivar interaktionen i det enskilda kliniska mötet. Patientcentrerad hälso- och sjukvård fokuserar på hur vården kan anpassas till patientens behov och preferenser. Personcentrerad vård tar dessutom hänsyn till och stödjer individens egna resurser både för att hantera sin hälsa och delta i utformningen av sin egen vård, och av hälso- och sjukvården på organisations- och systemnivå.

Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Vårdanalys 2018:8



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2019

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2019.

Plats: Borås Kongress

Adress: Akademiplatsen 2, 503 32 Borås

Tid: Onsdagen den 8 maj, kl 16.00–18.00

Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: kansli@sfam.se.

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAM:s stadgar:

§4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) en månad före mötet.

Välkommen! *Annika Larsson t.f. ordförande*

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

SFAM:s fortbildningsprojekt engagerar lokalt

Under 2018 har SFAM drivit ett projekt finansierat av Socialstyrelsen i syfte att förbättra omhändertagandet av patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Satsningar för att ”trycka på” läkare behandlingsrekommendationer ger erfarenhetsmässigt dålig utdelning. Å andra sidan har det visat sig att sociala nätverk, till skillnad från mer auktoritära metoder, har förutsättningar att skapa intresse och motivera till förändrat beteende [1].

Den strategi som används i projektet utgår därför från den samlade erfarenheten att kunskapsstöd, riktlinjer och behandlingsråd i sig inte förändrar praxis i någon högre grad utan måste diskuteras och ”adopteras” i kollegial dialog.

För att läkare ska bli intresserade av att ”adoptera” nya arbetsätt och börja använda dessa i sin egen praxis bör de alltså ges möjlighet att interagera i kollegiala nätverk, bland annat för att samtala om vilka för- och nackdelar de nya kunskaperna och arbetssätten skulle innebära för de egna patienterna.

Upprinnelsen till det nuvarande projektet kom i september 2017, då ett tjugotal utvecklingsintresserade allmänläkare deltog i en workshop på den grekiska ön Skopelos. Då fortbildningsprojektet startade 2018 erbjöds workshopdeltagarna från Skopelos att ingå i ett nätverk tillsammans med nytillkomna kollegor.

Kommunikationen inom nätverket upprätthölls med hjälp av en webbsida och regelbundna videomöten där man kunde få stöd och synpunkter från övriga deltagare.

Inom ramen för projektet har två nätverkskonferenser genomförts, varav en i Visby och en i London. Under Londonkonferensen, som hölls i lokaler tillhörande RCGP, motsvarigheten till SFAM, belystes aktuella utvecklingsfrågor tillsammans med tongivande engelska allmänläkare såsom Roger Neighbour

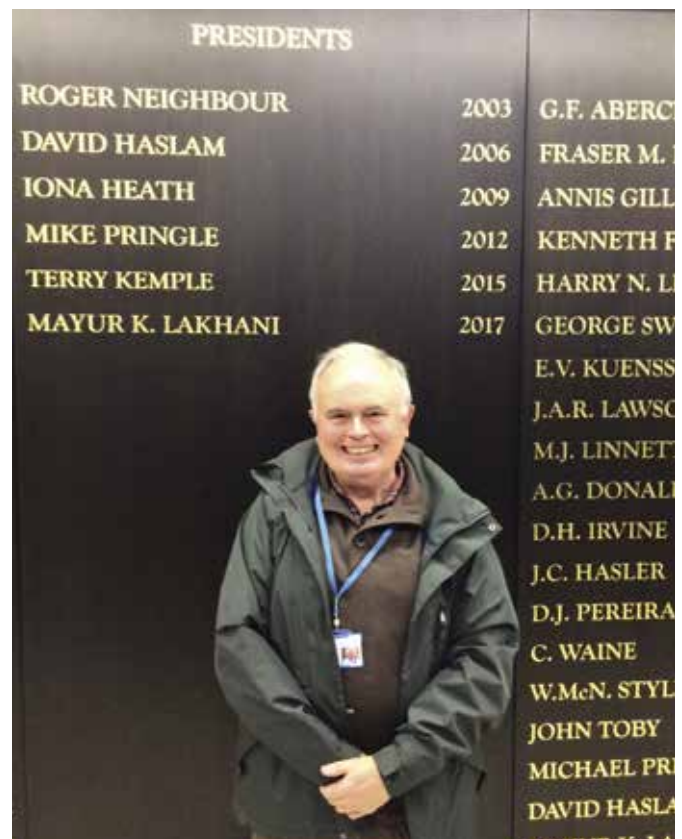


Ulf Måwe, projektledare och Jannike Norström, fortbildningssamordnare, Västra Götaland. Foto: Gösta Eliasson



Janet Grant, London, färgstark fortbildningspedagog.

Foto: Gösta Eliasson



Roger Neighbour, ordförande för RCGP under åren 2003–2006.

Foto: Gösta Eliasson

och Sir Sam Everington, den senare verksam i ett socialt utsatt område i Londons East End. Grundläggande principer för effektiv fortbildning gick igenom under medverkan av pedagogen Janet Grant.

Har projektet uppfyllt målet, bättre omhändertagande av personer med ohälsosamma levnadsvanor? Det är svårt att veta. Löptiden har varit kort och därför kan man inte förvänta sig några tydliga resultat. Men levnadsvanor har diskuterats under gruppens videomöten, ett studiebrev i ämnet har reviderats och påverkan på levnadsvanor har belysts ur brittiskt perspektiv.

Det viktigaste resultatet är dock att det nu finns ett väl fungerande nätverk av engagerade fortbildnings- och utvecklingsintresserade kollegor landet runt. Nätverksdeltagarna är beredda att fortsätta investera kraft och tid på allmänmedicinska utvecklingsfrågor i sin lokala miljö och att ge varandra inspiration och stöd, bland annat när det gäller att motivera kollegor på hemorten att diskutera användningen av tillgängliga kunskaper och riktlinjer.

På sikt kan nätverket bli en institution inom SFAM, där nytillkomna allmänläkare i umgänget med erfarna kollegor får tillfälle att utveckla sin kompetens så att de i sin tur kan stödja nytillkomna kollegor. Ett ”allmänmedicinskt folkuniversitet”, om man så vill.

Förutom fortbildningsprojektet driver SFAM med bidrag från Socialstyrelsen ett mindre projekt för stöd till FQ-grupper och studiebrev, samt en podcast.



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Referens:

- 1 Fraser SW, Plsek P. Evidence into practice: external spread or personal adoption? *Education for Primary Care* 2003;14:129-38)

Projektets hemsida:
www.sfamfortbildningsprojekt.se/

Podcast:
sfam.ringla.nu/

Annons



**Svensk
Allmänmedicinsk
Kongress**
Borås 8–10 maj 2019

Tema:
**INTER-
ACTION**

Gränsöverskridande samverkan
och kunskapsutbyte för allmän-
läkare inför en spännande och
utmanande primärvårdsframtid.

www.sfam2019.se

Gå in och anmäl dig redan nu!

Kom och ta del av inspirerande
föreläsningar, spännande nya idéer
och konstruktiva diskussioner på
tema allmänmedicin, samverkan
och framtidens primärvård!



**Vi ses i Borås nya
kongresshus!**

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

sfam2019@resia.se
www.sfam2019.se
Facebook:
SFAM2019 Borås

Nordiska kongressen i Ålborg 2019:

"Kvalitetslounge" med plats för gräsrotsprojekt

Nordisk kongress för allmänmedicin 2019 har fokus på kvalitet och hur man arbetar inom primärvård. En så kallad "kvalitetslounge" ger plats för de spännande projekt som spirar i primärvården men som inte nödvändigtvis följer gängse vetenskaplig praxis.

Hur kan vi bli bättre på att smärtbehandla våra patienter? Hur ger vi döende patienter en bättre tid i sista delen av livet? Hur får vi bättre kontroll på de patienter som har hjärtproblem?

Ett kvalitetsprojekt kommer från en idé vid morgonmötet eller fikabordet, där teamet enas om att undersöka en konkret problemställning och komma fram till lösningar. Därefter tar projektet form, och hela teamet medverkar i processen. Kvalitetsprojekten är ofta bra på att snabbt pröva en tes eller en teori utan stora ekonomiska kostnader.

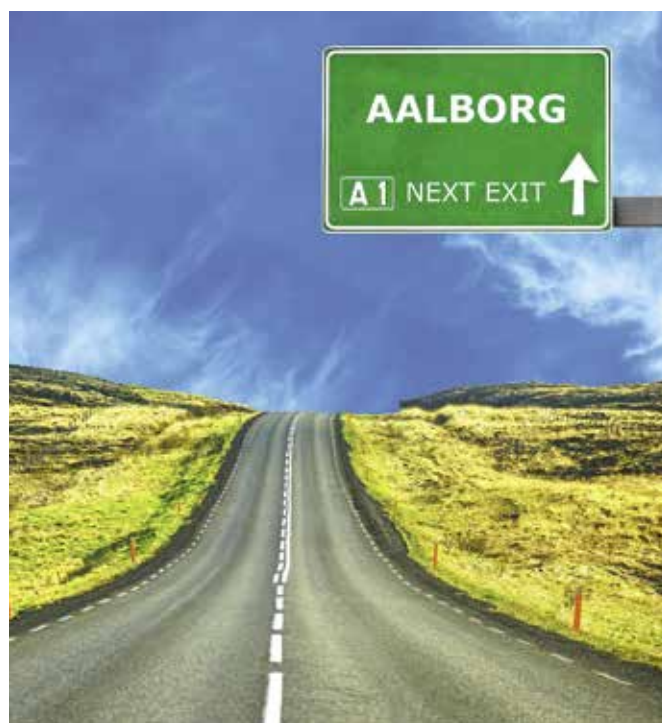
I skrivande stund har 250 abstrakts inkommit till kongressen. Det vetenskapliga programmet blir av hög kvalitet.

Nordisk kongress för allmänmedicin äger i år rum i Ålborg i Danmark 17–20 juni. Den 15–16 juni är det förkongress för unga läkare. Se <http://www.nordicgp2019.dk/>.

Sine Barrett-Madsen

Journalist i Dansk Selskab for Almen Medicin

Översättning Ingrid Eckerman



Svensk Förening för Medicinsk Psykologi och Svenska Läkaresällskapets Kandidatförening inbjuder till



2019 års skrivartävlingar

De två tävlingarna vänder sig till

1. AT-läkare och studenter på läkarprogrammet
2. all personal inom hälso- och sjukvården

Texten ska på ett angeläget sätt beröra vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer och/eller etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling.

Mer information om tävlingarna finns på www.sfmp.se.

Senast den 30 september 2019 skickar du ditt bidrag elektroniskt via formulär på hemsidan.

Vid årsskiftet räknar juryn med att meddela resultatet. Sammanlagt 6–8 priser mellan 8 000 och 2 000 kr utdelas.

Välkommen med ditt bidrag!

Skrivarjuryn

Rådet för sköra äldre på arbetsinternat

I bakre raden från vänster Magnus Nord, Anne Sauer, Madelene Hytting, Solveig Wanland, Eva Oscarsson. I främre raden från vänster Lena Pomerleau, Sonja Modin, Christina Ledin, Christina Mörk. Saknas på bilden gör Sara Hallander och Gunnar Carlgren.

Foto: Sara Hallander

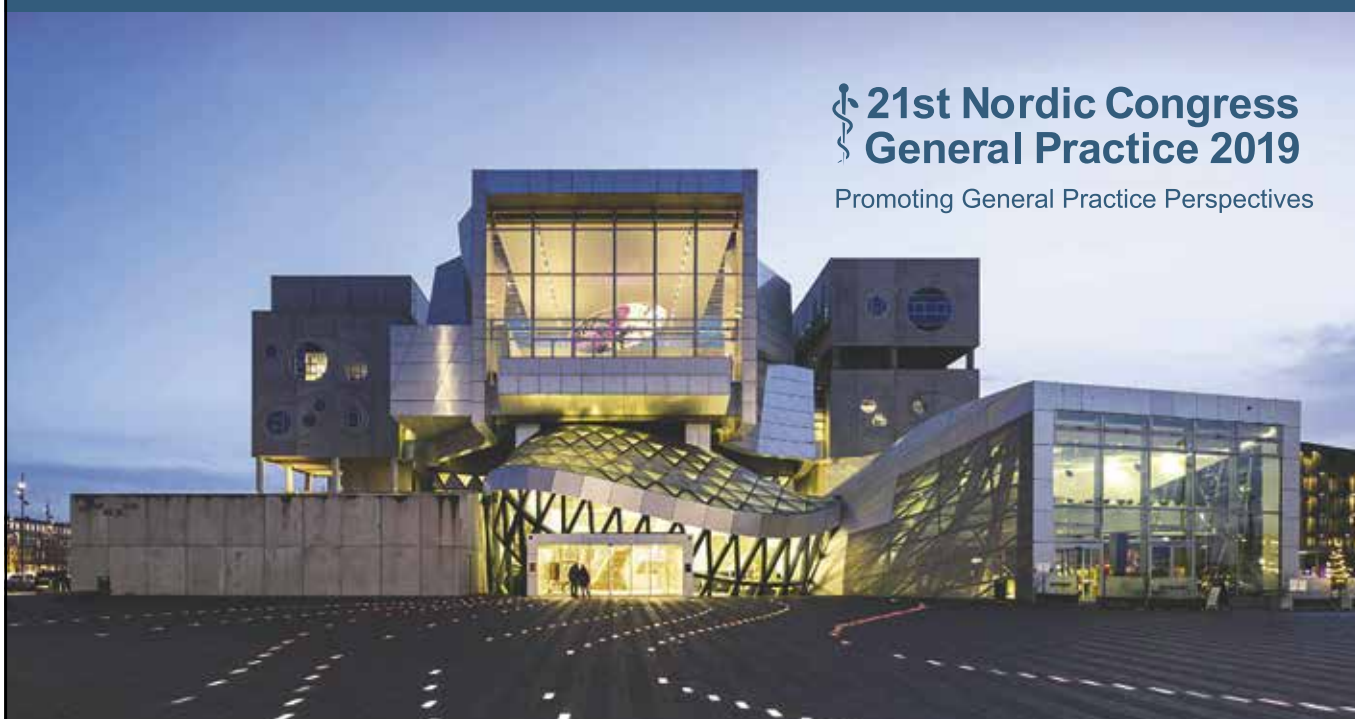




What do The New York Times and the 21st Nordic Congress
of General Practice have in common?
Aalborg is the perfect place for you to visit in 2019

21st Nordic Congress General Practice 2019

Promoting General Practice Perspectives



Aalborg is in top 10 at The New York Times' list of places to go in 2019. The headline is "Architecture revitalizes the waterfront" and the illustrating picture is from the 'curvilinear concert hall Musikkens Hus' – where the opening ceremony will take place.

Join us at the 21st Nordic Congress of General Practice in Aalborg 17-20 June 2019. The focus of the congress is core values, diversity of challenges and innovative changes in general practice.

Register at www.nordicgp2019.dk

dsam
Danish College of General Practitioners





Glesbygdsmedicinsk konferens

14–16 maj i Borgholm på Öland

En grön primärvård tar makten över vårdflödet – ett vinnande koncept i stad och land

Borgholm och Storuman pekar med hela handen in i framtiden!

- Primärvård i utkant men ändå i framkant! En vårdkedja utan svaga länkar från ett glesbygdsperspektiv. Peter Berggren, Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman.
- "Det digitaliserade Hemsjukhuset – ett av framtidens arbetssätt för God och Nära vård i glesbygd." Åke Åkesson Borgholms HC.
- Att luckra upp gränser och samordna vårdinsatser – framtidsspaning. Emma Spak, samordnare för nära vård vid Sveriges Kommuner och landsting (SKL).

State of the art för primärvården

- Hjärtsvikt för allmänläkare med avstånd. Kardiolog David Olsson.
- Senaste nytt om *Helicobacter pylori*-eradikering. Lars Agréus.
- Korta aktuella rapporter från forskning med glesbygdsperspektiv.

Glesbygdsmedicin för ST-läkare

ST-läkare i allmänmedicin är särskilt inbjudna den 14 maj:

- Akut obstetrik och neonatologi för allmänläkare med avstånd.

Kontakt Sofia Åhman, ordförande för Svensk förening för Glesbygdsmedicin soahman@gmail.com.
Mer information och anmälan på hemsidan www.glesbygdsmedicin.info



Dear colleagues and researchers,

The 88th EGPRN (European General Practice Research Network, www.egprn.org) meeting will be held in Tampere University Main Building in Tampere, Finland between 9–11 May 2019. The theme of this meeting is "Research on Multimorbidity in Primary Care".

More info regarding meeting: <https://meeting.egprn.org/>

Abstract submission deadline: January 15th, 2019

More info regarding abstract submission: <https://meeting.egprn.org/page/how-to-submit-a-paper>

In 2017 over 500 studies were published on multimorbidity based on Pubmed search. However, we don't know yet which multimorbidity clusters cause the greatest burden and what are the determinants of these clusters? No long-term cohort studies regarding multimorbid patients have been published.

NICE guideline on Multimorbidity was published in 2016. Chair of the guideline's development group, professor Bruce Guthrie from Edinburgh University, UK will be the keynote speaker on Friday at EGPRN in Tampere. At the Tampere meeting, in addition to the keynote, we will have a chance to hear the latest research on multimorbidity in theme papers. Moreover, among others we will have a pre-congress-workshop regarding the congress theme.

On behalf of the Finnish Association for General Practice, Tampere University and the local organizing committee it is our great pleasure to welcome you to the 88th EGPRN meeting at Tampere in the beginning of May. We hope you enjoy the congress, northern daylight abundance and your stay in Tampere, Finland.

Tuomas Koskela

Chair of the organizing committee
tuomas.koskela@uta.fi

88th EGPRN Meeting

Tampere, Finland

9–12 May 2019

EGPRN

#EGPRNTampere

"Research on Multimorbidity in Primary Care"

E-sjukan griper omkring sig



Ett exempel på en dålig nätläkarremiss i ett allmänläkarforum ledde till följande diskussion i redaktionen.



Allt är inte hälsa för att det börjar på e-. Allt fler kontrollerar sig, följer sin hälsa på mobilen, kontaktar nätläkare. Politikerna kallar det för e-hälsa – men borde det inte heta e-sjuka? Det resulterar ju snarare i ökat antal sjuka än i ökat antal friska.

Ingrid Eckerman



Jag ser gärna att man höjer blicken och diskuterar vad omedelbar tillgång till läkare gör med samhället, hur den massiva reklamen skapar oro och medikaliserar normala symtom och sammanhang. Jag blir provocerad av den reklam som tapetserar större städer som propagerar för att man ska ringa doktorn i förkylningstider, eller den reklam på tv där ett barn med ögoninflammation får ”receptskrivna salva” som rimligen skulle rekommenderas egenvård.

Läkarvård har blivit en handelsvara som kan jämföras med vilken annan e-handel som helst. Ett riskkapitalbolag jämförde ett nätläkarbolag med Spotify – vilket ju är alldeles uppåt väggarna.

David Svaninger



Det finns stora studier på gång med fokus på nätläkarbolag. Självklart blir det intressant att se konklusioner, men det räcker att se våra reklamtapetserade innerstäder för att förstå vad det är fråga om: en extrem kommersialisering som inte frågar efter behov utan syftar till att öka efterfrågan på sjukvård.

Jag är attraherad av ditt begrepp e-sjuka, som jag uppfattar som ett mycket precist uttryck för nätbolagens förmåga att medikaliserar och skapa konsultationskrävande sjukdomar av bagateller eller ren oro som kan stillas på bättre och mindre kostsamma sätt.

Christer Petersson



E-sjuka tycker jag även är när man litar alltför mycket på it-system, när man tror att de är viktigare än människor, i stället för att se dem som hjälpmedel, i bästa fall komplement.

Ingrid Eckerman



Foto: Ingrid Eckerman



Jag gillar begreppet e-sjuka men tycker inte att det specifikt kan användas för att beskriva just nätläkarbolag, utan bör användas mycket vidare – dvs. hur dagens tillgång på e-information riskerar att medikaliserar och oroa samhället. Sök på vilket banalt symtom som helst och nog kommer det strax av någon välmenande i ett forum eller blogg ”vara ett säkert tecken på cancer”, eller ännu värre dem som på olika hälsobloggar starkt proklamerar för att folk ska yoga bort cancer eller vad det nu kan vara. Där talar vi e-sjuka på riktigt.

David Svaninger



Nätbolagen har på ett skrämmande effektivt sätt gett begreppet e-sjuka ett ansikte.

Christer Petersson

En dosa ersätter fysisk läkare

”Den missade länken i telehälsa” kallas en handhållen dosa som kan registrera temperatur, lyssna på tarmrörelser, hjärtljud och andningsljud, fotografera svalg, hud och trumhinnor och sända alla data till en läkare och ett journalsystem med inbyggd vägledningsteknik.

Nätläkare beforskas

Är bedömningen via digital vårdgivare lika tillförlitlig som fysisk bedömning avseende Centorkriterierna för halsfluss? En del digitala vårdaktörer har valt att inte följa STRAMA:s riktlinjer. I en studie som Doktor24 och Karolinska Institutet genomför jämförs den digitala bedömningen av symtom med den fysiska bedömningen vid ett besök på vårdcentral eller närakut.

Annons

Hur vet vi vilka som är våra mest behövande patienter?

Som erfaren allmänläkare har man klart för sig att man är en bristvars plikt det är att hushålla med denna bristvara och spara den till de allra mest behövande. Men vad är det som bestämmer vem som är mest behövande? Patienter som upplever att de behöver mycket vårdkontakter upplevs som besvärliga och patienter som inte vill ha någon vårdkontakt kan upplevas som lika besvärliga. Vem är mest behövande?

Att cancerpatienter i livets slutskede och multisjuka äldre hör till de mest behövande är självklart. Men det finns så många fler.

Våra mest behövande patienter passar sällan in i mallarna. Man kan sällan kränga ett vårdprogram över dom. De är fel, det blir fel, det är för mycket eller för lite eller på fel sätt.

Det är ändå hos de patienterna man får uppleva att man gör den största nytan. Men man får vara beredd att ta till okonventionellt handlande.

Maj

Någon behöver hur mycket som helst och skulle egentligen helst vilja bo hemma hos en. Det blir en avvägning mellan min tid och patientens minsta-behov som kan vara stort nog. Jag träffade länge begåvningshandikappade Maj som inlett sitt vuxenliv med en begåvningshandikappad man med ett fasansfullt humör som slog henne. Hon kom som ett litet streck, åt inte och hade alltid ont i magen. Hon hade en vild oro för olika sjukdomar och ville gärna ta mycket prover, men fick nöja sig med undersökning kanske en gång i veckan. Hon lyckades separera, upplevde en kort period av lycka med en alkoholiserad man innan han började utnyttja henne och ta hennes pengar. Hon övertogs av alkoholistens besynnerliga kompis som gav henne sprit. Hon utvecklade snabbt ett alkoholberoende och var mycket ångestladdad.

En period kom hon varje dag med olika symtom. Hon önskade alltid ta mycket prover och hon ville ha mycket mediciner för allt tänkbart. För henne var traditionella samtal eller terapi inte användbart, hon förstod inte. Hon upplevde att hon behövde sjukvård – men jag såg som min viktigaste uppgift att hålla henne utanför mer sjukvård än den jag stod för. Jag funderade på hur mycket av min tid jag kunde låta henne ta egentligen.

"Vi har en viktig funktion att begränsa vad som händer i patienten, dvs. att hjälpa till att finna ord för vad som händer, vare sig det är i form av en diagnos eller på något annat sätt."

Algot

En annan vill inte ha vårdkontakt över huvud taget. Algot, en medelålders man, troligen schizofren, som försvann in i skogen när någon närmade sig, blev prisgiven när mamma dog. Han vägrade tandvård så till den grad att han inte hade några tänder kvar, de hade värkt bort innan han fyllt 50. Jag kände att jag hade en viktig funktion att övertyga distriktsköterskelinjen om hans behov av en fast kontakt för hembesök, även om han inte ville och inte tänkte betala för det. Han utvecklade troligen en ventrikelcancer men vägrade undersökning på sjukhus. Distriktsköterskan med support av mig hjälpte honom till en något sänkt anständig sista tid ensam i sin stuga, där han låg i en soffa i sin lilla hall för att ha nära till toaletten. Det var svårt att stå ut med att se lidandet och veta att han kunnat bli mycket bättre omhändertagen.

Åsas föräldrar

Någon annan kan vara mindre spektakulär men ändå behöva mycket. Ett ungt föräldrapar kom kanske en gång i veckan för olika lindriga symtom hos sitt första barn under dotterns första levnadsår. Det var en liten frisk och fin flicka. Jag kände att de behövde bekräftelse på att de gjorde rätt och tolkade hennes symtom rätt och det kändes som att jag lät deras oro studsas bort var gång. Efter det fick de raskt två barn till som jag bara träffade på BVC. De behövde aldrig komma mer för vanliga symtom. Föräldrarna var trygga. För dem hade det kanske kunnat vara tillräckligt med att gå till en BVC-sköterska men nu var det mig dom fick förtroende för i sin stora ängslighet.

Herr B

Jag träffade en period herr B som levde i sitt eget universum med sina egna förklaringsmodeller. Jag tror han varit lärare men har svårt att förstå hur han kunnat klara sig i skolans värld. Han var samlare av både saker och idéer. På biblioteket samlade han idéer om sitt tillstånd. Han kom alltid med en portfölj med något kilo papper som han önskade att jag skulle ta ställning till. Han var övertygad om att han hade insulinbrist så han åt choklad hela tiden och var så småningom lika rund som lång och fick följaktligen diabetes. Han köpte aldrig mina förklaringsmodeller, de intresserade honom inte. Jag såg som min uppgift att försöka få hans förtroende och försöka finna på sätt att något sänkt minska hans intag av snabba kolhydrater samt att begränsa hans vårdkontakter. Jag tror han skulle kunnat fara mycket illa under en vandring mellan olika ovilliga sjukhusspecialister och akutmottagningar.

Sören

Patienter med sällsynta diagnoser kan ha det riktigt svårt i vårdssystemet. Förr fick de kanske ingen diagnos alls men hjälp



Illustration: Annika Andén

Iona Heath

Iona Heath säger så klokt att en viktig funktion för en allmänläkare är att vara vittne till patientens tillstånd.

Jag skulle vilja lägga till att vi också har en viktig funktion att begripliggöra vad som händer i patienten, dvs. att hjälpa till att finna ord för vad som händer, vare sig det är i form av en diagnos eller på något annat sätt. Till exempel kan vi konfirmera att vi har uppfattat patientens beskrivning av sitt tillstånd och ge en kommentar till det. Det måste vara minst lika viktigt för dem som inte passar in i vårdprogram och handlingsöverenskommelser för att de har en avvikande verklighetsuppfattning eller bristande förstånd, en överdriven ängslighet eller en ovanlig diagnos. Det kan vara en stor utmaning att finna ett gemensamt språk och en något sänär gemensam plattform.

Men hur vi vet vilka som är våra mest behövande patienter – det kan jag inte svara på.



Annika Andén
Allmänläkare, MD
Luleå

annika.anden@gmail.com

Jäv saknas.

ändå. Nu kan de få en diagnos men det är svårt att hjälpa dem till rätt vård och stöd. Superspecialiseringen bland specialistvården gör ibland att ingen tycker sig ha kompetens nog. Jag har under 20 år tid träffat Sören med diagnosen mitokondriell myopati, en sjukdom som gör att cellerna har för lite energi och kroppen gradvis försvagas. Den innebär en försvagning av musklerna med muskelvärk och en svår trötthet som gradvis

tilltar. Därtill har kommit andra följd-sjukdomar som stroke och diabetes. Man kan närmast jämföra det med en mycket långsam ALS utom att det är musklerna och inte nerverna som försvagas. Någon bot finns inte. Det hade behövts hjälp på en högre vårdnivå. När det inte har kunnat uppbådas har det känts viktigt att finnas till hands, att stå ut med all osäkerhet och att stå ut med att se försämringen.

Obegripliga symtom och konsten att hantera icke-vetande

I den moderna vetenskapen söker man efter *den enda specifika orsaken* till en sjukdom, vilket paradoxalt nog kan försvåra för människor med svårtolkade symtom att få adekvat hjälp. Giltig kunskap för oss skolmedicinare är grundad på vetenskaplig evidens och enskilda berättelser i mänskliga

möten. I den medicinska världen har vi allmänläkare ett stort ansvar för att denna kunskap ska kunna utvecklas och tillämpas.

Av en äldre, klok kollega lärde jag mig tidigt att inom primärvården "kan vad som helst visa sig hur som helst". Han

menade förstås att lärobokens tydliga sjukdomsbilder och kategorier sällan presenterar sig på mottagningen. Dit kommer människor med berättelser om smärta, lidande och oro som inte alls är standardiserade enligt läroboken.

Det är en utmaning för mig som allmänläkare att försöka tolka och reducera



Illustration: Annika Andén

rummen är tysta och nästan osynliga trots att de kan göra stor skillnad. Det kräver betydande erfarenhet att kunna se det stora i de små besluten på mottagningen.

När samtal inte räcker

Men samtal och kroppsundersökning räcker inte alltid ända fram. Vad göra när patienten inte blir nöjd, utan återkommer med samma eller nya eller förvärrade symtom. Fortsatt utredning kanske? Eller behandlingsförsök på vaga grunder? De flesta kollegor känner scenariot, som kan bli början till patientens karriär som mångbesökare. En del beskrivningar kan rentav ge intrycket att primärvården bara sysslar med mångbesökare plågade av mer eller mindre obegripliga symtom.

"Det dröjde ganska länge innan jag själv förstod hur viktig vår insats är för patienten, för vården och för samhället."

dessa berättelser till medicinska begripligheter: ett krävande arbete som ibland belönas med specifika och behandlingsbara diagnoser till glädje för både patient och doktor. Sjukdomen har visat sitt rätta ansikte. Råd och behandling kan ges enligt läroböcker och vårdprogram.

Men inte så sällan uteblir tolkning och förståelse. Förutsatt att inga röda flaggor varnar i ögonvrån bör första åtgärden vara att gå närmre, lyssna noga för att kunna ge goda råd eller lugnande besked. Det räcker långt! Symtom kommer och går och ett tillitsfullt möte kan skapa god grund för självläkande krafter. Detta möte är en förutsättning för att

sjukvården inte ska drunkna i bruset av symtom. Av 1 000 individer i en befolkning rapporterar 750 sjukdomssymtom under en månad, och 250 söker sjukvård, främst primärvård, och en enda hamnar på universitetssjukhus. Detta visades 1961 i USA [1] och resultaten kunde upprepas 40 år senare [2]. Även i Sverige och Japan visar studier liknande resultat.

Allmänläkarnas insats för att rätt patient ska hamna på den där enda platsen på universitetssjukhuset kan inte över-skattas. Det dröjde ganska länge innan jag själv förstod hur viktig vår insats är för patienten, för vården och för samhället. De flesta besluten i mottagnings-

Så är det inte, men mångbesökarna är en viktig grupp som absolut är värd vårt intresse och engagemang. De tillhör våra mest behövande, men inte alltid våra mest eftertraktade patienter. Alla symtom kan förekomma i deras sjukhistorier. Smärta, trötthet, oro, nedstämdhet och sömnproblem är vanligast. Och av alla smärtor och tröttheter är ingen den andra riktigt lik! Kollegan Håkan Bergh visade i sin avhandling [3] att hans 341 mångbesökare i ett primärvårdsdistrikt hade liknande fördelning av symtom som en kontrollgrupp. Utmärkande för mångbesökarna var en svagare känsla av sammanhang än kontrollerna. Det innebar enligt författaren en reducerad förmåga att hantera stress, vilket bland annat bidrog till längre sjukskrivningar. Att hantera detta kräver både närhet och distans.

Att gå nära

Att ställa de grundläggande frågorna kan vara ett sätt att skapa nödvändig distans. Vårt medicinska sjukdomsbegrepp handlar i stor utsträckning om mätbara avvi-

kelser från ett normaltillstånd. Många av medicinens stora framgångar grundar sig på den typen av metoder och mätningar.

Men vad händer när mätningar inte ger klarhet och lidandet kvarstår? Man kan fortsätta att mäta på nytt eller mäta andra variabler tills nästan inget mer finns att mäta. Och till slut konstatera att patienten antingen inte alls är sjuk eller att det ännu inte finns metoder fina nog för att mäta just hennes lidande.

Den första slutsatsen är kontraproduktiv eftersom patienten uppenbarligen anser sig sjuk. Den andra slutsatsen är helt rimlig och måste alltid hållas öppen, men i nuet ger den ingen hjälp.

Under mina första år som distriktsläkare i ett litet landsortsdistrikt lärde jag ganska snart känna mångbesökarna i området. Jag var lika oförstående och frustrerad som kollegorna inför detta att inte kunna hjälpa. Men jag blev också nyfiken och började föra anonymiserade anteckningar över dessa patienters läkarbesök, kontaktorsaker och diagnoser. Jag såg hur intensiteten skiftade över tid. Periodvis täta besök och periodvis nästan inga besök alls. Jag såg att kontakterna i någon mån ändrade karaktär över tiden. Jag lärde känna hela familjer där barnen redan i skolan började söka för svårtolkade symtom. Jag gjorde en del tabeller och diagram över det svårtolkade och kunde många gånger relatera besöksfrekvens till livshändelser och stress. Inget revolutionerande, men det gav underlag för att kunna föra samtal med patienten om eventuella samband.

"Det ivriga sökandet efter den enda specifika orsaken till en sjukdom är djupt mänskligt och nästan tidlöst."

Min "systematiska" nyfikenhet ledde sällan till några förklaringar i sträng mening, men kanske till en ökad förståelse. Jag tror att min kontakt med patienterna blev bättre och att vi tillsammans vågade vila i ett slags *icke-vetande*. Filosofen Jonna Bornemark utvecklar detta begrepp på ett mycket intressant sätt i

sin senaste bok där hon öppnar upp synen på kunskap och förnuft på ett sätt som är relevant för oss inom vården [4]. Utrymmet tillåter inte att jag utvecklar hennes begrepp här, men i korthet visar hon hur vårt mätande och vägande förnuft (*ratio*) måste kompletteras med ett resonerande förnuft (*intellectus*) för att kunna fånga upp situationsunik kunskap ur det oändliga *icke-vetande* som omger oss. Enskilda symtom och tecken liksom intuitiva aningar kan ibland bli till mätbar kunskap, men det situationsunika har även ett värde i sig själv som led i ett kunskapsökande där *mening* är central.

Det jag försöker säga är att *ratio* med sina väldefinierade och mätbara sjukdomar inte är den enda kunskapen att räkna med. Trots att jag som doktor varken kan ge specifika förklaringar eller erbjuda bot åt mina mångbesökare kan vi ofta etablera ett tillitsfullt förhållande där patienten med stöd av samtal, sjukgymnastik och perioder av farmakologisk behandling kan fördrå sina symtom och leva ett ganska normalt vardagsliv. Sjukskrivningar behövs ibland, men målet är att undvika alltför långa perioder. Kollegan Olle Hellström har gett många illustrativa exempel på detta från svensk primärvård [4].

Vad är sjukdom?

Möten med svårtolkade symtombilder väckte också en nyfikenhet på själva sjukdomsbegreppet. Medicinhistoriker, antropologer, filosofer och andra har övertygande visat att sjukdom är så mycket mer än kroppsliga och själsliga avvikelser från en norm. Behovet av en diagnos uttrycker också behovet av bekräftelse av smärta, trötthet eller annat lidande. Nästan inget är så outhärdligt som ett lidande utan namn eller orsak därför att människan nästan alltid ställer sig frågor om *hur* eller *varför*. I Sverige har framförallt idéhistorikern Karin Johannisson skrivit mycket om sjukdomar och diagnoser och deras samband med kultur, värderingar och samhällsförhållanden [6, 7]. Johannisson visar hur diagnoser uppstår och utvecklas därför att de behövs. Och försvinner när de inte längre behövs. För en realistisk medicinare med höga krav på objektivitet verkar detta kanske alltför relativistiskt, men man måste erkänna att diagnoser som asteni och hysteri, som hade högkonjunktur vid förra sekelskiftet, tjänade

ett syfte och var terapeutiskt brukbara även om vi kan avfärda många av dem idag.

Johannisson menar att det finns en aspekt av varje diagnos och sjukdom som är socialt konstruerad, dvs. beroende av samhällets värderingar och människors tysta överenskommelser. Hon är noggrann med att framhålla att det inte betyder att sjukdom inte finns på riktigt eller att vad som helst kan kallas sjukdom. Sjukdomar är blodiga realiteter, men de är också något mer!

"Trots att jag som doktor varken kan ge specifika förklaringar eller erbjuda bot åt mina mångbesökare kan vi ofta etablera ett tillitsfullt förhållande där patienten med stöd av samtal, sjukgymnastik och perioder av farmakologisk behandling kan fördrå sina symtom och leva ett ganska normalt vardagsliv."

Vad är orsak?

Internmedicinaren Jörgen Malmquist har skrivit en omfattande och lärorik bok om svärbegripliga symtom som vi möter inom vården idag [8]. Han diskuterar en lång rad kontroversiella diagnoser som fibromyalgi, amalgamförgiftning, elöverkänslighet, kronisk trötthet/ME m.fl. När jag läser Malmquists bok slår det mig att nästan alla dessa diagnoser har aktiva, ibland ganska militanta patientföreningar bakom sig. Ofta har de koppling till någon eller några forskare som stöder föreningens och den enskilde patientens krav på att endast acceptera en *specifik orsak* till den aktuella sjukdomen. Det kan vara gifter, tungmetaller, elektricitet eller infektiösa agens. Gemensamt för alla dessa orsaksfaktorer är att de påverkar och förändrar något på basal nivå i den enskilda genen, molekylen eller cellen.



Illustration: Annika Andén

Rubbnings i detta allra minsta kommer sedan till uttryck i vävnader, organ och hela organismen. Och påverkar förstås även individens förmåga att uppleva och fungera.

Endast förändringar på mikronivå erkänns alltså som verkliga! Orsakskedjorna går sedan från det minsta till det största, alltid nerifrån och upp. Tanken på att orsaksfaktorer kan komma in på högre nivå och verka nedåt och skapa feed-back cirkular på alla nivåer i organismen är störande i en sådan tankevärld, trots att systembiologer [9] och vardagserfarenhet ger god evidens för att så är fallet. Vi känner alla hur händelser omkring oss kan ge omedelbara kroppsliga och psykiska effekter.

”Faran” med att erkänna nedåtriktade orsakskedjor tycks vara att det kan öppna för ”psykosociala bortförklaringar” av svåra somatiska symtom. Malmquist illustrerar detta tydligt i sin bok. Diskussionen kring kronisk trötthet/ME är för närvarande ett tydligt exempel.

Slutsats

Det ivriga sökandet efter *den enda specifika orsaken* till en sjukdom är djupt mänskligt och nästan tidlöst. Idag formas

det av den moderna vetenskapen som paradoxalt nog kan försvåra för människor med svårtolkade symtom att få adekvat hjälp. Därför söker sig många till alternativa terapier som är mindre nogräknade med sitt förhållande till det vi som skolmedicinare måste betrakta som ”giltig kunskap”, alltså kunskap grundad på vetenskaplig evidens och enskilda berättelser i mänskliga möten. I den medicinska världen har vi allmänläkare ett stort ansvar för att denna kunskap ska kunna utvecklas och tillämpas.



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Referenser:

1. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
2. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-25.
3. Bergh H. Frequent attenders in primary health care: a vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective [dissertation]. Göteborg: Göteborg University; 2005.
4. Bornemark J. Det omätbaras renässans: en uppgörelse med pedanternas världsherravälde. Första upplagan. Stockholm: Volante; 2018
5. Hellström O. Patienten som person: om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå: Univ.; 1999.
6. Johannisson K. Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter. Stockholm: Norstedt; 1990
7. Johannisson K. Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar. Stockholm: Norstedt; 2004.
8. Malmquist J. Diagnoser som diskuteras: uppmärksammade medicinska kontroverser. Klinthamn: Krilon; 2016.
9. Noble D. The music of life: biology beyond the genome. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Annons

Sjukvård för kroniskt sjuka kräver teamarbete

En välfungerande primärvård som karaktäriseras av personkontinuitet över tid, bred kompetens, brett utbud och koordination av vård behöver en organisation som stödjer specialistkompetens i kaoshantering. Primärvården måste ges utrymme att utvecklas, utan att öka tillitsbristen i primärvården med ännu en ofinansierad organisationsförändring. Förutsättningarna måste bli bättre för den primära vårdnivån först, så minskar behovet av sjukhusvård och sekundärvården blir billigare.

De flesta av oss är friska. Vi känner oss friska även när vi anpassat oss till funktionsnedsättning och sjukdom. Fler av oss lever med kroniska diagnoser och multisjuklighet blir vanligare. I yngre åldersgrupper bär några få det mesta av sjukdomsörändran, när vi blir äldre delar vi ördan mer jämlikt. Vi lever friska liv länge, men blir sjuka de sista åren i livet.

Mest vårdbehövande är den som har störst problem med sin hälsa, inte alltid den med svårast diagnos. Den som har komplexa problem att leva med. När det är svårt att förutse effekten av en viss åtgärd, även när studier visar på goda resultat.

EBM sprider kunskap på gruppnivå om det som går att räkna, en sjukdom i taget. För att fatta beslut behövs hjälp av någon som kan väga olika problem mot varandra och förhandla mening med den person som upplever sin hälsa hotad. Kombinationer av sjukdomar och personliga förutsättningar kan antingen underlätta eller försvåra.

Vår sjukvård är organiserad för akuta, livshotande sjukdomstillstånd. Lagstiftningen knyter tolkningsföreträdare, resurser och makt till sjukhusen för att upprätthålla tillgänglig och kvalitativ akutsjukvård. Sjukvården definieras med hjälp av organsystem

och allvarlighetsgrad. Det som inte behöver göras på sjukhus ska göras i primärvården. Rationellt tänkt i akutsituationen om fler liv räddas av snabb rutinmässig handläggning än de som dör på grund av den. Man bortser från att några hade haft mer medicinsk nytta av att avvika från rutinen. Vilken sjukdom är viktigare än personen som är sjuk.

I akuta situationer är det en framgångsrik taktik, men hur fungerar den när patienter lever med kronisk sjukdom och beslut om åtgärder ska tas utifrån den situationen? När personen som har en sjukdom blir viktigare än vilken sjukdom det är?

"... en organisation som stödjer specialistkompetens i kaoshantering ..."

Den medicinska utvecklingen har gjort att sjukvården tvingats inse att den svåraste uppgiften inte längre är att undvika att i övrigt friska patienter dör i sin sjukdom. Det är minst lika viktigt att så många som möjligt behåller sin hälsa och att de som fått en kronisk sjukdom kan fortsätta leva goda liv. Det klarar inte en sjukvårdsorganisation byggd för att rädda liv i akutsituationer. En sjukvård som kan hantera multisjuklighet och den sjuka personen behövs.

Våra mest behövande patienter behöver en sjukvård som arbetar i team. Patienten bidrar i teamet med sin specialkunskap om hur det är att leva sitt liv och uppleva sin sjukdom. I samverkan utvärderas vidtagna åtgärder för att stabilisera den komplexa medicinska situationen. Teamen är beroende av tillit från patient och sjukvårdsorganisation. Styrning och kvalitetsuppföljning behöver följa villkoren för komplexa nätverk. Tillräckliga resurser behöver finnas för koordination av vård och att vårda relationer. Det ger bättre vård till sjuka personer, men har inget omedelbart samband med minskat behov av sjukhusvård.

I svensk sjukvård finns en primärvård som fått den omöjliga uppgiften att avlasta sjukhusen från vårdbehövande patienter trots otillräckliga resurser och bristande inflytande. Det går inte. Förutsättningarna är för dåliga och makten i organisationen finns någon annanstans. Sjukvården riskerar befolkningens tillit. En tillitsfull patient-vårdrelation i primärvården som använder patientens speciella kunskap om att leva hans liv och utvecklas över tid har lättare att ta bra beslut som gynnar både patient och sjukvårdsorganisation. Det gäller att ge primärvårdens medarbetare tillräckliga förutsättningar att göra sitt jobb bra, och överleva sin arbetssituation.

Karin Ranstad

Allmänläkare, med.dr.

Nättraby Vårdcentral

karin.ranstad@telia.com

Jäv: Engagerad allmänläkare



Illustration: Annika Andén



STARTEN

OMHÄNDERTAGANDET VID FÖDSLAR - ÄR VIKTIGT:

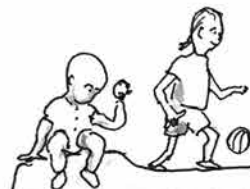
STILLSAM MILJÖ, BEAKTA
PATIENTÖNSKEMÅL, HÖG
MEDICINSK KOMPETENS
BAKOM JOSEF FRANK GARDINEN
FINNS ETT HELT BVA-TEAM
UTI FALL ATT....



SÅ FRÅN MVC TILL BVC
VÅRD-CENTRALENS
FLAGGSKEPP.
MÅTER, VÄGER OCH
VACCINERAR

MEMENTO MORI

ÅLDERSTRAPPAN
AD MODUM
VÅRDBEHÖV



MITTEN

FULL RULLE
MÅNGA
SYM TOM
LITE
SJKDOM



SLUTET



KAN VI INTE KOSTA PÅ OSS
ETT LIKA FINT SLUT SOM BÖRJAN?
MEN DÅ MÅSTE RESURSERNA
FÖRDELAS EFTER VÅRDBEHÖV

OM VI FRÅGAR PATIENTERNA
FÅR VI BARA

SVAR FRÅN DOM SOM KAN PRATA!
(FÖR SIG)

E-Hälsa i den nära vården – bra för våra mest behövande patienter

Inledningsanförande vid 15:e Nationella Kvalitetsdagen 15 november 2018

Det pågår en snabb utveckling inom området E-hälsa i vården. Utvecklingen drivs på av invånare själva, inte sällan med hjälp av driftiga entreprenörer som skapar nya verktyg, arbetsfält och ibland helt nya arenor att arbeta i. Vi i vårdens vardag har ibland svårt att hinna med att se utvecklingen, än mindre ta till oss nya verktyg när de kommer utifrån eller ovanifrån. KASAM-begreppet, känsla av sammanhang, myntat av den medicinska sociologen Antonovsky [1], är användbart i alla sammanhang, inte bara i vården av våra invånare: chefer och medarbetare skall inte göra eller fördela arbetsuppgifter som inte är begripliga, hanterbara och meningsfulla. Vi har därvidlag bara två val; antingen inte utföra uppgiften, alternativt sätta oss in i vad arbetsuppgiften innebär och har för betydelse, och göra den begriplig, hanterbar och för oss meningsfull så att vi därmed kan utföra den med all sin potential.

Det pågår flera närmast ”operativa” utredningar med målsättningen att tillföra ”den nära vården” mer resurser, bredda och göra primärvården mer jämlik över landet och finna ett hållbart och rättvist hälso- och sjukvårdssystem över hela landet. Det är utan tvekan viktigt att hålla koll på Anna Nergårds [2] och Göran Stiernstedts [3] utredningar, vilka har en, även i dessa tider av regeringsbildning, stor majoritet av riksdagen bakom sig. Flera av förslagen har blivit riksdagsbeslut och svensk lag. Senaste remissrundan av ”God och nära vård – en primärvårdsreform” slutade just idag den 15 november.

Det finns numera såväl en *E-hälsomyndighet* som en *Myndighet för digital förvaltning*. INERA AB, ägd av SKL, kommer, om än långsamt, med fler och fler omsättningar av digitala verktyg i praktisk verklighet. *Myndigheten för vårdanalys* producerar årligen många ge-

nomarbetade analyser och rapporter över utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård. Faktum är att det formligen kryllar av utredningar, rapporter och kommittéer inom utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården. Förhoppningsvis ser vi över landet också en praktisk utveckling av betydelse för våra möten med våra invånare som söker vår hjälp.

Några fakta över de gemensamma samhällsutmaningar som har stor betydelse för våra invånare som söker vård: De kommande 10–15 åren ökar, enligt SKL, det demografiska vårdbehovet betydligt mer än vad arbetskraften ökar [4]. Antalet invånare över 80 år kommer öka med drygt 60 %, 0–19 åringarna med 20 % medan invånare i arbetsför ålder ökar med 7–8 % i genomsnitt och då framförallt i storstadsområdena [5]. Flera regioner kommer ha en minskande andel arbetsför befolkning

Vi kommer rent praktiskt inte kunna möta det ökande vårdbehovet om vi fortsätter möta våra patienter fysiskt lika mycket som vi gör nu. Vi kommer inte kunna förvänta oss mer pengar till vården i regioner och kommuner. I den kommande mandatperioden fram till år 2022 är prognosen från chefsekonomen Wallenskog på SKL ett sammanlagt minus på 150 miljarder (Mrd) kronor [6]. Sveriges kommuner och landsting har en omsättning på sammanlagt 1 000 Mrd per år – ca 320 Mrd är landstingens hälso- och sjukvård och ca 120 Mrd är kommunernas primärvård och omsorg, totalt ca 440 Mrd [7]. Våra politiker kommer ställas inför svåra prioriteringar när skattekakan förväntas bli mindre – färre ska försörja fler, färre ska vårda fler.

Traditionellt arbetar vi i primärvården med årskontroller av multisjuka, sköra äldre och de med allvarlig kronisk sjukdom. Dessa invånare får en, två, ibland flera gånger träffa läkare och specialistsköterskor för att gå igenom allmäntill-

stånd, prover och läkemedel. Likafullt åker de mest sköra ofta in på sjukhuset i sin hjärtsvikt eller KOL-exacerbation, och före hemgång får de inte sällan några veckors vistelse på kommunalt korttidsboende. Dessa återkommande sjukhusinläggningar är förenade med stort lidande, försämrad livskvalitet och stora kostnader för samhället. Det är långt från målet om god och jämlik vård 365 dagar om året [8]. Över landet har mobila team för hembesök bildats för att om möjligt förbättra situationen – de har lyckats förbättra situation något, men är för få för att kunna hjälpa alla dem med stort vårdbehov alla årets dagar.

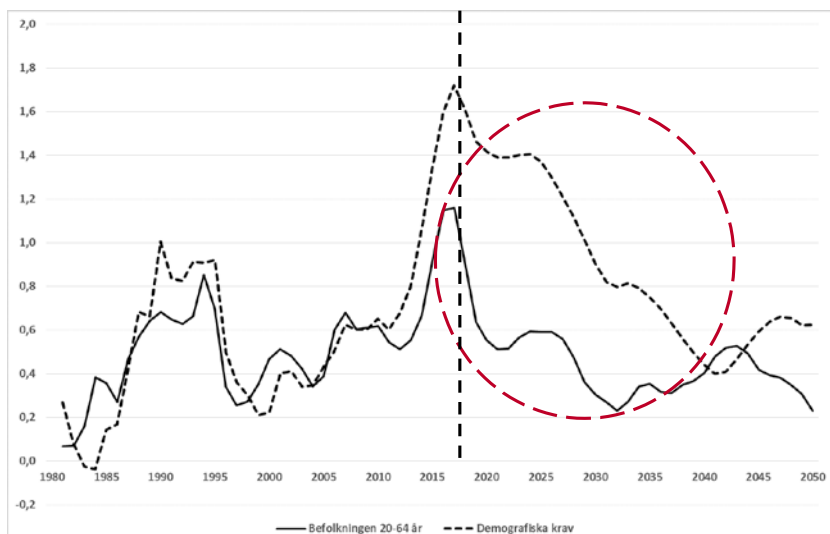
Digitala verktyg med daglig hemmonitorering i händerna på multisjuka, äldre och hos dem med allvarlig kronisk sjukdom har i flera studier i Sverige, Norden och globalt visat sig leda till en



Christer Rosenberg och SFAM-Q:s ordförande Rita Fernholm på kvalitetsdagen 2018.

Foto: Ingrid Eckerman

Årlig procentuell ökning av demografiskt betingade behov och av befolkningen i arbetsföra åldrar 20 – 64 år



Behoven betingade av befolkningsutvecklingen ökar mycket snabbare än befolkningen i arbetsföra ålder. Från: Roger Molin, SKL. Digitalisering möjliggör nödvändig effektivisering. Föredrag 2017.

högre livskvalitet, bättre medicinsk kvalitet, mer hållbart arbetssätt för vårdens medarbetare, färre återinläggningar, färre vårdtygn i akutsjukvården och med ett bättre utnyttjande av sjukvårdens resurser än tidigare [9–14].

Den största resursen för hälso- och sjukvårdssystemen är inte vi läkare och medarbetare utan invånarna själva och vad de är kapabla att göra själva av egenvård och s.k. avancerad egenvård med stöd av primärvårdens medarbetare. Pa-

radigmskiftets största utmaning är inte införande av nya arbetssätt med hjälp av olika digitala verktyg. Den största utmaningen är att lämna över den medicinska kontrollen, uppföljningen och monitoreringen av behandling till invånarna själva.

Invånaren kan lära sig använda verktyg som visar vad som är normalt respektive onormalt och själv monitorera sina läkemedel, sin kost och sitt leverne. Invånare kan på sina egna villkor få det stöd man behöver – när man önskar – på den

plats man väljer – och på det kommunikationssätt som passar.

Idag kommer vi få se flera exempel på digitala verktyg och arbetssätt som hjälper i första hand invånarna att ta makten över sin egen hälsa utifrån sin egen förmåga, kapacitet och sina preferenser. Det kommer vara vi och våra vårdkollegor som har till uppgift att förse våra invånare med de verktyg de behöver för att göra det, att ge dem vårt stöd och vår tillit. Därigenom kan vi också prioritera dem med stort vårdbehov som inte kan ta den makten, så att de får samma möjligheter till en god livskvalitet, medicinsk kvalitet och patientsäkerhet som de övriga – för en god, nära och jämlik vård utifrån var och ens resurser och för ett hållbarare arbetssätt. Välkomna!



Christer Rosenberg
Senior medicinsk rådgivare
Medlem i SFAM-Q
Capio Citykliniken, Ronneby
rosenberg.christer@outlook.com

Jäv: Senior medicinsk rådgivare till företag, myndigheter och regioner.

Referenser:

- Antonovsky A. (2005) Hälsans mysterium. (2. utg.) Natur och kultur, Stockholm.
- Socialdepartementet (2018) delbetänkande God och nära vård – en primärvårdsreform, Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). <https://www.regeringen.se/remisser/2018/07/remiss-sou-201839-god-och-naravard—en-primarvardsreform/>.
- Socialdepartementet (2017) Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08).
- Molin R. (2017) Effektiviseringsutmaningen, föredrag, Sveriges kommuner och landsting Xfile:///C:/Users/HP/Desktop/Konsult/Rapporter/roger-molin-effektiviseringsutmaningen-sammanfattning-nhd-170420.pdf.
- Statistiska Centralbyrån (2017) framtaget ur Statistikdatabasen, http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401B/Befolkprogn/?rxid=c-597c0c6-587d-4401-8ca2-a5bebe5551d9.
- Dagens Samhälle (2018) Underskotten växer i välfärden, Wallenskög A. Prognos 2017-2018, kalkyl 2018-2022, Sverige Kommuner och Landsting <https://www.dagenssamhalle.se/nyhet/underskotten-vaxer-i-valfarden-20720>.
- Sveriges kommuner och landsting (2018) Sektorn i siffror, <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/sectornisiffror.1821.html>.
- Rosenberg C. (2018) Tillgänglighet- vad menas?, föredrag på Primärvårdens dag 7 febr, 2018 Dagens Medicin <https://www.dagensmedicin.se/seminarier/arkiv/primarvardsdag-2018/>.
- Sjöberg P. (2017) RISE SICS-KOL-projektet, https://www.sics.se/sites/default/files/pub/1_kol-projektet_kort_rapport-1-1.pdf.
- Helse- och omsorgsdepartementet (2016) Velferdsteknologi i Sentrum, Innföring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Velferdsteknologi%20i%20sentrum_delleveranse%2020av%202.pdf.
- Region Örebro,(2018) Interaktiv telemedicin vid långvariga sjukdomstillstånd, 91 Systematiska översikter, <https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/Forskning/Forskningsenheter/CAMT%C3%96/Interaktiv%20telemedicin%20vid%20l%C3%A5ngvariga%20sjukdomstillst%C3%A5nd.pdf>.
- Niksch I., Rothman B, (2014) The Value of Remote Patient Monitoring (RPM) Physicians' Perspectives, HIMSS, <http://himss.org/value-remote-patient-monitoring-rpm-physicians-perspectives?ItemNumber=36893>.
- Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells, (2015) Comparative Effectiveness of Different Forms of Telemedicine for Individuals with Heart Failure (HF): A Systematic Review and Network Meta-Analysis, PlosOne <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0118681>.
- Research Update Remote Physiological Monitoring,(2008) New England Health Care Institute, http://www.nehi.net/writable/publication_files/file/rpm_research_update.pdf.

Ehlers Danlos syndrom typ III

Erfarenheter från Mora vårdcentral

När vår vårdcentral fick kontakt med en familj, där EDS typ III med hypermobilitet förekom i tre generationer på den kvinnliga sidan, fick vi anledning att fördjupa kunskaperna för att möta deras behov. Det visade sig snart att patientgruppen var betydligt större än vi anat. Det ledde till att vi under cirka tio år kom att bedöma upp mot 200 patienter med frågeställning EDS.

En vanlig sökorsak i Primärvården är kronisk värk, trötthet, olika uttryck för störningar i rörelseapparaten och oförmåga att återhämta sig efter ansträngning. Det finns ibland en tidigare sjukhistoria med symtom utöver det vanliga – luxationer, onormala blödningar, dålig sårhäkning, operationskomplikationer, bräck och IBS-liknande mag/tarmbesvär. Vid fördjupad anamnes också en familjehistoria – en hereditet för olika uttryck av svagare bindväv. Då kan det vara fråga om Ehlers Danlos syndrom, EDS. Vanligast är EDS III med hypermobilitet [1–5]. *Se faktaruta 1.*

En typisk anamnes

Kvinna född 1975 som söker för trötthet och värk och med frågeställning om Ehlers Danlos syndrom vilket hon läst om på Internet och känner igen sig i. Född med höftledsproblem och under uppväxten frekventa fotledsdistorsioner. Föll ofta vid aktivitet då knälederna vek sig – luxerade? Mer infektionskänslig än sina jämnåriga. Minns mycken växtvärk – hade ökad skolfrånvaro men ändå goda betyg.

Upplevt värk i kroppen sedan 11–12 års ålder. Subluxerat axellederna, haft närmast dagliga fotledsvrickningar, måste spänna benmuskulerna för att inte lätt luxera knäskålarna. Muskelsvag och klarar inte att öppna burkar. Får lätt blåmärken av smärre stötar, tidigare haft frekventa näsblödningar. Upplever sig

ständig trött – ”först i säng och sist upp”. Fött ett barn med kejsarsnitt och opererat ett knä. På båda ställen utvecklades breda tunna ärr (cigarettpapperskaraktär). Kejsarsnittet för- anleddes av varicer på labiae samt uttalad foglossning med behov av kryckkäppar. Haft två habituella missfall. Riklig mens. Beskriver besvärlig mage, typ IBS, men tål gluten och laktos. Besväras av ortostatism.

I status noteras att hon ser sliten ut. Tänder med tunn emalj och en del lagningar. Huden är sammetslen och mjuk och något mer eftergivlig än normalt. Lederna överrörliga – i rygggläge vill hon inte slappna av då axellederna vill sublusera och i stående låser hon helst händerna i midjebältet för att avlasta axlarna. Patellae mycket rörliga. Beightonsskattningen ger 5 poäng av 9 möjliga (se figur 1). Blodtrycket 100/65.

Bedöms ha EDS typ III. Har haft svårt att hitta arbete trots goda intellektuella förutsättningar, då hon ofta behövt sjukskriva sig och haft svårt med återhämtningen. Har haft fortsatt kontakt med vårdcentralen i flera år. Fått hjälp med ortoser – även utprovade kroppsstrumpor för stabilisering av knälederna och axlarna. Tälde inte morfinplåster men haft bra effekt av långverkande NSAID kombinerat med Saroten. Har efter två arbetsplatsbyten hittat tillbaka till 75 % anställning med personaladministration. Återknutit kontakt med vänner. Motionerar mest med cykling. Har bra stöd av sambon. Efter att ha fått diagnosen blev hon initialt nedstämd av att ha en kronisk sjukdom, men har sedan bättre lärt sig att förhålla sig till sina förutsättningar.

Utvärdering av nyttan med screening, rådgivning, åtgärd

Patientgruppen är ofta vårdsökande och har mer sjukfrånvaro. Sjukvårdens kunskaper om sambanden kan vara bristande och innebära risk för fördröjd diagnos och åtgärder. Vår erfarenhet

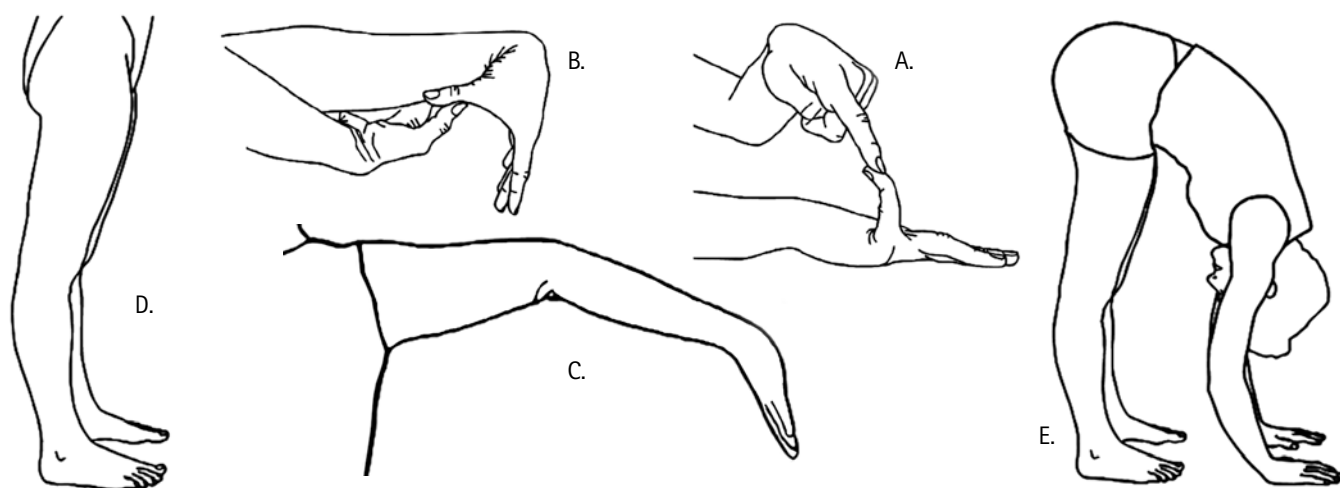
Faktaruta 1 – Om EDS III

1936 presenterade den engelske hudläkaren Parkes Weber en sammanställning av symtom som namngavs Ehlers Danlos syndrom (EDS) efter de läkare som på varsitt håll beskrivit patientfall där abnorm bindväv orsakat symtom i hud, ligament och andra vävnader. Olika subgrupper kom senare att beskrivas.

Vanligast är subgrupp III, hypermobilitetstypen. Den är autosomalt dominant med okänd biokemisk defekt och kännetecknas av överrörlighet i små och stora leder, kronisk värk, trötthet, en hud med något ökad töjbarhet men som känns sammetsliknande mjuk samt ökad frekvens blåmärken. Gränslinjen mellan denna subgrupp och den familjära hypermobiliteten (FHS) är dock otydlig.

Prevalensen för EDS III uppskattas till mellan 1:5 000 och 1:20 000 av olika bedömare, medan många anför betydligt högre siffror beroende på underdiagnostik som att män inte söker i samma omfattning som kvinnor. Det finns också gränsdragningsproblematik mot andra diagnoser som primär fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom. Det kan finnas ett stort mörkertal.

Hypermobilitet är också vanligt förekommande vid andra ärftliga tillstånd som uttrycker sig i abnorm bindväv, till exempel Marfans syndrom med kraftigt ökad risk för aortaaneurysm och som bl.a. kännetecknas av långa extremiteter och fingrar och karakteristisk thoraxform. Presidenten Abraham Lincoln lär ha haft Marfans syndrom.



Figur 1: Beightonskattning, generell överrörlighet.

är att utvärdering med fokus på eventuell EDS skapar klarhet och bättre fokus på vad som finns att erbjuda. De mest behövande patienterna får en rimlig förklaring.

Vårt material

Vi ville veta mer om denna patientgrupp där diagnosen helt baseras på klinisk bedömning och familjehistoria. Genom vårt specialintresse för EDS sökte eller remitterades många patienter med den frågeställningen till vår vårdcentral. I vårt material inkluderade vi under ca 10 år samtliga patienter som i samband med kontakt signalerat besvär som kan förklaras av en genetiskt orsakad svaghet i bindväven. Dessa fick avsatt tid för screening enligt Akademiska sjukhusets bedömningsmall för EDS (se faktaruta 2). Mallen innehåller dels anamnesticke uppgifter, dels status beträffande muskulatur och rörlighet, hud, gom och

tänder, mm. Rörligheten uppskattas enligt Beighton score (se figur 1). Totalt samlade vi in uppgifter om 172 patienter varav 24 män och 148 kvinnor. Varje sådan undersökning tar ca 2 timmar inklusive journalskrivning.

Diagnoserna fördelade sig enligt följande:

- EDS-diagnos 58,7 %
- Familjär hypermobilitet 13,9 %
- Primär fibromyalgi 6,9 %
- Övriga 20,3 %. Däribland tre patienter med sannolikt Marfans syndrom.

Vad kan vi erbjuda patientgruppen?

Att utifrån en strukturerad bedömningsmall bekräfta eller utesluta diagnos innebär för denna patientgrupp ofta en lätt-

Faktaruta 2 – Bedömningsmall, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Anamnes

Familjeanamnes för att fånga ett mönster av EDS-associerade symtom i familjen: Tidig död, olika kärkatastrofer, beskrivning av allmänna tecken på överrörlighet.

Uppväxten under barndom/tonår: Missbildningar (klumpfot), tidig höftledsluxation, sen motorisk utveckling, växtvärk, frekvens av blåmärken, vrickningar, infektionskänslighet.

Aktuella besvär med fokus på överrörlighet: ledluxationer, muskelsvaghet, trötthet, ålder för smärtdebut och typ av smärta:

Övrigt:

- Hudproblem (t.ex. blåmärken), blödningsbenägenhet, komplikationer till kirurgi, dålig sårhäkning, bråck, inkontinens. Tar lokalanestesi bra?
- Kärproblem, ortostatism, tidiga varicer, pneumothorax.
- Artros och benskörhet. Tandproblem med tandställning eller tunn emalj och kariesbenägenhet. Tandlossning.

- Mag-tarmproblem.
- Kvinnor tillfrågas också om rikliga menstruationsblödningar och eventuella komplikationer till graviditet/förlossning.

Statusbedömning

Här undersöks rörligheten allmänt. Finns avvikande kropps-konstitution? Rygg och fötter kontrolleras efter skoliostecken och plattföthet. Felställningar i knän och fotleder?

- Ter sig huden åldrad? Tecken på mjuk/len hudkvalitet, övertöjbar, breda tunna ärr (cigarettpapperskaraktär), blåmärken, akrogeri (åldrat utseende över handryggar/knoggar)?
- Munnen inspekteras efter tecken på hög smal gom och tänderna efter defekter i emalj samt tecken på felställningar/tandlossning.
- Beightonskattningen (se figur 1), som har tagits fram för forskning för att få objektiv mätning i poäng för överrörlighet, ingår som en del i bedömningsmallen.

nad. Många beskriver att de tidigare inte blivit hörda eller förstådda.

Det skiljer sig sedan mycket i vilka behov den enskilde kan ha. Till exempel:

- Individuell läkemedelsplan med betoning på att undvika kortverkande analgetika med beroenderisk. Eventuellt kombinera med smärtmodulerande medel samt antiinflammatoriska.
- Kontakt med sjukgymnast och arbetsterapi för träningsprogram och ortosutprovning.
- Modern ortopedteknik kan erbjuda utprovning av stödjande kroppsstrumpor.
- Intyg för tandvårdsstöd, där tandläkare får bidra med bedömning av behovet. Eftersom patientgruppen även kan ha nedsatt effekt av lokalbedövning hittas många med tidigare eftersatt tandvård och behov av specialisttandvård.
- Vid osäkerhet om det kan föreligga en kärlpåverkan bör man vara liberal med radiologisk utredning av de stora kärlen – fråga bland annat efter ektasi kring aortaroten.

Sammanfattning

Den erfarenhet vi har att som distriktsläkare handlägga denna patientgrupp är att det initialt kan innebära en högre intensitet i kontakt och administration, men att det senare stabiliseras med enstaka uppföljande kontakter i gott samförstånd med patienterna och en tryggare bas att stå på också gentemot myndigheter, arbetsgivare och övriga sjukvårdsaktörer. Vi har märkt ett stort intresse från andra vårdcentraler att få second opinion genom remisser eller annan rådfrågning. Samtidigt

upplever vi en fortsatt utbredd skepsis från specialistkliniker och Försäkringskassan för att acceptera EDS III som diagnos, vilket skapar oro.

Det är dags att få en samlad bedömning för mer enhetlig samsyn i form av riktlinjer för utredning och diagnostisering.



Sören Kerslow
Specialist i allmänmedicin
Mora Vårdcentral
soren.kerslow@ltdalarna.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. <http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/ehlers-danlossyndrom> (hämtad 2018).
2. <https://www.ehlers-danlos.com/2017-eds-international-classification/> (hämtad 2018).
3. Levy H, Ehlers-Danlos syndrome, Hypermobility type. Johns Hopkins University School of Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1279/> (hämtad 2018).
4. Tinkle B, Castori M, Berglund B, et al. Hypermobility Ehlers-Danlos Syndrome. *Am J of Medical Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2017 Mar;175(1):48-69.
5. Eric Ronge, Överläkare barnmedicin, Hypermobilitetssyndrom – en orsak till kronisk smärta, *AllmänMedicin* 3, 2014, sid. 45.

Våra mest behövande patienter belastar sjukhusvården mindre än friskare patienter

Statistiska modeller visar att risken för inläggning är större för yngre än för de äldsta och att hälften av alla vårddygn konsumeras av medelmåttigt sjuka. Att minska medelvårdtiden för måttligt sjuka med en dag ger större effekt på totala antalet vård dagar än att minska medelvårdtiden för de sjukaste med tio dagar.

De flesta av oss är friska, några är sjuka just nu och några få har stora behov av sjukvård. Många av de mest sjuka är gamla. I vården ska våra mest behövande patienter prioriteras före de lindrigt sjuka.

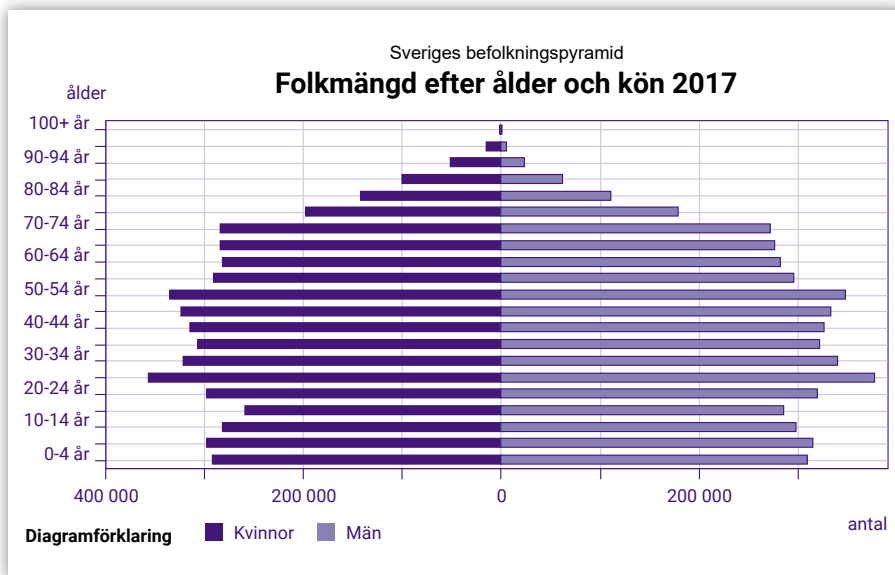
I vår sjukvård är sjukdomen viktigare än personen som är sjuk. Det som

inte behöver göras på sjukhus ska göras i primärvården. Det blir primärvårdens uppgift att undvika onödiga inläggningar, särskilt för gamla och sjuka. Belastningen på sjukhusens akutmottagningar och vårdavdelningar ska minska. Kan ett sådant uppdrag till primärvården påverka kostnaderna för sjukhusvård?

Det finns statistik som kan användas för att undersöka om det stämmer, Blekinges befolkning 2007 till exempel. Under det året lades 9 % av befolkningen någon gång in på sjukhus och låg på sjukhus i medeltal 0,9 dag. Fördelat på åldersgrupper varierade medelvård dagarna från 0,3 för de yngsta till 3,3 för de äldsta, men åldersgruppen 60–79 hade flest vård da-

gar totalt. För sjukdomsbörda används ett viktat mått på behov av sjukvård baserat på alla diagnoser, är välkänt i Sverige och förkortas ACG. På så sätt indelas befolkningen i sex nivåer (RUB 0–5) med liknande behov av sjukvård trots olika sjukdomsmönster. Medelvård dagar ökar med ökande sjukdomsbörda till 26,9 dagar för de sjukaste. RUB 3 stod för 49 % av det totala antalet vård dagar. Det är inte självklart att de äldsta och sjukaste bidrar mest till totala antalet vård dagar.

För att komma vidare behövs en statistisk modell som kan hantera att få riskerar att bli inlagda och ett lågt medelvärde för vård dagar (negativ binomial regressi- on är den tekniska termen för modellen).



Befolkningspyramid 2017. SCB.

Beräkningarna visar dels risk för att bli inlagd någon gång och dels medelvårdagar för dem som löper risk att bli inlagda, justerade för de faktorer som ingår i den statistiska modellen. Resultatet kan vägas ihop till viktade medelvårdagar för att studera betydelsen av enskilda faktorer, justerade för de andra faktorerna i modellen.

"Det är inte självklart att de äldsta och sjukaste bidrar mest till totala antalet vård dagar."

Här används en modell som innehåller kön, ålder, sjukdomsbörda, socioekonomiska faktorer och faktorer kopplade till relationen mellan primärvård och patient. I den modellen går det att räkna fram att risken för inläggning är högre i åldersgruppen 20–39 år än för 80 år och äldre. De som riskerar inläggning i den högsta åldersgruppen har drygt 1,1 vård dag under 2007. I samma modell är oddset för att riskera inläggning ungefär 10 gånger större för RUB 5 än för friska, medan antalet medelvårdagar för de sjukaste är cirka 3. Sjukdomsbörda verkar ha större betydelse för behov

av sjukhusvård än ålder i den justerade modellen.

För att beräkna betydelsen för den totala sjukhusvården måste man ta hänsyn till storleken på de olika grupperna. Betydelsen av ålder justerat för övriga faktorer visar ett totalt behov av sjukhusvård för åldersgruppen 20–39 år på ca 39 500 dagar. Motsvarande för de äldsta är ca 14 000 vård dagar. Betydelsen av sjukdomsbörda i samma modell visar att RUB 3 har störst betydelse för totala antalet vård dagar med ca 76 000 vård dagar. RUB 4 har totalt ca 31 000 vård dagar och RUB 5 ca 16 000 vård dagar.

Om antalet medelvårdagar för dem som blir inlagda minskar med en dag i RUB 3 så minskar totala antalet vård dagar med totalt 7100. För att spara 5100 vård dagar i RUB 5 behövs en sänkning med i medeltal 10 dagar.

Sjukdomsbörda och ålder påverkar behovet av sjukhusvård, men det finns fler faktorer att ta hänsyn till. Totala behovet av sjukhussängar påverkas mycket av att det finns betydligt större grupper yngre och patienter med mindre allvarliga sjukdomar som också behöver sjukhusvård. Skälen till att satsa på vården för våra äldsta och sjukaste ska vara en högkvalitativ, väl anpassad vård för de personer som har mest behov av det, inte sjukhusekonomi.

Välfungerande primärvård förbättrar vården för sjuka personer genom att stå för personkontinuitet över tid, första lin-

jens vård, brett utbud och koordination av vård vilket ger ökad jämlikhet i vården. Kan vi bygga upp en välfungerande svensk primärvård påverkas behovet av sjukhusvård sekundärt, mest av mindre förändringar i medelvårdtid för de stora patientgrupperna. Att öka förebyggande insatser för att förbättra befolkningens hälsa skulle också kunna minska risken att bli inlagda på sjukhus vilket i sin tur minskar medelvårdtiden för de patientgrupper som har stort inflytande på det totala antalet vård dagar.



Karin Ranstad
Med.dr.

Nättraby Vårdcentral
Lunds universitet

Referenser

- Ranstad K, Midlöv P, Halling A. Active listening and more consultations in primary care are associated with reduced hospitalisation in a Swedish population. *BMC Health Serv Res.* 2018 Feb 9;18(1):101. doi: 10.1186/s12913-018-2908-1.
- Ranstad K, Midlöv P, Halling A. Active listening and more consultations in primary care are associated with shorter mean hospitalisation and interacting with psychiatric disorders when adjusting for multimorbidity, age and sex. *Scand J Prim Health Care.* 2018 Sep;36(3):308-316. doi: 10.1080/02813432.2018.1499514.

SFAM informerar

Uppdatera din e-adress!

SFAM:s nyhetsbrev och lokalföreningarnas inbjudningar skickas till den e-adress du uppgett till SFAM:s kansli.

Meddela din aktuella e-adress till **kansli@sfam.se!**



Medicinsk vårdplanering minskar akutinläggningarna

Patienter som åker fram och tillbaka mellan sjukhus och särskilda boenden kostar stora resurser, samtidigt som ändamålsenligheten kan ifrågasättas. När en strukturerad vårdplanering tillsammans med kommunens personal, anhöriga och patient infördes sjönk akutinläggningarna på sjukhus drastiskt.

När jag fick ansvaret för min vårdcentral's äldreboende år 2007 förvånades jag över antalet patienter som skickats in under jourtid till sjukhuset på grumliga grunder. När de kom tillbaka mådde de oftast inte bättre, snarare tvärtom. Beslutet att skicka patienten till sjukhuset gjordes av joursköterskan i kommunen som inte hade närmare kännedom om patienten, inte sällan efter påtryckningar från personal och anhöriga.

I samråd med sjuksköterskan och undersköterskorna på äldreboendet beslutade vi, efter en del diskussioner med deras enhetschefer i kommunen, att ordna möten kring varje patient tillsammans med anhöriga för att lära känna patienten bättre och försöka få till stånd någon form av planering inför kommande försämringar. Kanske kunde vi förhindra att patienten i alla fall inte skickades in mot hens vilja?

"När någon skickats in mot vederbörandes vilja och i strid mot de beslut som fattats borde någon form av 'haverikommission' tillsättas."

De första mötena vi hade var lite trevande då alla var ovana vid den här formen av samtal i grupp. Hur skulle patient och anhöriga reagera om vi samtalade om döden när döendet inte verkade vara nära förestående? Hur skulle mötet dokumenteras så att även joursköterskan kunde ha tillgång till information som kunde underlätta beslut i en akut medicinsk situation?

Ju fler patientmöten vi hade, desto bättre gick det – vi övade oss i samtal kring svåra frågor. Jag upprättade ett dokument med kort sammanfattning av patientens sjukhistoria och vilka åtgärder som skulle vidtas vid akuta situationer. Det blev början på det vi senare kom att kalla för medicinsk vårdplanering.

Att något förr eller senare kommer att hända när man är gammal och multisjuk är ju säkert. Vi försöker att vara så konkreta som möjligt. "Om du skulle drabbas av stroke eller en hjärtinfarkt, vad skulle man då göra på sjukhuset? Vad är meningsfull vård för dig?" Så diskuterar vi kring detta så gott det går. Det finns många orealistiska förväntningar på vad man kan göra på sjukhuset, inte bara hos patient och anhöriga utan även hos personalen. Vi har fått väldigt bra samtal till stånd där personalen numera redovisar en helt annan förståelse för vad sjukhusvård kan betyda för dessa patienter.

Här får vi också in patientens och anhörigas inställning till var man vill vårdas vid livets slut och vilket förtroende man har för vården.

Att ha med anhöriga (vilken/vilka får patienten själv välja) är mycket värdefullt i dessa samtal. På ett äldreboende, där en stor andel av patienterna har en kognitiv nedsättning, är informationen från anhöriga ett viktigt komplement. Vi får en fylligare bild av livshistorien. En levnadsbeskrivning brukar ges av anhöriga till personalen efter en inflyttning. I våra samtal, där förtrolighet ofta kan skapas, kommer ofta ny information fram som kan ge oss ökad förståelse för patienten. Det finns en värdighet i att få samtala om den del av livet som inte präglats av sjukdom och som varit den största delen av tillvaron. "Tänk vad du varit med om! Det visste vi inte. Å, så spännande!"

Att sedan respektfullt föra in samtalet på döden och vad som kan göras och vad som inte bör göras vid livets slut brukar gå bra.

Ibland måste insikten om att livsuppehållande åtgärder inte är meningsfulla sjunka in hos både patient och anhöriga. Många gånger finns den redan där genom allt som patienten varit med om av jobbiga behandlingar och sjukhusvistelser. Att tillsammans få göra en sammanfattning av det medicinska händelseförloppet är bra för både patient, anhöriga och personalen. Berättelsen kan här få ett terapeutiskt värde.

Under detta möte gör vi samtidigt en läkemedelsgenomgång. Nödvändiga labprover har tagits innan och sköterskan har gjort en symtomskattning (vi använder oss av PHASE 20).

Att anhöriga är med och får ta del av vilka läkemedel som används minskar ofta oron kring att läkemedelsbehandlingen är felaktig.

Vi fyller i en lista "Trygghetsordinationer" där vid behovsläkemedel kan sättas in vid akuta symtom. De får ges av sjuk-



Illustration: Annika Andén

sköterskan, utan samråd med läkare i förväg, för att minska risken för fördröjd symtomlindring. Den listan kan göras mer individuell om patienten exempelvis får återkommande obstruktiva symptom där lindring i hemmet kan ges snabbt och effektivt om adekvata ordinationer finns. Sköterskan har alltid möjlighet att samråda med en läkare via telefon.

"Vi borde ha samma respekt för konsten att leda svåra samtal som vi har inför ett komplicerat kirurgiskt ingrepp."

Dokumentet är sedan flera år inlagt i vår datajournal och tas ut i en papperskopia till kommunen som vi fortfarande inte kommunicerar med digitalt fullt ut. Den sätts i patientens pärm i bostaden och är tillgänglig för personalen dygnet runt. Där skriver vi också om beslut om "Ej HLR" tagits, vilket är ett läkarbeslut utifrån den medicinska bedömningen samt den diskussion vi haft.

Efter att dessa medicinska vårdplaneringsmöten infördes sjönk antalet oplanerade inskickanden från mitt äldreboende drastiskt. Kanske hade vi ovanligt många innan, men skillnaden blev stor efter att vi startade med detta. Vi hade en plan för akuta händelser och en bättre beredskap mentalt framför allt hos anhöriga.

Har vi då tid med dessa möten? Det kan ge intryck av att det krävs oändligt med tid för att genomföra dem men så är inte fallet. Vad som krävs är lite förberedelse samt förståelse från alla parter att detta är en prioriterad verksamhet. Vi har sett att det i längden spar tid, de akuta frågorna har blivit färre. Att hinna med möten med alla patienter är kanske inte möjligt. Oftast är det klokt att prioritera de patienter som det finns mycket oro och frågetecken kring.

Inte alltid följs de beslut vi tagit. Sådan är vår kliniska vardag. När någon skickats in mot vederbörandes vilja och i strid mot de beslut som fattats borde någon form av "haverikommission" tillsättas. Det viktiga är att inte anklaga någon. Det är svårt att fatta rätt beslut i stressande situationer även om det finns bra beslutsunderlag.

Vi arbetar med medicinska vårdplaneringar lika mycket i vår hemsjukvård. Där är de ännu viktigare eftersom patienterna åker in och ut på sjukhus i större utsträckning än patienterna på äldreboendena.

Att leda den här typen av möten är ett stort privilegium i vårt yrke. Det kräver stor koncentration och lyhördhet för de människor man har framför sig men ger oändligt mycket tillbaka.

Vi borde ha samma respekt för konsten att leda svåra samtal som vi har inför ett komplicerat kirurgiskt ingrepp.

Solveig Wanland
Rådet för sköra äldre i SFAM
Närhälsan Vårdcentralen Tidån, Skövde
Vårdsamverkan Skaraborg
solveig.wanland@vgregion.se



Hemtagningsteam vid Kisa vårdcentral

Riksdagen har antagit en lag [1] som lägger huvudansvaret på primärvården för samordning av vård- och omsorgsinsatser efter sjukhusvård. Många har ännu inte förstått vad det innebär, och inom ramen för befintliga resurser känns uppdraget svårt. Det är inte desto mindre viktigt för att möta behovet i framtidens sjukvård av allt fler äldre.

På Kisa Vårdcentral valde vi att se den nya lagen som en möjlighet att förbättra samverkan mellan vårdcentralen, kommunsjukvården och kommunens hemtjänst. Vi skapade ett Hemtagningsteam som träffas varje torsdagsmorgon under 30 minuter. Där närvarar biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut från kommunen, och från vårdcentralen en ansvarig sjuksköterska och en läkare. Vi går igenom listan med människor som ligger på sjukhuset där vi fått ett preliminärt utskrivningsdatum. Alla har olika bitar information om patienterna, och utifrån den sammantagna bilden bestämmer vi vem som gör vad och hur vi skall samverka.

Jag är positivt överraskad av vad detta har gett oss. Som team vet vi tillsammans väldigt mycket om patienterna, och vi

kan avgöra vem som är bäst ägnad att ha huvudansvaret (fast vårdkontakt) efter hemkomsten från sjukhus. Det ger också möjlighet att identifiera dem med ökad skörhet som behöver en framförhållande planering av den medicinska vården för att slippa undvikbara retur till sjukhuset.

Om vi hade mer tid skulle vi kunna göra stor nytta. Arbets sättet är en viktig funktion i framtidens primärvård.

Gunnar Carlgren
Distriktsläkare
Vårdcentralen Kisa
gunnar.carlgren@regionostergotland.se



Jäv saknas.

Referens:

1. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Går det att arbeta proaktivt med sköra äldre?

Skörhet hos äldre beskrivs som ett växande problem och uppmärksammas allt mer. Alla har nog en bild av en skör åldring när vi hör uttrycket men det finns ännu ingen konsensus kring definitionen. Ur NICE guidelines från 2016: "Frailty is a distinctive health state related to the ageing process in which multiple body systems gradually lose their in-built reserves" [2]. Prevalensen av skörhet varierar stort i olika undersökningar men att ca 10 % av befolkningen över 65 år är sköra är en vanlig uppskattning [3].

Den sköra patienten är sårbar och en mindre påfrestning som en infektion eller ett falltrauma kan leda till en snabb allmän försämring av funktionsnivån. Vanliga tecken på skörhet är allmän trötthet, nedsatt muskelstyrka samt viktnedgång. Ett av måtten som används för screening är nedsatt gånghastighet. Skörhet ger stora konsekvenser både för individen och för sjukvårdssystemet. Nuvarande orga-

nisation av sjukvården med stuprörstänk och reaktivt arbetssätt klarar inte att möta problemet.

Vad kan vi allmänläkare göra?

I brittiska rekommendationer från 2014 föreslås att allmänläkare får huvuduppdraget att uppmärksamma och behandla skörhet i den äldre befolkningen [4] eftersom det är i primärvården man följer individer över tid. Skörhet utvecklas successivt men ojämnt och är svårt att värdera i samband med en försämringsepisod. Kontinuitet behövs för att kunna föra en diskussion om mål för vården med patienten och att utveckla och förankra hållbara vårdplaner för de mest sköra. I en annan artikel konstateras att allmänläkare sällan har tillräckligt med tid, träning och infrastruktur för att ha möjligt att utföra denna krävande uppgift [5]. Vi behöver både bra verktyg och rätt resurser för att lyckas med detta.

Forskningsprojektet "Riktad primärvård för äldre"

I projektet som drivs av Linköpings Universitet i samarbete med Region Östergötland försöker vi utveckla arbetssätt för att i primärvården uppmärksamma och vårda sköra äldre. Utmaningen är att med den tidsbrist och kompetensbrist som råder idag rikta resurserna till de individer som behöver det bäst. En generell screening och äldrevårdcentraler skulle dra stora resurser och ändå riskera att missa en del av dem med störst behov. Ambitiösa multiinsatser till högriskgrupp skulle missa de med måttlig skörhet där preventiva insatser har stor nytta.

I projektet har vi arbetat med en kombination av två strategier för att identifiera skörhet. Dels en statistisk prediktionsmodell med uppgift att uppskatta risken för att behöva slutenvård närmaste 3–6 månaderna, dels ett arbetssätt i team med sköterska och läkare för att kartlägga individens hälsosituation. 800 patienter på nio vårdcentraler i Östergötland följs under två år och jämförs med lika många på tio kontrollvårdcentraler. All vårdcentraler arbetar med befintliga resurser. Hypotesen är att vi med det nya arbetssättet kan minska antal sjukhusinläggningar jämfört med sedvanlig primärvård. Preliminära resultat kommer under våren 2019.

Prediktionsmodellen söker i datajournalen utifrån bl.a. ålder, antal läkarbesök och utvalda diagnoser under senaste året och levererar en lista till vårdcentralen med de patienter över 75 år som har högst risk. När vi testat modellen ser vi att vi kan fånga upp mot 60 % av dem som kommer att hamna på sjukhus närmaste tre månaderna om vi väljer ut den tredjedel i befolkningen som har högst risk. Svårigheten med prediktion är att vi också har en hög andel falskt positiva i den utvalda "riskpopulationen", en majoritet är relativt välmående och kommer inte att behöva sjukhusvård eller vara i behov av en vårdplan. Prediktionslistan behöver prioriteras manuellt utifrån journaluppgifter och den kännedom man redan har om patienten.

I nästa steg erbjuds patienter på "risk-listan" att komma till vårdcentralen för ett hälsosamtal med sjuksköterska. Vi

Klinisk skörhetsskala

1. Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är i bäst skick för sin ålder.
2. Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1. Tränar inte regelbundet.
3. Mindre vital, med välkontrollerade kroniska sjukdomar. Tränar inte regelbundet utöver promenader.
4. Sårbar – är inte direkt beroende av andra, men klagar ofta över att de begränsas ("saktas ned") på grund av sitt tillstånd eller sjukdomssymtom.
5. Lindrigt skör – är till viss grad beroende av andra för att klara av krävande aktiviteter i det dagliga livet som tungt hushållsarbete, mediciner eller bankärenden. Typiskt slutar denna grupp att handla, laga mat och gå ut själv.
6. Måttligt skör – behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter. Har ofta svårt för trappor och kan behöva hjälp med dusch. Kan behöva stöttning med exempelvis påklädning.
7. Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för att klara av personlig vård pga. fysisk eller kognitiv orsak. Verkar dock stabila och utan hög risk att dö (inom 6 mån).
8. Mycket allvarligt skör. Fullständigt beroende och närmar sig livets slut. Klarar typiskt inte att återhämta sig från en förkylning eller annan lindrig åkomma.
9. Terminalt sjuka. Förväntat återstående livstid mindre än 6 månader oberoende av behov av hjälp.

För varje steg i skalan ökar risken för både död och behov att flytta till institutionsboende med ca 20 % [1]. The Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale. Översättning Ekerstad et al, justerad Magnus Nord.



”Riktad vård för svårt sjuka äldre” är ett delprojekt inom ”Prediktiv och individualiserad vård för svårt sjuka äldre”, Linköpings universitet. Hemsida <https://liu.se/forskning/prediktiv-och-individualiserad-vard-for-svart-sjuka-aldre>.

har utvecklat ett 4-sidigt bedömningsstöd, PASTEL (Primary care Assessment Tool for Elderly) där sjuksköterskan intervjuar patienten utifrån en frågemall inklusive en läkemedelsgenomgång och en enkel fysisk undersökning. Efter sköterskebesöket träffas sköterska och ansvarig läkare och gör en gemensam bedömning av patientens skörhet och om hen behöver ytterligare utredning och stöd/insatser från vårdcentralen eller kommunen.

Formuläret bygger på redan framtagna skörhetsskalor och Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som är det mest förespråkade och använda arbetssättet inom geriatrik [6] och som även rekommenderas i primärvård. CGA är omfattande och engagerar normalt ett stort multiprofessionellt team. Vår ambition har varit att skapa en struktur för skörhetsbedömning som är enkel att använda och ändå ger tillräckligt med underlag för bedömningen.

Efter sex till nio månaders arbete med riskpatienter intervjuade jag distriktsläkare och sjuksköterskor i tre fokusgrupper för att undersöka vilken nytta man hade av bedömningsstödet PASTEL i sitt arbete. Erfarenheterna var positiva, användarna upplevde att de fick en helhetsbedömning av patientens situation och att det var en bra förberedelse för vårdplanering. Trots många riktade frågor blev samtalen fördjupade och användarna fick en bra bild av patientens egna åsikter och önskemål kring vården. Eftersom det var en stor variation i både skörhet och olika hälsoproblem fanns det ett behov

av att kontinuerligt anpassa frågorna efter individen. En intervju med PASTEL varade 45–60 min, och användarna betonade vikten av att sortera och välja ut rätt patient för intervjun för att det skulle kännas meningsfullt att lägga ner den tiden plus tid för dokumentation och gemensam rond med läkare.

Är vi på rätt väg?

Det viktiga för framtiden är att vi skapar en struktur för arbetet med sköra äldre på våra mottagningar. En bra grund är att det finns en äldremottagning likaväl som att det finns astma- eller diabetesmottagning där vi allmänläkare har stöd av sjuksköterskor för vårdplanering, uppföljning och koordinering av vården. Man kan ifrågasätta hur många olika team det bör finnas på en vårdcentral. Den enskilda patienten måste ha en huvudansvarig sköterska som står för kontinuitet och är kontaktperson. Teamet på äldremottagningen kan behöva utökas med arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist. För de sjukaste patienterna behövs en välfungerande hemsjukvård och integrering med kommunala insatser. I SFAM:s råd för sköra äldre arbetar vi just nu med riktlinjer och förutsättningar för god vård ur ett allmänläkarperspektiv. Även om vi har ett team som stöd måste vi allmänläkare vara de som driver utvecklingen och tar huvudansvaret för våra sköra patienter. SKL har också nyligen publicerat riktlinjer i ämnet [7] men där saknas fokus på läkaruppdraget.

Ett bedömningsstöd som PASTEL är ett användbart redskap för att skapa en sådan struktur. Den andra stora utmaningen är att identifiera sköra patienter i tid. Vi behöver kombinera olika strategier, vidareutveckla sökalgoritmer för prediktion men också ha ögon och öron med oss i vardagsarbetet och känna igen tecken på skörhet. Den andra utmaningen är att klara av att prioritera de sköra äldre, så att vi har tid för vårdplanering och tid för att få med oss både patienten, närstående och andra aktörer i den processen.

En satsning som jag beskriver kräver ökade resurser framför allt i primärvården och i kommunal hemsjukvård. Den har

potential att spara resurser fr.a. i slutenvården men kan också minska behovet av akuta kontakter med primärvården och skapa förutsättningar för bättre kontinuitet, en viktig ingrediens i all primärvård men i högsta grad för äldre sköra individer med nedsatt autonomi.



Magnus Nord
Doktorand

Avdelningen för allmänmedicin,
Linköpings universitet
VC Valla i Linköping
magnor67@hotmail.com

Jäv saknas.

Referenser:

1. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;173(5):489-95.
2. Kernick D, Chew-Graham CA, O’Flynn N. Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. *British Journal of General Practice*. 2017;67(658):235-6.
3. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(8):1487-92.
4. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and ageing*. 2014;43(6):744-7.
5. Boulton C, Wieland G. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: ”nobody rushes you through”. *JAMA*. 2010;304(17):1936-43.
6. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2):192.e1-e11.
7. SKL. Proaktiv vård av sköra äldre – För dig som arbetar i primärvården. skl.se-webbutik:SKL; 2018.

För den som är intresserad kommer jag att berätta mer om PASTEL – bedömningsstödet på SFAM 2019 i Borås, 8–10 maj.

Äldre som utsätts för misshandel – att våga ställa frågan

Vård i nära relationer, till exempel barn- och kvinnomisshandel, är svåra frågor som det ofta talas om inom sjukvården. Det diskuteras vilka tecken och skador man ska vara uppmärksam på och hur handläggning och uppföljning ska se ut när misstanke finns att en patient utsätts för våld. Misshandel av äldre får mindre utrymme. Är det för att äldre inte utsätts för misshandel? Eller är det ett tecken på att kunskap i ämnet saknas? Eller att frågorna om grundad misstanke inte ställs?

Dagens äldre lever allt längre, har fler sjukdomar än tidigare och tar ofta flera olika läkemedel. Många äldre är i stort behov av hjälp och omvårdnad från anhöriga och vårdpersonal. Multisjuklighet och stort omsorgsbehov ökar vårdgivarnas arbetsbörda. Studier har visat att en ökande arbetsbörda för vårdgivare och ett större vårdbehov ökar risken för trauma och misshandel [1]. Misshandel och övergrepp från vårdgivaren kan vara avsiktliga eller oavsiktliga. Oavsiktlig misshandel kan vara att anhöriga eller annan vårdgivare inte klarar av att ge den vård eller omvårdnad som den äldre personen är i behov av och där livssituationen blir ohållbar. Det behövs verktyg för att i tid uppmärksamma tecken på den ohållbara situationen.

Vissa sjukdomar ökar risken för övergrepp då de ställer höga krav på vårdgivaren när det gäller tålmod och förståelse, såsom t.ex.:

- Demens
- Tidigare stroke
- Nedsatt kognitiv funktion
- Minnessvårigheter
- Traumatiska hjärnskador

Då andelen äldre ökar kommer misshandel mot äldre sannolikt bli ett ökande problem i samhället och vården. I studier från Sverige uppger 13–16 % att de blivit utsatta för någon typ av övergrepp efter sin 65-års dag [2]. Liknande resultat kan ses från studier runt om i världen där 5–17 % över 65 år uppger att de utsatts för någon form av misshandel.

Första artikeln kring ämnet publicerades 1975 [3]. Sedan dess har misshandel av äldre studerats mycket, men det verkar vara svårt att omsätta kunskapen till praktiskt genomförande i vården. En vårdcentral eller akutmottagning är en bra plats för att upptäcka misshandlaren hos äldre, men forskning har visat att läkare står för endast två procent av rapporterade fall av misshandel mot äldre [4]. Mer utbildning och bättre rutiner behövs för att medicinsk personal ska upptäcka äldre som söker vård efter att de utsatts för misshandel.

När man pratar om äldre som utsätts för misshandel brukar man dela upp det i fem kategorier:

- *Fysisk misshandel*: Skador och våld mot kroppen.
- *Psykisk misshandel*: Verbala hot, trakasserier, kränkningar.

- *Vanvård/försummelse*: Oförmåga (medveten eller omedveten) från vårdgivare att ge tillräckligt god omvårdnad. Exempelvis fel medicin, bristande hygien, dålig nutrition. Detta beräknas stå för närmare hälften av alla fall av övergrepp mot äldre.
- *Sexuellt utnyttjande* och sexuella övergrepp.
- *Ekonomisk utnyttjande*: Stöld av egendom eller pengar och utpressning.

"Den samlade livssituationen för en patient kan leda till en utmattning hos omgivningen som visar sig som misshandel."

De skador som uppstår hos äldre efter fysiskt våld kan vara svåra att identifiera. Det normala åldrandet kan ge samma typer av skador och symptom som misshandel. Psykisk misshandel och försummelse är ännu svårare att identifiera. Den samlade livssituationen för en patient kan leda till en utmattning hos omgivningen som visar sig som misshandel. Bakgrundskunskapen i varje enskilt patientfall är synnerligen viktigt.

Utredning

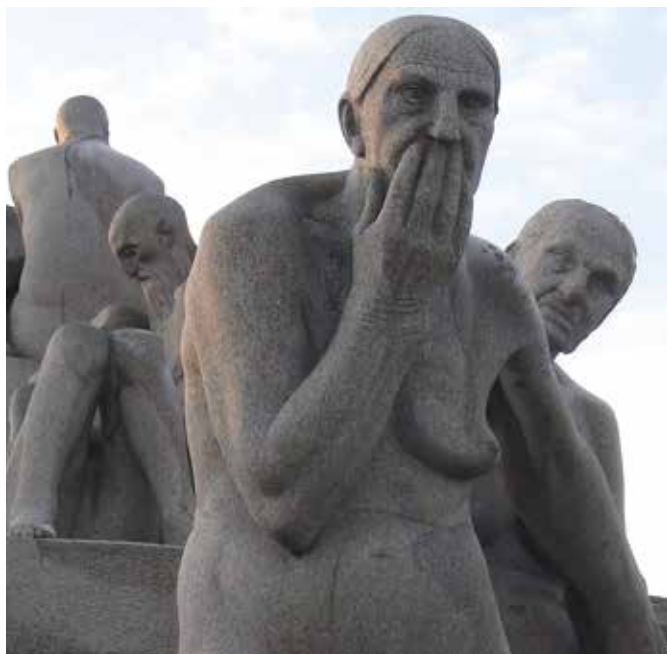
Anamnes

Besöket i primärvården kan vara ett av få tillfällen då den äldre träffar någon utöver sin förövare. Studier visar att äldre som utsätts för misshandel söker vård inom primärvården mer frekvent än andra. Samtidigt har man visat att mindre än 10 % av läkare i primärvården rutinmässigt frågar om våld i nära relationer [9].

Definition

Definition enligt Socialstyrelsens översättning av Torontodeklarationen från 2002:

"Våld mot äldre är en enstaka eller upprepade handling, eller frånvaro av önskad/lämplig handling som utförs inom ett förhållande där det finns förväntan på förtroende och som förorsakar skada eller smärta hos en äldre person, denna handling kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, finansiell eller helt enkelt återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse." [5]



Gustav Vigeland 1869–1943. Detalj ur skulpturgrupp på monolitplattan, Frognerparken, Oslo. Foto från Riksantikvarens databas.

Det viktigaste är att våga tänka tanken och att våga fråga patienten. Sedan kan man välja en kortare screening för att bekräfta sin misstanke eller ett mer ingående frågeformulär för att identifiera hur misshandeln uttrycker sig.

Ett förslag för att våga börja fråga om våld i nära relationer är att se på det på samma sätt som man ser på frågor om tobak och alkohol. Man ställer frågan för att man vet att missförhållanden i hemmet är en riskfaktor för att utveckla sjukdomar och skador [10].

Frågorna kan ställas indirekt: Känner du dig säker hemma? Vem är det som hjälper dig hemma?

Eller direkt: Har någon skadat eller hotat dig hemma? Har någon tvingat dig att göra saker du inte vill? Är du rädd för någon hemma? Har någon hemma förvägrat dig hjälp när du har behövt det?

Riskfaktorer

Demografiska: Kvinnligt kön, hög ålder, socioekonomisk status.
Psykologiska: Nedsatt kognition, depression, dåligt korttidsminne.

Medicinska tillstånd: Stroke, demens, psykiatrisk sjukdom.
Beteende: Aggressiv, utåtagerande. Användande av droger och alkohol hos offret och/eller förövaren.

Socialt: Samboende med andra, socialt isolerad, konflikter med familjemedlemmar eller vänner, dåligt socialt nätverk. Litteraturen visar att det kan vara en riskfaktor både att bo ensam och ha dåligt socialt nätverk. Det kan även vara en riskfaktor att vara samboende med familjemedlemmar så som make/maka, barn och barnbarn. [6–8]

Förslag på uppföljande frågor: Hur ofta sker det? När? Var? På vilket sätt? Vem är det som misshandlar dig? Hur hanterar du din situation? Utvärdera säkerheten hemma och möjligheten till alternativ boendeform. Finns det något som kan förändras för att undvika övergrepp i framtiden?

Undersökning

Undersök hela kroppen. Dokumentera alla misstänkta eller konstaterade skador noggrant – även aktualitet, som exempel olika åldrar på blåmärken och var dessa är belägna. Var liberal med att ta foto. Dokumentera även normala fynd.

Utifrån fynd, gå vidare med röntgen eller laboratorieprover, för att t.ex. utvärdera nutritionsstatus. Om misstanke om misshandel väcks, var mycket liberal med fortsatt utredning för patienten.

Skador

Den allra vanligaste skadelokalisationen när det gäller fysisk misshandel är skador på övre extremiteten. Sedan kommer skador på ansikte och hals, skall- och hjärnskador, skador på nedre extremiteten och skador mot torso. Offer för fysisk misshandel har ofta skador från olika tidpunkter, såsom gamla blåmärken och frakturer [11, 12].

"Vi måste börja våga tänka tanken och öppna upp för diskussionen om att våld i nära relationer existerar även hos äldre patienter."

Man bör vara extra vaksam om skadorna uppträder symmetriskt på båda sidor av kroppen. Blåmärken, skavsår, brännsår osv på ovanliga skadelokalisationer så som insida lår, insida av överarmar och på fotsulor bör också väcka vår uppmärksamhet.

Man bör också beakta "self-neglect", det vill säga att den äldre far illa därför att den är oförmögen att ta hand om sig själv. Kraftigt nedsatt hygien hos en patient som är vårdberoende också är en typ av misshandel

Uppföljning

Försäkra dig om att patienten har förstått att du misstänker att de utsatts för övergrepp och att de vill gå vidare med den utredning och de åtgärder som du föreslår.

Koppla in kompetenser såsom kurator och omvårdnadscoordinatorer. Ta kontakt med vårdpersonal och sociala myndigheter i kommunen för att snabbt göra en vårdplanering. Ibland kan det vara av värde att diskutera med rättsmedicinsk expertis.

Vid misstanke om misshandel och vanvård som sker i hemtjänsten och på SÄBO ska detta rapporteras enligt Lex Sarah. Om det sker på sjukhus ska det rapporteras enligt Lex Maria.

Svårigheter som vårdpersonal ställs inför

Många av de skador och symtom som uppstår i samband med övergrepp kan påminna om det normala åldrandet. Precis som

barn blir äldre personer ofta beroende av sina anhöriga och vårdpersonal för att kunna leva ett gott liv. Denna beroendeställning och underlägsenhet gör att äldre ofta har svårt att berätta när de utsätts för övergrepp även när man aktivt frågar dem om sin hemmiljö.

En stor skillnad är att sekretesslagen bryts när missförhållande hos barn föreligger – detta gäller inte på samma sätt för vuxna. För många äldre som utsatts för misshandel av sina anhöriga har det funnits en destruktiv relation dem emellan i många år. För att på ett bra sätt kunna hjälpa de patienter man möter där man misstänker misshandel måste man vara nogsam med medgivande från patienten.

Det viktigaste är att hjälpa patienten att förstå sin situation och att vården ska stödja patienten till att få den insikten och möjligheten till vård och förändring.

Primärvården har en viktig roll i att upptäcka äldre som far

illa. Vi måste börja våga tänka tanken och öppna upp för diskussionen om att våld i nära relationer existerar även hos äldre patienter. Att våga ställa frågan när misstanken kommer upp är det viktigaste steget.

Jäv saknas.

Karin Erwander
ST-läkare i akutsjukvård,
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Doktorand i geriatrisk akutsjukvård,
Lunds Universitet
karinerwander@gmail.com



Kjell Ivarsson
Specialistläkare, Med Dr, PhD
Sjukvårdsdirektör för kirurgisk vård, Jönköping

Referenser:

1. Pillemer K, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *J Gerontol.* 1992 Jul.;47(4):S165–72.
2. Ofrid? [Internet]. brottsoffermyndigheten.se. [cited 2019 Jan. 20]. Available from: <http://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Ofrid,%20v%C3%A5ld%20mot%20C3%A4ldre%20kvinnor%20och%20m%C3%A4n.pdf>.
3. Burston GR. Letter: Granny-battering. *Br Med J.* 1975 Sep. 6;3(5983):592.
4. Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *Journal of the American Geriatrics Society.* 44(1):65–70.
5. WHO | The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2019 Jan. 20]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/index.html.
6. Lachs MS, Fulmer T. Recognizing elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine.* 1993 Aug. 1;9:665–81.
7. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist.* 1997 Aug.;37(4):469–74.
8. Pillemer K, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *J Gerontol.* 1992 Jul.;47(4):S165–72.
9. Rodriguez MA et al. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association,* 1999, 282:468–474.
10. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet,* 2002, 359:1509–1514.
11. Gray-Vickrey P. Recognizing elder abuse. *Nursing.* 1999 Sep.;29(9):52–3.
12. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A Literature Review of Findings in Physical Elder Abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal.* Elsevier Inc; 2013 Feb. 1;64(1):10–4.

Läs mer!

Blånader och Silverhår. Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor. Socialstyrelsen 2014. ISBN 978-91-7555-132-6.
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-1-4>.

PM för misshandel av äldre
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5966>.



Magnus Häglund

*Sjuksköterska, formgivare, illustratör,
musiker, f.d. Weird Scientist, trebarnsfar.
Exilgotlämning i Gävle.*

SFAM informerar

**Skriv i
AllmänMedicin!**

Välj ditt ämne
själv och kontakta
chefredaktören
chefredaktor@sfam.se.



Apotekare i primärvården enligt Uppsala-modellen

Teamarbete är en grundläggande faktor inom geriatriken som optimerar omhändertagandet av den sköra äldre patienten. I Uppsala har vi förmånen att kunna ha ytterligare en kategori med i det traditionella teamet, nämligen den kliniska apotekaren.

Vad kan då en sådan bidra med och hur använder vi av oss av dem i primärvården här i Uppsala?

Arbetet med läkemedelsgenomgångar av apotekare har en lång tradition i vårt landsting. Redan tidigt 2000-tal startades pilotprojekt på internmedicin och på vårdcentraler. I en senare avhandling visades att läkemedelsgenomgångar i multiprofessionella team kunde förhindra återinläggningar pga. läkemedelsrelaterade problem [1]. Läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden (SÄBO) har förekommit sedan 2007. Till att börja med köptes tjänster från Apoteket Farmaci. Från januari 2012 har landstinget egna kliniska apotekare, för närvarande ca 20 heltidstjänster. De arbetar på länets sjukhus i Uppsala och Enköping, på särskilda boenden och på vårdcentraler. En privat utförare har också anställt en egen.

Läkemedelsgenomgång på SÄBO

Läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden utgör en stor del av primärvårdsapotekarnas arbete och de alternerar mellan olika boenden runt om i länet. Vilka som väljs ut styrs av behov och efterfrågan. Det finns ständigt en väntelista med både offentliga och privata vårdgivare.

"Ronderna blir samtidigt ett utbildningstillfälle och möjligheter till erfarenhetsutbyte mellan teammedlemmarna, vilket brukar vara mycket givande."

Här är apotekarens uppgift att göra läkemedelsgenomgångar på patienter som sjuksköterskan och kontaktpersonen förbereder genom att fylla i formuläret PHASE-20 [2]. De patienter som kan medverka vid ifyllandet av denna skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom. För dem med kognitiv nedsättning används istället PHASE-Proxy. Socialstyrelsen har också nyligen gett ut en mer omfattande checklista.

Läkarens uppgift är att ordinera provtagning (obs njurfunktion!) samt göra en medicinsk undersökning av patienten och därefter ta ställning till apotekarens förslag. Detta görs oftast vid en särskild läkemedelsrond, då flera patienter tas upp och där



Här går apotekare Lotta Grudén igenom PHASE 20 vid läkemedelsgenomgång tillsammans med distriktsläkare Marek Jerwanski och sjuksköterskan Anneli Eriksson på boendet Liljefors torg.

sjuksköterskan och vårdpersonalen deltar. Förslagen diskuteras även med patient och anhöriga i samband med gemensam vårdplanering. Efter gjorda förändringar ansvarar sjuksköterskan för uppföljning av patientens symtom inför senare återrapportering till teamet.

Ronderna blir samtidigt ett utbildningstillfälle och ger möjligheter till erfarenhetsutbyte mellan teammedlemmarna, vilket brukar vara mycket givande. Man kan då diskutera alternativ till läkemedelsbehandling, såsom sjukgymnastik, fysisk aktivitet, nutrition, åtgärder vid ex BPSD-problematik etc. Sjuksköterskorna och vårdpersonalen blir uppmärksamma på nytillkomna läkemedelsrelaterade problem hos sina patienter och det stärker dem också i att deras omvårdnadsarbete och bemötande av



Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre. Behandlingsrekommendationer 2018-2019. Regionala läkemedelsrådet i Uppsala-Örebro och Läkemedelskommittén Region Jönköpings län.

patienterna är viktigt. Detta ömsesidiga lärande märks i det fortsatta arbetet, även efter att apotekaren avslutat sitt uppdrag på boendet.

För patienternas del ger det märkbara resultat. I en studie på ett SÄBO, som var bland de första att ha läkemedelsronder, såg man 30 % minskning av neuroleptika vid tre månaders uppföljning. Effekterna håller i sig på sikt. Det boendet låg lägst i förskrivning av olämpliga läkemedel vid en större genomgång av samtliga SÄBO två år senare.

"Det är roligt och berikande med nya kollegor med annan kompetens som kompletterar den som vi läkare har."

Läkemedelsgenomgång på vårdcentral

Här väljer sjuksköterska eller läkare ut lämpliga patienter (över 75 år och med fem eller fler läkemedel) och skickar även ibland hem PHASE 20 för ifyllande, vid behov med bistånd av anhörig eller distriktssköterska. Därefter ringer apotekaren upp och gör en läkemedelsavstämning per telefon. En fördjupad genomgång lämnas till läkaren inför patientbesöket. Möjligheter till diskussion och utbildning finns då apotekaren tjänstgör på vårdcentralen under sex till tolv månader. Även här riktar man sig till både offentlig och privat vård.

Läkemedelsgenomgång på distans

Apotekarenheten tar emot remisser från både sjukhus- och primärvårdsläkare, oftast med begäran om underlag till mer utförliga läkemedelsgenomgångar. Denna möjlighet finns för de vårdcentraler eller SÄBO som för tillfället inte har någon apotekare på plats. Då gör apotekaren en genomgång av läkemedelslistan med tillgång till datajournal. Studier vi gjort har visat att detta arbete förbättras betydligt av att i förväg få en PHASE 20 och ha ett samtal med patient, sjuksköterska eller annan vårdgivare.



Proaktiv vård av sköra äldre

FÖR DIG SOM ARBETAR I PRIMÄRVÅRDEN



Proaktiv vård. SKL 2018. ISBN 978-91-7585-696-4

Sjuksköterskans roll

Distriktssköterskor och andra sjuksköterskor i öppenvård har mycket viktiga uppgifter vad gäller patienternas medicinering. Vid hembesök kan de få se hur läkemedelshandlingen egentligen fungerar och besvara frågan om individen klarar egenvård eller måste ha hjälp med sina läkemedel. I så fall kan de ombesörja delning av läkemedel i dosett eller dosdispensering. Sjuksköterskan i

hemsjukvården blir kontaktperson, ser till att läkemedelslistorna är aktuella och att recept uppdateras. Sjuksköterskan är den viktiga förmedlande länken mellan vårdtagaren och den ansvarige läkaren. I uppgifterna i hemsjukvård och på SÄBO ingår också att utbilda personal, ge delegeringar och följa upp att läkemedelsrutiner efterlevs.

Vad är vinsterna med teamarbete?

Teamarbetet med läkemedel ger många vinster, varav den viktigaste är ökad livskvalitet för patienterna som får en optimal läkemedelsbehandling. Läkemedelskostnaderna kan också minska.

Vid analys av gjorda läkemedelsgenomgångar ses att det ofta förekommer underbehandling av smärta och hjärtsvikt, vilket innebär att patienten lider onödigt mycket av dessa tillstånd. Hos relativt många ses istället överbehandling, exempelvis en alltför intensiv diabetesbehandling med symtomgivande hypoglykemier som följd. En förbättrad läkemedelsterapi kan medföra minskad risk för akutbesök och sjukhusinläggningar, även det en vinst.

De som har arbetat enligt ovan tillsammans med länets apotekare är genomgående mycket nöjda, vilket har visats i enkäter till kommunens sjuksköterskor och till vårdcentralerna samt rapporterats från både sjuksköterskor och läkare på sjukhuset.

Det är roligt och berikande med nya kollegor med annan kompetens som kompletterar den som vi läkare har. Men – det är vi läkare som bär ansvaret för eventuella ändringar i patienternas läkemedelsbehandling utifrån det underlag som apotekarna kan förse oss med!

Christina Mörk

Specialist i allmänmedicin och geriatrik
Ordförande i Läkemedelskommittén,
Region Uppsala

Mobilt närvårdsteam, Region Uppsala
christina.grzechnik.mork@regionupsala.se



Jäv: Med i framtagandet av både PHASE 20 och Reklista äldre.

Referenser:

1. Gillespie U, Effects of Clinical Pharmacists' Interventions – on Drug-Related Hospitalisation and Appropriateness of Prescribing in Elderly Patients. Uppsala Universitet 2012 <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A483737&dsid=5768>.
2. Symtomskatta med PHASE-20. Region Uppsala <http://www.lul.se/phase-20>.

Läs mer!

Symtomskatta med PHASE-20

<http://www.lul.se/phase-20>

Rekommenderade läkemedel för äldre

http://www.lul.se/lakemedel_och_aldre

Rådet för sköra äldre i primärvården

Vill du vara med?

Medlemmarna i rådet arbetar till vardags på olika sätt med sköra äldre patienter. En till två gånger per år träffas vi, utbyter erfarenheter och bestämmer områden där vi vill påverka vårdens utveckling.

Just nu tar vi fram korta utbildningsfilmer för bl.a. läkarmötet på vårdcentralen. "När doktorn tar av sig skorna" handlar om vård i hemmet och vård i livets slut. Närmast ligger också en uppdatering av studiebrevet om demens. Ett dokument tas fram där vi ur allmänläkarperspektiv beskriver vad som behövs i vården av sköra äldre och äldre med bristande autonomi. När SFAM:s styrelse ber oss lämna vi bidrag till remissvar i frågor som rör denna grupp.

Är du intresserad av att vara med i vårt arbete så hör av dig till sonja.modin@gmail.com eller någon annan i rådet. Namn och e-postadresser hittar du på rådets del av SFAM:s hemsida.

Rådet träffas under SFAM-kongressen på förmiddagen 8 maj. Då är du välkommen att vara med!



Illustration: Annika Andén

Sköra äldre, kognitiv svikt och när livets slut närmar sig

– vad bör jag göra, vad får jag göra?

Om SFAM:s hemsida

Rådet för sköra äldre i primärvården vill utnyttja de möjligheter som ges med SFAM:s gemensamma hemsida www.sfam.se med plats för alla råd och nätverk. På vår del av hemsidan har vi samlat sådant som vi tror kan vara till hjälp. Sidan innehåller allt från officiella dokument med rekommendationer från Socialstyrelsen till tips om stöd och rutiner i det dagliga arbetet.

På sidan finns tips om facklitteratur, artiklar och nationella rekommendationer. Här finns verktyg för demensutredning och hur de används, checklista för vårdplan och läkemedel i livets slut. Länkar finns till sidor med information från Svenskt demenscentrum, Senior alert och Palliativregistret. På Konsument.se finns information som du kan förmedla till patienter och anhöriga.

Skönlitteratur och film är viktiga kunskapskällor. För att få en djupare bild av vad som är bäst för patienten behöver vi den insikt som skönlitteraturen kan ge. Hur upplever patienten det när de drabbas av kognitiv svikt? Hur kan man tänka och känna när livets slut närmar sig? Hur upplever de närstående situationen? Mot den bakgrunden vi har lagt upp skönlitterära böcker och filmer som visar på både glädje och smärta. Sist finns böcker som kan hjälpa till när vi ska prata med barn och försöka få dem att förstå vad som händer.

Stöd och rutiner i det dagliga arbetet. Här har vi lagt in sådant som vi av erfarenhet vet kan vara till hjälp. På många håll finns

Rubriker på hemsidan

- Allmänt om rådet
- Material för kompetensutveckling
- Stöd och rutiner
 - Vid livets slut
 - Värdering av patientens problem, geriatrisk riskprofil
 - Vårdplanering, vårdplan
 - Läkemedel, råd och verktyg
 - Utredning och utvärdering av demens
- Länkar om sköra äldre
- Artiklar
 - Individerna, egna och andras upplevelser
 - Sköra, multistjuka äldre
 - Integrerad vård, teamarbete
 - Palliativ vård
 - Rehabilitering
- Böcker
 - Facklitteratur
 - Skönlitteratur
 - För barn
 - Rehabilitering
- Officiella dokument

bra underlag på hemmaplan. Detta är ett komplement när det som finns tillgängligt inte räcker till. Gå in och titta runt så att du vet vad du kan hitta när du behöver hjälp. Lägg en länk till sidan, eller ladda ner de dokument du tror att du kommer att ha glädje av.

Patienter i livets slut möter vi inte så ofta. Då är det bra med en checklista över vad man ska tänka på och vilka läkemedel som kan behövas. Hur kan vi bedöma om patienten försämrats och kan bedömas som sköra äldre, och därför behöver extra stöd och anpassad vård? Geriatrisk riskprofil är ett verktyg som kan hjälpa till. Här finns också råd och verktyg för vårdplanering och läkemedelsterapi för äldre.

Har patienten utvecklat kognitiv svikt? Hur och varför ska patienten testas och hur kan jag värdera testen? Hur gör jag med patienter som inte är bra på svenska? Vi har laddat ner filmen från Videoteket i Skåne "Kognitiv testning vid utredning av varaktig kognitiv svikt" som besvarar flera av de frågorna.

Titta på den ensam eller tillsammans med dina kollegor! Efter det ligger flera olika tester med informationsfilmer, tester och manualer (t.ex MMSE, MoCA och RUDAS), hämtade från Kunskapscentrum för demenssjukdomar Region Skåne.

Vi hoppas att du kan ha glädje av den här delen av SFAM:s hemsida. Hör gärna av dig om du har tips på sådant som du tycker ska vara med: bra litteratur, checklistor, länkar eller fak-tadokument.

Jäv saknas.

Sonja Modin
Ordförande i rådet för
sköra äldre i primärvården
Stockholm
sonja.modin@gmail.com



Bokrecension

Lisa Genova. *Fortfarande Alice*. Wahlström och Widstrand 2010. ISBN 9789146220206, 9789174291605

Att följa Alice in i dimman

När Alice inte längre kan förklara sina borttappade ord, eller en episod när hon är ute och springer och inte vet hur hon skall komma hem igen, som endast orsakade av dålig sömn, stress, klimakteriet eller depression söker hon sig till sin läkare.

Hon får diagnosen tidig Alzheimer, 50-år gammal.

Vi får sedan följa Alice under 2 år.

Romanen är skriven ur Alice perspektiv. Igenom hela boken får vi känna med Alice, hennes förvirring, hennes vändor, glädje och rädsla. Vi får även följa den övriga familjen och hur de hanterar de nya situationer som de hamnar i.

Hur ändrar sig relationer när någon nära anhörig får en svår kronisk sjukdom? Växer vi närmare varandra eller glider vi ifrån varandra?

Alice hjärna visar hela tiden smakprov på hur smart och klipsk hon är. När minnet sviktar så skapar hon lösningar för sig själv och det är en fröjd att få följa med i hennes tankar.

John, Alice man, reagerar genast med att ta på sig rollen som "den som finner bot", kanske inte så konstigt då han är en vetenskapsman.

Barnen ställs inför frågor: "Är det ärftligt? Har jag ärvt genen? Vad händer nu och om jag får barn?"

Kärleken lyser igenom genom hela boken, hur familjen på många sätt blir starkare men även får sprickor.

Jag vill dela med mig av ett stycke i boken som jag tycker förmedlar så mycket:

"Kom igen nu, vädjade hon och önskade att hon kunde sätta ett par startkablar på huvudet och ge sig själv en rejäl stöt. Hon hade inte tid med Alzheimer idag. Hon hade mail att besvara, ett anslagsäskande att skriva, en lektion att hålla och ett seminarium att gå på."

Sakta gör hon upp en plan för hur hon skall dö när minnet inte längre fungerar.

Hur länge till är Alice fortfarande Alice?



Madelene Hyttring
ST-läkare

Västerstrands Vårdcentral, Karlstad
madelene.hyttring@gmail.com





"Vårt nuvarande sjukvårdssystem kommer att erodera"

Ferdinand Gerlach om digitalisering inom hälsovårdssektorn

Aven rådgivning, utbildningsinsatser och medveten avvaktan måste ersättas, förklarade allmänläkaren Ferdinand Gerlach som också är ordförande i tyska regeringens expertråd för sjukvården. MedWatch hade träffat honom för en intervju och frågade om situationen i det tyska sjukvårdssystemet. Den första delen av intervjun handlade om en analys av den nuvarande situationen. I andra delen beskriver Gerlach vilka förändringar plattformar som Alexa eller Siri kan få i det nuvarande sjukvårdssystemet.

MedWatch: Hur kan man säkerställa att patienterna, förutom mer tid hos läkaren, även i världen runt omkring får tillgång till bra hälsoinformation t.ex. på internet? Det är ju uppenbarligen en fråga du även driver i regeringens expertråd.

Ferdinand Gerlach: Vi vill stärka de försäkrades hälsokompetens, så att de själva kan hitta bättre vägar genom sjukvårdssystemet. Naturligtvis kommer detta alltid att ha begränsningar, komplexiteten är extremt hög och vissa människor inte kan eller vill det, men: vi borde erbjuda det på så bra sätt som möjligt. Vi vet utifrån studier att befolkningens hälsokompetens är utomordentligt begränsad, mycket mer än vad vi som är verksamma inom området faktiskt tror. Vi har många funktionella analfabeter, vi har människor som inte förstår de enklaste sammanhangen, samt att det finns en hel del gammalt kunskap som har gått förlorad. Mormor visste att om barnet har feber lägger man fuktiga omslag runt vaderna ("Wadenwickel") och avvaktar. Idag går en ung orolig mamma ofta direkt till akuten vid 37,3°.

MedWatch: Hur kan man stärka hälsokompetensen?

Gerlach: Den nationella hälsoportalen kan vara ett sätt med t.ex. förklarande videor och riktat stöd för beslutsfattandet. Men avgörande är även målspecifika tillvägagångssätt för skola, dagis, arbetslivet. Man når mindre utbildade personer som inte är internetkunniga. Det har forskats en del här, till exempel, med vilka erbjudanden man bäst kan nå vem. Detta är ett spännande och viktigt tidigare försummat område.

MedWatch: För närvarande hittar patienter på Google allting sida vid sida: information från kvacksalvare bredvid bra information från cancerinformationstjänsten.

Gerlach: Vem ska ändra på det? Algoritmerna från Google kommer vi på nationell nivå inte åt. Jag tror att det finns fler och mer subtila sätt för leverantörer att främja sina intressen. Jag ska berätta en historia för att visa hur det kan fungera: I framtiden kommer människor i allt högre grad att använda språkassistenter som Alexa eller Siri. Då säger de: "Jag har huvudvärk, vad ska jag göra?" Då kommer Alexa att byta till en motsvarande chat-bot som Ada Health, som frågar specifikt: "Är huvudvärken på den ena eller på båda sidorna, tar du mediciner, måste du kräkas, har du även problem med synen?" Beroende på svaret vägs följdfrågan in – till slut kommer ett uttalande som: "Nio av tio patienter med dessa symtom har spänningshuvudvärk".

Då tillägger Ada ett förslag, till exempel: "Vila och drick mycket – om det inte blir bättre, kontakta mig igen. Vi kan även skicka huvudvärkstabletter direkt – med vår premiumservice kommer



MedWatch.de är en sida som drivs av två medicinjournalister med stöd av medicinska experter. Man skannar nätet på falska löften om bot och helbrägdagörelse. Fokus ligger på den "grå" delen av nätet där healers erbjuder sina underverk.

Ferdinand Gerlach är en man med många ämbeten och ansvarsområden. Han är professor i allmänmedicin och arbetar vid Goethe-universitetet i Frankfurt am Main. Sedan 2012 är han ordförande för regeringens expertråd för granskning av vårdutvecklingen. Gerlach var grundare av och styrelseledamot i de tyska nätverken Evidence-Based Medicine och Action Alliance for Patient Safety. Från 2010 till 2016 var han ordförande för Tyska föreningen för allmänmedicin och familjemedicin (DEGAM).

de att vara hos dig inom två timmar.” Sedan gör Amazon Prime en direkt leverans av ett paket huvudvärkstabletter till ytterdörren. Eller så står det: ”Det är fortfarande lite oklart, vi borde rådgöra med en läkare. Ska vi ordna med en videoanslutning till en av våra läkare inom den närmaste halvtimmen?”

MedWatch: Vilken roll spelar läkaren i din berättelse?

Gerlach: Läkaren ser all tidigare inspelad information och kan ställa frågor genom telekonsultation. Minst härifrån kostar det. Läkaren kan då förskriva receptbelagda läkemedel via e-recept – eller skicka dig vidare: ”Ska vi boka en tid åt dig på en av våra center? Kl 15:15, 2,4 km ifrån dig, finns en plats ledig för ett EKG.”

MedWatch: Och sedan?

Gerlach: I det här exemplet ser man att diagnostiken, läkar-kontakten, läkemedelsdistributionen och dirigeringen till specifika centra ingår i en värdekedja – helt utanför de etablerade verksamheterna och myndigheterna. Denna typ av plattformsekonomi, som vi redan känner igen med Uber eller AirBNB, kommer också att finnas inom hälsosektorn. Hittills är det fortfarande svårt – men jag är övertygad om att även vårt befintliga, relativt förändringsresistenta sjukvårdssystem kommer att eroderas, helt enkelt för att människor vill använda dessa tjänster dygnet runt.

”Leverantörer kan med enorma kapitalinvesteringar vara närmare kunden och uppta de bästa platserna – det vill säga genom Alexa i vardagsrummet, på jobbet, i en självkörande bil.”

MedWatch: Ska då telemedicinen etableras skyndsamt i det tyska sjukvårdssystemet?

Gerlach: Frågan är om vem som kommer att gå ut segrande till slut och ta kontrollen. Med plattformsföretag får ”kunden” alla tjänster när som helst och helt integrerade från en enda källa: ”Människor som har köpt detta, ville också ha det här.” Eller: ”patienter som har dessa besvär, ville också använda dessa tjänster”.

I vårt nuvarande sjukvårdssystem finns ännu ingen faktureringsmöjlighet för distansvård. De sjuutton fristående läkarkammarna (jfr handelskammare, red:s anm.) upphäver förbudet mot distansbehandling endast långsamt eller delvis. Det hela sker otroligt långsamt, blockeras delvis, förhindras och förhalas. Samtidigt kommer andra leverantörer som med sin koncentrerade teknik och en massiv kapitalinvestering snart får möjlighet att vara närmare kunden och ockupera de bästa platserna, som med Alexa i vardagsrummet, på jobbet, i självkörande bilar. I Tyskland börjar denna utveckling att dyka upp först nu. På andra ställen kan man redan beskåda delar av dessa värdekedjor live. Jag tror att patienter kan och kommer att genomdriva sina preferenser mycket mer i framtiden än vad som hittills varit möjligt i det förhållandevis rigida systemet.

MedWatch: Det är också ett större problem för många patien-

ter att hitta bra läkare. Ska plattformarna ta hand om denna fråga också?

Gerlach: I framtiden kommer det att finnas omfattande service- och tjänstepaket – till exempel på företag. Plattformarna tillmötesgår arbetsgivarna och erbjuder alla anställda telemedicintjänster dygnet runt – även under arbetstid –, eventuellt i kombination med förebyggande åtgärder. I tider av brist på kvalificerad arbetskraft kan företag på så vis behålla medarbetare, de behöver inte ta ledigt för läkarbesök. Kanske sjunker till och med sjukfrånvaron.

MedWatch: Detta är inte helt fel, eller?

Gerlach: Nej, det är därför det är så realistiskt. I andra länder är det redan verklighet: Kanada kör exakt dessa modeller, även i Schweiz, och nu kommer det till oss. Frågan är: vem vinner? Vilka rekommendationer ger de mig, vilken medicin skickar de, till vilket diagnostik- eller behandlingscentrum remitterar de, vad utför man där?

MedWatch: Hur hanterar läkare detta? Hur är stämningen?

Gerlach: Mitt intryck är att de allra flesta läkare och deras representanter ännu inte har förstått den potentiella omfattningen av denna verkligen disruptiva utveckling. Många äldre håller på att gå i pension – de säger ofta: ”jag vill inte ha något att göra med det här”. De unga är *digital natives*, de är öppna och vill hjälpa till att utforma. Men jämfört med länder som Estland eller Danmark har vi mycket att göra. Dock finns även där utveckling åt fel håll som vi måste bevaka noga.

MedWatch: Vad tänker du på då?

Gerlach: Utöver underskattningen av konceptet av plattformsekonomin finns en överskattning av den nya tekniken: många är lyriska över att man med Big Data och ”artificiell intelligens” får helt ny, unik information – en del säger att man i framtiden inte kommer att behöva läkare för att de, när allt kommer omkring, endast är dåligt programmerade databaser. Här finns ofta ett gravt missförstånd. Om man har mycket data och trålar digitalt efter mönster kommer man definitivt att hitta mycket. Ofta är det emellertid korrelationer som bara simulerar samband, men som inte är inte kausaliteter, det vill säga verkliga orsakssammanhang.

Det är till och med så att man måste befara en reträtt av den evidensbaserade medicinen eftersom det sägs att vi inte längre behöver prospektiva, kontrollerade studier utan enbart artificiell intelligens – *datamining* och *machine-* eller *deep learning* är inte bara fullt tillräckliga, de är ännu bättre.

Om det skulle bli så att prospektiva studier, som kan bevisa vad som fungerar och vad inte, inte längre utförs, skulle det vara ett enormt steg bakåt. Vi skulle skapa en ogenomskinlig kultur av korrelationsbaserad desinformation. Resultaten skulle inte längre vara oberoende reproducerbara. Risken för falska larm och onödig diagnostik och terapi skulle öka dramatiskt.

MedWatch: Men tar inte studier för lång tid om man tänker på att appar ska utvecklas?

Gerlach: Ja. Vi kan inte utvärdera version 1.0 i tre år, då version 6.4 redan finns. Men det finns agila metoder som utvärderar digitala lösningar i en iterativ, kontrollerad design. Vi får inte avstå från att undersöka det faktiska inflytandet som nya tillämpningar har på livskvaliteten och livslängden hos människor. Med all – delvis berättigad – fascination för de nya möjligheterna finns risken att vi glömmar vad det handlar om: vi vill ge bättre sjukvård. Många tekniskt drivna lösningar är bra vid

första intrycket, men i till sist måste man titta på hårda resultat för att se om de verkligen hjälper oss och är kostnadseffektiva.]

MedWatch: Efter alla dessa negativa nyheter finns det också många nya möjligheter, eller?

Gerlach: Definitivt. Om man till exempel tittar på nya rörlighetskoncept, som självkörande bilar och dörr-till-dörrmobilitet, kommer vi i framtiden att kunna erbjuda patienter bra vård överallt. Dels via telemedicin, dels där patienter tas till lokala hälsocentraler – hus- och specialistläkare, sjuksköterskor, palliativvård, sjukgymnastik, apotek. Dessa är telemediskt uppkopplade med andra centra och kliniker. Vice versa går vårdassistenter med telerygsäckar in i husen, mäter på plats och använder sedan en videoanslutning till hälsocentralen. Dessa är exempel på mycket intressanta koncept för framtida sjukvård på landsbygden.

MedWatch: Vad rekommenderar du patienterna?

Gerlach: Varje patient borde också i framtiden ha en läkare som han tryggt kan utbyta tankar med och som behåller överblicken – särskilt om olika medicinska specialister är inblandade – och som skyddar honom från för mycket och fel behandling. Detta

är i regel en bra allmänläkare. För det andra ser patienterna idealiskt sig själva som aktiva medbehandlare och borde informera sig från så oberoende källor som möjligt. Vid allvarliga problem och beslut som kan förändra livet borde de söka en oberoende second opinion och även inkludera husläkaren. Patienter kan och borde i framtiden bättre kunna fatta välgrundade beslut.



Ferdinand Gerlach
Professor

Goethe-universitetet, Frankfurt am Main

Artikeln publicerades i Medwath.de den 13 dec. 2018

*Översättning från tyska: Markus Beland
Jäv saknas.*

Första nationella vårdprogrammet i akut onkologi

”Patienter kommer ofta till primärvården för en första bedömning även under sin aktiva onkologiska behandling. I primärvården möter vi dagligen patienter med något av de 19 tillstånd som vårdprogrammet omfattar, och det är därför viktigt att vi är uppmärksamma på dem och vad de kan ha för betydelse i samband med en cancersjukdom eller onkologisk behandling.” Så säger Gudrun Greim, specialist inom allmänmedicin och onkologi, och medlem i vårdprogramgruppen för akut onkologi.

Personer som har eller har haft cancer kan drabbas av allvarliga tillstånd som kräver akut omhändertagande till följd av sin sjukdom eller behandling. Allt fler cancerpatienter får centraliserade behandlingar långt från sina hem. Vi har därför tagit fram ett vårdprogram som vänder sig till vårdpersonal som möter dessa patienter i andra sammanhang än på den behandlande kliniken.

Vårdprogrammet kan bidra till en mer likvärdig vård i landet genom att ge handfasta råd för just det akuta omhändertagandet. Antalet cancerpatienter ökar eftersom fler insjuknar, samtidigt som fler överlever tack vare alla nya behandlingsmöjligheter.

Det nya vårdprogrammet tar upp 19 olika tillstånd hos vuxna patienter som har eller har haft en cancersjukdom och som drabbas av akuta tillstånd till följd av sjukdomen eller behandlingen, oavsett tumörgrupp.

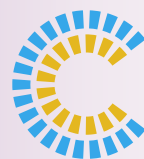
Vårdprogrammet utgår från olika tillstånd istället för klassificerade cancerdiagnoser. Det är värdefullt för primärvården som träffar många patienter med olika symtom utan fastställd diagnos. En styrka i vårdprogrammet är att det är konkret, kortfattat och vägledande.

Exempel på tillstånd som tas upp är vena cava superior-syndrom, hyperkalcemi, hjärnmetastaser/hjärntumörer och ryggmärgskompression.



Magnus Lagerlund

Ordförande vårdprogramgruppen
akut onkologi
Onkologiska kliniken och strålningsfysik,
Länssjukhuset i Kalmar
Magnus.lagerlund@regionkalmar.se



**REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN**

Vårdprogrammet finns publicerat på
Regionala cancercentrum i samverkans hemsida.

www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/overgripande-kunskapsstod/nationellt-varldprogram-akut-onkologi/

"I glesbygden vill jag stanna"

En ung läkares erfarenheter

Utsikt från Hallstaberget.

Foto: Anna Westman

När jag först satte min fot i glesbygden visste jag att här skulle jag stanna. HR-chefen som skulle möta upp mig mitt i smällkalla vintern på Sollefteå sjukhus strax före julaf-ton hade offrat sin fritid för att kunna ta emot mig på AT-intervju. Jag kände mig bekräftad som person när någon tyckte att jag, en oerfaren läkarkandidat som pluggat i Göteborg, var värd den mödan.

Hon visade mig snabbt runt i de tomta lokalerna. Alla var hemma på juldighet. Alla utom vi och några tappra jourande invid julgranen på akuten. På tjugo minuter hade vi mer eller mindre sett hela sjukhuset, Sveriges minsta akut-sjukhus. Här skulle jag nu göra min AT.

Det var mysigt, alla kände alla. Korta kommunikationsvägar och karaktärsstarka men ändå trevliga överläkare gjorde att jag inte kunde annat än charmeras av de gröna 70-talsväggarna i kulvertarna.

På min första dag som AT blev jag, innan jag ens börjat jobba, vittne till en ung tjej som svimmade i entrén och hur all sjukvårdspersonal som såg genast sprang dit för att hjälpa. Att bevittna hur självklart och smidigt denna räddningsinsats gick fick mig att förstå att jag kommit till ett sjukhus där man verkligen samarbetade. Här visste man om och värderade högt goda relationers betydelse för en god och patientcentrerad vård. Jag förstod att jag, som nyexaminerad läkarkandidat på min första dag som AT, hamnat på ett sjukhus där man får lära sig att hjälpa varandra.

På Sollefteå sjukhus fick man växa upp snabbt. Jag kastades in i situationer som jag kanske inte alltid var helt bekväm med men var tvungen att lära mig, självklart under handledning. Jag hade många patienter på akuten, jag assisterade på urakuta kejsarsnitt, jag var första läkare på plats vid hjärtstopp och jag var till och med ombedd att defibrillera i skarpt läge (under handledning). Livet som jourande AT-läkare var hårt, men i slutändan var det alltid gemenskapen bland kollegorna och glesbygds-moralen som fick mig att må bra igen. Man kände sig som hemma i den här familjen när man i grund och botten var en ung tjej från en liten by i södra Dalarna.

Slutet av min AT blev stormigt. Man lade ner stora delar av sjukhuset, inklusive BB. Jag såg både kollegor och övrig personal sörja, vara frustrerade, gå in i

väggen. Människorna i Ådalen gick ut på gatorna och demonstrerade. I allt detta kaos var jag tvungen att bestämma vilken ST jag skulle fortsätta med.

Mitt största problem i det valet var att jag gillade både akutmedicinen, allmänmedicinen, intensivvården, palliativvården och kvinnosjukvården. Jag hade under AT blivit lite omnipotent och fäst vid allt för mycket. Kanske ville jag också kunna se ett sammanhang i samhället, med vården som bara en del av lösningen på patienternas problem. Detta då jag anade att patienternas problem inte sällan var större än vad jag själv kunde greppa utifrån ett medicinskt perspektiv.

Jag råkade få information om glesbygdsmedicinsk profil på ST i allmänmedicin under slutet av min AT och förstod att det erbjöd exakt det övergripande innehåll jag ville ha, utan att förlora



Sollefteå sjukhus 14 oktober 2017 vid 19.30-tiden, på väg hem från en primärvårdsjour på akuten.

Foto: Anna Westman

kontakterna och det fina samarbetet. Jag började min ST i Kramfors på hälsocentralen där, men blev senare en del av den kooperativt medborgarägda Vårdcentralen Sollefteå Centrum. Här började så småningom alla allmänmedicinare i hela Ådalen jobba. Gemensamt försökte vi ta upp den arbetsbörda som hopade sig i primärvården när slutenvården stängdes ner och kommunikationerna med resten av länets slutenvård blev sämre.

"Kanske ville jag också kunna se ett sammanhang i samhället, med vården som bara en del av lösningen på patienternas problem."

Självklart gick det inte vägen pga. av för hög vårdtyngd och för låg kapitering utan något annat stöd. Men som glesbygdsmedicinare har jag ändå trivts extremt bra. Jag inspireras av att se hur svåra patientproblem kan lösas genom kommunikation i ett större vårdteam, där både kommun, primärvård och slutenvård alla är delaktiga. Även mindre sammanhang, som att t.ex. behandla flera individer i samma familj, kan lösa patienters problem snabbare och effektivare än att bara se till en enskild individ.

Jag skulle kunna skriva många, många rader om hur romantiskt och trivsamt det är att jobba i glesbygden eller flera böcker om den gemenskap med alla jag upplevt på vårdcentralen. Den kan jag inte längre vara utan. Men huvudsaken med glesbygdsmedicinen är inte romantiken eller gemenskapen, utan det är ett sätt att jobba och ett sätt att tänka på. Det är att som allmänmedicinare våga bli störd, våga sticka ut hakan utanför det lilla rummet, våga prata med andra, våga lyfta blicken och vara kreativ i sina lösningar på patienternas hälsoproblem.

För patienternas skull lär vi oss en patientcentrerad vård, oavsett om vi är specialister i allmänmedicin, glesbygdsmedicin, internmedicin, kirurgi eller akutsjukvård. Det är för patienterna vi är här och det är deras hälsa och resa genom vårdsystemet som ska sättas i första rummet. Det är för mig svårt att förstå att vi ändå, trots samma mål, har fått en vårdkvalitet som skiljer sig så radikalt.

För vårdtyngd delat med resurserna man har ger vårdkvaliteten. Och det är enligt WHO:s artikel 12, en mänsklig rättighet att ha tillgång till en närvarande, tillgänglig, acceptabel vård av god kvalitet [1].

Som glesbygdsläkare ser jag det därför inte bara som mitt uppdrag att sprida kunskap om hur en glesbygdsmedicin bedrivs utan också föra fram kunskapen om hur stora skillnaderna kan vara när det kommer till vårdtyngden i glesbygden, för att på detta sätt belysa vikten av ett större samarbete.

För samarbete krävs ärliga och ödmjuka organisationer som är villiga att inse och acceptera våra olikheter, organisationer som kan jobba tillsammans med de resurser vi har.

Därför tror jag, trots att vår vårdcentral nyss gått i konkurs, att vi egentligen har de resurser vi behöver. För att det ska fungera kommer vårdgivare i framtiden bli tvungna att hjälpa varandra. Att börja sin karriär på ett sjukhus där man får lära sig att hjälpa varandra borde, oavsett om man ska bli undersköterska, sköterska, läkare eller chef, vara obligatoriskt.



Anna Westman
ST-läkare i glesbygdsmedicin
Sollefteå
anna.westman.89@gmail.com

Referens:

1. Human rights and health. WHO 29.12.2017
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Välkommen på Glesbygdsmedicinsk konferens i Borgholm 14–16 maj!
www.glesbygdsmedicin.info



AllmänMedicin gratulerar



Årets avhandling 2018

SFAM:s forskningsråd har utsett årets allmänmedicinska avhandling 2018. Av 15 avhandlingar valdes avhandlingen "Evaluating benefits and harms of screening – the streetlight effect?" av Minna Johansson.

Motivering: Minna Johansson har med vetenskaplig noggrannhet granskat screening av malignt melanom och buk-aortaaneurysm. Det är viktiga forskningsområden som berör folkhälsan och allmänmedicin. Vidare har hon i sin avhandling fört ett välgrundat resonemang kring fördelar och nackdelar med screening.

Minna Johansson arbetar som specialist i allmänmedicin på Närhälsan, Herrestads vårdcentral i Uddevalla. Efter disputationen fortsätter hon arbeta halvtid med forskning inom Cochrane Sverige. Hon är ordförande för Svensk Förening för Allmänmedicins råd för hållbar diagnostik och behandling och medlem i Junior Research Committee för "Preventing Overdiagnosis", en internationell konferens.



Anna Nager
anna.nager@bbm.bonnier.se

För att vara bra chef behöver man inte vara bästa klinikern

Man behöver inte ha någon lång klinisk karriär bakom sig för att bli chef för en vårdcentral. Men man måste gilla att ta ansvar, förstå hur verksamheten fungerar och lyssna på sin personal. Det skadar inte om man har med sig några tidigare erfarenheter av ledarskap. Det säger underläkarna Puja och Anousheh Abar som är syskon och sedan ett år driver en vårdcentral i Stockholm tillsammans.

Mottagningen Sjästad öppnade 2001. När den för något år sedan skulle överlämnas var det ägarnas önskan att syskonen Abar skulle ta hand om verksamheten. Anousheh, som då hade påbörjat sin ST i allmänmedicin blev VD och Puja verksamhetschef. Ett nytt ägarpar som stack ut en del, inte minst med tanke på sin ålder. Men de visste vad de gjorde.

– Våra föregångare lämnade över ett väldigt fint arv till oss, de var oerhört en-

gagerade i driften av vårdcentralen och tog väl hand om medarbetare och patienter, säger Anousheh. Därför har kulturen och arbetsmiljön här fått leva vidare. Men vi har också rekryterat, och nu har vi ett nytt psykosocialt team på plats.

"Men vi var också medvetna om att arbetsplatsen sedan länge har en egen kultur och ett inarbetat arbetssätt."

Personalen på mottagningen tycks se enbart fördelar med det unga ledarskapet som ska lyfta verksamheten in framtiden. Enligt Puja är de också nöjda med att två kliniskt arbetande läkare tog över och

inte ett storbolag. Men det gäller att vara lyhörd för personalens åsikter när man kliver in som ny chef.

– Givetvis har man som ny chef och ägare tankar och idéer om hur verksamheten ska utformas och styras. Vi tyckte till exempel att det var angeläget att skaffa ett psykosocialt team. Men vi var också medvetna om att arbetsplatsen sedan länge har en egen kultur och ett inarbetat arbetssätt.

Puja och Anousheh Abar jobbar bra ihop. Några samarbetsproblem har de aldrig upplevt, tvärtom, att dela på arbetsuppgifterna gör att ledarskapet blir mindre ensamt, säger Puja.

Vad var det då som lockade dem att ta på sig ledarrollen? Svaret är samstämmigt, det handlar om en önskan att få vara med i utvecklingen, ta ansvar och vara en del av den svenska hälso- och sjukvården.

– Vi är båda uppfostrade att ta initiativ och ansvar och att få saker och ting gjorda. Och ansvarsbiten mår vi bra av.

Båda har tidigare erfarenheter av ledarskap och säger sig ha haft stor nytta av detta i sina nuvarande roller. Och de upplever att det skapar trygghet.

– En 50-åring som aldrig varit chef tidigare hade nog känt sig väldigt osäker. Visserligen hade ingen av oss varit chef för en vårdcentral, men själva ledarrollen kände vi oss hemmastadda i.

Varken Puja eller Anousheh planerar att göra ledarskaps-ST. De kan se nyttan av det, men de vill hellre utveckla en praktisk ledarskapskompetens genom närvaro i verksamheten.

Måste man arbeta kliniskt som vårdcentralchef? Ja, säger Anousheh, för man glömmer hur det känns att jobba om man bara administrerar och för att leda måste man förstå verksamheten.

– Jag har ju lättare att förstå mig på läkarnas problem än sjuksköterskornas. Och för att förstå sjuksköterskorna bättre utför jag deras sysslor när det behövs. Då får jag känna på den stress de utsätts för när det ringer tio patienter på en gång.

Idag har många läkare lång klinisk karriär bakom sig innan de blir befördrade



Anousheh Ghamari Abar

29 år. Läst läkarprogrammet på KI. AT i Köpenhamn och arbetat ett år som läkarvolontär i Bangladesh och Rohingya-lägren. Under läkarstudierna varit verksamhetschef för Stiftelsen Låxhjälp, en organisation med 150 anställda. Nu VD för Mottagningen Sjästad. Företaget ägs tillsammans med brodern. Sedan två år ST-läkare i allmänmedicin.

Puja Abar

26 år. Läst läkarprogrammet på KI. Universitetsstudier i ekonomi. AT/legitimerad läkare. Grundat ett företag som arbetar mot kommuner och privatkunder med utbildning för seniorer i vardaglig teknik. Sedan ett år verksamhetschef på Mottagningen Sjästad. Företaget ägs tillsammans med systemen.



Puja Abar (t.v.) och Anousheh Ghamari Abar.

Alla foto: Gösta Eliasson

till chef. Puja Abar tycker att det borde vara annorlunda.

– Klinisk erfarenhet är naturligtvis värdefullt, men det är inte avgörande för att man ska förstå primärvårdens uppgift, dess funktion och dess utmaningar. Att vara chef med personalansvar kräver helt andra förmågor än klinisk skicklighet. Om man är den bästa kirurgen på sjukhuset ska man nog fortsätta arbeta som kirurg.

Läkarrollen är byggd för ledarskap, och det finns fördelar med att det är en läkare som är chef, säger Puja. Det beror

på att läkaren har det slutliga medicinska ansvaret och att man som läkare förstår vårdkedjan i sin helhet. Dessutom har läkaren det övergripande perspektivet när vårdcentralen kommunicerar utåt och det blir lättare att tolka utvärderingsresultat och att prioritera.

"Visserligen hade ingen av oss varit chef för en vårdcentral, men själva ledarrollen kände vi oss hemmastadda i."

Men man får absolut inte glömma de andra professionerna, tillägger Anousheh. – Sjuksköterskor och läkare är grundpelare i vården, men med olika uppgifter. Om rollerna inte är tydliga och accepterade kan det uppstå motsättningar.

Hur kommer då framtiden att se ut? "Framåt" innebär för Puja och Anousheh Abar att stanna kvar på mottagningen och utveckla verksamheten. Och de ser gärna att vårdcentralen expanderar.

– Vi har inget emot att växa. Vi vill vara bättre än andra vårdcentraler och folk ska tycka att vi gör ett bra jobb. Om de väljer oss och får oss att växa så är det tecken på hög kvalitet.

Är det någon skillnad mellan att leda en privat och en offentligt driven vårdcentral? Puja Abar är pragmatisk och menar att alla måste göra det bästa möjliga med de förutsättningar som finns.

– Som vårdgivare i privat drift har vi att följa lagar och avtal, men därutöver är det upp till oss som är privata att utforma vården, vi är inte beroende av någon högre chef. Visst kan spelplanen förändras och landstingen kan kritiseras för att dom ändrar på saker i onödan, men alla vill ju göra gott, och det finns inget landsting som vill försämra vården. Det är så man får tänka.

En god arbetsmiljö och hög trivselsfaktor är a och o på Mottagningen Sjästad. Anpassningsbarhet och flexibilitet ingår i värdegrunden och det ger personalen ett ovanligt stort mått av självbestämmande.

– Har en patient suttit och väntat ovanligt länge på drop-in mottagningen så stannar vi kvar, även om det råkar vara lunchdags. Vi försöker också anpassa oss efter individuella önskemål. Läkarna lägger upp sina egna rutiner för tidboken. De väljer om sjuksköterskan ska boka in patienterna eller om de gör det själva. Vi är också mycket noga med att tillgodose ledighets- och semesterönskemål så att alla blir nöjda.

Slutligen några råd från Puja och Anousheh till den som är nyfiken på att ta ett chefsjobb:

- Du bör aldrig känna dig tvingad att bli chef.
- Du bör gilla att ta ansvar, vara nyfiken och ha ett generellt intresse för människor.
- Det är aldrig för sent att ta på sig ledartröjan – och aldrig för tidigt.
- Teorier i all ära, men du lär dig främst genom egen erfarenhet.



Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Jäv saknas.

Artikeln publiceras även i Moderna Läkare 1-2019.

Mottagningen Sjästad
Ingår i vårdvalet och är en privat driven vårdcentral i Stockholm som ägs gemensamt av syskonen Abar. Startade 2001 och har idag 7 600 listade med en 5-procentig ökning senaste året. Fem fast anställda läkare inklusive ST-läkare.

"Arbete är bra för hälsan"

Rapport från konferens om sjukskrivningar

Nationellt försäkringsmedicinskt forum, NFF, ordnade 13 november 2018 en konferens med rubriken *Återgång i arbete vid sjukskrivning*. Konferensen samlade närmare 400 personer från Försäkringskassan, sjukvården, fackförbund, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, SKL med flera. Programmet bestod av en blandning av gemensamma föreläsningar och paneldebatter blandat med valbara seminarier.

Den inledande föreläsningen hölls av Eva Vingård, professor emerita i arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet. Rubriken var *Hur får vi ett hållbart inkluderande arbetsliv och en stabil sjuk-*

frånvaro? Hon valde att kondensera sin klokskap och erfarenhet till tio budord:

1. Arbete är generellt bra för hälsan.
2. De arbeten som inte är bra för hälsan ska reformeras.
3. Främjande hälsoarbete och prevention är att föredra, och dessutom är det lönsamt.
4. Ta vara på seniorerna.
5. Gör övergången mellan yrken rimlig och exit från arbete värdig.
6. Problemlösning är det första och viktigaste steget för att komma åt stress.
7. Om målet med rehabiliteringen är återgång i arbete är direkt och tidig kontakt med arbetsgivare nödvändig.
8. Inför positiva skyddsronder, med fokus på det som fungerar bra.
9. Finslipa den goda administrationen och skrota den dåliga.
10. Lite civil olydnad mot tokerier skadar sällan.

Tänkvärda råd både i patientarbetet och när det gäller vår egen arbetsmiljö!

I ett seminarium med rubriken *Är vi på väg mot ett intygssamhälle?* fördes en paneldiskussion under ledning av Emma Spak, SKL, kring vilken information som egentligen är nödvändig i intyg. Önskan är att alla myndigheter och instanser som begär intyg ska skilja mellan *need to know* och *nice to know*.

Arbetsförmedlingens representant in-formerade om att de under 2019 kommer att börja använda egna intygsunderlag och inte längre använda Försäkringskassans blanketter. När de önskar information om hälsotillstånd för att kunna anpassa / matcha arbeten för arbetssökanden med hälsoproblem kommer intygen dessutom att vara professionsneutrala, dvs. det blir upp till vården att avgöra vilken profession som är bäst lämpad att skriva intyget.

För alla som ibland är frustrerade över sjukskrivningsprocessen kan det vara av värde att veta att det pågår två separata utredningar om denna. Dels en mindre kring *begreppen normalt förekommande arbete samt särskilda skäl vid bedömning av arbetsförmåga*, dels en större som ska se över hela sjukskrivningsprocessen.

Om den senare kan man läsa på www.sjukskrivningsprocessen.se.



Eva Vingård.

Foto: Annika Larsson

Annika Larsson
Kåge-Morö backe
vårdcentral,
Skellefteå
T.f. ordförande, SFAM
annika.larsson@sfam.se



Niels West får sitt pris från Erik Torell.

Allmänläkare får infektionspris

Niels West vid Edsbyns hälsocentral, region Gävleborg har tilldelats Gävle



AllmänMedicin gratulerar

Infektionsläkareförenings pris 2018 för extraordinära insatser inom området infektionssjukdomar.

Motivering: Niels West har under mer än tio år på eget initiativ systematiskt utbildat läkare i början av sin yrkesbana om korrekta indikationer för antibiotika i öppenvård samt om sambandet mellan felaktig och överanvändning av antibiotika och uppkomst av antibiotikaresistens. Han har kopplat samman studier och forskningsre-

sultat med konkreta patientfall från sin egen verksamhet och skapat engagemang bland en stor grupp yngre läkare. Niels West har deltagit aktivt i det lokala STRAMA-teamet med målet att få till en rationell användning av antibiotika och minska risken för uppkomst av antibiotikaresistens. Hans arbete har med stor sannolikhet bidragit till de goda resultat Region Gävleborg kunnat uppvisa under senare år med sjunkande antibiotikaförbrukning i öppen vård. Prissumman är 10 000 kr.

Annons

Annons



Med mentorn på axeln

Att bli utvärderad efter år i yrket

Vad är det egentligen att vara en bra allmänläkare? Och hur bra är just jag?

Man har gått lång utbildning och känner sig kompetent. År börjar läggas till år. Man vidareutbildar sig flitigt, blir erfaren och tror sig själv om en hel del.

Men ändå: När blev jag senast sedd i min yrkesroll? När fick en annan erfaren kollega chans att se hur jag arbetar och ge en sakkunnig bedömning? Tänk om det finns sådant som jag gör som trots alla år skulle kunna förbättras. Och om man kunde få ett kvitto på att man duger.

Efter många år i yrket är det inte märkligt om man ibland tvivlar på sin förmåga. Fortbildning till trots är det en hel del år sedan man blev specialistkompetent. Mycket kan ha hänt som man gått miste om, trots att man tycker sig hänga med. Nybörjare har sin naturliga osäkerhet, men sådant kan drabba en när som helst i karriären.

Jag trivs utmärkt i mitt yrke och konsultationen är något av det bästa jag vet. Jag får tacksamma kommentarer av patienter, jag läser tidskrifterna, jag har bra dialog med alla personalgrupper och går på viktig fortbildning. Jag är dessutom examinator och Mitt-i-ST-värderare. Så jag tvivlar inte i grunden på att jag duger som doktor. Men det har länge funnits en undran.

Det började för många år sedan, efter att jag hört talats om ASK, *Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog*. Det beskrevs som att få en erfaren kollegas synpunkter på om jag duger, om jag är *good enough* kunskapsmässigt medicinskt och i konsultationen med patienten. Bevekelsegrunderna fanns där: Det vore spännande att bli värderad, om inte annat så av personliga skäl. Det borde också kunna bli en trygghet för dem som jag ska värdera eller examinera – som ett slags varudeklaration.



Hur bra är jag egentligen i min yrkesroll som allmänläkare? Under några intensiva veckor i fjol utredde Gunilla Byström sin adept Gerd Carlsson Ahlén för att ge svar på frågan.

Vad är ASK?

ASK – allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – är en form för kompetensvärdering för erfarna allmänläkare. ASK är ett sätt att stärka sin professionella utveckling genom att värdera den egna kompetensen i dialog med en kollega. ASK bygger på de moment som ingår i specialistexamen och Mitt-i-ST men är anpassat för den erfarna allmänläkaren.

Är du intresserad av ASK?

- Läs mer på hemsidan. Där finns också kontaktuppgifter. sfam.se/foreningen/rad/kompetensvarderingsradet/#ask
- Läs i *AllmänMedicin* nr 4-2017, sid 19: "ASK – att bygga fortbildning på kunskap om vad du redan kan."
- Besök ASK-disken på kongressen!
- Frågor och intresseanmälan: Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com.

Under SFAM-möten och kongresser kretsade jag runt ASK-montern utan att kliva in. Inte förrän i Karlstad 2017. Där blev jag tillfrågad av Robert Svartholm, momentansvarig i SFAM:s Kompetensvärderingsråd, om det ändå inte var dags att göra ASK nu? Då blev jag överrumplad eftersom jag länge tänkt att "tåget hade gått". Jag var i slutet av min karriär, men mina gamla funderingar väcktes till liv. Dessa funderingar lämnade mig inte i fred.

Den tidigare ambivalensen rörde sig kring om jag skulle hinna med detta tillsammans med heltidsarbete, några extra uppdrag och dessutom lite rädsla: "Tänk om jag inte duger kunskapsmässigt?". Sådant hade avhållit mig. Slutligen samma höst tog jag beslutet efter stöd av en klok kollega som sa: "Gör det, jag hör att det är detta du vill".

ASK-seminariet i oktober 2017 blev starten. Jag valde min ASK-mentor, Gunilla Byström, en erfaren värderare, klok kollega och ingående i Kompetensvärderingsrådet. Vi satte igång enligt den modell som gäller för ASK, utarbetad sedan år 1989.

När man "ASK:ar sig" skall man välja några moment ur en meny med tio förslag. Vilka man väljer bestämmer man själv, men ett resonemang med mentorn kan vara välbehövligt.

Video är ett viktigt verktyg. Jag spelade in några konsultationer som skickades till Gunilla tillsammans med självvärdering, dvs. vad jag själv tyckte var bra och vad hade jag velat göra annorlunda. Gunillas uppgift var att bedöma såväl det medicinska innehållet som min konsultationsteknik. Utöver video skrev jag arbetsdagbok i två veckor, med reflektioner runt möten med patienter, arbetskamrater, rutiner mm.

I lugn och ro skapade jag en CV blandad med minnen och intryck av kolleger som betytt något särskilt, både bra och



ASK-seminarium i Stockholm november 2018. Gunilla Byström och Gerd Carlsson Ahlén berättar om sina erfarenheter. Till vänster Robert Askholm, till höger Tina Nyström-Rönnås och Ulf Måwe. Foto: Ingrid Eckerman

mindre bra. Gunilla ville ha en examinersrapport och en Mitt-i-ST-rapport från tidigare. Två FoU-artiklar om konsultation som jag skrivit bifogade jag. Jag dokumenterade hur jag skött och sköter min fortbildning. Utöver detta beslöt jag att göra specialistexamenskrivningen för det året. Hur skulle jag annars kunna vara säker på och visa min medicinska kompetens? Under den här perioden kommunicerade Gunilla och jag via e-post. I tidsplanen låg också en praktikdag då hon skulle sitta med.

"ASK är också till för att berätta allt bra man gör. Det är detta som man är mest svältfödd på."

Tidsmässigt tog hela processen cirka ett halvår. Samla material och skriva rent anteckningar gjordes under obetald arbetstid. Eftersom syftet var gott och ämnet spännande så kunde jag disponera några kvällar och ett antal helgtimmar utan att det kändes betungande. Inom ASK bestämmer man själv tempot för de olika momenten i dialog med sin mentor, men det ska inte vara någon stress!

Att ta mig tid till dokumentation med CV och arbetsdagbok var givande. Så mycket händer som passerar utan att vi hinner reflektera lite djupare. Alla de kurser man gått, de arbetsplatsbetyg man fått. Saker man skrivit i olika frågor, med

Det speciellt värdefulla med att vara ASK mentor denna gång var att få följa Gerd från tvekan till beslutsamhet. Därefter kom en målmedveten process som löpte mellan svårigheter och glädjeämnen. Praktikdagen var som vanligt kronan på verket. Den goda känslan vi hade när det hela var klart värmer fortfarande.

Gunilla Byström

gulnade kopior som man aldrig tittar på. Det är stimulerande att bläddra bland sådant i sin historia och påminna sig. Den chansen fick jag nu.

Vidare fick jag se mig själv i några videospelningar. Genom det verktyget fick jag värdera det jag gör i konsultationen och på det få Gunillas reflektioner som var mycket detaljerade. Det uppskattade jag verkligen!

Det allra mest spännande var förstås praktikdagen, en tisdag i mars. Detta hade jag aldrig upplevt förut: en kollega som sitter med mig en hel förmiddag och sedan ägnar flera timmar åt diskussion med mig om hur hon tycker jag arbetar. På det en mycket detaljerad skriftlig rapport fylld med reflektioner!

Det är med viss bävan man tar emot en sådan utvärdering. Visst finns det saker som behöver slipas på. Men genom en sådan här bedömning blev jag klar över precis vad det är jag ska ta tag i. Gunilla pekade på just det jag själv känt inte var så bra. Sedan är väl inte den mentor född som inte också ger beröm. ASK är också till för att berätta allt bra man gör. Det är detta som man är mest svältfödd på. Saker man missat får man klart för sig under sin karriär. Kritik brukar inte vänta på sig. Men detta: att en kompetent och erfaren kollega säger rent ut att detta och detta är du jättebra på. Oh, vad sådant värmer!

ASK innebär funderingar för framtiden. Man får veta inom vilka fält man behöver fortbilda sig, i vilken ordning detta bör ske och i vilken takt. Förutom de dokument som rör hur man fungerar får man med sig en plan till stöd för framtida beslut – ett inspirerande och lustfyllt dokument även det. Nu är det med en extra känsla av att vara godkänd som jag möter mina examinander. De vet att jag själv genomgått det de är med om.

Dagen efter att Gunilla och jag skilts åt åkte jag till jobbet som vanligt. Det blev en onsdag med delvis nya förtecken, fylld av lust och energi till fortsatt utveckling.

Gerd Carlsson Ahlén
Senast på Avestahälsan
gerd.ahlen@gmail.com





Förutsättningarna för ASK

Frågorna ”vilka är förutsättningarna för ASK? Vad behöver vara uppfyllt för att två personer ska kunna genomföra en ASK?” ställdes av Ingrid Eckerman, chefredaktör för AllmänMedicin.

Så här tänker jag:

1. Kan ASK vara ett sätt att klara sitt läkarliv utan att slitas ut?
2. Att klara det på ett konstruktivt sätt?
3. Att bevara dig själv för att du blivit sedd och förstådd av en like?
4. Att göra något gott av de nuvarande förutsättningarna?
5. Att förstå dem bättre genom att du inte är ensam?

Kärnfrågan är att bli sedd. Att våga låta dig bli sedd. När du tagit steget får du kraft.

Du ser dig själv och värderar dig i relation till dina mål: att vara en tillräckligt bra allmänläkare.

Att överleva i dag – att överleva och må bra på längre sikt. Samtidigt som du verkar inom allmänmedicinen. Du måste klara dig i en ny och tuff verklighet. Du måste förstå denna

verklighet. Det gör du bäst tillsammans med en som ser dig i verkligheten. Då blir din framtidsplan realistisk och hållbar.

Du som är handledare ser vilka mål dina ST-läkare måste uppfylla enligt målbeskrivningen. I vilken grad uppfyller du dem själv? Vilken fortbildning behöver du? Hur ska du planera för de kommande åren? Din ASK, din självvärdering i kollegial dialog, hjälper dig att finna svaret!

Slutsats:

1. Ja, ASK kan vara ett sätt att klara ditt läkarliv utan att slitas ut!
2. Du kan klara det på ett konstruktivt sätt!
3. Du kan bevara dig själv för att du blivit sedd och förstådd av en like!
4. Du kan få hjälp att göra något gott av de nuvarande förutsättningarna!
5. Du kan förstå dem bättre genom att du inte är ensam.

Gunilla Byström

Kompetensvärderare i SFAM

Domsjö

gunilla.bystrom@planningtools.se

Vecka-3-kurs i kompetensvärdering

Tjugo specialister i allmänmedicin samlades på Stjärnholms slott i Sörmland 14–16 januari 2019 till kurs i kompetensvärdering tillsammans med tio medlemmar i SFAM:s kompetensvärderingsråd. Med i lärargruppen i år var även Carl Edvard Rudebeck, professor emeritus i allmänmedicin, välkänd för många SFAM-medlemmar. Kursen hålls varje år i vecka 3 och ger utbildning i kompetensvärdering för Mitt-i-ST-värderare, examinatorer för specialistexamen, studierektorer och handledare.

Det blev tre inspirerande dagar med engagerade deltagare i alla åldrar — några tämligen nyblivna specialister, några mitt i karriären, och inte minst flera snart pensionerade kollegor som såg fram emot att ägna sig åt uppgiften som kompetensvärderare när de trappar ned eller slutar med mottagningsarbetet.



Vecka 3-kursen 2019.

Foto: Karin Lindhagen

Vi gick igenom instruktionshandlingarna för vad Mitt-i-ST och specialistexamen omfattar och vad ST-läkarens portfölj ska innehålla. Vi testade att bedöma svar på frågor i skriftliga provet i examen. Vi läste en examensuppsats och diskuterade hur man bedömer allmänmedicinsk relevans och vetenskaplig kvalitet, och hur examinator kan få hjälp med det. Vi gick också igenom hur man skriver rapport till ST-läkaren efteråt och hur man kan formulera sin bedömning. Det mest omfattande momentet, som upptog nästan hela andra dagen, var att i små grupper träna på att bedöma och ge återföring till ST-läkaren om patientmötet. Och så inspirerades vi av Carl Edvard Rudebecks föreläsning om den allmänmedicinska relationskompetensen, vad den är och hur den kan bedömas. Mellan arbetspassen kunde vi koppla av i stiftsgårdens salonger eller promenera i vintervädrat.

Dagarna och kvällarna fylldes av intensiva diskussioner om vår professions innehåll. Att få ägna tid till att fördjupa sig i det var uppskattat av alla. Och listan på aktiva kompetensvärderare som kan åta sig att ge ST-läkare möjlighet att genomföra Mitt-i-ST och specialistexamen har fått ett välkommet tillskott.

Karin Lindhagen

Medlem i SFAM:s kompetensvärderingsråd

Uppsala

karin.lindhagen@sfam.se



Initiativet är vårt!

Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården? Föreläsningar, förväntningar och farhågor?

Kunskaper om den alltmer snabba utvecklingen i vården och i samhället av olika typer av digitala lösningar är viktiga för oss att följa. Kan vi också delta i en systematisk utveckling av verktyg och arbetssätt tillsammans med invånarna kan vi också garantera en högre grad av patientsäkerhet och kvalitet.

SFAM:s Kvalitet- och patientsäkerhetsråd (SFAM-Q) hälsade den 15 november drygt 150 deltagare från hela Sverige välkomna till den 15:e Nationella Kvalitetsdagen på Svenska Läkarsällskapet i Stockholm. Temat för denna dag var just *"Initiativet är vårt! Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården?"* Tolv olika parallella seminarier och workshops och sex storsalsföreläsningar genomfördes. Diskussionerna var många och intensiva såväl i samband med seminarierna som på lunchen och i pauserna.

Denna dag riktades uppmärksamheten särskilt mot vilka typer av IT-stöd som finns, vilka som är på gång in i vården och vilka typ av IT-stöd som vi invånare och medarbetare sannolikt kommer att möta den kommande femårsperioden. Det berättades om nya spännande resultat för några av dessa IT-stöd och på vilket sätt de hittills lett till bättre kvalitet, patientsäkerhet och till ett hållbarare arbetssätt.

Årets gästföreläsare *Ilkka Kunnamo*, adjungerad professor i allmänmedicin Helsingfors Universitet, beskrev arbetet med utvecklandet av guidelines och kliniska beslutsstöd. Just nu

arbetar han med Evidence-Based Medicine electronic Decision Support, EBMeDS (www.ebmeds.org) med automatiska påminnelser, interaktiva algoritmer och behandlingsplaner. Han kunde visa hur det i Finland gör arbetet enklare för den enskilde distriktsläkaren genom att förenkla vardagen och säkra att ny och aktuell evidensbaserad kunskap alltid finns tillgänglig i arbetet med patienten.

Gudrun Greim, verksamhetschef, medicinsk rådgivare, Närhälsan VGR, *Charlotta Larsson Lundholm*, projektledare och *Ulf Österstad*, verksamhetschef BraLivNära, beskrev utvecklingen av regioners och landstings onlinemottagningar och där Närhälsan Online i Västra Götalandsregionen används i allt högre grad av invånarna (det närmar sig nu 20 00 läkarbesök i månaden). Den medicinska kvaliteten sätts i första rummet och skapar nya arbetssätt, såväl för första besök som uppföljande besök. 16 av 21 regioner har eller håller på att införa liknande arbetssätt i primärvården.

För de multisjuka, sköra äldre och de med allvarlig kronisk sjukdom beskrev *Åke Åkesson*, specialist i allmänmedicin och verksamhetschef, Borgholms hälsocentral, det kända Hemsjukhuset i Borgholm. I en pilot med sexton multisjuka hjärtsviktpatienter har dessa med hjälp av trådlös utrustning och en pekplatta i hemmet tagit sina vitalparametrar (puls, pox, blodtryck, temp, vikt) och svarat på en kort enkät varje dag. Äldsta patienten var över 90 år. Resultaten talar för sig själva:



Från vänster Stina Gäre Arvidsson, Rita Fernholm, Eva Arvidsson, Jenny Berggren, Christer Rosenberg.

Foto: Ulf Österstad



Programmet från kvalitetsdagen 2018 och powerpointpresentationer finns tillgängliga på SFAM-Q:s hemsida. Gå gärna in där, ladda ner och visa på läkarnätverksmöten, läkargruppsmöten och på APT:n för vidare diskussioner. SFAM-Q:s hemsida hittas på:

<http://sfam.se/foreningen/rad/kvalitets-och-patient-sakerhetsradet-sfam-q/> eller genom att gå in på sfam.se och skriva sfamq i sökfältet.



inga akutbesök på sjukhuset under fyramånadersperioden den heta sommaren 2018, jämfört med 38 akutbesök under samma period förra året. Det blev betydligt färre läkarbesök samtidigt som det blev fler digitala kontakter med kontaktsjuksköterskan. Patienterna upplevde en större trygghet, den medicinska kvaliteten blev bättre och läkarnas arbete mer hållbart. De drygt 350 000 kr som därigenom sparades åt landstinget i Kalmar borde rimligen komma primärvården till del. Borgholm går nu vidare med att göra detta i en pilot på samtliga 250 hemsjukvårdspatienter i samverkan mellan vårdcentral, Borgholms kommun, ambulanssjukvården och sjukhuset i Kalmar.

Damon Tojjar, ST-läkare i allmänmedicin, medicinsk direktör kliniska studier och digital hälsa, Lunds universitet, beskrev EASY-Diabetes som är Sveriges största e-hälsostudie i primärvården. Studien har nu pågått i över åtta år och man har byggt upp ett AI-verktyg som ständigt "lär sig själv/uppgraderar sig själv" med den information som patienterna matar in. Ju fler värden som matas in via exempelvis en smartphone som fP-Glukos, HbA1c, vikt, läkemedelsdos, styrka etc, desto mer lär sig verktyget och blir på detta sätt allt mer precist i att prognosticera och föreslå monitorering av patientens mediciner och leverne utan inblandning av vården. Vår roll som läkare blir allt mer pedagogens och våra ordinationer underlättas av förslag från verktyget. Invånaren får makten över sin hälsa och får härtill ett dagligt stöd av ett AI-verktyg. Forskningsprojektet har funnits en längre tid och involverar flera vårdcentralers invånare över hela landet.

I tidens anda var den sista storföreläsningen från Storuman med verksamhetschef *Erica From* från sin arbetsplats i Storuman via storbild i direktsändning. Västerbotten har haft tillgång till, och provat ut digitala verktyg, s.k. telemedicin, i mer än 20 år nu. Det var från början av nödvändighet i denna del av Sverige där avstånden till vården, mottagningar och sjukhus, är långa. Principen med användande av videomöten med invånarna, storbildsoverföringar och videokonferenser vid vårdplaneringar, att förmedla aktuella mätvärden på distans och bedöma medicinska besvär, har funnits där i många år. Ericas reflektioner bidrog till att ge ytterligare vinklar på den mångfacetterade bilden av synen på digitala verktyg i primärvården.

Som avslutning på dagen fördelades priset till årets bästa förbättringsprojekt som i år gick till två av de tolv presenterade förbättringsprojekten.

Vi vill rikta ett särskilt stort tack till alla medverkande för de fantastiska och ambitiösa förbättringsprojekt som presenterades och till alla besökare som mötte upp och gjorde dagen möjlig.



Bästa förbättringsprojekt 2018

Bättre hjärtsviktsvård på vårdcentralen Hertig Knut
Anders Åkvist, spec i allmänmedicin, Halland.

Motivering: För ett mycket tydligt förbättringsarbete med fin användning av systematiska förbättringsmetoder. Arbetet har stor primärvårdsrelevans och visar hur vi kan gå till väga för att ta bättre hand om våra hjärtsviktspatienter. Strålande arbete!

Sömnmedel och hur vi blev av med dem – nästan
Jennifer Mikosch, specialist i allmänmedicin och

medicinsk ansvarig läkare, *Katarina Jervelind*, distriktsköterska och basenhetschef, båda på Norrlidens HC, Kalmar.
Motivering: För ett fint arbete med stor relevans. Ni har med struktur åstadkommit en mycket påtaglig minskning av förskrivningen av sömnmediciner. Imponerande!



Christer Rosenberg
rosenberg.christer@outlook.com



Eva Arvidsson



Rita Fernholm



Katarina Jervelind och Jennifer Mikosch.

Foto: Ingrid Eckerman

SFAM-Q – SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd



Att förlösa berättelser och slösa med samspråkandet

Referat från medicinsk humaniora-konferens i Växjö

”Berätta för livet! En konferens om narrativ medicin och personcenterad vård” anordnades 13–14 november 2018 i Växjö av Region Kronoberg och Linnéuniversitetet genom samarbetsprojektet Hälsa, humaniora och medicin.

Närmare 300 deltagare samlades till en mycket lyckad konferens. Inget arrangemang av samma storleksordning och bredd inom ämnesfältet har tidigare hållits tidigare i Sverige. Medicinsk humaniora inbegriper bland annat helhetsperspektivet på vård och hälsa, medicinsk etik, kunskapssyn, socialmedicinska frågor, sjukdomsbegrepp, berättande och tolkande, och professionell hållbarhet.

Korsbefruktande och tvärdisciplinärt

Programmet var genomtänkt tvärprofessionellt och tvärvetenskapligt. Kliniska och vetenskapliga perspektiv från medicin och vårdvetenskap fick möta perspektiv från teologi, litteraturvetenskap, lingvistik, antropologi, filosofi, historia och konstvetenskap. Programmets karaktär lockade en brokig skara åhörare, varav åtskilliga allmänläkare. En del administratörer syntes också i publiken. Det blev en smältdegel av möten med kontaktytor mellan akademi och praktik.

Professionell hållbarhet var ett genomgående tema. Professor Deepthiman Gowda talade under rubriken *”Finding meaning on one’s work”*. Han är verksam vid Columbia University, känt för verksamheten inom narrativ medicin. Gowdas utgångspunkt var den oroväckande ökningen av utbrändhet bland vårdens professionella både i Sverige och i USA. Han menade att en viktig faktor är att känslan av mening med arbetet har gått förlorad för många, och att reflektioner med utgångspunkt i eget skrivande, litteratur och konst kan hjälpa till att hålla fokus på det meningsfulla i mötet med patienterna: att se, lyssna på, och bevittna patientens upplevelser.

”Utan tvivel är man inte klok – om praktisk klokhet i vården” var rubriken

för ett seminarium med mer kritisk vinkel mot organisatoriska och administrativa orsaker till att hälso- och sjukvårdspersonal tappar fotfästet i sina yrkesliv. Här talade Leila Tamaddon, specialist i allmänmedicin, och Ingela Från, legitimerad fysioterapeut, båda studenter vid Centrum för praktisk kunskap på Södertörns högskola. De beskrev den etiska stress som alltför lätt känns igen av en kliniskt verksam allmänläkare i dagens svenska primärvård. När byråkratiska och företagsmässiga ideal formuleras utanför de praktiska professionerna. När det svårsmåttbara hamnar i skuggan, den praktiska kunskapen osynliggörs och det mätbara blir det som vi gör mer och mer av. När det etiska ansvaret hamnar i mellanrummen, utsmetat på alla och ingen. *”Blir man utbränd av att vara för empatisk, eller för att det inte ges utrymme att vara det?”* frågade de retoriskt.

Leila Tamaddons masteruppsats *”Den sjuka vårdcentralen – om läkekonst som motstånd och möjlighet i en marknadsstyrd sjukvård”* inleds med en beskrivning av allmänläkarvardagen. I många öron låter den sannolikt överdriven och osannolik, men i allmänläkaröron hörs en obehagligt bekant berättelse om en typisk dag på vårdcentralen.

Ingela Från bjöd på en berättelse om en badutflykt som arbetsterapeuter och fysioterapeuter gjort med en grupp vårdtagare. En positiv och stimulerande upplevelse för deltagarna, men både omätbar och omöjlig att dokumentera i journalmallen. En av hennes aforismer om praktisk kunskap sammanfattar konferensen fint: *”Att förlösa berättelser och slösa med samspråkandet”*.

”To feel like a doctor – the most important tool is to bear witness.” Dr Gowda

Människan och diagnosen i den moderna medicinen. Fredrik Svenaeus, professor vid Södertörns högskola, talade bland annat om den psykiatriska diagnosmanualen DSM-V med utgångspunkt från sin bok *Homo Patologicus*. Liksom professor Gowda talade han om hur meningsskapande berättelser ofta kommer i skymundan av biomedicinska förklaringsmodeller. När diagnosmanualen



Organisationskommittén. Ulrica Hörberg, vårdvetare, Joar Björk, ST-läkare internmedicin, Bodil Edvardsson, sjuksköterska, Birgitta Gunnarsson, arbetsterapeut, Christer Petersson, allmänläkare, Maria Larsson, filmvetare. Saknas på bilden gör Marie Eriksson, historiker.



"The Doctor". Olja på canvas av Luke Fildes, 1890. Tate gallery. Konstnären mindes sin första son Philip som dog i hemmet vid ett års ålder. Fildes son skrev: "Karaktern och hållningen hos deras läkare under deras svåra tid gjorde ett djupt intryck på mina föräldrar. Dr Murray blev en symbol för professionell hängivenhet som senare inspirerade till målningen 'The Doctor.'"

görs objektiv genom att bortse från alla omätbara livsomständigheter uppstår den absurda situationen att sorg klassas som sjukdom.

"Den andra ronden" är ett projekt som drivits av Valdemar Erling, hematolog i Kungälv och initiativtagare till Svensk förening för narrativ medicin. Han presenterade ett personcentrerat alternativ till den traditionella sjukhusronden och mycket mer under rubriken "Narrativ medicin – ett verktyg i den kliniska vardagen." Den andra ronden handlar om att försöka ändra den uråldriga synen på sjukhuspatienten som ett objekt liggande i en säng.

Motzi Eklöf, medicinhistoriker från Linköpings universitet gjorde i sin avslutande föreläsning en rapsodi över fem läkarroller, från sängkantsmedicin, via biblioteksmedicin, sjukhusmedicin, laboriemedicin, till den moderna samhällsmedicinen med genetisk kartläggning, big data och artificiell intelligens. Idag samexisterar alla rollerna i varierande grad av harmoni. Fortfarande ligger patienter på sjukhus, och lagd patient ligger. Vi kanske bör dekonstruera sängen? föreslog Valdemar Erling, och pekade på rörelsens och rummets betydelse för berättelsen.

Att lyssna i hierarkiska relationer. Sofia Morberg Jämterud, präst som disputerat med avhandlingen "Human Dignity, a study in medical ethics" talade om autonomibegreppet och den asymmetriska rela-

tionen. Respekt för patientens autonomi kräver reflektion över situationen och relationen. En ogenomtänkt strävan mot mer patientmakt kan leda till avarter som att se patienten som ett barn i en godisbutik. Hur vi formar autonoma beslut är varken oberoende eller statistiskt. I vårdmötet finns en asymmetri i relationen på grund av patientens "situationella sårbarhet" som påbjuder vårdpersonal att ta moraliskt ansvar.

Kamp och resa är ett par av de metaforer för cancersjukdom som beforskats i ett samarbetsprojekt mellan Linnéuniversitetet och universitetet i Lancaster. Charlotte Hommerberg, språkvetare och universitetslektor, och Anna Sandgren, docent i hälso- och vårdvetenskap, redovisade hur metaforer används av vårdpersonal, patienter och deras närstående. Kampmetaforiken leder till idén att den som dör har förlorat och har därför setts som olämplig. Cancerfonden lade ner sin kampanj "Säg nej till cancer" efter kritik för att den pekade ut döende människor som dåliga kämpar. Forskningsresultaten visar dock att patienter i högre utsträckning än vårdpersonal använder kampmetaforer om sin sjukdom. När patienten talar om att kämpa och kriga är det inte läge att pracka på hen en resa med okänt mål.

Chefer bör jogga mindre och läsa mer. Kardiologen och klinikchefen Stella Cizinsky, Örebro, var kanske konferensens mest bestämda (och måhända provo-

cerande) föredragshållare. Med härkomst från Sofia i Bulgarien blev driften att läsa motiveringen för att erövra svenska språket. Hennes omfattande boksamling (hon påstod sig ha 15 000 böcker) är bärare av tolkningar av historien och en sorts ställföreträdande vishet.

Hon har intervjuat chefer och funnit att deras största intresse handlar om att vårda den egna kroppen. Hon kopplade det till att chefer pratar prestationsbaserat. Stella Cizinsky attackerade denna "mätandets teologi". Här blir kopplingen till Jonna Bornemarks skarpa nya bok "Det omätbaras renässans" uppenbar.

Som hjälp till alla chefer som kanske ändå vill läsa mer föreskrev hon en "litterär kanon för chefer" (och kanske för oss andra):

- Läs svenska författare: "för språkets skull".
- Läs nobelpristagare.
- Läs lyrik: "för ordekonomi".
- Läs samtida historiker: Timothy Snyder, Tony Judt.
- Undvik populärvetenskap: "nånting för tråkiga parmiddagar".
- Och om du inte anser dig hinna med så läs åtminstone Shakespeare, Bibeln och HC Andersen.

Humaniora och skönlitteratur borde ha en större plats på landets läkarutbildningar – vi anar att något sådant är på gång. Genom att läsa om det vi inte möter själva kan vi få berättelser om och erfarenheter av våra patienters villkor och därigenom möjlighet att bättre förstå och vårda.

Den här mycket välarrangerade konferensen blev sammantaget ett starkt stöd för en sjukvård där patientmöten kvarstår som nödvändiga.

Josabeth Hultberg

Åby vårdcentral,
Norrköping
Doktorand,
Linköpings
universitet

josabeth.hultberg@regionostergotland.se



Björn Landström

Skaraborgsinstitutet
för forskning och
utveckling, Skövde
Närhälsan
Tidans vårdcentral





Lady Ellen – ett av fartygen där kursen hålls.

Vad är receptet för att göra en lyckad kurs?

Om skutkursen

Det kan verka tämligen enkelt; att lasta ombord ett gäng ST- eller allmänläkare på en båt och prata allmänmedicin i en vecka, med deltagare som för det mesta får en upplevelse de inte glömer bort och i en del fall känner att de hittar hem. Hur gör man egentligen?

Även om kursen bara är någon vecka om året så är det ett arbete som pågår hela året. Man behöver ha en båt att vara på. Det blir färre och färre att välja på. Man behöver också veta vilket skick den är i, men framförallt det viktigaste: att det är rätt besättning.

När kursdeltagarna inte märker någonting av besättningen kan de fokusera på allmänmedicinen. Fartyget och miljön bara blir en del av miljön. Då har besättningen lyckats!

Nästa steg är att arbeta med deltagarnas förväntningar. Det hjälper mycket att de som går kursen förstår vilken sorts kurs som det är, både avseende båten och innehållet. De som förväntar sig en hotellvistelse eller tyngdpunkt på föreläsningar blir besvikna. Samtidigt hjälper det processen att det finns höga förväntningar på att kursen ska bli bra. Då satsar kursdeltagarna det lilla extra!

För att ytterligare kalibrera förväntningarna försöker jag vara tydlig med vad de kan påverka och inte. Provningsen börjar

redan första dagen då de ska tillbringa hela dagen med att inför alla berätta om sig själva och sitt arbete.

En del tycker att det är obekvämt. Många som är inställda på effektivitet har svårt att se att så mycket tid läggs på detta. Men detta är den solida grund som veckan vilar på. Innehållet i kursdeltagarnas berättelser utgör grunden för diskussionerna och ger bränslet att starta med. Det bygger också trygghet i gruppen. Kursledarens uppgift är att skapa trygghet och att tillföra passion. Metoden är att vara närvarande och se alla.

När dagen gryr och deltagarna vaknar upp på skutan upplever de flesta deltagarna något de aldrig tidigare varit med om. Losskastning i stillhet med finstämd musik i Bohusläns karga skärgård.

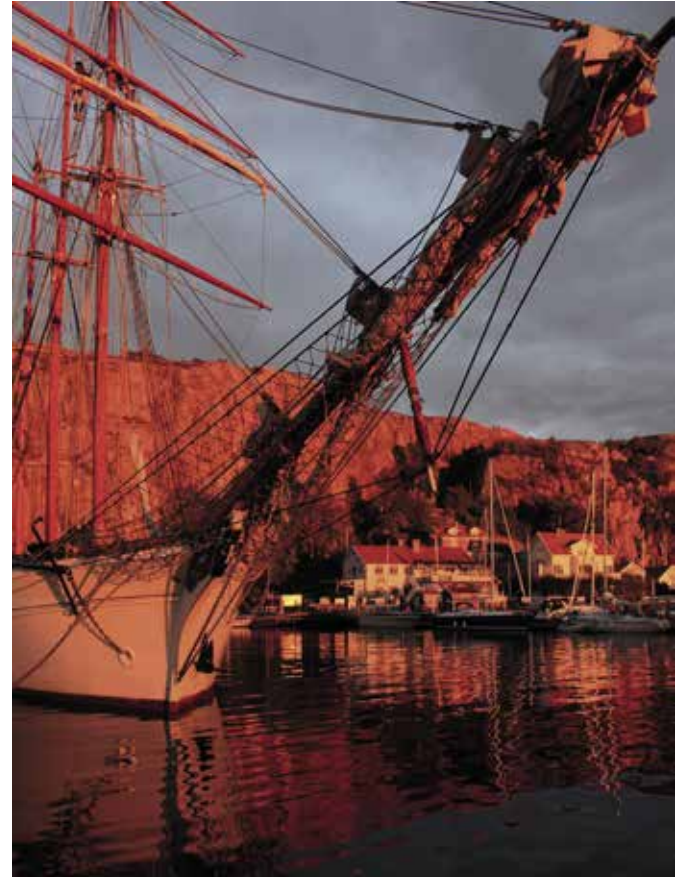
Stämningen gör att deltagarna får tillgång till sina tankar och känslor utan störande brus. De återkommande morgondiskussionerna uppfattas av många som det mest värdeskapande under veckan.

Tisdagen bjuder på föreläsning kring vår historia. Varför är vi där vi är nu? Men också en chans att träffa invånare och delar från samhället så vi kan få en förståelse för vilka vi är till för och sammanhanget vi ska verka i.

I mitten av veckan, onsdagen, har grupperna blivit så pass mogna att de kan prata på riktigt om de vardagliga proble-



Kursdeltagarna i livlig diskussion.



Kvällssolen bjuder på ett fint ljusspel in mot land.

men. Där brukar jag be om hjälp av erfarna kollegor för gruppsamtalsstöd. Förut hade jag flera gästföreläsare, men gruppdynamiken påverkas när det kommer och går många personer. Man kan inte hoppa ut och in i en skutkursgrupp hur som helst!

Torsdagen är deltagarna öppna och självgående, framtiden passar då bra. Tidigare under veckan hade det varit omöjligt att prata om vad vi ser runt knuten och ta in det utan att slå till autobromsen, men på torsdagen fungerar det. Att få kosta på sig lyxen att få drömma och ta ut svängarna ger det crescendo som alla förväntar sig!

Man skulle kunna tro att bara veckorna med strålende solsken ger nöjda kursdeltagare. Faktum är att det ger något speciellt att kura ihop sig med filter eller regnkläder på däck. Dessutom blir solstrålarna oerhört uppskattade när de kommer! Det är i alla väder något magiskt med ett skepp i skärgården.

Sista förmiddagen stängs reflektandet till för denna gång och man förbereder sig för vardagen som skall komma. Att bädda ur sin säng, plocka ner gemensam kursdokumentation, utbyta kontaktuppgifter och utvärdera sin egen och kursledningens insats bidrar till att man kan lämna gruppen som en stärkt individ.

Innan vi skiljs skickar jag med alla att de försöker sätta sig in i dem där hemma som ansträngt sig för att du har fått chansen att komma iväg. De har tagit hand om barn, hus, provsvar eller annat. Att fråga hur de har haft det är oftast bättre än att berätta om alla upplevelser med nya människor.

På samma sätt som jag får en rysning när jag ser masterna och träffar deltagarna första dagen så känner jag, när veckan är över, en längtan efter nästa kursvecka.



Ulf Österstad
Distriktsläkare Norra Hammars Vårdcentral
Verksamhetschef Bra Liv nära
ulf@osterstad.se

Jäv: Arrangerar skutkursen.

Provinsialläkarstiftelsen har som uppgift att verka för distriktsläkarnas förkovran. Skutkursen har gått där i många år. From 2019 kommer allmänläkare åter få gå skutkursen i deras regi.



Läkare för Miljön
www.lakareformiljon.se



Läkardagar i Köpenhamn och "danske klynger"



De danska läkardagarna är en viktig del i de danska allmänläkarnas fortbildning. De startade 1991 i liten skala med 450 deltagare. I år sattes nytt rekord med mer än 3 000 anmälda. Årets nyhet var de lokala grupperna för kvalitetsutveckling, "klynger", som regionerna och allmänläkarna i Danmark kommit överens om.

Det är DSAM, Dansk Selskab for Allmen Medicin och PLO, Praktiserende Lægers Organisation, allmänläkarnas intresseorganisationer, som arrangerar Lægedage. Under fem dagar i november bjuds det på kurser, debatter, föredrag och workshops. På Færdighedsverkstederne kan man träna injektionsteknik, pröva på lilla kirurgin, lägga en blockad, använda ultraljud och mycket annat.



Författaren som sandwichman.

Olika professioner

De flesta kurser riktar sig till läkare, men det finns kurser även för sjuksköterskor och läkarsekreterare. Konferenskostnaden är 2 900 DKK per dag, för yngre läkare och pensionärer 900 DKK. De flesta deltagare söker bidrag för sina omkostnader ur Fonden for Almen Praksis.

"Man blir imponerad av det budskap de danska politikerna numera ger de danska allmänläkarna – att det är först när professionerna i världen ges frihet att själva utforma vården för sina patienter som man kan tala om kvalitetsutveckling."

Bland deltagarna fanns 1 100 allmänläkare, 300 yngre läkare, 1 000 sjuksköterskor och läkarsekreterare plus ett stort antal utställare.

Mitt i utställningshallen finner man ett läkartorg där man kan samtala med folk från PLO och DSAM. I monterarna står representanter för olika intressegrupper, serviceföretag, patientföreningar och regioner. Någon läkemedelsreklam ser man dock inte.

Kvalitetsuppföljning

De danska allmänläkarna är sedan några år tillbaka ålagda att detaljerat och regelbundet lämna in uppgifter om hur verksamheten sköts och hur man gör för att säkra vårdkvalitet och patientsäkerhet. Detta åliggande har varit tungrovt och mycket impopulärt bland de praktiserande läkarna eftersom man tycker att det stjälar tid och inte gör vården bättre.

"Klynger"

Enligt en ny överenskommelse mellan PLO och regionerna kan man numera i stället för att redovisa kvalitetsparametrar välja att arbeta i "klynger", det vill säga grupper med ett tjugotal allmänläkare som träffas för att diskutera hur de lokalt ska förbättra



Läs mer om "Klynger" på <https://kiap.dk>



Færdighedsverkstæderne.

vårdens kvalitet. Idag finns det 48 ”klynger” vars medlemmar kan söka regionalt startbidrag för att komma igång. De fortsatta kostnaderna ingår dock i det nationella ersättningsavtalet. Om arbetsätt och mål bestämmer grupperna själva.

I Ugeskrift for Læger berättar Christian Jensen, praktiserande läkare på Præstø och ledare för en av ”klyngene”, hur han själv ser på det nya initiativet.

– Dessa möten ger oss kraft och det utvecklar våra mottagningar. Men det är få som idag vet vad de rent konkret ska arbeta med, inte ens de politiker som har infört modellen. Så vi tvingas att själva välja de mest angelägna förbättringsområdena.

Nya Zeeland var först

Tanken med ”klynger” är att kvalitetsdata ur patientjournalen ska komma till användning i grupperna och stimulera till diskussion om hur man ska kunna bli bättre. Det är en stor utmaning eftersom persondatalagen lägger vissa hinder i vägen.

Dessutom pågår en konflikt med regionerna när det gäller central registrering av känsliga uppgifter ur de praktiserande läkarnas journaler.

Idén med ”klynger” är inte ny. På Nya Zeeland har det funnits sådana i över 20 år. Flemming Bro, professor och praktiserande läkare i Skanderborg och årets mottagare av Mahlerpriset, har studerat ”klynger” på nya Zeeland.

– Erfarenheterna där säger oss att ”klyngerne” höjer kvaliteten samtidigt som de stärker den lokala läkargruppen och fungerar som språkrör. På ett djupare plan skapar ”klynger” nyfikenhet på hur man kan utvecklas som läkare och hur man hjälper sina patienter.

Är klyngerne effektiva?

Det finns allmänläkare som är skeptiska och hävdar att de stjäl tid från ordinarie mottagningsarbete. Men Flemming Bro menar att all kvalitetsutveckling tar tid.

– Om man vill avsätta tid för kvalitetsförbättring, så är klynger en av de bästa metoderna, det har i alla fall jag blivit överbevisad om.

Svenska lärdomar

Syftet med våra FQ-grupper, att lära av varann och att utveckla vården genom kollegial dialog, liknar syftet med de danska klyngerne. I Sverige har antalet FQ-grupper minskat på senare år, men nu har de börjat återkomma, bland annat som basgrupper under ST-dagar.

Danska politiker verkar ha förstått att vårdkvalitet inte uppstår genom styrning och kontroll, utan genom att lita till professionens förmåga och försöka bevara dess engagemang. Det danska systemet med privatägda vårdcentraler och nationella avtal är kanske inte jämförbart med det svenska, men det hindrar inte att man blir imponerad av det budskap de danska politikerna numera ger de danska allmänläkarna – att det är först när professionerna i vården ges frihet att själva utforma vården för sina patienter som man kan tala om kvalitetsutveckling.



Sundhedsminister Ellen Trane Nørby och Christian Freitag, formand for PLO.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se
Jäv saknas.





Allmänmedicin som kulturvetenskap

52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
13–15 september 2018, Innsbruck/Österreich

”Allmänmedicin är ingen *naturvetenskap*, det är en *kulturvetenskap*” sa spontant en allmänläkare från Lübeck när vi över en kopp kaffe pratade om skillnader mellan Sverige och Tyskland. Jag hade berättat om min el-allergi-chock när jag för tjugo år sedan kom till landet. Han fattade direkt.

De tyskspråkiga kongresserna för allmänmedicin erbjuder en matnyttig blandning av vetenskap och hands-on. Jag gillar att besöka dem. De vidgar perspektivet. Den tyska akademien är lite mer integrerad i den allmänmedicinska diskursen än vad vi är vana vid från Sverige. De forskande allmänläkarna på de allmänmedicinska institutionerna står med ena foten kvar i sin läkarpraktik. En huvudsak med kongresserna är förstås ungäntet med kollegorna. Många frågade om vårt riksdagsval vilket gav utrymme för bekymrade diskussioner.

I år gick kongressen i Innsbruck, Tyrolens huvudstad, som ligger mitt i de österrikiska Alperna. Hade man några timmar över kunde man ta linbanan upp på 2 300 m höjd och plötsligt vara i en annan värld, mitt på högfjället och bland alptopparna.

En mångfald av forskningsarbeten presenterades följd av kort diskussion, blandade med workshops och key note lectures.

Några "take-homes"

Polypharmacy in chronic diseases, liten studie med gigantisk frågeställning: minskar utsättningen av mediciner mortaliteten? Det kunde den inte med signifikans visa, kanske för att den var för liten, eller för dålig. Sedan drog man slutsatsen att utsättning i alla fall inte verkar skada, men i diskussionen

anmärktes mycket riktigt att det inte har varit den ursprungliga forskningsfrågan.

Är osteoporos underbehandlad? Även mina hyperkritiska tyska kollegor vacklar och drar fram evidens att så kan vara fallet. Alendronat är trots allt fortsatt förstahandsalternativet för behandling.

Läkemedelsrepresentanter i universitetsanknutna läkarpraktiker. Det är ganska många som tar emot (50-80 %). Vilken signal ger detta till studenterna? Några universitet behandlar frågan under sin läkarutbildning. Hur är det hos oss egentligen?

Informed decisionmaking är svårt att få till. Det ger då den effekten att läkarna börjar använda EBM.

Offerkänslor borde integreras inte bara i möten med s.k. svåra patienter. Även många patienter med kroniska sjukdomar kan lätt känna sig som offer. Läkaren kan inta rollen som räddaren och på så vis befästa offerkänslorna istället för att utveckla patientens självverksamhet. Målet bör vara att främja patientens autonomi.

Allmänmedicinska riktlinjer

Tyska DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) tar fram många riktlinjer, huvudsakligen för explicit allmänmedicinskt bruk, t.ex. ”ont i halsen”, ”sveda vid vattenkastning”, ”ont i ryggen”. Man är även delaktig i framtagningen av nationella riktlinjer i samarbete med specialistföreningarna. Framtagningen sker i en intressant demokratisk process där allmänmedicinen har fått ett stort inflytande. Kan man inte enas kan man yttra en minoritetsreservation. Traditionellt har



Innsbruck ligger mitt i de österrikiska Alperna.

Foto: Marcus Beland



Med linbanan till 2 300 m höjd befinner man sig i en annan värld.

det varit allmänmedicinen som fått yttra sådan men på sistone kan det även hända att det är en av specialistföreningarna som blivit överröstad. Man rör sig sakta bort från specialistföreningarnas dominans.

DEGAM ser riktlinjerna också som en slags encyklopedi av rationellt, evidensbaserat allmänmedicinskt tänkande. Inte minst fungerar riktlinjearbetet också som yrkespolitisk murbräcka för primärvården mot den traditionellt specialistdominerade normgivningen. De allmänmedicinska riktlinjerna blir så även ett dokument för tolkningsföreträdet inom det egna området, allmänmedicinen och primärvården. Man står på sig.

Den senaste utvecklingen i förhandlingarna om de nationella riktlinjerna presenterades, bl.a. att man mot diabetologernas motstånd fick in en HbA1c-korridor mellan 6,5 och 7,5 som målvärde. (Internationellt tycks man nu lägga sig ännu högre, 7 och 8). Man är fortfarande osams om allmänläkarnas krav på att inga trefaldiga kombinationer bör användas samt att HbA1c under 6,5 endast bör uppnås med livsstilsförändringar och/eller metformin.

Religion och etik

En härlig key-note-lecture om *"Ersättningsreligionen medicin – hur mycket medicin överlever människan?"* Den katolska kyrkan är fortfarande rätt närvarande i Österrike och södra Tyskland. Utifrån det perspektivet drogs intressanta paralleller till medicinens och folkhälsans ökande intrång i människors liv och att medicinen alltmer verkar ersätta kyrkans tidigare roll. Indoktrinering var den gemensamma nämnaren.

"Inget lätt beslut? De fyra-principernas etik som hjälpmedel i husläkarens vardag" var titeln på kongressens oväntade höjdpunkt. "Nja, inte har väl jag problem med att fatta mina beslut?", tänkte jag i min enfald innan jag tveksamt klev in till workshopen. Två patientfall presenterades varav ett rollspelad.

Första fallet: Man med lumbago och press på jobbet kommer till vikarierande läkare, ber om remiss till sjukgymnastik eller tejpning, annars skulle han inte kunna jobba. Ordinarie behandlare brukar göra så. Riktlinjerna säger nej. Enkelt fall tänker man. Men icke. En intensiv diskussion om olika beslutsfaktorer uppenbarar oväntade skiljaktiga uppfattningar om hur man handlägger så synnerligen enkla fall. Här kommer de fyra principerna in, de har sitt ursprung i olika etiker: den utilitaristiska etiken (att göra största möjliga nytta i summan av faktorerna), Kants deontologiska etik (gör bara det du önskar ska vara lag för alla) och Aristoteles dygdetik (gör din plikt).

De fyra principerna är:

- visa respekt (för patientens autonomi)
- inte skada
- göra gott (omsorg, hjälpa)
- vara rättvis

Det andra fallet tog oss genom ett gripande rollspel rakt in i läkarens mottagningsrum: autonom kvinna, ensamstående, metastaserad bröstcancer, behandlas med morfintabletter mot smärta samt benzo mot ångest. Varit med systemen på sin sista semesterresa. Tabletterna slut, kommer för nytt recept, tackar doktorn för allt han gjort, vill vara ärlig och berättar för honom att hon tänker avsluta sitt liv med hjälp av tabletterna, hon har inget att vänta mer. Om hon kan få receptet nu. Här fanns en del att diskutera. Det infann sig en gripande intensitet i den kontroversiella men mycket konstruktiva diskussionen som på något märkligt vis rörde vid grundfästena av vårt medicinsketiska handlande och vid vår identitet som läkare. Man var märkligt berörd.

Key-note: "Allmänmedicinsk forskning – absolut nödvändigt!"

Kruxet för allmänmedicinen är att många forskningsresultat härstammar från högselektade patientgrupper som inte motsvarar primärvårdens patientklientel. Resultaten går inte alltid att överföra. Exempel på god allmänmedicinsk forskning:

Trimetoprimresistensen i urinprover från husläkarpraktiker är enbart 13-15 %, inte 25 % som allmänt anges. För ett allmänmedicinskt kollektiv således helt andra siffror.

Vinsten av antikoagulation för förmaksflimmer från screening av asymptomatiske patienter är inte utforskad. God evidens för effekt finns enbart för kliniskt diagnostiserade patienter. Således finns i nuläget ingen evidens för implementering. Däremot finns forskningsbehov.

ASA primärpreventiv bör kanske ges vikthanpassad. En stor del av våra patienter (>70 kg) kan med standardbehandlingen vara helt utan effekt [1].

Slutligen, Frede Olesen, Århus, om *The Context and the Doctor as a Drug*. Spännande evidens (!) om gruppdynamiska påverkansfaktorer och krafter i doktors konsultation, som ofta är minst likvärdiga läkemedelsverkan. Det är patientens förväntningar – som doktorn kan påverka – som är avgörande för behandlingsresultatet. *"There are two roads to the brain receptors: the drugs and the relation"*. I knew it!



Markus Beland

Jokkmokk

markus.beland@norrbottn.se

Jäv saknas.

Referenser

1. Rothwell PM. Effects of aspirin on risks of vascular events and cancer according to bodyweight and dose: analysis of individual patient data from randomised trials. *The Lancet* 392;10145:387-399. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31133-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31133-4/fulltext).



Jonas Gardell tar mig till en annan verklighet

Varför ska läkare läsa böcker? Frågan ställdes vid ett seminarium på en SFAM-kongress för ett antal år sedan. Jag minns att flera kollegor förklarade att och hur man faktiskt blir en bättre läkare av att läsa böcker. Merete Mazzarella avslutade introduktionen till ämnet med att besvara frågan med "Därför att det är så roligt".

För mig har läsandet och arbetet som distriktsläkare något gemensamt. I sällskap med en patient kan jag få en insikt i glädjeämnen och lidande som aldrig funnits plats i mitt eget liv. I litteraturens värld finns möjlighet att ta del av en verklighet som är långt borta de ramar som är möjliga för en läkarmamma på en liten bruksort. Just nu finns en del av min vakna verklighet hos Cicero i antikens Rom där jag tack vara Robert Harris och hans fiktiva skivarslav Tiro får en ibland skräckfylld insikt i dåtidens intriger – inte olik dem i dagens politiska värld.

Litteratur kan tjäna till att kasta ljus över och ge fler infallsvinklar på en situation jag möter som läkare. Patografier, sjukdomsskildringar, låter en patient tala till punkt. Som läkarstudent tog jag stort intryck av Simenons "Klockorna i Bicêtre" som beskriver en strokedrabbads upplevelse. Kanske har upplysningen om att patienten skickar efter eget vin eftersom han inte tycker sjukhusets håller tillräckligt hög klass stannat längst kvar i minnet ...

I höstas kom Jonas Gardells "Till minne av en villkorlös kärlek". Boken handlar om Jonas ursprungsfamilj och särskilt om mamman Ingegärd. Berättelsen sträcker sig långt bak i tiden. Vi får glimtar av Jonas släkt flera generationer bakåt och ett annorlunda Norden där frikyrkan står i centrum, där tidig död i numer behandlingsbar infektionssjukdom var vanlig och där en finmiddag kunde inledas med klössesuppe och avslutas med rödvinspudding.

Jonas föräldrar lever i ett allt trasigare äktenskap. Studenttidens romantiska drömmar låter sig inte förenas med hemmafruidealet och mamma Ingegärds och pappa Bertils liv blir alltmer annorlunda. Bertil som alltid behöver en förtrogen

för "det hjälper att få ha lyft något av sin egen tunga börda på andra och veta att de vakar över honom". Ingegärd som är "ett skratt och ett finger i luften och vart blåser vinden männe" men vars baptistiska barnatro till slut vittras ned av pappans otro.

Äktenskapet går mot liv på skilda håll, otro och skilsmässa. Ingegärd får gradvis allt större behov av Sankt Antonius, de slarvigas skyddshelgon, som hjälper även icke-katoliker att hitta borttappade ting. Ingegärd som i början av sin karriär vägrat sticka de sockor endast de kvinnliga lärarkandidaterna behövde arbeta med finner 50- och 60-talets kvinnoroll alltmer trång. Livslögnerna om maken som "forskar i Enköping" och de alltmer avlägsna drömmarna om egen återupptagen forskning inom barnpsykologin vävs ihop med alltmer sviktande minne och fabulerande. Skildringen av mamma Ingegärds väg in i demensen är så typiskt Jonas Gardellsk: från det tragiska som känns nästan fysiskt när Ingegärd hittas uthungrad och törstande i en hotellkorridor i Malmö där hon inte kunnat ta sig ut, till hennes egen halsbrytande berättelse om hur hon lett de allierade trupperna över Alperna under andra världskriget och samtidigt passat på att hämta hem Mark Levengood till Sverige.

Allra starkast i boken är kanske skildringen av Jonas egen ilska och vanmakt när han hämtar sin mamma från en restaurang där hon ätit middag utan att kunna betala. Vanmakten i att de omkring, vi andra, inte ser hans underbara mamma utan bara en smutsig, förvirrad gumma. Boken stannar länge i minnet och ger skratt och tårar; men också en del av en erfarenhet jag inte delat: att vara barn till en älskad men alltmer dement förälder. *Läs den du också!*



Christina Ledin
Distriktsläkare

VC Västerstrand, Karlstad
christina.ledin@regionvarmland.se

AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar. Hör av dig till chefredaktör@sfam.se!



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

T.f. ordförande
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Vice ordförande

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Facklig sekreterare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Steen
susanne.steen@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Sven Wählin
sven.wahlin@sl.se

IT-rådet

Anne Björk, annebjor@gmail.com

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Minna Johansson
minna.johansson@vgregion.se

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sl.se

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare

Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Studierektorskollegiet

Vakant

Naaka – Nätverket för Astma,

Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården
Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för

fortbildningssamordnare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin
www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Forskningsnätverk

psykisk hälsa i primärvården
Anna Nager, anna@nager.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Euract

www.euract.se
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip

www.equip.ch
Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sl.se

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
maria.truedsson@gmail.com
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND*

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Rydén
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Sofia Lavén
sofia.laven@gmail.com

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@sl.se
www.sfamstockholm.se

GOTLAND

Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltdalarna.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltdalarna.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Olof Cronberg
olof.cronberg@abc.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE

Helen Magnusson
helen.magnusson@ltdalarna.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Ordf: Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se
Kont.person: Sekreterare
Niklas Lehtipalo
niklas.lehtipalo@vgregion.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@telia.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se
webmaster@sfam.se


Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

**2019****Mars**

Indikatorworkshop
PrimärvårdsKvalitet
19.3 Stockholm

Nationell Balint-konferens
22-23.3 Lund

Forskningsseminarium borrelia,
SLS
16.3 Stockholm

EQuIP: Healthy Practices,
Healthy Professionals and
Healthier Patients
29-30.3 Thessaloniki, Grekland

Maj

Svensk allmänmedicinsk
kongress
8-10.5 Borås

88th EGPRN meeting
9-12.5 Tammerfors, Finland

Glesbygdsmedicin för ST-läkare
14.5 Borgholm

Glesbygdsmedicinsk konferens
15-16.5 Borgholm

2020**Maj**

EGPRN
7-10.5 Göteborg

Juni

Nordic Young General Practitioners
15-16.6 Aalborg, Danmark

Nordisk allmänmedicinsk kongress
17-20.6 Aalborg, Danmark

24th Wonca Europe
26-29.6 Bratislava

September

Studierektorsmöte
26-27.9 Blekinge

November

ST-dagarna
6-8.11 Stockholm

Nationella kvalitetsdagen
28.11 Stockholm

December

Preventing over-diagnosis
5-7.12 Sydney

Konsultationsnätverket
6.12 Plats ej bestämd

Utgivningsplan för 2019

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
2	25.3	13.5	10.6	Allmänmedicin i grundutbildningen
3	19.8	23.9	21.10	21 landsting 21 system
4	14.10	18.11	16.12	Primärvården har blivit bättre!

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

Box 503, Grev Turegatan 10 E,
114 11 Stockholm
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se,
Tel: 08-23 24 05

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som elektroniskt på SFAM:s hemsida www.sfam.se.

Skribenter i AllmänMedicin är specialister i allmänmedicin om inte annat anges.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se/foreningen och klicka på *Ordbyte*



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

KursDoktor
www.kursdoktor.se
KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin
www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.

Internationellt
Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk



Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.
chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se