AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2009 ÅRGÅNG 30

ASA som hjärt- kärlprofylax?/sid 5

Att använda frågeformulär om levnadsvanor/sid 28 • Ny bok om Allmänmedicin/sid 35

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till chefredaktor@sfam.a.se

Bildtips!

Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn.
Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.
Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning.
Tekniska frågor om bilder besvaras av Peo Göthesson
peo@mediahuset.se
Tel 0525-323 50

Omslagsfoto: www.BioLib.de

3 Ledare
Vis i ovissheten?
Tina Nyström-Rönnås

5 SFAM.L granskar:
Bör ASA erbjudas som hjärt- kärlprofylax?
Jan Håkansson, Anders Hernborg

8 Disputation
Kardiovaskulära riskfaktorer i en befolkning – Söderåkraprojektet
Carl Johan Östgren

11 Debatt
Kastbyar i vindens hangar
Torsten Green-Petersen

12 Referat
Är det önskvärt att förbättra människans hjärna?
Stig Andersson

14 Vetenskap & Utveckling
Nya utmaningar, gamla strategier
Del 3 – Varför ändrar vi oss inte?
Anders Hansson

20 Program
SFAMs höstmöte i Uppsala

24 Utbildning
Rapport från NäSTa-möte på Marstrand
Marcel Aponno

27 Vetenskap & Utveckling
Implementering av frågeformulär om levnadsvanor
Sven Wåhlin

32 Debatt
Läkaren som portvakt eller gisslan?
Bengt Järhult

35 Recension
Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga
Christer Petersson

37 Debatt
Kommer SBU:s grupper att fungera i verkligheten?
Tvivel på patientutbildning i grupp vid diabetes typ II.
Peter Olsson

38 SFAM informerar
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

40 Krönika, kalendarium
Vårdandets betydelse
Stig Andersson

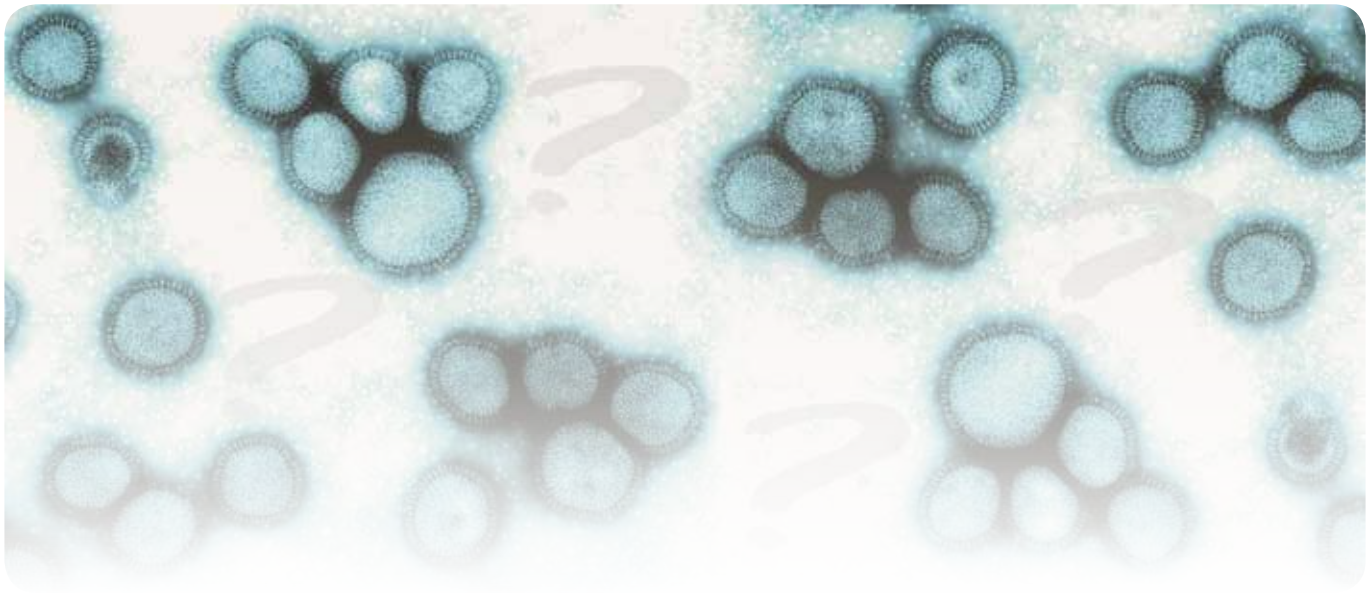
Ulla Peterssons avhandling anknyter till en lång allmänmedicinsk tradition som innebär att forskningsresultaten helt härrör från den egna vårdcentralens upptagningsområde.
Sidan 8

Effekter av Rehab-kedjan – debattartikel.

Läkarsällskapets Örebro-dagar i våras hade som tema "Sjukskrivning – på gott och ont" och samlade många allmän- och företagsläkare. Bengt Järhult skriver här om läkarrollen och konsekvenserna av de förändrade reglerna på sjukskrivningsområdet.
Sidan 32

Marcel Aponno. Vad är tanken bakom NäSTa? Rapport från ett möte.
Sidan 26

Annons



Vis i ovissheten?

Den stundande hösten kommer med stor sannolikhet att på många olika sätt präglas av den nya influensan. Stora krav kommer att ställas på en väl fungerande allmänmedicin. Hur organiserar vi på bästa sätt att ta hand om alla frågor från oroliga människor? Hinner vi prata med alla våra patienter själva? Telefonrådgivning via sköterska har varit ett ämne för debatt i media under våren som gick. Hur planerar vi verksamheten när vårdcentralen kanske bara har halva personalstyrkan och våra vanliga återbesök inte hinns med? Och hur få in alla vaccinationer i en redan fullspäckad arbetsvardag? Frågor som ännu inte hunnit få svar.

Vi kommer att behöva balansera mellan att bibehålla lugn och sans och att vara alert beredda, utan att få slagsida åt någotdera hållet. Å ena sidan kan handlingskraft, snabbhet, organisation och styrka behövas, å andra sidan också den så viktiga förmågan att stå stadigt mitt i ovissheten, vara ett stöd i stormen, oavsett om vindarna kommer sig av att pandemin utbryter eller av oron inför att så sker. Att försöka bidra till att förhindra onödig panik men samtidigt inte ignorera vad som eventuellt kan hända. Men kanske behöver vi inte oroa oss, vi är trots allt redan experter på att hantera oförutsedda situationer. Varje dag, varje konsultation kräver ögonblickets kreativitet, närvaro och uppfinningsrikedom.

Vad innebär det att vara en klok allmänläkare? Inspiration till tankar kring detta ämne kan säkerligen hämtas ur Christer Petersons nyligen utkomna bok Allmänmedicinens vardag, som här recenseras av Torsten Green-Petersen.

Välkomna också att ta del av debattinläggen; gruppundervisning av diabetiker som nu rekommenderas av SBU – finns det egentligen underlag för det och vad händer under glidningen från kritisk granskning till riktlinjer och rekommendationer? Att vara kvinna och allmänläkare – vad innebär det?

Två disputationer presenteras, dels Ulla Petterssons Söderåkraprojektet, om kardiovaskulära riskfaktorer i en befolkning, dels Annika Andéns avhandling om resultat av allmänläkares konsultationer, omtalad även i Läkartidningen och Dagens Medicin nyligen. Detta och mycket annat intressant hoppas vi kunna bjuda på i detta nummer av AllmänMedicin.

Tina Nyström Rönnås

Annons

SFAM.L granskar:

Bör ASA erbjudas som hjärt-kärlprofylax?

Vid sekundärprevention: JA – Vid primärprevention: NEJ

Acetylsalicylsyra i lågdos (lågdos-ASA) är Sveriges mest använda läkemedel när man räknar dygnsdoser. De flesta är överens om att ASA bör erbjudas som sekundärprofylax efter TIA, stroke och hjärtinfarkt, och till patienter med känd kranskärlssjukdom eller vid generell arterioskleros som claudicatio intermittens. Däremot råder det skilda meningar om ASA ska rekommenderas till personer utan manifest kärlsjukdom, men som har riskfaktorer för detta eller som har diabetes. I de svenska riktlinjerna för primärprevention från år 2006 [1] rekommenderas inte ASA primärpreventivt, inte heller till diabetespatienter.
Detta skiljer sig från flera internationella riktlinjer som rekommenderar ASA- behandling, inte bara till diabetiker, utan även till andra riskpatienter över en viss risknivå.
Denna artikel handlar om diskussionen om och analysen av gamla och nya data vilka har lett fram till att en inställning liknande den svenska vunnit gehör.

Acetylsalicylsyran (ASA) var en av de första stora moderna kommersiella framgångarna på det farmakologiska området. Det introducerades för mer än hundra år sedan (1899) under varunamnet Aspirin och lade grunden för dåvarande färgtillverkaren Bayers fortsatta expansion som läkemedelsföretag. Det skulle dröja länge innan man insåg medlets preventiva egenskaper på det kardiovaskulära området. Fram till 1970-talet användes ASA mot feber, smärta och inflammation. Ända in på 1980-talet var ASA grundbehandling vid reumatoid artrit och andra inflammatoriska sjukdomar, ofta i dosen 4–6.000 mg/dygn.

Först på 1970-talet kartlades ASA:s verkningsmekanism på trombocyter. Därmed väcktes tanken att den förlängda blödningstiden skulle kunna användas medvetet för att minska risken för tromboser. Flera prövningar kunde påvisa att risken för ny hjärtinfarkt eller stroke minskade för patienter som haft sådana händelser och efter flera år av kontrovers införlivades ASA i riktlinjer för sekundärprevention. Nu i betydligt lägre dos än den som använts mot huvudvärk och feber. Tanken väcktes också att personer utan manifest hjärtkärlsjukdom skulle kunna minska sin risk för allvarlig hjärtkärlsjukdom på samma sätt. Ett antal sådana prövningar har gjorts de senaste decennierna, där flera metaanalyser nu publicerats, varav en i Läkartidningen [2–5]. Metaanalyserna har med olika inklusionskriterier analyserat i stort sett samma studier, där främst sex stora randomiserade placebokontrollerade studier med totalt nästan 10 000 deltagare varit centrala. Slutsatserna i metaanalyserna har varit likartade med små variationer. Den metaanalys som väger tyngst är den som gjorts av Antithrombotic Trialists´ Collaboration (ATT). I deras analys har man haft tillgång till data på individnivå och man har därför kunnat göra subgruppsanalyser. ATT är ett nätverk av forskare som ingår i brittiska CTSU (Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit), som inte tar emot stöd från läkemedelsindustrin, men däremot samarbetar med läkemedelsföretag i olika studier. De uppdaterar kunskapsläget om antitrombotisk behandling med jämna mellanrum. Den senaste har nyligen publicerats i Lancet [2] och fokuserar på skillnader mellan primär och sekundär prevention med ASA.

Metaanalysen 2002 från ATT fokuserade på ASA som sekundärprevention [6].

Hur effektiv är ASA som sekundärprevention?

I studier, som ATT klassat som sekundärpreventiva, är den relativa riskminskningen för hjärtinfarkt 20 procent (95 % CI 12–27 %), för stroke 19 procent (95 % CI 8–29%) och för vaskulär död 9 procent (95 % CI 0–18 %). Den absoluta riskminskningen (ARR) beror på studiepopulationens absoluta risk. I de sekundärpreventiva studierna som ATT analyserat var ARR för hjärtinfarkt 1,00 per 100 patientår, för stroke 0,46 per 100 patientår och för vaskulär död 0,29 per 100 patientår. Riskminskningen för någon kardiovaskulär händelse var 1,49 per 100 patientår. Den ökade risken för blödning har inte redovisats i alla studierna, men där det gjorts är den avsevärt mindre än riskminskningen för hjärtkärlhändelser. Se även Tabell med beräknade NNT-värden.

I metaanalysen från 2002 har man särskilt redovisat effekten av lågdos-ASA under den första månaden efter en inträffad hjärtinfarkt eller stroke och där framgår att både risken och riskminskningen med lågdos-ASA är mycket påtaglig redan under den första månaden.

Hur bra är ASA som primärprevention?

I de sex studier, som ATT klassat som

primärpreventiva, är den relativa riskminskningen i samma storleksordning som i de sekundärpreventiva för hjärtinfarkt (18 procent, 95% CI 10–25%), men lägre och ej statistiskt signifikant för stroke (5 procent, 95% CI 6–15%) och kardiovaskulär död (3 procent, 95% CI 9–13%). Den absoluta riskminskningen är avsevärt mindre i de primärpreventiva studierna än i de sekundärpreventiva, motsvarande 0,06 per 100 patientår för hjärtinfarkt, 0,01 per 100 patientår för stroke och 0,01 per 100 patientår för kardiovaskulär död. Riskminskningen för någon kardiovaskulär händelse är 0,07 per 100 patientår. Därtill kommer att risken för allvarliga blödningar (främst hjärnblödningar och transfusionskrävande magtarmblödningar) är ökad motsvarande 0,03 händelser per 100 patientår i de primärpreventiva studierna.

Tabell NNT 5 år

Något förenklad tabell som ändå ger en grov jämförelse mellan NNT (number needed to treat) för behandling med ASA under 5 år. Svarar alltså på frågan "Hur många av den aktuella typen av patienter behöver behandlas med lågdos-ASA under en femårsperiod för att EN av dessa behandlade skall undvika EN händelse under femårsperioden?" Beräknat från [2].

Patientkategori	NNT 5 år, hjärtinfarkt	NNT 5 år, stroke	NNT 5 år hjärtinfarkt el. stroke	NNT 5 år, vaskulär död
Primär-prevention	c:a 330	n.s.	c:a 300	n.s.
Sekundär-prevention	20	40	13	70

n.s. = icke signifikant

Resultat i olika subgrupper

Kön

I en av metaanalyserna [4] av primärpreventiva studier framkommer att män tycks ha en något minskad risk för hjärtinfarkt men inte stroke och kvinnor tycks ha en något minskad risk för stroke, men inte hjärtinfarkt. ATT anser däremot att trots en sådan tendens i de primärpreventiva studierna är en könsskillnad osannolik. Man argumenterar bland annat att skillnaderna är små och att någon sådan heterogenitet inte kan påvisas i de sekundärpreventiva studierna med ASA. En skillnad skulle även vara biologiskt svårförklarad.

Ålder

ATT har i sin analys bedömt om det finns skillnader i de primärpreventiva studierna mellan personer under resp. över 65 år. Som väntat har de äldre en högre risk än de yngre, men relativa riskminskningen är likartad i storlek och effekten är inte signifikant i någon av grupperna.

Högrisk kontra lågrisk

ATT har också klassificerat studiedeltagrna i de primärpreventiva studierna efter deras totala risk enligt Framingham risk score. Inte heller här kan man se att någon särskild riskgrupp skulle ha signifikant nytta av lågdos-ASA. Det är till och med så att bland de med högst risk drabbades fler av de ASA-behandlade än de med placebo av någon hjärtkärlhändelse – det var dock ganska få deltagare som klassades i den högsta riskgruppen.

Ett annat intressant samband lyckas man också få fram genom att man har tillgång till individdata från de ingående studiena. Den ökade risken för blödningsbiverkan av ASA har i tidigare metaanalyser ansetts vara lika stor hos studiedeltagarna. I ATT-analysen får man emellertid fram att riskfaktorerna för blödning är väsentligen desamma som för ischemiska hjärt-kärlhändelser. Personer med högre risk för hjärt-kärlsjukdom har alltså även en högre risk att få blödningskomplikation av ASA, en risk som alltså balanserar en eventuell marginell vinst på den ischemiska sidan.

Diabetes

I många riktlinjer för diabetes rekommenderas fortsatt ASA som primärprevention till de som förutom diabetes även har andra riskfaktorer.[7] Resonemanget bygger på att de som har särskilt hög risk också har mest att vinna på att minska den genom multipla åtgärder och att den relativa riskminskningen är densamma som för andra kategorier – ett resonemang som fått stöd genom den uppmärksammade STENO2-studien från Danmark[8]. Där ingick lågdos-ASA som en komponent i en intensiv behandling med flera både farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder jämfört med konventionell behandling. Den intensivbehandlade gruppen fick en kraftig reduktion av kardiovaskulära händelser jämfört med den konventionellt behandlade gruppen, men hur stor del av effekten som kan tillskrivas ASA är omöjligt att säga.

Randomiserade studier med ASA vs placebo enbart till personer med diabetes har märkligt nog inte publicerats förrän 2008. I sin näst sista uppdatering från 2002 kunde ATT dock konstatera att en sammanställning av subgruppen med diabetes i dittills publicerade blandade studier tycktes ha en mindre nytta av ASA än hela gruppen (relativ, icke signifikant riskreduktion 7 procent för diabetiker jämfört med 22 procent för hela gruppen). Under 2008 har 2 ASA-studier med enbart diabetiker publicerats – en skotsk studie med diabetiker utan känd hjärtsjukdom men med perifer kärlsjukdom [9] och en japansk för patienter utan tidigare ischemisk hjärtsjukdom eller stroke [10]. Ingen av studierna kunde påvisa gynnsam effekt av ASA.

Frågan om ASA ska rekommenderas till diabetiker som primärprevention är fortfarande kontroversiell. Det är därför intressant att notera att ASA-profylax inte rekommenderas i Socialstyrelsens aktuella förslag till nationella riktlinjer för diabetes [11]

Känd kärlsjukdom

Om ASA till personer med känd aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom – som angina pectoris eller claudicatio intermittens – men utan genomgången hjärt-

infarkt eller stroke, ska räknas till primärprevention eller sekundärprevention är en definitionsfråga. I de flesta metaanalyserna om ASA vid primärprevention har de inte medräknats, men i en [3] har en studie på patienter med angina pectoris inkluderats, vilket gett upphov till ett intressant diagram, som belyser frågan om balansen mellan nytta och risk med ASA. I diagrammet jämförs hur många allvarliga hjärtkärlhändelse som kunnat undvikas med ASA-behandling med hur många extra allvarliga blödningshändelser som behandlingen orsakat. I diagrammet är det en studie, SAPAT (Swedish Angina Pectoris Aspirin Trial) [12] som skiljer sig från övriga primärpreventiva studier. SAPAT genomfördes på patienter med stabil angina pectoris (men utan genomgången hjärtinfarkt). I studien var nyttan i form av minskade hjärtkärlhändelser avsevärt större än risken med ökade blödningar. I de övriga primärpreventiva studierna framgår att nytta och risk var ungefär lika stor. Författarna menar att nyttan med ASA kan kopplas till studiedeltagarnas risk för hjärtkärlsjukdom och ökar starkt med denna, medan risken för allvarliga blödningar inte ökar lika kraftigt som funktion av personernas hjärtkärlrisk.

Slutsats

ASA (75–160 mg) som sekundärprevention är väldokumenterat för personer med genomgången hjärtinfarkt eller TIA/stroke. Den relativa riskminskningen ligger i storleksordningen 20 procent. Den absoluta riskminskningen för någon kardiovaskulär händelse är 1,49 per 100 patientår och ASA bör därför erbjudas alla som haft hjärtinfarkt eller stroke om inte kontraindikationer finns.

Nyttan av ASA som primärprevention uppvägs däremot av risken att drabbas av allvarliga blödningar och bör därför inte rekommenderas. Detta gäller även personer med diabetes utan manifest kärlsjukdom. Personer med manifestation av aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom, till exempel stabil angina pectoris, claudicatio intermittens men utan genomgången hjärtinfarkt eller stroke ligger någonstans mellan ren primär- och sekundärprevention och åtminstone för angina pectoris är nyttan klart dokumenterad. En enkel tumregel blir alltså: JA till ASA som sekundärprevention, NEJ som primärprevention. Tumregeln har naturligtvis sina begränsningar. Några gränsfall, som kräver allmänmedicinskt förnuft och god patientkommunikation är:

1. När är risken för hjärtinfarkt/ischemisk stroke ändå så pass stor att primärprevention med lågdos-ASA är motiverad?
2. När är blödningsproblematiken vid sekundärprevention så påtaglig att patienten har mer att förlora än att vinna på medicineringen?

Vår bedömning är att fråga 1 delvis är besvarad i ATT-analysen, där man såg att inte ens de som hade högst risk vid primärprevention hade säker nytta av lågdos-ASA och därtill också hade en ökad risk för blödningsproblem. Fråga 2 är svårare att besvara generellt – om det är ventrikel-duodenalulcus som är problemet har protonpumpshämmare en skyddande effekt om indikationen för ASA är stark och måste vägas mot polyfarmaciproblematiken. Byte till annat trombocytaktivt läkemedel, som till exempel clopidogrel (Plavix) medför däremot inte någon mindre risk för ulcusproblematik[13].

Författare

Jan Håkansson, distriktsläkare, Krokoms HC, ordf i SFAM.L (Svensk förening för allmänmedicin; läkemedelsrådet. jan.hakansson@jll.se

Anders Hernborg, distriktsläkare, Hyltebruks vårdcentral, informationsläkare Hallands läns läkemedelskommitté, medlem i SFAM.L. anders.hernborg@lthalland.se

Intressekonflikter: Författarna är aktiva i Jämtlands läns resp Hallands läns läkemedelskommittéer. För övrigt har vi inga personliga eller professionella omständigheter eller kommersiella relationer, som kan tänkas påverka vår syn på det aktuella ämnet.

Referenser

1. Förebyggande av arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Uppsala: Information från Läkemedelsverket 3:2006.
2. Antithrombotic Trialists´ (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet 2009; 373:1849-60.
3. Patrono C, García Rodríguez LA, Landolfi R, Baigent C. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Atherothrombosis. NEJM 2005; 353:2373-2383.
4. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men: A Sex-Specific Meta-analysis of Randomized Controlled TrialsJAMA. 2006;295:306-313.
5. Mooe T. Acetylsalicylsyra förhindrar inte hjärt-kärlsjukdom. Klent vetenskapligt stöd för behandlingsriktlinjer, visar primärpreventiva studier Läkartidningen 2006; (103): 2732-6.
6. Antithrombotic Trialists´ Cooperation. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324:71-86.
7. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GI et al. Primary prevention of cardiovascular diseas in people with diabetes mellitus; a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Asociation. Diabetes Care 2007;30 162-72.
8. Gæde P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:580-591.
9. Belch J, MacCuish A, Campbell I; et al, Prevention of Progression of Arterial Disease and Diabetes Study Group; Diabetes Registry Group; Royal College of Physicians Edinburgh. The Prevention of Progression of Arterial Disease and Diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. BMJ. doi: 10.1136/bmj.a1840. 2008;337:a1840.
10. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T; et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;300(18):2134-2141.
11. Socialstyrelsen 2009 Nationella riktlinjer för diabetesvården, beslutsstöd för prioriteringar 2009. Preliminär version.
12. Juul-Moller S, Edvardsson N, Jahnmatz B, Rosen A, Sorensen S, Omblus R. Double-blind trial of aspirin in primary prevention of myocardial infarction in patients with stable chronic angina pectoris. Lancet 1992;340:1421-1425.
13. Chan FKL, Ching JYL, Hung LCT, et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. N Engl J Med 2005;352:238-244.

Kardiovaskulära riskfaktorer i en befolkning – Söderåkraprojektet

DISPUTATION
Datum: 29 april 2009
Avhandlingens namn: Screening for cardiovascular risk and diabetes in primary health care – The Söderåkra Risk Factor Screening Study
Doktorand: Ulla Petersson, distriktsläkare i Söderåkra, UllaPe@LTKALMAR.SE
Institution: Institutionen för medicin och hälsa, allmänmedicin, Linköpingsuniversitet
Handledare: Peter M Nilsson, Carl Johan Östgren, Lars Brudin
Opponent: Lars Weinehall

Ulla Petersson

Ulla Peterssons avhandling anknyter till en lång allmänmedicinsk tradition som innebär att forskningsresultaten helt härrör från den egna vårdcentralens upptagningsområde. Denna typ av avhandlingar har på senare tid tyvärr blivit allt ovanligare kanske till följd av en allt hårdare internationell forskningskonkurrens. Men Ulla Petersson har visat att detta fortfarande är fullt möjligt.

Ulla Petersson arbetar som distriktsläkare i Söderåkra och försvarade den 29 april 2009 sin avhandling "Screening for cardiovascular risk and diabetes in primary health care – The Söderåkra Risk Factor Screening Study" vid Linköpings universitet. Fakultetsopponent var Lars Weinehall från Umeå universitet.

Ulla, som själv bor på en gammal släktgård någon kilometer från vårdcentralen i Söderåkra, firade sin disputation med en stor fest i Torsås bygdegård den 9 maj där vi som varit Ullas handledare under hennes avhandlingsarbete, professor Peter M Nilsson, professor Lars Brudin och undertecknad, deltog med stort nöje.

The Söderåkra Risk Factor Screening Study

Söderåkraprojektet eller The Söderåkra Risk Factor Screening Study startades på eget initiativ av Ulla Petersson när hon som nytillträdd distriktsläkare påbörjade sin anställning på vårdcentralen i Söderåkra. Datainsamlingen genomfördes initialt som en tvärsnittsstudie under åren 1989–1990. Alla invånare i åldrarna 40–59 år inom vårdcentralens upptagningsområde erbjöds att delta i en slags kombinerad utvidgad hälsokontroll, populationsbaserad hälsokartläggning och livsstilrelaterad rådgivning till den enskilde deltagaren. Av den inbjudna befolkningen accepterade 705 personer eller hela 90 % att delta i undersökningen, en deltagargrad som idag knappast låter sig upprepas i en oselekterad befolkning. Förutom anamnestiska uppgifter, enkät och en läkarundersökning togs blodprover för omedelbar analys samt för infrysning och lagring av prover för eventuella framtida analyser. Ulla Petersson genomförde själv alla läkarundersökningar och har därmed också själv träffat och undersökt alla patienter i sitt avhandlingsmaterial – en i sig imponerande uppgift.

I Ulla Peterssons första delarbete [1] redogörs för tvärsnittsmaterialet och en analys av sambandet mellan underfunktion av thyroidea och höga kolesterolvärden. I det andra delarbetet redogörs för en uppföljande telefonintervju som gjordes tio år efter baslinjeundersökningen med syftet att undersöka vilka bakgrundsfaktorer som kunde förutsäga självrapporterade positiva förändringar av livsstilen [2]. I sin tredje publikation samarbetade Ulla Petersson med professor Kerstin Brismar, Karolinska Institutet. Man lät analysera halten av IGF och IGFBP-1, som utgör en slags markörer för insulinresistens, i blodproverna som under 15 år sparats i en vanlig hushållsfrys på vårdcentralen i Söderåkra. Syftet var att prospektivt undersöka prediktorer för utvecklandet av diabetes och nedsatt glukostolerans i kohorten fram till och med år 2006. Man fann att både IGFBP-1 och den inflammatoriska markören CRP bägge och på ett oberoende sätt kunde förutsäga utvecklingen av diabetes och

nedsatt glukostolerans. Lika viktig ur ett kliniskt perspektiv var dock upptäckten att bukfetma mätt med ett vanligt måttband vid baslinjeundersökningen kunde förutsäga dessa sjukdomstillstånd i ungefär lika hög utsträckning [3].

Konsultationsmetoden

I sin sista och mest omtalade publikation [4] jämförde Ulla Petersson tre olika modeller för att i Söderåkrapopulationen förutsäga risken att drabbas av hårdast möjliga "end-point" nämligen kardiovaskulär morbiditet och mortalitet 17 år efter baslinjeundersökningen. SCORE-instrumentet är ett etablerat riskskattningsverktyg för att uppskatta den individuella risken att dö i kardiovaskulär sjukdom inom tio år hos tidigare hjärtfriska individer och bygger på uppgifter om ålder, kön, rökning, systoliskt blodtryck och total kolesterol. I delarbetet jämförde Ulla Petersson SCORE med två egna modeller där alla tre modellerna visade sig prediktera kardiovaskulär morbiditet och mortalitet i Söderåkrapopulationen. Ulla Petersson kallar sina egna modeller "Konsultationsmetoden" och "Utvidgad modell". I Konsultationsmetoden ingår uppgifter om ålder, kön, rökning, förekomst av diabetes och/eller hypertoni, hereditet för kardiovaskulär sjukdom, midjemått och blodtryck över 140/90 hg. I den Utvidgade modellen inkluderades ett stort antal variabler som förutom flertalet etablerade riskfaktorer även innehöll CRP, fullständigt lipidstatus, IGF-1 och symmetriskt dimetylarginin (SDMA).

Den avgörande skillnaden mellan de tre modellerna var således att Ulla Petersons Konsultationsmodell inte fordrar någon provtagning och då inte heller innehöll någon uppgift om lipidstatus. Det är därför förvånande att Konsultationmodellen visade sig prediktera kardiovaskulär morbiditet och mortalitet lika bra som SCORE och den Utvidgade modellen i Söderåkrapopulationen. Resultaten, som givetvis måste bekräftas i andra material innan några definitiva slutsatser kan dras, stämmer dock redan i detta skede till eftertanke. Kanske är det så att vi idag tenderar att överbetona betydelsen av provtagning på bekostnad av vikten vi lägger vid den information vi får i mötet med patienten? Om resultaten står sig kullkastas mycket av det som idag anses vara av betydelse för värdering av enskilda individers framtida kardiovaskulära risk.

Artikelförfattaren håller tal.

Carl Johan Östgren[1,2],
distriktsläkare, docent
[1] Vårdcentralen i Ödeshög,
Skolgatan 3-7, 599 31 Ödeshög
[2] Institutionen för medicin och hälsa,
Linköpings universitet
carl.johan.ostgren@lio.se
010-1048717, 070-6694225
Fax 010-1048712

Sammanfattning

Sammanfattningsvis lyckas Ulla Petersson i sin avhandling förena ett allmänmedicinskt förhållningssätt med högteknologisk spjutspetsforskning och kommer slutligen fram till att värderingen av de uppgifter som framkommer i mötet med den enskilde individen fortfarande är de viktigaste för att bedöma den framtida kardiovaskulära risken. På the European Society of Cardiology´s årliga möte i slutet av augusti i Barcelona framträdde en svensk distriktsläkare – Ulla Petersson från Söderåkra, som i en muntlig presentation för mestadels europeiska kardiologer (!), fick redogöra för huvudfynden i sitt fjärde delarbete, något som illustrerar att allmänmedicinska forskningsresultat kan tävla i internationell toppklass även utanför den egna specialiteten.

Referenser

1. Petersson U, Kjellström T. Thyroid function tests, serum lipids and gender interrelations in a middle-aged population. Scand J Prim Health Care. 2001;19:183-5.
2. Petersson U, Östgren CJ, Brudin L, Ovhed I, Nilsson PM. Predictors of successful, self-reported lifestyle changes in a defined, middle-aged population. The Söderåkra Cardiovascular Risk Factor Study. Scand J Public Health. 2008;36:389-96
3. Petersson U, Östgren CJ, Brudin L, Brismar K, Nilsson PM. Low levels of insulin-like growth-factor-binding protein-1 (IGFBP-1) are prospectively associated with the incidence of type 2 diabetes and impaired glucose tolerance (IGT): The Söderåkra Cardiovascular Risk Factor Study. Diabetes Metab. 2009;35:198-205
4. Petersson U, Östgren CJ, Brudin L, Nilsson PM. A consultation-based method is equal to SCORE and an extensive laboratory-based method in predicting risk of future cardiovascular disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009 Apr 7. [Epub ahead of print]

Annons

Kastbyar i vindens hangar

Just hemkommen till ön efter ett dygn i Stockholm. En natt och en dag i hägnet av storstadens puls och kättja. Och jag begriper inte att människor kan leva sina liv där. Med bibehållen värdighet. Att bara gå från tunnelbanestationen i Stuvsta till pizzerian i ett lätt duggregn är som att förflyttas till Tarkovskijs Stalker. Det finns med ens ingenting bakom mig. Ingenting alls. I detta enda ögonblick just nu är existensen på annan ort. Och i framtiden är Döden och Inget det enda dansanta paret på banan. Thats it. Intigheten klär sig i höga klackar av ormskinn och bjuder upp till en meningslöshetens sista dans. Förmodligen foxtrot eftersom tango fortfarande kan bära sin vördnads slöja och förebåda liv under täcket. En manlig något brunbränd bar och svettig spansk överkropp dansar flamenco i ett av gamla stans källarvalv medan vi andra skrålar. Och luften är fylld av erotik. Eller Lorcas despoti som grafitti över Slussens tandkrämsreklam. Ett uppror är ändå alltid ett uppror oavsett måltavla. En människa i kris har trots allt lungor att skrika med och ett blodomlopp som pumpar rött, rött genom ådrorna. Minns 1628. Fyra år innan Gustav II Adolf dör i dimman.

Jag vet inte hur jag skall formulera omsorgen om mina unga duktiga kvinnliga kollegor. Hoten är lättare att se. Det regnar män, haglar produktionskrav, blåser med sydvästen in krav på dokumentation, nationella register, öppna jämförelser och effektivitet.

Och jag tänker ungefär såhär. Att jag vill sjösätta en SK-kurs för att rädda dessa kämpande kvinnor undan självmördarens blick. Rubriken skall vara ”Slarva lagom”. Och den skall naturligtvis vara obligatorisk. Förankrad av alla vederbörliga instanser hitan och ditan så att ingen av dessa mina ambitiösa systrar skall ta in den så kallade skylten, sadla om och välja en annan bana – förfrämligad och instrumentell. Men lättare att blanda med fiskpinnarna. Det är nämligen så verkligheten gestaltar sig. Det är i detta mode kejsaren går klädd. Föregivet uppklädd men egentligen naken.

Vad ska jag då förmedla till dessa unga driftiga och så mångsidigt begåvade ST-läkarna? Att livet i själva verket är en enda lång utförslöpa? Eller att kärleken, för att tala med kamrat Vladimir Majakovskij, är alltings hjärta? Med HSAN och barnens gröna snorbobbor till naveln som följeslagare.

Inte så inte. Nej. Inte kan jag lära ut något. Inte heller förmedla. Ibland möjligen stå som ett vacklande exempel. Bortom alla om och men i alla fall någon av kött och blod att förhålla sig till. Och så är nog en del av min ambition. Att aldrig gå ut ensam i den allmänmedicinska öknen. Eller för all del Kalahari. Det räcker nämligen fullständigt. Med att ha ett öga öppet för livets västanfläkt. Och ett slickat fuktigt finger i vinden för att fånga utvecklingens raska steg. Annars kunde jag lika gärna börja gräva. Skotta upp ett redigt hål bland andra avgångnas på den vackert belägna norra. Kyrkogården alltså.

Så varför fortsätta? Det är väl den vetgiriges rätt att rimligen undra! Istället för att börja köra buss eller bli pressgjutare igen. Jo därför att äventyret är inte slut ännu. Kuken blir fortfarande hård som stålet på SSAB. Och natten är fortfarande bara barnet.

Å andra sidan. Inte har jag en aning. Ingen alls. Varför livet. Och detta arbete. Kan vara så svårt. Så ikväll går jag ut i skogen mellan rosenfinken intill havsviken och trädpiplärkan bland de låga gotländska tallarna. Hand i hand med Pentti Saarikoski. Det är sommar och ännu inga svampar men vi skall fråga kentauren om råd. Och vi fann honom – Kheiron – där stenarna tar slut. Helt stilla i sin vinds hangar. Och vi fick svaret serverat utan en rörelse.

Att livet är sig självt nog. Människorna du möter om dagarna likaså. Och bygg inga altare över din egen betydelse. Du kommer nämligen aldrig att bärga din egen skörd. Som svartmesarna gör.

Med det gick vi sedan hem. Jag reste till Stockholm och examinerade ytterligare en av våra unga duktiga nya specialister i allmänmedicin. Ung kvinna också denna gång. Mitt i karriären med nyköpt hus, tre små barn på dagis, maken som håller på att doktorera i frånvaro och endokrinologi. Själv jobbar hon deltid och har svårt – har ni hört det förut? – att begränsa sig.

Vi – jag och Pentti – kastar ju nog blott ut frågorna. Denna gång utan orakel. Men du måste göra mig sällskap nu Pentti. Jag hittar inte till Kheiron utan att hålla din fuktiga abstinenta hand.

Torsten Green-Petersen

Är det önskvärt att förbättra människans hjärna?

Bild: Miranda Knox

Statens Medicinsk-etiska Råd (SMER) anordnade den 8 maj ett seminarium med titeln *Behandling, diagnos och förbättring av den mänskliga hjärnan*. Vid seminariet rapporterades en del av senare års vetenskapliga framsteg om hjärnan. Seminariets syfte var dock att diskutera etiska aspekter på den vetenskapliga utvecklingen.

Detta kan i förstone synas som ett problem för specialisterna. Föredragen och diskussionerna visade dock att seminariedagens ämne är av intresse såväl för allmänläkarna som för deras patienter.

Bildteknik

Peter Aspelin, professor i radiologi, informerade om och demonstrerade ny bildteknik. Utvecklingen har gått från den vanliga röntgenbilden till datortomografins och magnetkamerans tre dimensioner och vidare till en fjärde dimension genom funktionell bildteknik, där tiden tas med genom att händelseförlopp i hjärnan kan framställas bildmässigt. Man kan nu genom bildteknik skilja vissa sjukliga eller icke önskvärda processer i hjärnan från dess ”normala” aktivitet. Detta kan ses inte endast som vetenskapliga utan även som kliniska framsteg.

Men – bilder måste alltid tolkas. Vad är det egentligen som visas? Vissa funktionella bilder visar avvikande nervaktiviteter som sannolikt uppstår inuti hjärnan. Andra sekvenser avbildar processer som har sitt upphov i övriga delar av kroppen eller i individens omgivning, exempelvis skrämmande eller lyckliga händelser. Det kan demonstreras att hjärnbilden av en placebotabletts effekt liknar effekten av ett smärtstillande läkemedel. Detta visar att tolkandet av bilden får en viktig, ofta avgörande, betydelse.

Betraktande och tolkning av bilder på hjärnans aktiviteter väcker många frågor. Är det man ser en orsak eller en effekt av ett inte synligt händelseförlopp? Hur löper relationerna mellan bilderna och personens sociala, biologiska och psykologiska verklighet? Hjälper bilden läkaren och patienten till en god lösning av ett problem? När skall bildteknik tas till? Vi vet, till exempel, att mängder av CT- och MR-bilder på hjärnan tas i onödan vid tillstånd som spänningshuvudvärk och migrän. Det förekommer ett önsketänkande om bilden som ett objektivt underlag för diagnostik och behandling. Objektiviteten är ofta skenbar.

Bildteknik börjar nu användas inom psykiatrin. Kliniker och patienter hoppas på framsteg genom detta. Psykiatriprofessorn Hans Ågren ställde sig dock skeptisk. Bilddiagnostik kommer inte att ge behandlingsvinster inom överskådlig framtid, trodde han.

Neuronala implantat

Neuronala implantat är hjälpmedel för hjärnans funktion. Neurofysiologen Jens Schouenborg, belyste framsteg och problem inom detta högteknologiska område. Det finns redan teknik i form av djup hjärnstimulering mot vissa rörelsestörningar (Parkinsons sjukdom, med flera), mot epilepsi och mot smärta. Elektroder inplanteras i specifika områden av hjärnan och kan vid stimulering ge lindring av symtom. En annan form av implantat ger ryggmärgsstimulering mot smärta samt cochlearis-implantat vid dövhet.

Inom detta område är nanoteknik framtidsvisionen (nano: miljarddel). Nanovetenskap och nanoteknik är att studera och manipulera celler på dess innersta nivå. Det arbetas bland annat på att få fram implantat som styrs av signaler från tankar. Inom neurovetenskapen kan man tänka sig många tillämpningar av nanoteknik, dels för rehabilitering efter skador i nervsystemet, dels för att förbättra normalt fungerande funktioner som minne, inlärning och motorik.

> **Betraktande och tolkning av bilder på hjärnans aktiviteter väcker många frågor**

Det senare kallas ”enhancement”, prestationsförstärkning och detta väcker betänkligheter. Etiskt sett är det en viktig skillnad mellan att bota skada och att förstärka prestation. Schouenborg betonade dock att problemen när det gäller tillämpad neuroteknik är mycket stora. Även vetenskapligt kvalificerade personer underskattar ofta komplexiteten i hjärnans funktion.

Läkemedel

Hans Ågren talade om de handikapp som ett flertal vanliga psykiska sjukdomar ger och betonade vikten av noggrann diagnostik och tidigt insatt behandling. Långvariga depressions- och stresstillstånd tycks ha en skadande effekt på vissa delar av hjärnan. Den ständiga nybildningen av nervceller – som man länge inte trodde förekom – hämmas. Nya läkemedel lanseras då och då men några avgörande vetenskapliga genombrott har inte skett på senare år.

Läkemedel för bot är inte särskilt kontroversiellt, förutsatt att biverkningar inte är för stora. Prestationsförstärkning av ”normal” funktion väcker däremot diskussion och avståndstagande. Är det rätt - och i längden ofarligt - att med läkemedel eller teknik ändra fungerande funktioner som selekterats fram genom evolutionens långa kedja?

Doping är ett exempel, vars förekomst bekämpas av idrottsvärlden. Ett annat exempel är antidepressiva läkemedel som visats ha prestationsförstärkande effekter hos icke sjuka personer. De kan reducera känsligheten hos en del personer med känslig läggning varvid deras prestationsförmåga ökar. Man kan fråga sig om det betyder att personen blir en annan än den hon egentligen är eller om det, tvärtom, är en form av självförverkligande? Reducerad känslighet kan medföra att personen vågar mer och satsar på sin sociala utveckling. Diskussionen huruvida prestationsförbättring är acceptabel eller inte pågår.

Neurovetenskapens etiska problem

Vetenskapliga studier, behandling och annan påverkan av vår hjärna och nervsystem har en särskilt känslig karaktär. De berör personlighet och integritet och hur vi uppfattas av vår omgivning. Dessa kan uppfattas på olika sätt och är delvis omstridda. Det finns farhågor för att ny neurovetenskap kan förändra vår uppfattning om vad det är att vara människa.

Beträffande attityden till vetenskapliga upptäckter och behandlingar tyckte sig Niels Lynöe, medicinsk etiker, kunna urskilja fyra typer: blinda entusiaster, blinda skeptiker, seende skeptiker och försiktiga optimister. Filosofen Christian Munthe pläderade för en värderingsdiskussion. En fara, som många ser, är ett klassamhälle baserat på psykisk prestationsförmåga.

När vi som individer ser på världen är vi enögda, närsynta och påverkade av ett allvarligt brytningsfel, påpekade etikprofessorn Nils-Erik Sahlin från Lund. Vetenskaplig utveckling är alltid osäker, det ligger i dess natur. Neurovetenskapen och dess medicinska tillämpningar måste utvecklas i öppen dialog med medborgarna. Annars hotar olika slags faror. Det gäller människosyn, det gäller fördelningsproblem, det gäller risken för det ovan nämnda klassamhället. Men det kan också bli så att nyttiga medicinska metoder ”stigmatiseras” genom ogrundade rykten och uttalanden. Tillit mellan läkare och allmänhet är viktig.

En slutsats från seminariet är att den neurovetenskapliga utvecklingen sker snabbt och går i flera riktningar. Den nya kunskapen ter sig för många fascinerande, men den innebär inte bara förhoppningar utan också farhågor. Den berör viktiga frågor om människans villkor och är värd att diskutera.

Stig Andersson
gits.joel@tele2.se

Tredje delen av Anders Hanssons sammanfattning

Nya utmaningar, gamla strategier

Varför ändrar vi oss inte?

Här i Västra Götalandsregionen pågår det fria vårdvalet för fullt. Flera privata vårdgivare öppnar mottagningar på platser där det tidigare varit läkarbrist och traktens distriktsläkare får anställningserbjudanden med löften om extra månadslöner, flyttbidrag, bättre löner, och så vidare. Läkare och annan personal lämnar den offentliga primärvården. Många kommer att finna sig väl tillrätta med nya arbetsgivare och med att slippa det offentligas byråkratiska och tungrodda administrativa system.

Efter en tid kanske problemen uppenbarar sig på nytt, för inga fria vårdval eller marknadssystem i världen kan väl råda bot på primärvårdens grundproblem: läkarbristen, det omöjliga uppdraget och den orättvisa fördelningen av hälsa och friskfaktorer mellan den som är fattig och den som är rik. Patienterna är desamma i vilket system de än söker med depressioner, relationsproblem, brist på sysselsättning, arbetslöshet, felaktiga levnadsvanor, oro, upplevd ohälsa och orealistiska förväntningar på sjukvården [1]. Valfrihetsreformen riskerar att bli en chimär som skenbart ger mer kontroll och makt åt patienterna. I slutändan handlar det om att politikerna och samhället avsäger sig ansvaret för sjukvårdens fördelning och prioritering genom att hänvisa till kundens fria val [2].

Mycket arbete med fel saker

För att sammanfatta primärvårdens (och sjukvårdens) grundproblem, kan det vara lämpligt att hänvisa till Garfield [3], som i början på 70-talet gjorde en analys av bristen på överensstämmelse mellan efterfrågan och tillgång på läkarresurserna i dåtidens USA. Garfield, som var med om att starta Kaiser Permanente, ett innovativt och framgångsrikt vårdföretag som driver både sjukhus och vårdcentraler i Kalifornien, beskriver följande problem:

- Läkarna gör fel saker.
- Det finns inte (kommer aldrig att finnas) tillräckligt med läkare för att möta allas behov.
- Det är dyrt att låta doktorer behandla förkylningar.
- Läkare dras till städerna, där kollegorna och pengarna finns.
- Unga doktorer vill inte bosätta sig i glesbygden på ensliga läkarmottagningar.

Trots medicinens stora framgångar under nittonhundratalet bedrivs dagens sjukvård på nästan samma sätt som i början på 1900-talet, vilket illustreras i figur 1. Då sökte jämförelsevis ett fåtal verkligt sjuka patienter läkarna och behandlingsmöjligheterna var begränsade: en del patienter lades in på sjukhus, andra blev friska av sig själva eller så dog de i sin sjukdom.

På 40-talet kunde allt fler diagnos- och behandlingsmöjligheter erbjudas patienterna, men den enskilde läkaren förblev första besöksinstans och den som skulle koordinera alla de nytillkomna sjukvårdaktörerna. Behandlingsmöjligheterna hade nu ökat och man betonade därför vikten av att söka tidigt, vilket medförde att allt fler människor sökte för oklara symtom.

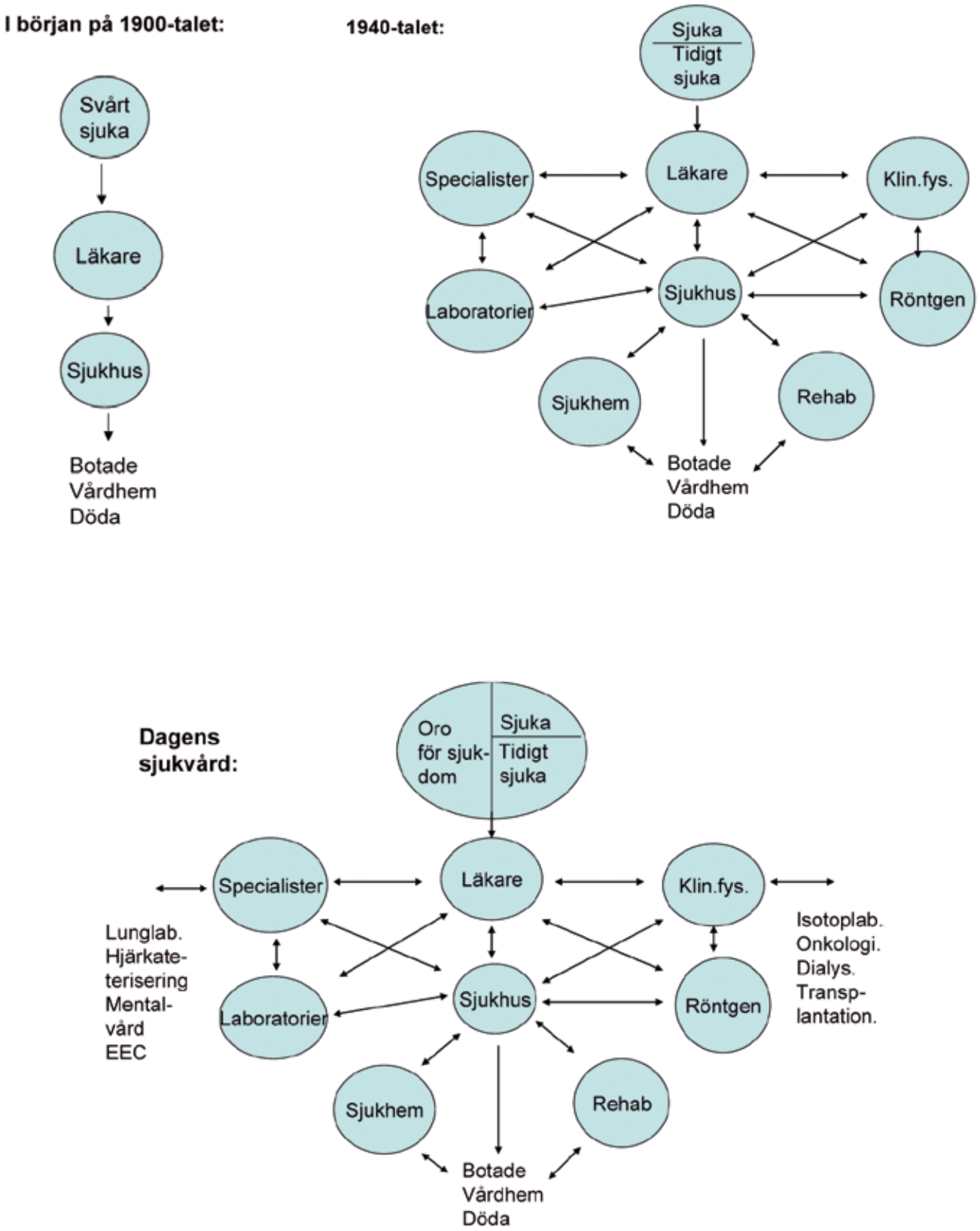
Idag är behandlingsmöjligheterna ännu större och fler aktörer och behandlare skall samordnas. Samtidigt har förväntningarna på sjukvården ökat och inte bara sjuka och tidigt sjuka patienter kommer till läkarmottagningarna utan även friska söker för oklara symtom eller oro för sjukdom. Trots den ökade komplexiteten i sjukvården, de ökade kraven och förväntningarna från allmänheten, skall alla pressas genom samma nålsöga: den enskilde läkaren som skall granska, bedöma, sortera och behandla.

I slutändan kommer det att saknas koordination och sammanhang mellan högspecialiserade behandlingsinsatser, basal medicinsk vård och rehabilitering. Läkarna hävdar dessutom ”sina patienters” intressen i första hand och har i mångt och mycket avsagt sig ansvaret för sjukvårdens organisation och för helheten. Däremot lägger man, med sina traditionella metoder, ned mycket av sin tid på att upptäcka eventuell sjukdom hos ”friska” patienter, vilket bidrar till att man överdiagnostiserar och sjukförklarar normala avvikelser hos friska patienter. Allmänläkarna får allt mindre tid för att ta hand om de svårt och kroniskt sjuka patienterna, samtidigt som sjukvården kritiseras för att vara otillgänglig för friska och lindrigt sjuka patientgrupper. Ingen blir nöjd och allmänläkarna blir otillfredsställda, därför att de tycker att de sysslar med fel saker.

Ekorrhjulet

Många allmänläkare upplever idag att de befinner sig i ett ekorrhjul. Morrison och Smith uttrycker det på följande vis: *Across the globe doctors are miserable because they feel like hamsters on a treadmill. They must run faster just to stand still... But systems that depend on everybody running faster are not sustainable. The answer must be to redesign health care… The result of the wheel going faster is not only a reduction on the quality of care but also a reduction in professional satisfaction and an increase in burnout among doctors* [4].

Figur 1. Sjukvårdens utveckling under 1900-talet, efter Garfield [3]:



Är vi distriktsläkare obenägna att förändra oss och i så fall varför?

Det tycks som om den traditionella provinsialläkarrollen från en svunnen tid, *the country doctor*, fortfarande är idealet och framtidvisionen för många av oss. I ett sista försök att vara ”den personlige doktorn” för våra patienter, insisterar vi på att hantera dagens komplexa sjukvårdsproblem med individuella 15–30 minuters besök, det som Grumbach & Bodenheimer kallar *15-minutersbesökets tyranni* [5].

Professionens fälla

Är vi distriktsläkare obenägna att förändra oss och i så fall varför? Jag försökte finna svaren på de frågorna i den medicinsociologiska litteraturen.

För sociologerna är läkaryrket professionen par preferens på grund av sin stora autonomi. Man har av samhället en legitimerad kontroll över sitt arbete [6]. I akademin har man dessutom en utbildningsinstitution, som generar en abstrakt teori och kunskap vilket gör intryck på omvärlden. Att kunna hänvisa till den abstrakta kunskapen underlättar, när man skall förhandla om status och privilegier och övertyga statsmakterna om sin värdefullhet och tillförlitlighet. Å andra sidan finns det ett problem med allt för stor autonomi: det bildas lätt självtillräckliga institutioner, som bidrar till att bevara professionens föreställning om att dess kunskaper är pålitliga och objektiva och att dess verksamhet bygger på medlemmarnas moraliska egenskaper. Mycket autonomi kan gynna en misstänksamhet mot andra professioners tekniska kunskaper och moraliska disposition och ibland en paternalistisk eller till och med föraktfull attityd mot klienterna. Autonomin utgör visserligen ett skydd för den egna professionen, mot krav på samarbete på en fri och jämställd bas med utomstående, men det förhindrar samtidigt självreglering och granskning av den egna verksamheten. Med andra ord, det som en gång var professionens styrka är idag dess problem – för mycket autonomi kan vara ett hinder för en anpassning till nya utmaningar, eftersom det skapar självgodhet och självtillräcklighet.

Personlig erfarenhet kontra vetenskaplig metod

Som jag redan har varit inne på i ett tidigare avsnitt, är problemet med den tillämpade kunskapen att det uppstår en diskrepans mellan den rent medicinska vetenskapen och läkarnas praktik. Mycket talar för att en stor del av allmänläkarens praktik grundar sig på kunskap som tillägnats i personlig handledning, genom egen praktisk erfarenhet och på vanligt sunt förnuft snarare än på biomedicinska fakta. Men den biomedicinska kunskapsbasen och läkarnas etiska yrkeskod framhålls gärna när professionen skall hävda sina anspråk på autonomi, privilegier och status gentemot myndigheter och andra yrkesgrupper. Eftersom de flesta läkare arbetar i egna praktiker, bakom slutna dörrar och utan insyn och granskning utifrån, kan det vara svårt att veta i vilken mån deras utredningar, diagnoser och behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett vetenskapligt förhållningssätt förutsätter öppenhet för granskning och att behandlingsresultat skall vara reproducerbara. I praktiken finns det dock en kultur som värderar den enskilde läkarens kunskaper och praktiska erfarenhet högst. Denna kultur ger läkarens enskilda arbetssätt företräde framför ett vetenskapligt förhållningssätt med ökad insyn, inbördes granskning och samarbete mellan kollegor och med andra yrkesgrupper.

Abbot beskriver hur de flesta professioner tycks vara inbegripna i en ständig konkurrens med varandra om makt, territorier och autonomi [7]. En yrkesgrupp med ett abstrakt och teoretisk kunskapsområde, oåtkomlig för andra, hävdar sig bäst i konkurrensen. Abstrakt kunskap måste kunna tillämpas i praktiken, som när man ställer diagnoser och utreder och behandlar sjukdomar, men processen måste vara tillräckligt mångtydig för att inte kunna användas av andra än dem som är särskilt initierade. En profession kan utvidga sitt territorium genom att tillämpa den abstrakta kunskapen på nya områden. Så har till exempel alkoholism, hyperaktivitet, stress och liknande tillstånd omtolkas till nya sjukdomar som inordnats i läkarnas domän. Att öppna sig för samarbete i till exempel multidisciplinära team, som föreslogs tidigare, kan alltså medföra att andra yrkesgrupper tar över de hävdvunna territorierna. Detta har i viss mån redan har inträffat för allmänläkarna, i och med att man lämnade ifrån sig stora delar av astma-, diabetes- och hjärt-kärlsjukvården till specialutbildade sjuksköterskor i primärvården.

Även inom läkarprofessionen pågår en kamp om erkännande och prestige. Allmänmedicinen har genom sin expertkunskap om den sjuka människans livssituation, sammanfattat i begreppet ”den biografiska medicinen”, velat hävda sitt företräde framför sjukhusmedicinen [8]. Samarbete med andra yrkesgrupper kan innebära att andra yrkesgrupper tar över de delar som ger allmänläkarna deras existensberättigande gentemot sjukhusspecialisterna.

Den självständige entreprenörens ideologi, med den friheten och det oberoende det innebar, tycks fortfarande i viss mån prägla allmänläkarnas inställning till inblandning från politiker och administratörer. Förhållningssättet förefaller medföra en skeptisk attityd till akademin och till interkollegial kompetensutveckling. Försök att enas kring gemensamma vårdprogram och behandlingsrekommendationer blir nästan ogörligt. Man litar på sitt eget omdöme och expertkunskap i första hand och ser inte samarbete

med andra som en väsentlig ingrediens i arbetet. En sådan kultur är knappast gynnsam för nya strategier.

Även utbildningen tjänar en viktig roll i att utforma den framtida yrkesidentiteten. Några menar att det primära målet, för den som läser medicin, är att bli upptagen som en fullvärdig medlem i det kollegiala läkarteamet [9]. Eftersom ett mycket omfattande kunskapsmaterial skall läras in under kort tid och den medicinska verkligheten under den kliniska tjänstgöringen är både osäker och motsägelsefull, kan många studenter känna att de måste prioritera och ägna tiden åt det som de tror förväntas av dem. Man identifierar sig med äldre läkare och handledare i första hand, och hur dessa samarbetar med andra yrkesgrupper i vården kommer att prägla studenternas egna attityder till samarbete. I läkarutbildningen betonas framför allt den tekniska och instrumentella aspekten av patient-läkarrelationen. De interaktiva och humanistiska sidorna har låg prioritet och anses inte helt nödvändiga i den omfångsrika och komplicerade agenda som för övrigt skall läras in.

Behovet att försvara sig

Enligt mikrosociologiska kognitiva och emotionella så kallade dissonansteorier tenderar grupper och individer, vars föreställningar om sig själva inte överensstämmer med praktiken eller som blir ifrågasatta, finna strategier för att få motstridiga krav och förväntningar att gå ihop [10]. Inom slutna och autonoma professioner, vars status och prestige bygger på stor tilltro från politiker och allmänhet, är behovet av kognitiva dissonansstrategier stort. Behovet ökar om professionen samtidigt verkar i en mångtydig och motsägelsefull miljö. Strategierna går ut på att försöka ändra på referensramarna genom en omtolkning av verkligheten, till exempel genom att rationalisera, försköna och heroisera de egna insatserna, eller genom att nedvärdera andras yrkeskunnande, vetenskaplighet och moral. Olika moral kan tillämpas i olika sammanhang och man kan använda sin egen verklighetsbeskrivning som ett raster, genom vilket man betraktar verkligheten. Att ifrågasätta sin egen praktik, sina egna resultat och att bjuda in andra yrkesgrupper till samarbete för ömsesidig granskning och erfarenhetsutbyte, blir sällan en del i en sådan agenda.

En byråkratisk och försämrad arbetsorganisation kan också bidra till en yrkesgrupps oföränderlighet: man överger sin hantverkskunskap och sitt personliga ansvar i ett byråkratiskt system, där beslut om målsättning och verksamhetsplaner tas på en nivå som är skild från verksamheten. Yrkesmannen blir i ett sådant system en byråkrat, som passivt inordnar sig i det hieratiska systemet. Fel och brister kommer att betraktas som naturliga i en komplicerad verksamhet och normaliseras slutligen därför att referensramarna ständigt vidgas. När det saknas en stabil och trygg organisation att utgå från, som i allmänläkarnas stressade vardag, blir det inget utrymme för reflektion över den egna praktiken, vare sig för sig själv eller tillsammans med andra.

Improving Primary Health Care

Mina artiklar i AllmänMedicin ingår i sammanfattningen av min avhandling ”Nya utmaningar, gamla strategier”, och för den som önskar att fördjupa sig i texten finns den att tillgå på Internet [11] eller så går det bra vända sig till mig direkt med en förfrågan, så skickar jag gärna ett exemplar.

Någon kanske undrar hur primärvården skall kunna förbättras i framtiden. Här kan jag inte annat än att rekommendera Grubach och Bodenheims bok *Improving Primary Health Care* [5] för läsning, som bland annat innehåller en kartläggning av alla de olika försök som har gjorts för att förändra primärvården runtom i USA. De idéer som framförs där borde, enligt min mening, utgöra en del av grunden till ett framtida primärvårdsmanifest.

I Vänersborg startar vi i höst en forsknings- och utvecklingsvårdcentral, Torpa vårdcentral, med målsättningen att ständigt ifrågasätta, pröva, utvärdera och dokumentera nya arbetsmetoder. Förhoppningsvis kommer vi där att få möjligheter att pröva de nya strategier, som kommer att behövas för att möta framtidens utmaningar i primärvården.

Referenser:

1. Kadowaki Å, John M, Lundberg-Isaksson M, et al. Vad är det man vill köpa – och vad är det vi säljer? LT 2009;30-31:1914-15.
2. Bauman Z. Konsumtionsliv. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, 2008.
3. Garfield S. The delivery of medical care. Scientific American 1970;222:15-23.
4. Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. BMJ. 2000;321:1541-1542.
5. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving Primary Health Care. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill 2007:119-135.
6. Freidson E. Profession of Medicine. Chicago: The University of Chicago Press 1988.
7. Abbot A. The System of Professions. Chicago: The University of Chicago Press 1988.
8. Armstrong D. The emanicipation of biographical medicine. Soc Sci Med 1979;13:1-8.
9. Haas J, Shaffir W. Ritual Evaluation of Competence. The hidden curriculum of professionalization in an innovative medical school program. Work and Occupations 1982;9:131-154.
10. Machado N. The stabilization of social order: social cognitive dissonance theory applied to hospitals and clinics. I Flam H. och Carson M (eds.). Rule Systems Theory. Frankfurt am Main: Peter Lang 2008.
11. http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/18667/2/gupea_2077_18667_2.pdf

Anders Hansson
Primärvården i FyrBoDals FoU-enhet

Annons

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

inbjuder genom sitt Kvalitetsråd SFAM.Q till en

Nationell Kvalitetsdag för Primärvården

Torsdagen den 1 oktober 2009

Stockholmsmässan i Älvsjö

Förbättring i förändring

Vårdvalsdebatten handlar framför allt om organisation och ersättningssystem Kom och lyssna på hur spännande det kan vara att förbättra sin verksamhet.

Teman ur programmet:

- SFAMs policy och rekommendationer för kvalitetsmätningar i primärvård presenteras och diskuteras med Göran Stiernstedt SKL och Magnus Kåregård Region Skåne
- Är ekonomisk ersättning för kvalitet en bra idé?
- Sjukskrivning med mindre dåligt samvete?
- Kan kvalitetssystem vara för fullständiga?
- Framtidens primärvård = Formulärstyrd vård?
- Distriktsläkare jobbar helst ensamma?
- Räcker läkemedelsgenomgångar för att lösa de äldres läkemedelsproblem?
- SBU rapporten om Äldres Läkemedelsanvändning presenteras av projektgruppens ordförande prof. Sten Landahl

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar 2004 – 2008 har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats. Vi har nu bytt till en större lokal men anmäl dig redan nu om du vill vara säker på att få en plats.

Konferensavgiften 1600 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.
Sista dag för anmälan är den 15 september.
Avgiften faktureras i efterhand via SFAM. Vid återbud efter 23:e september utgår full avgift.

SFAM.Q's hemsida och anmälningsformulär når du via www.sfam.se > Kalendarium

Har du frågor om din konferensanmälan: kontakta kansli@sfam.a.se.

Varmt välkomna till Stockholm Torsdagen den 1/10 2009,
för att utbyta erfarenheter och inspireras till utveckling av svensk primärvård.

Välkommen till SFAMs höstmöte Universitetshuset i Uppsala 4 – 6 november Tema: Växtkraft

SFAM håller varje år ett höstmöte för specialister och blivande specialister i allmänmedicin. Mötet omfattar framför allt ett vetenskapligt program med föreläsningar och seminarier samt avslutning av årets specialistexamen. Föreningen håller också sitt årsmöte och det finns möjlighet för råd, nätverk och arbetsgrupper att hålla interna möten.

Höstmötet arrangeras i år av SFAM Uppsala och hålls i universitetshuset.
Vi vill bjuda på en blandning av vetenskap och kultur med temat växtkraft som röd tråd.

Anmälningsblankett och praktisk information finns på www.sfam.se.

Konferensavgift:
Specialist i allmänmedicin, Medlem i SFAM 3600 kr • Icke medlem i SFAM 4000 kr • Pensionär 2900 kr
ST-läkare, 2900 kr
Vid anmälan efter 18 september tillkommer 500 kr. Examinander är befriade från konferensavgift.

Poster: Vill du delta med en poster? Kontakta oss.

Kontaktperson: Karin Lindhagen, ordf i SFAM Uppsala.karin.lindhagen@sfam.a.se

Program

Mer detaljerat program finns på SFAMs hemsida www.sfam.se. Det uppdateras kontinuerligt.

Onsdag 4 november

09.00–10.00 **Registreringen öppnar**

10.00–12.00 **Möten för examen, råd och nätverk**

12.00–13.00 **Lunch**

13.00–15.00 **Fortsatta möten för examen, råd och nätverk**

13.00–15.00 **Workshop om ST-uppsatser**
Christer Peterson, SFAMs studierektorsnätverk och Malin André, SFAMs forskningsråd.

Parallella föreläsningar/seminarier för ST-läkare och andra intresserade:

13.00–15.00 **Epidemiologi för allmänmedicinaren.**
Hur kan epidemiologisk metodik hjälpa dig att tolka informationsflödet?
Erik Ingelsson, legitimerad läkare, docent, forskarassistent vid Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet.

13.00–15.00 **Glömska – när är det demens? Om utredning och behandling**
Lena Kilander, universitetslektor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap /Geriatrik, Uppsala Universitet samt överläkare vid Geriatrikens minnesmottagning, Akademiska sjukhuset.

13.00–15.00 **Motiverande samtal – vad, när, hur?**
Astri Brandell Eklund, specialist i allmänmedicin, medlem i MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), projektledare inom Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut.

15.00–15.30 **Fika**

15.30–17.30 **SFAMs fullmäktigemöte**
Se särskild kallelse från SFAMs styrelse.

19.00– **Mingelkväll på Katalin – and all that Jazz**

Torsdag 5 november

08.00– **Registreringen öppnar**

09.00–09.15 **Välkomsthälsning**
Karin Lindhagen, ordförande i SFAM Uppsala.

09.15–10.00 **Våga växa, våga vara**
Elsie Johansson, författare.

10.00–10.30 **Fika. Posterutställning öppnar**

10.30–12.30 **2008 års examensuppsatser och avhandlingar i parallella seminarier**
Sammanfattningar av uppsatserna kommer att finnas tillgängliga vid höstmötet.

12.30–13.30 **Lunch**

13.30–15.00 **Charles Darwin – en aktuell 200-åring**
Nils Uddenberg, professor, läkare och författare.

15.00–15.30 **Fika**

Parallella seminarier:

15.30–17.00 **Allmänläkaren som handledare – från grundutbildning till ST**
Eva de Fine Licht och Helena Schildt Tossman, studierektorer i allmänmedicin. Bernhard von Below, specialist i allmänmedicin, och Stig Rödjer, hematolog, båda engagerade i undervisning och forskning på kursen TYK (tidig yrkeskontakt) inom grundutbildningen för läkare vid Göteborgs universitet. Seminarieledare: Bernhard von Below.

15.30–17.00 **Arbeta utomlands – erfarenheter från Kenya, Nya Zeeland, Sudan och Irak**
Monika Leissner, specialist i pediatrik samt ST-läkare i allmänmedicin. Har arbetat som jeepläkare för Rotarys Läkarbank i Kenya. Olof Rydin, ST-läkare i allmänmedicin och akutmedicin. Har arbetat som GP på Nya Zeeland.Peter Olsson, specialist i allmänmedicin. Har arbetat i Sudan och Irak för Läkare Utan Gränser.

15.30–17.00 **Bästa möjliga vård för multisjuka äldre**
Ett policyprogram framtaget av SFAM, SGF (Svensk geriatrisk förening) och SIM (Svensk Internmedicinsk förening).Sonja Modin, ordförande i SFAMs råd för hemsjukvård.

15.30–17.00 **Vårdval och allmänmedicinen – villkor för växtkraft?**
Jonas Sjögreen, tidigare ordförande i SFAM, tecknar en bakgrund och leder en diskussion om allmänmedicinens framtidsfrågor.

15.30–17.00 **Är hälsan ett mysterium? EBM möter Antonovsky**
Seminarieledare: Åsa Wetterqvist, specialist i allmänmedicin, projektledare inom Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut.

18.30– **Bankett i Rikssalen på Uppsala Slott.**

Fredag 6 november

8.30–09.30 **Filmisk överraskning på tema växtkraft**
Program sammanställt av Uppsala Internationella Kortfilmfestival

Parallella seminarier:

09.30–10.15 **Allmänläkarens möte med den våldsutsatta kvinnan**
Elisabeth Tönnesen, specialist i allmänmedicin, Nationellt centrum för Kvinnofrid samt Eriksbergs vårdcentral, Uppsala.

09.30–10.15 **Glest mellan gårdarna, glest mellan vårdarna**
ST med glesbygdsprofil – ett sätt att rekrytera till världens bästa jobb?
Anna Falk, Lisa Månsson, studierektorer i Västernorrland respektive Hälsingland.

SFAMs höstmöte
Universitetshuset i Uppsala 4 – 6 november

09.30–10.15 **Hälsoekonomiska simuleringsmodeller – vetenskap eller boys' toys?**
Anders Wimo, specialist i allmänmedicin, Harmångers Hälsocentral, Primärvården Hudiksvall-Nordanstig, adjungerad professor i geriatrisk allmänmedicin med hälsoekonomisk inriktning vid Karolinska Institutet.

09.30–10.15 **Kan knäskador förebyggas?**
Projekt knäglädje – att vara rädd om våra idrottande tjejer.
Ashkan Kiani, specialist i allmänmedicin, Uppsala.

09.30–10.15 **Nya läkemedel – hur avgörs vad som når oss?**
Eva-Lena Sjöö, specialist i allmänmedicin och reumatologi, tidigare verksam på Läkemedelsverket.

09.30–10.15 **Okända resultat av allmänläkares konsultationer**
Annika Andén specialist i allmänmedicin, medicine doktor, Bergnäsets vårdcentral, Luleå, berättar om sin avhandling Outcomes from GPs' Consultations.

10.15–10.45 **Fika**

Parallella seminarier:

10.45–12.15 **Dags för en omprövning av behandlingsfokus inom diabetesvården. Vilka prioriteringar är viktiga och ska alla patienter behandlas lika?**
Stefan Jansson, specialist i allmänmedicin, Örebro, doktorand vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Mats Eliasson, docent, överläkare, medicinmottagningen, Norrbottens läns landsting.Seminarieledare: Jan Stålhammar och Åke Schwan, SFAM Uppsala.

10.45–12.15 **Läkare och skrivande – varför och för vem?**
Ett samtal med skrivande kollegor. Seminarieledare: Lena Svidén, allmänläkare, Stockholm.

10.45–12.15 **Min avhandling – vad hände sedan?**
Kurt Svärdsudd går i år i pension och slutar som professor i allmänmedicin i Uppsala. Tre av hans många tidigare doktorander berättar om sina forskningsområden och vad som hände efter disputationen.Lars Agreus, professor i allmänmedicin vid Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet. Karin Björkegren, universitetslektor, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Lars Englund, chefsläkare på Trafikmedicinska rådet, Transportstyrelsen.
Seminarieledare: Bo Karlsson, SFAM Uppsala.

10.45–12.15 **Primärvård åt papperslösa?**
Rätt till sjukvård för migranter – vad säger lagen och hur tolkas den i praxis? Alexandra Segenstedt, jurist, och Maria Stålgren, rådgivare Hälsa och Migration, båda från Svenska Röda Korset.
Vårdbehov hos papperslösa – erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008. Magdalena Fresk och Helena Ganslandt, ST-läkare i allmänmedicin.
Avslutande diskussion med ytterligare medverkande.

10.45–12.15 **Prova på FQ-grupp.**
Interaktivt seminarium där du får veta vad en FQ-grupp är samt får vara med i en tillfälligt sammansatt grupp för kollegial dialog. Seminarieledare: Anna-Karin Svensson, SFAMs fortbildningsråd.

10.45–12.15 **Screening av alkoholvanor – växtkraft eller ogräs för folkhälsoarbetet?**
Hans Hallberg och Renée Vichoff, SFAMs riskbruksnätverk, samt Anders Beich, forskare och dansk allmänläkare. Seminarieledare: Jonas Sjögreen, också medlem i riskbruksnätverket.

12.15–13.15 **Lunch**

13.15–14.00 **Årets avhandling, högtidsföreläsning**

14.00–15.00 **Dagens allmänmedicin – spjutspets eller gammal skåpmat?**
Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet.

15.00–15.30 **Avslutning och presentation av nästa års höstmötesarrangör**

15.30– **Fika**

Annons

Rapport från NäSTa-möte på Marstrand

På Marstrand står en magnifik Silverpoppel som är drygt 145 år gammal. Trädstammen är så tjock att det krävs flera NäSTa-representanter för att nå runt den och dess bladverk förgrenar sig högt upp i skyn. Om grenar kunde tala så hade vi fått höra om de många organisatoriska förändringar de bevittnat. Jag låter solen belysa mitt ansikte och kisar upp mot myriaden av gröna blad i skyn. Det slår mig att NäSTa är som en gruppering av de mest distala bladen. Vi är förgreningarna längst ut i det mäktiga trädet och får vår näring från allmänmedicinens stora stam. Inget blad är det andra likt. Alltjämt är vi individer med vår egen unika utformning.

Vad är då NäSTa undrar vän av ordning. Det är ett nationellt nätverk för ST-läkare i Allmänmedicin som startades 2005. Initialt som en del av FAMMI, men efter dess insomnande är NäSTa ett nätverk i SFAM. Tanken är att varje studierektorsområde ska finnas representerat. Det är studierektorn som står för finansieringen av resa och boende för ST-läkaren medan SFAM bekostar konferensavgiften. NäSTa-möte hålls två - tre gånger om året. Ett av dem är det stora vårmöte som några NäSTa-representanter arrangerar. De senaste åren har vi varit besökt Växjö och Västervik. Under SFAMs höstmöte och under ST-dagarna hålls sedan kortare möten för nätverket. NäSTa har två samordnare som har sin bas i SFAMs ST-råd och man kan betrakta NäSTa som ett rådgivande organ till ST-rådet.

Vad är då tanken bakom NäSTa?

NäSTa är tänkt att vara ett nätverk där goda exempel på utbildning kan spridas, dåliga exempel ges belysning och utbildningsfrågor kan drivas. Ytterst vill

NäSTa-delegater framför Silverpoppeln

Fotograf: Marcel Aponno

vi stärka den allmänmedicinska identiteten och det är väldigt givande att träffas, diskutera och se sig själv som en del av något större. Man kan se det som del av en normaliseringsprocess. Vi bejakar varandras tankar och intryck, belyser skillnader och försöker förstå. Den nyfikenhet som jag tror är en grundförutsättning för att bli en bra doktor kommer här väl till pass. Ett konkret exempel är informationen om att grannarna i studierektorsområdet bredvid mitt eget hade en större pott med utbildningspengar. Trots att vi tillhör samma region. Numer är denna skillnad bortsuddad. Detta exempel borde man kunna tillämpa även mellan landsting så att vår utbildning nationellt sett håller samma höga standard. Något som kanske är extra viktigt i vårdvalstider där ST-utbildningen verkar hanteras lite på en höft i vissa landsting.

NäSTa har hittills arbetat med flera parallella saker. Bland annat har ett introduktionspaket tagits fram för nya ST-läkare. Rekommendationer för ST-kontrakt håller på att arbetas fram och man har jämfört ett stort antal ST-kontrakt som har samlats in från hela landet. Allmänmedicin som varumärke har belysts och vi väntar ivrigt på den Magisteruppsats som vi gett två Handelselever i uppgift att skriva.

Årets möte var synnerligen effektivt. Mest tid lades på en ST-enkät som ska kunnas användas för att ta fram en ST-ranking. AT-rankingen har fått stort genomslag inte minst medialt och vi hoppas kunna uppnå något liknande. Vår utbildning håller en hög standard men oroväckande rapporter når oss att vissa landsting rekryterar utländska läkare utan att fullt ut informera dem om deras rättigheter som ST-läkare. Handledning, studietid, kurser, ST-dagar och FQ-grupper är viktiga inslag för alla ST-läkare, kanske allra mest för våra utländska kollegor.

Beträffande vårdval anser NäSTA att det är viktigt att ST-utbildningen är formaliserad. Att det är ålagt vårdgivarna att utbilda ST och AT, inte att det blir ett valfritt tilläggsuppdrag. Särskilt om det blir en mångfald av arbetsgivare, både offentliga och privata, är detta viktigt. Här blir handledare och studierektorn nyckelpersoner som ska garantera att ST-utbildningen blir högkvalitativ. Central kontra lokal anställning diskuterades utan att konsensus nåddes. Trygghet, delaktighet och god kvalitet på utbildningen var argument som användes för båda alternativen. Men då det nu finns en politisk vilja till mångfald inom primärvården ser jag personligen inte varför just ST-läkare ska särskiljas som enda personalkategori och anställas centralt i landstinget.

Frågan om vårt varumärke diskuterades kort. Varumärke alltså i den mening att omvärlden inte ser vår fulla potential och därmed blir det en inkongruens i uppfattningen om vad vi kan prestera och ytterst bör få resurser till. Helt enkelt en skev yrkesidentitet. Vi kom överens om att vi alla kunde skriva under på att vi vill ses som kompetenta specialister. Inte som icke-specialist som kan lite grann av det mesta (läs ingenting). Ett förslag som lyftes fram var att inte byta namn på vår specialitet utan på vår tjänstetitel. Om vi byter från distriktsläkare till överläkare i allmänmedicin skulle patienterna bättre förstå skillnaden i kompetens mellan olika utbildningsnivåer inom primärvården. Dessutom skulle de associera till överläkare på sjukhuset och se att de träffar en högkompetent läkare även inom primärvården. Mer om detta senare då den tidigare nämnda Magisteruppsatsen är färdig.

Dessutom hann vi med en excellent guidning runt Marstrand av skärgårdsdoktorn Bengt Silfverhielm som har över 30 års erfarenhet av sjukvården på Marstrand. Förutom Silverpoppeln såg vi Sveriges första synagoga, Carlstens fästning och vårdcentralens inbundna Lex Veneris-bok där alla fall av könssjukdomar nedtecknades.

Sammanfattningsvis ska du som är ST-läkare fundera på att engagera dig i NäSTa. Det är roligt, viktigt och väldigt givande. Vill du förändra något inom allmänmedicinen så har du ett utmärkt forum här. Du som är studierektor ska fundera på vem du ska skicka till nästa NäSTa-möte. Det är givande för hela ST-gruppen som via delegaten får höra hur andra ST-läkare styr upp sin utbildning. Du som är distriktsläkare ska se oss som framtiden. Även om vi för tillfället enbart är små löv på det stora trädet så växer vi.

För NäSTa
Marcel Aponno
ST-läkare
VC Kusten Ytterby & Marstrand
marcel.aponno@ptj.se

Annons

Implementering av frågeformulär om levnadsvanor

Bakgrund

Att förebygga sjukdom har varit en central angelägenhet för primärvården allt sedan provinsialläkarsystemets införande. I Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 är en av huvudpunkterna att hälsofrämjande och förebyggande arbete behöver stärkas. Man konstaterar att "det klara sambandet mellan levnadsvanor och sjukdom ännu inte fått fullt genomslag i vården" [1].

Bakgrunden är levnadsvanors mycket stora roll för sjuklighet. Bara alkoholen beräknas orsaka 10 % av all sjuklighet i Europa [2] och 3 000 dödsfall/år i Sverige. Liknande förhållanden kan gälla andra levnadsvanor. Här finns alltså en mycket stor potential till förbättrad hälsa – om vi väljer att arbeta med detta.

Mot detta folkhälsoperspektiv ställs ibland en hörnsten i allmänmedicinsk verksamhet; det som patienten söker hjälp för ska vara i fokus, patientens agenda ska gälla i första hand, inte samhällets mål om bättre folkhälsa [3]. Två medicinsketiska principer står här emot varandra: godhetsprincipen och självbestämmandeprincipen. Ytterligare en etisk aspekt att beakta är den stora ojämlikheten i hälsa beroende på socioekonomisk status och förmåga att välja levnadsvanor. WHO:s "Marmotkommission" betonar vikten av såväl hälsofrämjande arbete som enpowerment av patienten. Alla dessa aspekter måste beaktas vid implementering av levnadsvaneformulär. WHO har också formulerat etiska kriterier för screening, vilka till någon del kan vara tillämpliga på levnadsvaneformulär [4].

Flera landsting har börjat, eller planerar implementering frågeformulär om levnadsvanor. Dessa kallas väntrumsenkät, livsstilsformulär, fem frågor om din hälsa, hälsoprofil, självskattningsformulär etc. De efterfrågar oftast fysisk aktivitet, kost, tobak, alkohol och ibland stress el-

Faktaruta 1. Möjliga fördelar med levnadsvaneformulär

1. Informationen är till nytta vid konsultationen:
   a. Formuläret medför att patienten får lättare att ta upp levnadsvanor. Frågorna blir legitima, patienten kan lättare ta upp känsliga livsstilsfrågor genom att hänvisa till formuläret.
   b. Formuläret kan utgöra en naturlig utgångspunkt även för vårdpersonal för en diskussion om livsstilsfrågor. Sjukvårdspersonal upplever det ofta svårt att prata livsstil, speciellt alkoholfrågor.
   c. Dåliga levnadsvanor är ofta orsak, eller bidragande orsak till patientens besvär. Formuläret underlättar fokus på sanna orsaker och minskar risk för onödig medikalisering.
2. Vårdcentralen får en hälsoprofil.
   a. Hälsoprofil har positiv värdeladdning.
   b. 90 % av Sveriges befolkning vill att vårdgivaren tar upp livsstilsfrågor. Det sker dock bara i upp till 30 % [16].
   c. Visar att man bryr sig om patientens hälsa, inte bara sjukdom.
3. Hälso- och sjukvården har en normerande roll för samhället syn i livsstilsfrågor, vilket medför att livsstilsfrågor blir viktigare i samhället.
4. Levnadsvanors betydelse aktualiseras för alla patienter, inte bara redan hälsomedvetna och resursstarka.

Faktaruta 2. Risker och nackdelar med levnadsvaneformulär

1. Patienten känner press att utlämna personliga uppgifter.
2. Patienten skäms för sin dåliga livsföring, "förbättrar" uppgifterna, känner sig sedan låst att hålla fast vid felaktiga uppgifter, även när ett mer förtroligt samtal etablerats.
3. En uppgiven dålig levnadsvana behöver inte vara orsaken till aktuellt besvär, vi kan ledas fel i utredning och även förlora förtroende hos patienten.
4. Tar tid från andra arbetsuppgifter. Det ställs många krav på vad vi ska prioritera, vilket medför etiska dilemman. Detta kan exemplifieras med en beräkning som visade att 7,4 timmar skulle krävas varje dag om amerikanska primärvårdsläkare skulle följa alla rekommendationer från US Preventive Services Task Force [17]. En risk med många, ofta motsatta, krav är att vårdgivarna utvecklar försvarsstrategier/skygglappar mot alla former av yttre krav, i stället för att prioritera de viktigaste.
5. Patienten känner sig utpekad, om det inte framgår att det är en rutin för alla: Varför ska just jag fylla i?
6. Kan ge intryck av att vårdcentralen sysslar med att lägga sig i folks liv, eventuellt i stället för att öka tillgänglighet för sjukdom. Risk uppfattas som "hälsopolis" där individens frihet ställs emot det som samhället anser viktigt för befolkningen.

ler allmänt hälsoupplevande. Bland dem som arbetat med detta på senare tid kan nämnas folkhälsoenheten i Nacka [5], Hälsolyftet på Hisingen, Askim [6], landstingen i Jönköping [7], Kalmar [8], Dalarna [9], Sörmland[10], och Uppsala län.

Många goda erfarenheter har rapporterats. Från Sörmland rapporteras att personalen överlag var positiv och man kunde därtill konstatera förändring av patienternas alkoholvanor. I Uppsala län har ”Livsstilsformulär” medfört kraftigt ökad frekvens journalförda samtal om levnadsvanor [11]. Vårdpersonal uppger ofta att formulären ger stöd i arbetet. Det har också framkommit mindre goda erfarenheter och omfattande kritik från olika håll.

Kritiken mot levnadsvaneformulär kan till stor del hänföras till brister i information och implementering, dålig överensstämmelse med allmänmedicinskt arbetssätt [12, 13], samt till brist i etiska överväganden [14, 15]. Ett syfte med denna framställning är att där vårdgivarna önskar att implementera frågeformulär om levnadsvanor ska det ske på ett sätt som berikar vårdarbetet och är i överensstämmelse med ett allmänmedicinskt arbetssätt och med etiska värderingar. Olämplig implementering skapar motstånd i professionerna och riskerar medföra att allt levnadsvanearbete kommer på skam.

Hur formulera frågorna i levnadsvaneformulär?

Formulären efterfrågar oftast levnadsvanorna fysisk aktivitet, kost, tobak, alkohol och ibland stress eller allmänt hälsoupplevande.

De i dag vanligaste formulären efterfrågar ett beteende i kvantitativa termer (hur ofta man motionerar, hur mycket alkohol man dricker, hur många cigaretter/dag, etc.). Resultatet blir en situation där patienten deklarerar sin vana och läkaren får en expertroll genom att värdera svaren, och kanske föreslår korrigerande åtgärder. Formulärens utgångspunkt är en normerad hälsosam levnadsvana, som i och för sig grundas på vetenskap och ofta finns till och med stark evidens för vanans hälsoeffekter i befolkningsperspektiv.

Dessa frågor säger dock inget om den enskilde patientens syn på vanan, önskan om förändring eller förmåga till förändring. Kunskap om detta är avgörande om förändring ska kunna stödjas, och då krävs helt andra frågor. Beroende var patienten befinner sig på motivationsstegen krävs olika åtgärder för att komma ett steg närmare förändring. Vid låg motivation behövs ofta information (”rökning är inte bra för dina lungor”) eller att skapa ambivalens genom att diskutera för och nackdelar med det aktuella beteendet eller kanske en känslomässig diskrepans mellan beteende och ideal (ex. ”vad tycker dina barn om att du röker hemma”). Vid hög motivation behövs snarare planering och stöd.

För att frågorna mer naturligt ska resultera i samtal om förändring krävs frågor vars utgångspunkt är patientens värderingar snarare än normerade levnadsvanor. Härmed ges patienten en expertroll, det är bara patienten som vet sina värderingar och sin motivation. Med kunskap om patientens värderingar och önskemål blir ett motiverande förändringsinriktat samtal naturligt. Detta förfarande har också tydligt stöd i Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2009, där ett av huvudbudskapen är att patientcentreringen i vården måste stärkas, vilket innebär att ”vården ges med respekt för den enskilda individens behov, förväntningar och värderingar” [1]. Dagens kvantifierande frågor fångar endast vårdens syn på patientens behov och inte alls patientens förväntningar och värderingar. Hur kvalitativa patientcentrerade frågor ska utformas på bästa sätt har vi liten kunskap om då detta bara prövats i enstaka fall [6]. Några förslag framgår i faktaruta 3.

Faktaruta 3.

Exempel på kvalitativa frågor	Exempel på kvantifierande frågor (svarsalternativ inom parentes)
Skulle du vilja motionera mer? Vad skulle krävas för att du skulle motionera mer?	Hur ofta rör du på dig 30 minuter eller mer per dag? (dagligen, regelbundet 3-5ggr/v, regelbundet 1-2 ggr/v, mindre än 1 gång/v
Har du, eller någon annan, tyckt att du borde skära ner på din alkoholkonsumtion? Vill du veta mer om alkoholens roll vid din sjukdom?	Hur många glas dricker du vanligtvis per vecka? ange:.....) Hur ofta dricker du 4 glas (kvinna) alt. 5 glas (man) eller mer vid samma tillfälle, t.ex. en kväll? (aldrig, mer sällan än en gång i månaden, varje månad, varje vecka, dagligen eller nästan dagligen)
Är du överviktig? Hur ser du på din vikt?	Längd (.....cm), vikt (.....kg)
Tror du att du äter för mycket fett eller för lite fibrer? Skulle du vilja äta mer frukt och grönt? Tror du att du äter/dricker för mycket söta produkter?	Hur ofta äter du frukost/lunch/middag (i stort sett dagligen, någon eller några gånger i veckan, sällan eller aldrig) Hur ofta äter du enligt tallriksmodellen? (ibland eller aldrig, några gånger per vecka, en gång om dagen, två gånger om dagen)

Att skapa en fungerande rutin

Det vanligaste är att patienten erbjuds ett formulär i reception/kassa i samband med betalning. Det bör finnas tydlig information om syftet på framträdande plats i receptionen, så det framgår att det är en rutin på mottagningen för alla patienter. Patienten har sedan tid att fylla i formuläret i väntrummet men ska ges möjlighet att avstå och diskret återlämna formuläret.

Det har förekommit att man skickar hem formuläret, tillsammans med kallelse, till alla tidsbokade patienter, eller till dem med vissa diagnoser. Erfarenheterna har varit mindre goda.

Läkaren kan också ha en bunt formulär att vid behov dela ut till patienten att fylla i under konsultationen. En del läkare gör så rutinmässigt vid livsstilsrelaterade diagnoser. Andra vid uppföljning av icke-medikamentell behandling. Man kan jämföra detta med användandet av depressionsskalor, ångestskalor eller MMT.

Slutligen kan nämnas datoriserade ”livsstilstest”. I bland annat Östergötland pågår nu en omfattande utvärdering via Linköpings hälsouniversitet. En dator med skrivare är placerade i väntrummet. Patienten kan söka upp den spontant, till exempel under väntetiden, eller hänvisas/rekommenderas av vårdgivaren.

Oavsett vilken modell som används är det ytterst viktigt ***hur det presenteras*** för patienten!

1. Det ska vara en kontext som innefattar erbjudande! Patienten får aldrig känna press att fylla i formuläret. Levnadsvanor kan upplevas personliga och integritetskänsliga. Patienten kan också vara så fylld av sitt ärende eller orolig så att allt annat upplevs oväsentligt och störande.
2. Det bör gärna framstå som ett mervärde. En positiv överraskning och något mer än man förväntar sig av en vanlig konsultation.
3. Det ska vara medicinskt ändamålsenligt. Vårdgivarna måste se ett värde i levnadsvaneformuläret för att det ska vara bärkraftigt över tid.

När under konsultationen ska man ta upp livsstilsformuläret? Patienten har oftast formuläret i handen när han möter vårdgivaren. Man kan då diskutera formuläret direkt. Alternativet är att ta emot och kommentera: ”Tack, vi ska strax titta på detta, men först vill jag höra varför du har kommit hit i dag”. I lämplig situation, till exempel när man diskuterar orsaker till besväret, eller behandling av besväret, kan man anknyta till uppgifterna i formuläret.

Hur ska man diskutera uppgifterna i formuläret? De bör om möjligt relateras till patientens aktuella problem, vilket gör frågorna mer relevanta för patienten. Även om formulär underlättar att levnadsvanor diskuteras, krävs goda kunskaper i konsultationsteknik och patientcentrerat arbetssätt för att frågan ska hanteras på ett optimalt sätt. Det finns naturligtvis även åtskilliga situationer där livsföringen inte är relevant för aktuellt problem, även detta ska hanteras. Speciellt i denna situation finns risken att formuläret upplevs omotiverat och ”hälsopolisiärt”

Många patienter väljer att ändra sin livsföring bara de blir medvetna om att de lever ohälsosamt eller att livsföringen påverkar det besvär de söker för. Sjukvårdspersonalens rekommendation om en förändring har här stor betydelse. Andra kan behöva ett mer aktivt stöd i att genomföra en förändring. Här är kunskaper i motiverande samtalsmetodik (MI) en stor hjälp. Därutöver bör finnas möjlighet till annan hjälp såsom remiss till rökavvänjning, alkoholbehandling, dietist, FaR, med mera.

Förutom nyttan i konsultationen kan formuläret även användas som ett ”remissunderlag” till en sjukgymnast, distriktssköterskas hälsorådgivning, läkare, dietist, viktgrupp eller hälsocoach.

Systematisk journalföring av levnadsvanor är problematisk

Syftet med den medicinska journalen är (Patientdatalag 2008:355) är i första hand att vara vårdgivarens redskap för att bedriva en god och säker vård, men även en informationskälla för tillsyn, forskning och verksamhetsuppföljning.

Många vårdgivare upplever att frågeformulär är till nytta vid aktuell konsultation, och att samtal om levnadsvanor underlättas. Uppgifter om levnadsvanor är dock integritetskänsliga och bör därför bara journalföras om det krävs för en god vård. Det är då naturligt att journalföra uppgifterna i adekvat sammanhang, fritt formulerat i löpande text. Flera etiska problem uppstår när man registrerar integritetskänsliga uppgifter rutinmässigt, speciellt om formuläruppgifter införs sökbart i matrisform. Journalför vi integritetskänsliga uppgifter som inte behövs för en god vård? Är patienten fullt medveten om att uppgifterna registreras? Det kan också medföra problem för patienter som söker livförsäkring, eftersom försäkringsbolag regelmässigt begär journalkopior.

Journaluppgifter tar också plats, i journalsystemet Cosmic upptar införda formuläruppgifter 3/4 skärmsida. Vid journalgenomgång, som förberedelse inför ett besök, är en alltför omfattande journal ett välkänt hinder för att snabbt få en överblick i en patients tidigare sjukdomshistoria. Det torde också vara sällsynt att man har nytta av äldre journaluppgifter om levnadsvanor.

Man bör därför tänka till två gånger om man överväger systematisk journalföring av levnadsvaneformulär. Nämnda problem finns dock inte om man bara registrerar att patienten besvarat ett formulär, eller att man diskuterat levnadsvanor utifrån formulär. Sådan registrering kan förekomma där målrelaterade ersättningar vill stimulera till ökat fokus på levnadsvanors hälsobetydelse.

Men är då inte systematiskt och sökbart införda uppgifter ett utmärkt kvalitetsinstrument, för att följa vårt arbete med levnadsvanor och icke medikamentell behandling? Nej, utdata kan visserligen utgöra underlag för en diskussion. Man kan få utdata om till exempel frekvens rökare, riskkonsumenter av alkohol etc. Formulärdata kan också jämföras med registrerad diagnos, till exempel hur ofta

▸▸

KOL-diagnos förekommer hos rökare, eller om hypertoni är vanligare hos dem som inte motionerar. Uppgifterna speglar däremot inte om ett gott arbete utförs.

Vid en jämförelse mellan väntrumsenkät och landstingens återkommande befolkningsenkät har man funnit relativt god samstämmighet vad gäller rökning, men inte alkohol och motion. Alkohol tycks underskattas, och motion överdrivas i väntrumsenkäten. Detta har tolkats bero på att man i anonyma befolkningsenkäter inte har samma behov att framställa sig i bättre dager som inför mötet med doktorn [18].

En allmän erfarenhet är också att vissa alkoholfrågor lätt missuppfattas, vilket också visar sig också i utdata där extrema siffror på riskbrukare ses.

Ovanstående, sammantaget med att det är en selektion av befolkningen som besöker vårdcentral, och som fyller i formulär gör att väntrumsenkäter inte speglar verkligheten väl. Befolkningsenkäter anses betydligt säkrare.

Undvik målrelaterad ersättning baserade på journaldata om levnadsvanor

Målrelaterade ersättningar är ett ekonomiskt styrmedel som syftar till att stimulera angelägna arbetsuppgifter. Arbete med levnadsvanor förekommer ofta. Ersättningen baseras ibland på sökbara journaldata. Idén med ekonomiska incitament som styrmedel har granskats både i Sverige [3] och internationellt. Det har ibland visat sig kunna ge högre vårdkvalitet, kostnadskontroll och högre produktion, men risken för ”plocka russinen ur kakan” är stor. En svårighet uppstår också när ett flertal konkurerande mål finns i ett komplext system. Primärvård är ett påtagligt komplext system. Det empiriska underlaget för en bättre totalkvalitet har då visat sig svagt i internationella studier [19, 20].

Vem får ersättningen? Prestationsersättning till enskilda vårdgivare har förekommit historiskt, men i dagsläget ersätts mottagningar eller PV-förvaltningen. För privatägda mottagningar kan detta dock indirekt vara kopplat till den enskildes ekonomi. Målrelaterade ersättningar är i dagsläget små, som mest ett par procent av totalekonomin, men en risk är att medicinsk ändamålsenlighet fått stå i bakgrunden samt att patienter känner sig tvingade fylla i formulär, vilket förekommit.

Samtidigt finns politiska företrädare som bedömer att målrelaterad ersättning är avgörande för lyckad implementering av frågeformulär om levnadsvanor [21].

En konsekvens av målrelaterade ersättningar är att styrningen av vårdens innehåll förskjuts något från den medicinska professionen till de politiska företrädare som fastställer målen.

En positiv konsekvens är dock att livsstilsfrågor även beaktas i administrativa sammanhang såsom i budgetarbete och centrala styrdokument, och inte bara i direkt patientvård. Ett exempel på detta är SKL- projektet ”Hälsa i Bokslut”.

Ett alternativ till att basera en målrelaterad ersättning på patientjournaldata är att hämta uppgifter från de omfattande befolkningsenkäterna som redan genomförs (Liv och Hälsa, SoRAD, Vårdbarometern). I exempelvis Vårdbarometern kan utläsas hur ofta vårdpersonalen tar upp livsstilsfrågor, och om patienten tror sig ändrat vanor på grund av detta samtal [16].

En rimlig modell för ekonomisk stimulans är att kompensera endast initialt, för det merarbete det innebär att starta upp en ny rutin. Grundidén för att en rutin ska fortleva måste ju vara att såväl personal som patienter sedan ska uppleva nytta av rutinen, annars är den förfelad.

Sven Wåhlin

Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Alcohol policy in the WHA European region: current status and the way forward. Fact sheet EURO/10/05. http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005e.pdf
3. Sjögreen J. Allmänläkarens dilemma – riktlinjerna kolliderar med långsiktighet och individualisering. AllmänMedicin 2008;2:29-30.
4. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968. Available from: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf reviderade 2008: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/
5. Eckerman I. Det hälsofrämjande mötet: Primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. Rapport för medicinskt programarbete. Folkhälsoenheten i Nacka. 2004. http://www.slso.sll.se/upload/MPA%20Fh-arb%20Ingrid%2024.10.2004.pdf
6. Blomstrand A, Lindqvist P, Enocsson Carlsson I, Pedersen N, Bengtsson C. Primary Health Care. 2005;23:82-7.
7. Persson LG, Johansson LO. Alkoholprevention på vårdcentral – Är det möjligt? Jönköpings län, Primärvårdens FOU enhet; rapport 2006:1.
8. Hertin A. Är en enkät en framkomlig väg för att identifiera och påverka riskbruk? AllmänMedicin. 2009;1:6-7.
9. Granvik M. 2237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete. Landstinget Dalarna. 2008;nr 152.
10. Elvenger A, Degerheim, Frykstad E. Frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" gör skillnad för samtalet om livsstil med patienten. Rapport nr 5:2007. FOU Centrum, Landstinget Sörmland. http://www.landstinget.sormland.se/Sidans_katalog/10131/Rapport%205_2007%20med%20bilagor.pdf
11. Liv och hälsa 2008: Resultat av en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter. CDUST. http://www.lul.se/templates/page____11733.aspx
12. Adern M. Väntrumsenkät, konsultation, meditation. AllmänMedicin. 2008;(6):20-1.
13. Granvik M. Allmänläkares erfarenheter av att arbeta med en väntrumsenkät som arbetsinstrument. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete. Landstinget Dalarna. 2008;nr 153.
14. Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. Läkartidningenn. 2004;101:1412-15.
15. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ. 2003;327:498-500.
16. SKL. Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Stockholm: SKL;2006-8. Tillgänglig på www.vardbarometern.nu
17. Yarnall KSH, Pollack KI, Östbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Pub Health 2003;93:635-41.
18. Granvik M. Patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor I en väntrumsenkät. AllmänMedicin. 2008;(6):5-7.
19. Mannion R, Davies H. Payment for performance in health care. BMJ. 2008;336:306-8.
20. Heath I, Hippislay-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? BMJ. 2007;335:1075-6.
21. Statens folkhälsoinstitut. Riskbruksprojektet [webbsida]. Nyhetsintervju; 2009. http://www2.fhi.se/templates/page____15184.aspx

Sven Wåhlin
Disktriktsläkare Bålsta Vårdcentral
Projektledare i Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut.
sven.wahlin@fhi.se

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2009

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Uppsala den 4–6 november 2009.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAMs kansli, e-post: *kansli@sfam.a.se*
Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAMs 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.

Plats: Universitetshuset,
S:t Olofsgatan/Övre Slottsgatan, Sal X (10).
Tid: Kl 15.30–17.30, onsdagen den 4 november 2009.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (*www.sfam.se*) från den 4 oktober.

Välkommen!
Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

Effekter av Rehabkedjan:

Läkaren som portvakt eller gisslan?

Läkarsällskapets Örebro-dagar i våras hade som tema "Sjukskrivning – på gott och ont" och samlade många allmän- och företagsläkare. Bengt Järhult skriver här om läkarrollen och konsekvenserna av de förändrade reglerna på sjukskrivningsområdet, tankar han redovisade i slutdebatten "Är sjukfrånvaro en medicinsk fråga eller en samhällsfråga? Läkaren som gisslan."

Saken gäller inte om utan hur läkarkåren kunde låta sig tas som gisslan i ett samhällsdrama med så många lögnaktiga utgångspunkter, till exempel att sjukskrivningsexplosionen i början av 2000-talet berodde på läkarnas slappa sjukskrivningar och patienternas ovilja att arbeta. Detta när sanningen är att strukturella förändringar på arbetslivsområdet var huvudförklaringen. Allt tal om felaktiga attityder och vilja till fusk är bara en förlängning av besuttna klassers fördomar, när de sitter på groggverandan och uttalar sig om sitt tjänstefolk; att olika former av svaghet och oförmåga är ett resultat av bristande vilja och dålig moral.

Gisslanbilden gäller på olika nivåer. Jag tror många läkare sett sina kollegor på försäkringskassan just som gisslan – under medicinsk flagg legitimera många gånger orimliga beslut, destruktiva för den behandlande läkarens försök att rehabilitera sin patient. Många försäkringsläkare har kanske inte insett sin roll i ett större sammanhang utan tyckt att de bara lyder order, tolkar politiskt fattade regelverk. Men det finns också ganska många som avsvurit sig kontakten med sina behandlande kollegor och med liv och lust gått in för att sätta dit långtidssjuka, särskilt invandrare, psykosocialt underprivilegierade och patienter med lågstatusdiagnoser. Dessa läkare är ju inte gisslan utan kollaboratörer. En skarprättare jobbade jag länge med. Han avslog allt vad än de behandlande läkarna skrev och var opåverkbar av mänskliga tragedier inklusive självmordsförsök efter FK:s agerande. Men han arvoderades med 2–3 miljoner årligen när FK var som mest i gasen.

Gisslanbilden har sin relevans också för Läkarförbundets ledning. Förändringarna under senare år hade inte kunnat genomföras utan Läkarförbundets stöd. Ledningen har i hög utsträckning jamsat med i den politiska retoriken, frekvent setts på presskonferenser med Curt Malmborg där man fastställt att det är människors felaktiga attityder som orsakar sjukskrivningarna. Jag för min del tycker att facket i första hand ska lyfta fram konsekvenserna för samhällets svagaste grupper, de läkarna möter i vardagen, kräva evidensbaserade studier innan förändringar sker och försvara läkarna när de blir spottkoppar i samhällsdebatten.

Ändå är kanske gisslanbilden mest adekvat för den enskilde läkaren. FK skyller ofta sina avslag på läkarens bristfälliga intyg och patienten ställs utan levebröd. Då blir det ju läkarens fel. Men frågan gäller: är omfattande detaljkrav i intygen rimliga och kostnadseffektiva när de stjäl tid från det viktigaste – patientmötet? Det är väl mycket bättre att utforma ett system där kassan litar på den behandlande läkaren som person! Inte på formuleringskonsten hos den enskilde doktorn. Visst behövs ibland en förbättring av de medicinska underlagen, men nu håller det på att bli parodi, då kodorden för att få kassans godkännande med ett dubbelklick hämtas från det medicinska beslutsstödet i datorn. Vi är på väg mot en inflation i motiveringarna, som försvårar kassans bedömning av rätten till sjukpenning. Men läkaren forceras till detta för att patienten och läkaren själv ska slippa kassans frågor gränsande till trakasserier.

Kassan har ju i alla tider vetat vilka läkare som missbrukar sin sjukskrivningsrätt. Sätt dit dem men lämna den stora majoriteten som jobbar seriöst i fred. Och sluta med den nya given att förstöra patient – läkarförhållandet genom att sända en kopia till patienten på alla insinuanta frågor om grunderna för sjukskrivningen. Vad ska patienten tro? Det blir i patientens föreställningsvärld läkaren som orsakar lidandet, inkomstbortfallet och risken att hamna på socialbyrån. Jag tycker inte vi läkare ska acceptera denna utveckling. Det är varken FK:s personals eller läkarnas fel i första hand utan politiska direktiv som det politiska systemet ska ta ansvar för! Konsekvenserna av en avhumaniserad socialpolitik ska inte dumpas på oss läkare.

Konsekvenserna av en avhumaniserad socialpolitik ska inte dumpas på oss läkare

Effekter på individ och samhälle av regelförändringarna kring ohälsa och arbete

Varenda landsortstidning fylls nu av berättelser om människor som tappat tilltron till samhällets trygghetssystem. De är kränkta av Fk:s hantering och av de nya politiskt bestämda regelverken. Ändå är detta bara toppen på ett isberg.

Bakom FK:s och politikernas jubel över att sjuktalen kraftigt minskat finns en stor population som redan tagit konsekvenserna av vad de uppfattar vara ett inhumant samhälle. Ett samhälle, där ärliga människor som betalt sin skatt/sjukförsäkring bemöts med oförståelse, misstänksamhet och en organisation med allt längre avstånd till en personlig, hjälpande försäkringstjänsteman.

De är många som i hat till ett samhälle som övergivit dem inte söker vård, tar ut semesterdagar eller flextid vid sjukdom eller byter scheman när de egentligen är berättigade till sjukpenning. För att inte tala om den äldre städerskan med smärtproblematik, som borde vara partiellt sjukskriven men som inte vill utsätta sig för FK:s förnedrande prövning utan hellre, trots sin låga lön, går ner i arbetstid och inkomst. De nya sjukskrivningsreglerna och den så kallade Rehabkedjan har inneburit att sjuka nu i betydande utsträckning går tillbaka i arbeten som de absolut inte borde vara på ur medicinsk synpunkt. Men vad gör man när försörjningen och familjens trygghet hotas? Till och med efter arbetsolyckor och uppenbara arbetsskador, ser jag att sjuka tvingas tillbaka i samma jobb som skadat dem, detta inför Fk:s hot och arbetsgivarens nya rätt att säga upp dem.

Men om detta pratar ingen politiker, statistik redovisas inte och det finns ingen utredning tillsatt som ska skatta effekterna – vilken kronisk sjuklighet som skapas med kommande kostnader, nyrekrytering i alkoholmissbruk, accelererande utanförskap och kanske en ny bomb med utmattningssyndrom.

Det är väl inte bara långtidssjukskrivning som har negativa effekter? Skulle det vara mindre farligt medicinskt att som sjuk sparkas ut i arbetslöshet på en marknad, där man inte får rehabilitering eller jobb? Detta efter att FK definierat arbetsförmågan. Eller att direkt hamna i socialbidragsfållan, om man efter 180 dagar mister anställningen, påstås ha en arbetsförmåga i något fiktivt jobb och saknar A-kassa, vilket många gör. Nu ökar socialbidragskostnaderna och en orsak är förändringarna i sjukförsäkringen. Redan i maj 2008 var SKL:s prognos att Rehabkedjan skulle leda till en 10 %-ig ökning av antalet personer med "försörjningsbidrag" och nu inser allt fler att det kommer att bli mycket värre än så.

Hur känns alla påståenden om fusk för de sjukskrivna? Påverkas identiteten? Ta den senaste sammanställningen från FK [1] där rubrikerna i massmedia talade om utbrett fusk. I ett rättsamhälle trodde jag det som räknas är om en domstol fastställt lagbrott. Intill dess är man oskyldig. Antalet fällda personer för bedrägeri är i sjukförsäkringen mycket få. Mycket av det som i debatten påstås vara fusk är agerande i god tro på basen av bristfällig information och kontroll från FK. Det är inte alltid så lätt att göra ekonomiska förutsägelser. FK räknade själv fel på 700 miljoner [2]

I senaste utredningen säger FK att man polisanmäler cirka 10 % av de 600 granskade fallen. Säg att 3 eller 5 % slutligen fälls för oegentlighet. Det är illa nog. Men de övriga 95 eller 97 %? De blir offer i det politiska spelet, där försämringarna av välfärdssystemen ska nås bakom en moralistisk slöja med generella påståenden om det utbredda fusket.

Ändå är kanske den allvarligaste effekten av senare års förändringar i socialförsäkringarna den för sammanhållningen i samfundet. Kittet som vittrar när själva kontraktet mellan medborgarna och samhället eroderar. De långsiktiga effekterna av ökade inkomstskillnader och klassklyftor, av att solidariteten och förståelsen för de utsatta och sjukas situation rubbas. Bakom allt politiskt tal om självförskyllt utanförskap och trygghetsnarkomani – idag känner sig verkligen många sjuka och handikappade utanför, berövande gemenskapen i det goda samhället!

Bengt Järhult
Vårdcentralen i Ryd

Referenser
1. www.forsakringskassan.se 2009-02-17
2. www.dn.se 2009-03-01

Handledarpris SFAM-Uppsala

Uppsala läns ST-läkare delar varje år ut ett handledarpris. Denna gång gick det till Svante Ingmar, Heby vårdcentral, och Leif Ekman, Örsundsbro vårdcentral, för god handledning i allmänmedicin, och till Reumatologkliniken, här representerad av Ann Knight, för god handledning under sidoutbildningen. Priset består av diplom och en "alm" i form av ett bonsaiträd. ST-läkarna i allmänmedicin organiserar omröstning. Priset sponsras av SFAM-Uppsala.

Karin Lindhagen

Fr. v.: Svante Ingmar, Heby vårdcentral, Ann Knight, Reumatologkliniken och Leif Ekman, Örsundsbro vårdcentral.

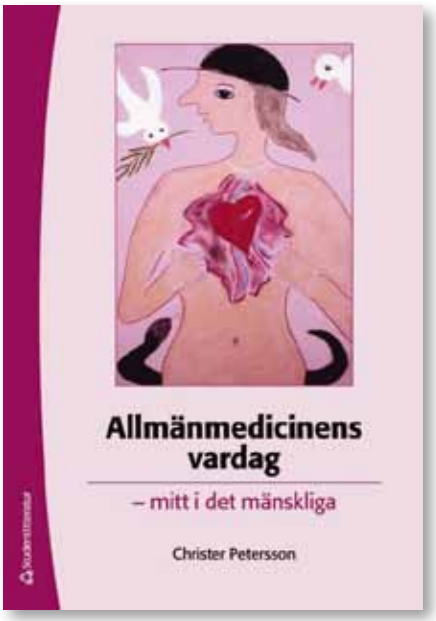
Christer Petersson och det allmänmedicinska mysteriet

Så. Just då jag som mest saknar en skriftlig gestaltning av vår allmänmedicinska verklighet dyker ”Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga” upp i brevlådan. Christer Petersson – bokens författare – är kliniskt verksam allmänläkare i Smålands mörka skogar samtidigt som han är engagerad både akademiskt och i specialistutbildningen som studierektor. Hans breda erfarenhet och beläsenhet borgar för god överblick liksom initierade kunskaper inom det allmänmedicinska fältet.

Och så mycket har jag saknat boken att den blev läst en första gång redan under arbetsdagen. Mellan blåskatarrer, depressioner, kaffe, lunchdopp i havet (18 grader frånlandsvind), fästingbett och hjärtinfarkter.

Det sjuder och bubblar av hostor, blod och snor i Christer Peterssons väntrum då han med utgångspunkt från sin egen lärdoms resa beskriver och diskuterar sådant som läkarroll, arbetsvillkor, kunskapsteori, frustrationer och glädjeämnen. Liksom det genljuder av allmänläkarröster i de intervjuer eller snarare dialoger som utgör bokens kanske tyngsta del. Sex olika svenska allmänläkare – namnkunniga på sina olika sätt – för tillsammans med författaren en brett ansatt dialog utifrån allmänmedicinska funderingar och yrkesfrågor. I samtalen byggs en innehållsrik bild eller karta av modern svensk allmänmedicin. Liksom om vårt arbetes villkor.

Det känns lite synd att de alla är generationskamrater till författaren. Så min nyfikenhet på vad morfar – den gamle provinsialläkaren i Mora – tänkte, liksom på hur mina unga adepters drömmar egentligen ser ut väntar fortfarande på att bli stillad.



Allmänmedicinens vardag
– mitt i det mänskliga
Författare: Christer Petersson
Förlag: Studentlitteratur 2009
ISBN: 978-91-44-04867-3

På samtals vis blir dialogerna stundtals lidande av det talade språkets pratighet och upprepningar. Trots intervjuarens kloka och väl övervägda reflektioner. Så refereras i flera intervjuer till exempel likartade upplevelser av såväl utbildningsväg som farhågor kring arbetsmiljön. Å andra sidan får en handfull allmänläkare av kött och blod faktiskt träda fram som levande människor med sina frustrationer och tillkortakommanden.

Efter varje tema i samtalen sammanfattar och reflekterar författaren över de givna svaren. Och dessa avsnitt är bokens innehållsliga tyngdpunkt, ryska docka och stora behållning. Med flödigt språk beskriver och sammanfattar författaren översiktligt men klart de teman som diskuterats. Han förmår både att generalisera, väga den ena erfarenheten mot den andra, som att problematisera. Ställa nästa fråga. Och nästa. Ni vet den där sista till synes slarviga tanken som gästerna kastar fram i dörren i väntan på taxin efter ganska precis ett glas för mycket av Cabernet Sauvignon. Eller för all del så kallat hederlig Koskenkorva. För att nu tala finländska. Och därmed blir författarens egen text bokens mest intressanta. Den speglar frågorna på bredden, har en ljuvlig och balanserad teoretisk svikt och riktar ficklampans sken mot den nödvändiga komplikationen. I en alltigenom uppfordrande reflektion. Mellansnacket är, kort sagt, den spänstigaste bjälken i Christer Peterssons allmänmedicinska byggnad.

Det är också här som författarens stora beläsenhet och humanistiska kunskapsbank kommer till sin rätt. Vid sidan av filosofer träder forskande allmänläkare fram i hans diskussion. Wittgenstein i samtal med Aristoteles. Buber och Jung i skön vals på rotundan. Själv hade jag kanske refererat till en skäggig materialist, en baskerprydd existentialist eller en Foucault. Men det intressanta är att författaren använder sin teoretiska inblick i en diskussion om vår praktik. Att de flesta av oss sen har olika referenser bidrar blott till samtalets djup och innebörd. Och uppslaget är härligt – en svensk allmänläkare som vågar bjuda in Martin Buber som sällskap i konsultationen. Underbart bara detta insteg till den hala klippan! Här finns metkrokar agnade med feta jordiga daggmaskar för alla oss andra att hugga på i den fortsatta dialogen.

Christer Peterssons pepparkvarn har också malt ned några särskilda guldkorn

▸▸

här och var i brödtexten. Själv formulerar han detta exakta och eleganta i presentationen om vårt yrkesområde; ”Av diffusa symtom förväntas vi göra sjukdomar”.

Och mycket bättre eller mer anslående kan förväntningarna på vårt arbete knappast skrivas. Allting speglat i den allmänmedicinska osäkerhetsekvationen; ”Det finns de som har blindtarmen på vänster sida”.

Vid sidan om röster från kollegor innehåller boken också intervjuer med den brittiska allmänläkaren Iona Heath, vår egen idéhistoriker Sven-Erik Liedman och, den mindre namnkunnige, jungianske , psykologen Hans Ljungqvist. Dessa tre bildar ett slags referens till övriga diskussioner och intervjuer. Iona Heath får en möjlighet förklara varför hon titulerade sin bok ”The Mystery of General Practice” vilket i sig själv är både talande och intressant. Samtalet med Iona är en utmärkt introduktion till det tänkande som denna fixstjärna på allmänmedicinens tänkande himmel representerar. Å andra sidan kanske överflödig skåpmat för de mer belästa. Sven-Erik Liedman är en lärd och kreativ idéhistoriker men i samtalet kring allmänmedicin blir hans synpunkter just inte mer än ordinärt tyckande och tänkande. Av de tre tungviktarna återstår alltså Hans Ljungqvist som från sitt perspektiv verkligen lägger nya stenar på vasten med sina jungianskt färgade kommentarer. Hans mytologiska bild av den sårade helaren tillför både boken och reflektionen en god portion substans. En rysning längs ryggraden. Äventyret åter till vardagen!

Kapitlet om skönlitteratur som kunskapskälla och erfarenhet blir sedan en eldskrift mot reduktionism och fördumning. Med åtskilliga exempel och referenser diskuterar författaren den specifika kunskap och erfarenhet som olika former av skönlitteratur och metaforer erbjuder. Och hur den står i relation till våra vardagsliv liksom till den traditionella naturvetenskapens fåra. Kapitlet kan i sin helhet publiceras separat som ett upprop för den empatiska fantasins kraft eller för vad Mc Whinney i sin lärobok döpt till ”helande engagemang”.

Det är så lätt, så lätt att vara kritisk. Fjärilens vingar blir i fraktalernas och allmänmedicinens värld med ens en atlantångare. Och så lättvindigt att avfärda. I nästa stund härligt att förföras. Hon fladdrar ju precis förbi mig. Påfågelsögat. Så nära att jag kan röra vid henne om jag bara sträcker ut min vilsna hand. Och efter alltsammans blir min reaktion denna. Att jag vill dela ut Christers bok i natt till alla mina ST-läkare. Därför att jag tror den är en lysande introduktion till det allmänmedicinska samtalet. Men jag kastar gärna ut den från ett segelflyg via vinden också till er andra. För den härligt höga ambitionens skull. För att klargöra och berätta för er alla att Christer Petersson skrivit mer än en bok. I själva verket har han författat en kärleksförklaring till vårt yrke och vardagsliv. Ett välbehövligt och förföriskt ”får jag lov?” till alla våra efterföljare. Till mina egna tre ST-läkare. Lotta, Erik och Fia-Lotta. De som ska förverkliga allt det där som jag själv aldrig riktigt kommer orka segla i hamn och förtöja.

Torsten Green-Petersen

Kommer SBU:s grupper att fungera i verkligheten? Tvivel på Patientutbildning i grupp vid diabetes typ II

Det går en våg av pedagogiskt intresse över landets diabetesmottagningar. Det är ju bra och vettigt om sköterskorna breddar sin kompetens.

SBU har gjort ett grundligt arbete i sin litteraturöversikt om patientutbildning (1). Sammanfattningen och rapporten är intressanta och välskrivna. Varför tvivlar jag då som praktiskt verksam läkare? Jo jag vet hur praktiskt besvärligt det är att organisera grupper i primärvården.

Vårt svenska system med särskilt utbildade diabetessköterskor som samverkar med främst allmänmedicinare är inte så enkelt jämförbart med system i andra länder. Vi har också en stark patientförening. Av de tre randomiserade studier man stöder sig på är endast en svensk. Från Umeå rapporterar Hörnsten med flera om en studie med drygt hundra patienter, varav knappt hälften ingick i interventionsgruppen(2, 3). Resultatet är anmärkningsvärt framgångsrikt, särskilt i femårsuppföljningen. SBU drar slutsatsen (GRADE) att det finns ett måttligt starkt stöd för att effekten på genomsnittligt HbA1C har klinisk betydelse. I samma storleksordning som enskilda perorala behandlingar(!).

Jag menar att SBU och EBM har sin viktigaste funktion i att ifrågasätta och kritiskt granska rådande praxis. Tveksamheten kommer när det går över till normer och riktlinjer. Det är stor skillnad på att visa något man lyckats bra med och att kräva att andra ska göra likadant.

Är det rimligt att "implementera" en så omfattande insats grundat på en så liten studie? Man kan märka en glidning i formuleringarna från värderingen till den sammanfattande rekommendationen. Forskaren deltog själv som pedagog i gruppundervisningen. Kan man förvänta samma effekt i vanlig praxis? De lokala förhållandena varierar starkt och förutsättningarna för gruppundervisning likaså.

Jag är tveksam till analysmetoden där de mest lyckade gruppstudierna valdes ut och där det noterades förekomst av pedagogisk kompetens. Motsvarande gjordes inte för individuella program. Det verkar inte utrett om det är pedagogisk kompetens, eller egentligen attityd till patientens egen agenda som fäller utslaget, eller grupprocessen.

Borde inte samma krav som vi ställer på en "ordnad och övervakad introduktion" av nya läkemedel gälla även för nya teknologier. Finns avigsidor eller biverkningar? Vilka är indikationerna för deltagande, och finns kontraindikationer? Hur omfattande ska undervisningen vara och med vilket innehåll?

Risken är överhängande att den pedagogiska utbildningen och material för gruppundervisning kommer att ske i samarbete med läkemedels- och diagnostika-industrin (teststickor). Den svenska diabetologin är närmast helt integrerad med detta komplex vad gäller utbildning, forskning och uppföljning. Diabetessköterskorna är vana vid dessa sponsrade kontakter. Jag menar att utbildningar och material för gruppundervisning bör vara oberoende och neutrala från särintressen.

Kommer implementeringen att följas upp? Jag är ingen spelare men skulle nog våga sätta en slant på att resultatet på surrogatmåttet genomsnittligt HbA1C inte blir detsamma som i studien!

Vore patientföreningen ett alternativ som organisatör av utbildningen?

Peter Olsson

Referenser:

1. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Contento/1/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf
2. Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 2005;68:65-74.
3. Hörnsten Å, Stenlund H, Lundman B, Sandström H. Improvements in HbA1c remain after 5 years - a follow up of an educational intervention focusing on patients' personal understanding of type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 2008;81:50-5.

Notis

Rättelse

För att undvika missförstånd vill författaren och redaktionen klarlägga att de Riktlinjer för kompetensutveckling, som publicerades i Anders Lundqvists artikel i nr 3/09 sid. 29, kommer från Primärvården i Kalmar län. De är föremål för fortsatt bearbetning.

Redaktionen

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Annika Eklund-Grönberg
070-757 81 08
annika.eklund-gronberg@sfam.a.se

Vice ordförande
Björn Nilsson, 070-210 20 16
Bjorn.nilsson@ptj.se

Facklig sekreterare
Anna-Karin Svensson, 070-311 39 96
anna-karin.svensson@sfam.a.se

Vetenskaplig sekreterare
Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare
Ulf Peber
Ulf.peber@sfam.a.se

Övriga ledamöter
Madelene Andersson, 0706-210 20 16
Froken_andersson@hotmail.com

Eva Jaktlund
Eva.jaktlund@sfam.a.se

Sofia Hellman
Sofia.hellman@bredband.net

Mats Rydberg
Mats.rydberg@lthalland.se

Arbetsutskott:
Annika Eklund-Grönberg,
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson,
Gunnar Carlgren och
Sara Holmberg.

Kansli

Heléne Swärd
08-23 24 05
helene.sward@sfam.a.se
(Se även redaktionsrutan)

Examenskansliet
examen@sfam.a.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast mån, tis samt ons förmiddag

Tidningen AllmänMedicin

chefredaktor@sfam.a.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.a.se

Läkemedelsterapirådet
Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/-08
jan.hakansson@jll.se

Kompetensvärdering i ST (Kvist)
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet
Sven Engström, 070-330 48 12
Sven.engstrom@swipnet.se

Informatikrådet
Olle Staf
0485-151 33
Olle.staf@ltkalmar.se

ST-rådet
Madelene Andersson
Froken_andersson@hotmail.com

Utbildningsrådet
Ulf Peber, 070-606 57 65
ulf.peber@sfam.a.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade
Björn Ställberg, 0156-535 07
b.stallberg@dll.se

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Diabetesnätverk
Tomas Fritz, 0731-80 90 04
thomas.fritz@sll.se

Gastroprima – för mag-tarmintresserade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna-karin.svensson@sfam.a.se

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Jonas Sjögreen
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND
Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM
Roland Morgell
roland.morgell@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND
Torsten Green-Petersen
torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

LINKÖPING
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK
Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE
Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE
Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
Lars.kv@telia.com
Christina Nilzén
Christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG
Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

NÄSTA - nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkeman & Anna Nilsson
marialutkeman@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Anders Håkansson
Anders.Hakansson@smi.mas.lu.se

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström & Birgitta Danielsson

Nordic Federation of General Practice/ApS
Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBORG
Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

På grund av flyttningar och byten av telefonnummer kan felaktigheter finnas på listan. Meddela eventuella ändringar till redaktionen.

SFAMs kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10 E
114 11 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.se

När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, Hemsjukvårdens Hus, Linköping och Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka
Målgrupp: Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna tillsammans med handledare.

Arrangör: Kursen planerad och arrangerad av SFAM.
Plats: Sjövillan, Sollentuna.
Tid: Ons 21oktober 2009 kl. 09.30 – tors 22 oktober 2009 kl.16.00.
Kursens längd: 2 dagar.
Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar 6000 kr, inkl. logi.
Antal deltagare: 25

Innehåll:
Syfte: Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och säker sjukvård i det egna hemmet.
Områden: Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

Kontaktpersoner: Heléne Swärd, SFAMs kansli, tel 08-23 24 05, fax 08-20 03 35.

Senaste anmälningsdatum: Onsdag 9 september.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till helene.sward@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Box 503, 114 11 Stockholm, tel 08-23 24 01 www.sfam.se

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med sex nummer per år.
Pris för icke-medlemmar: 450 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare
Ingvar Krakau
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@klinvet.ki.se

Redaktion
Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 50, staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnås, adjungerad redaktör, distriktsläkare, Sthlm
tina.ronnas@home.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
handel.hans@telia.com

Johanna Johansson, redaktionssekreterare, SFAMs kansli
chefredaktor@sfam.a.se

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katli@telia.com

Layout
Mediahuset i Göteborg AB
Peo Göthesson
Box 29, 450 71 Fjällbacka
0525-323 50, fax 0525-329 29
peo@mediahuset.se

Annonser
Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Peter Brorson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
peter@mediahuset.se

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2009

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	5/1	24/2
2	16/3	5/5
3	5/5	23/6
4	3/8	18/9
5	14/9	3/11
6	2/11	18/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093

Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Vårdandets betydelse

Arbetsrummet skulle fräschas upp, en plats där jag boat in mig under 20 år. Utrymning. För samlaren av artiklar och skriverier inte bara en fysisk ansträngning utan också en emotionell utmaning. Tidens förlopp och tidens inflytande ger sig till känna. Det gäller både en själv och innehållet i pärmarna.

Ett fynd som hållit sig aktuellt var urklippen med de två artiklar som juridikprofessorn och DN-kolumnisten Anna Christiensen skrev i sitt livs slutskede våren 2001. Hon avled på grund av tjocktarmscancer, 65 år gammal. Texterna talar starkt till mig, bland annat därför att hon hade samma icke-religiösa livsåskådning som jag själv.

Den första reaktionen sedan hon fått veta att cancern inte var behandlingsbar var häftig. Det kan inte vara sant! Det är inte rättvist! Hon skulle ju börja ett nytt liv efter pensioneringen.

Snart förstår hon emellertid att hennes sjukdom inte har med rättvisa att göra. Däremot gäller det att acceptera. Hon upptäcker att det går att genomleva även den sista tiden, då livets delar styckevis förloras, på ett medvetet sätt. Sorgen över den del av livet hon inte fick uppleva finns kvar, men den var värst i början. Hon erfar att det liv andra lever antar en allt mer overklig och drömlik karaktär trots att hon deltar i det så gott hon förmår. Hon skriver sina artiklar som hon tror kan bidra till att häva ”den dödsskräck och det förnekande av döden som präglar vårt samhälle”.

Anna Christensen är nöjd med bemötandet, den smärtstillande behandlingen och den omvårdnad hon får. Hon ger ingenting för den glorifiering av att uthärda smärta och lidande som tidigare förekommit. Hon uppskattar den fullständiga uppriktigheten från läkarnas sida. Den autonomi, som hon önskar och även erhåller, bygger på uppriktighet. Hon behöver den för att själv få avgöra hur länge, och med vilka konsekvenser, behandling skall drivas.

Hon förundras över sköterskepersonalens fina sätt att utföra de otaliga omsorger som är nödvändiga för att även en svårt sjuk människa ska få ett drägligt liv. Hon tror inte att det enbart betingas av ett inlärt yrkesbeteende eller av att särskilt vårdbegåvade personer väljer att bli sköterskor eller undersköterskor. Drivkraften går djupare än så. Uppgiften att vårda medmänniskor tycks locka fram det allra bästa hos människan, skriver hon.

Allmänläkare har anledning att fundera över Anna Christensens åsikt. Vår yrkesroll kan utformas på så många olika sätt. Den diskuteras ständigt allmänläkare emellan, muntligt och skriftligt. Yrket ger mångsidig kontakt med människor och erbjuder därmed möjlighet till djup erfarenhet om människan som varelse. För att tillvarata denna möjlighet på bästa sätt, bör vi måhända se till att behålla eller införa ett vårdande inslag i vår yrkesvardag. Vårdandet innebär att bland annat att utsätta sig för intima situationer, som ofta inte är så angenäma. Om Anna Christensen har rätt - och mycket talar för det – inverkar själva vårdandet på utövaren. Det gäller delar av personligheten som ofta inte är öppna för aktiviteter vi kallar fortbildning eller professionell utveckling. Vårdandet ger upplevelsen att ”man får något igen”, en känslomässig interaktion.

Det är något helt annat än socialministerns check, bemanningsföretagens locklöner eller vissa landstings premier för flest möjliga patienter per dag.

Stig Andersson

2009

September

Wonca Europe Regional Conference
The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty
16–19 Sep 2009, Basel, Switzerland
www.congress-info.ch/wonca2009/home.php

Oktober

När doktorn tar av sig skorna
Kurs i hemsjukvård.
21-22 oktober.
Kontaktperson: Gunnar Carlgren, gunnar.carlgren@comhem.se
Anmälan senast 8 september.
www.sfam.se/hemsjukvard.html

WONCA regional conference
25-28 oktober, Sydafrika.
www.woncaafrica2009.org/

November

SFAMs höstmöte i Uppsala
4-6 nov.

SFAM granskar

Kursdoktorns utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Senaste granskning genomfördes 090106. För närmare presentation av aktuella kurser var god se *www.kursdoktorn.nu*