

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2011 ÅRGÅNG 32



Allmänläkare på idéseminarium sid 8

Debatt om vård för multisjuka äldre sid 12 • Statiner som primärprevention 31



- 3 Ledare**
Patientsäkerhet
Eva Jaktlund
- 5 Chefredaktörsruta**
Höstkänkar
Karin Träff Nordström
- 5 Notis**
Riksstämman – allmänmedicinskt program
Sara Holmberg
- 6 ISBAR**
En hyllning till ISBAR
Martin Simonsen
- 8 Idéseminarium**
Allmänläkare på idéseminarium
Karin Träff Nordström
- 10 Studierektorsmöte**
Professionell utveckling – Hur går det till?
Anders Lundqvist
- 12 Insändare**
Mina reflektioner kring "Bättre vård för multisjuka äldre"
Johanna Glennert
- 14 Debatt**
SKLs definition av multisjuka utesluter de flesta
Jacob Risholm
- 17 Undersökning**
Vård under livets sista år, ett primärvårdsperspektiv
Jacob Risholm
- 19 Avhandling**
Sjukskrivningar som läkare upplever som problematiska
Monika Engblom
- 22 IT**
Det förhatliga konferensbordet
Martin Wehlou
- 24 Riksstämman**
Preliminärt allmänmedicinskt program
- 27 Avhandling**
Hur lär man sig allmänmedicin under grundutbildningen?
Ann-Christin Haffling
- 29 In memoriam**
Barbara Starfield – världsledande primärvårdsforskare
Sven Engström, Lars Borgquist
- 31 SFAM.L granskar**
Statiner som primärprevention
Jan Håkansson
- 35 Mogens Hey 80 år**
44 år i allmänmedicinens tjänst
Inge Carlsson
- 39 Reportage**
Afrika lärde mig primärvård och botade mitt metabola syndrom och min diabetes
Stig Cronberg
- 42 SFAM Q**
VIII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården
SFAM Q
- 43 SFAM.L granskar**
De nya Waran-alternativen vid förmaksflimmer – undermedel eller bra alternativ i vissa fall?
Anders Hernborg
- 46 Recension**
Digital arbetsmiljö och hur du kan ta kontroll över den
Karin Lindhagen
- 47 Notis**
Framtidens barnhälsovård
Maria Jansson
- 48 Recension**
Handledning för professionell utveckling
Tina Nyström Rönnås
- 50 Recension**
Allmänläkarpraktikan – Diabetes och andra endokrina sjukdomar
Staffan Olsson
- 50 Recension**
Allmänläkarpraktikan – Hjärt- och kärlsjukdomar
Staffan Olsson
- 52 Korsord**
Saskia Bengtsson
- 53 Kulturspalten**
Flow
Marcel Aponno
- 54 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 56 Krönika**
Saskia Bengtsson

Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

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.se

Annons

Patientsäkerhet

”

Kontinuitet är patientsäkert. Kontinuitet är allmänmedicin.

”

Vad är ett patientsäkert sätt att arbeta på i primärvård? Som allmänläkare? Det har varit stort fokus på handhygien och arbetskläder i många landsting i Sverige under de senaste åren, men jag tycker att man glömt, eller saknar kunskap om det allra viktigaste för en patientsäker vård: Rimlig belastning, rätt kompetens och kontinuitet.

Vi ser att många läkare, verksamma i primärvård, saknar rätt kompetens för att jobba som allmänläkare. De flesta av dessa är vikarierande hyrläkare, men det finns även brister i kompetens hos fast anställda kollegor. Det finns flera sätt att höja kompetensen och med det patientsäkerheten. Recertifiering är ett bra verktyg för att upprätthålla hög kompetens. Det borde tas ett större ansvar hos sjukvårdshuvudmännen i utformandet av vårdvalets regelböcker så att de ställer patientsäkra krav på läkarbemanning, det vill säga att det ska vara specialister i allmänmedicin på vårdcentralerna.

SFAM arbetar med att ta fram standards för handledare och studierektorer. Vi behöver ställa rätt krav på våra blivande

specialistkompetenta kollegor. Kurser räcker inte. Det bästa sättet är att lära ut ett allmänmedicinskt arbetssätt i vardagsarbetet inklusive den breda och djupa medicinska kunskap som krävs för yrket.

Kontinuitet är något som efterfrågas av patienterna. Man vill inte träffa många olika doktorer. Man vill inte berätta sin historia om och om igen. Vi vet också att kontinuitet leder till att färre misstag begås i vårdssituationer och att patienter objektivt framför färre klagomål. Kontinuitet är patientsäkert. Kontinuitet är allmänmedicin.

Ute i landet har ribban för vad som är rimlig arbetsbelastning på många håll förskjutits till att betyda att man inte ramlar ihop av utmattning efter veckans arbetspass. Det är en skandal ur patientsäkerhetssynpunkt att man i de olika vårdvalen har valt att vägra vårdgivare att sätta en övre gräns för hur många patienter som får lista sig på en vårdcentral. Det är helt orimligt ur arbetsmiljösynpunkt, men framför allt är det farligt för patienterna att arbetet inte hinns med.

Det finns alltså massor att göra för att få en patientsäker situation i primärvården. Så medan vi fortsätter att sprita händerna, svara på remisser och ta hand om våra patienter hoppas jag att vi tillsammans verkar för att åstadkomma förändringar på de viktiga områden som faktiskt påverkar vår möjlighet att jobba patientsäkert.

Ha kärlek i hjärtat!



Eva Jaktlund
ordförande
eva.jaktlund@sfam.se

Annons

Hösttankar

Gladjande kan redaktionen konstatera att de positiva reaktionerna på AllmänMedicins nya utseende och innehåll fortsätter. I detta nummer med teman hjärta/kärl, diabetes och koagulation kan du läsa om nya läkemedel, senaste nytt kring statiner som primärprevention, en djupdykning i sjukskrivningsfrågan via Monika Engbloms avhandling samt en sprillans färsk artikel från det välbesökta idéseminariet i Uppsala 14–15 september. Du får även följa med till Afrika och får som vanligt tips på allmänmedicinsk litteratur till nattduksbordet. Tyvärr är det väl så att de flesta av oss inte hinner läsa någon litteratur av detta slag på arbetstid.

Nästa nummer har som teman geriatrik, psykiatri och urologi. Manusstopp är den 7 november. Vi tar förstås gärna emot artiklar även om andra allmänmedicinska ämnen, liksom recensioner, rapporter från möten med mera.

Allmänläkarbank

SFAMs kansli får ofta förfrågningar om vi kan förmedla kontakter med allmänläkare som är specialintresserade inom olika områden för olika uppdrag hos myndigheter och organisationer eller i samband med seminarier av olika slag. Styrelsen försöker också på olika sätt jobba för att SFAM och vi allmänläkare ska bli mer synliga i debatten.

Som en del i detta jobbar vi nu för att skapa en "allmänläkarbank" med engagerade och kunniga allmänläkare i stort samt allmänläkare med kunskaper inom specifika kompetensområden spridda över landet. Du som gärna deltar som representant för allmänmedicin, hör av dig med kontaktuppgifter och eventuellt specialintresse till Heléne Swärd på kansliet, helene.sward@sfam.se.

Redaktörer sökes

Till sist vill jag tacka Isak Lindstedt som nu lämnar redaktionen efter en alltför kort tid för att i stället ägna sig åt sitt nya uppdrag som verksamhetschef. Eftersom alltför få allmänläkare vill vara chefer är det bara att önska lycka till! Vi behöver dock någon som fyller hans plats så välkommen att höra av dig, du som gärna skriver och redigerar texter och som vill bidra till att göra AllmänMedicin ännu bättre!



Karin Träff Nordström
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Notis

Årets medicinska riksstämma

Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
S T O C K H O L M 2 0 1 1

*Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.*

Den 30/11 till 2/12 arrangerar Svenska Läkaresällskapet årets medicinska riksstämma i Stockholm på Älvsjömassan. Åk dit, träffa kollegor, fortbilda dig genom att ta del av symposier och föredrag och inte minst delta i debatten. Många allmänläkare besöker årligen riksstämman och vi är en stark kraft när vi gemensamt gör vår röst hörd. Ett preliminärt program finns på sidan 24 i detta nummer. Hela programmet finns på www.sls.se.

Väl mött på riksstämman!

Sara Holmberg
Vetenskaplig sekreterare SFAM
sara.holmberg@vaxjo.se

En hyllning till ISBAR

I: ISBAR är en akronym för en metod för säker muntlig kommunikation mellan hälsopersonal som består av fem steg: Identifiering – av dig själv och patienten.

Situation – ofta positiva kliniska variabler, parakliniska och relevanta negativa kliniska variabler.

Bakgrund – inklusive status och mediciner.

Analys – hur man själv tolkar ISB och slutligen -

Råd – hur konkluderas problemet och vilka relevanta handlingar kan lösa det.

S: Vardagen är full av förkortningar. De flesta är till för att underlätta vardagen som fem P vid artäremboli (pistolshot-pain-paresthesia-pallor-polarcold) eller kommunikativa för-
mågor som konsultationens 9 F.

Det finns olika format för hur man remitterar bra, elektivt och akut. Det finns också format för bra inläggningsjournaler och epikriser.

Det som jag nu vill introducera är inte mindre än en tillräcklig, lättillgänglig, allstädes närvarande, superallsidig akronym – ”the acronym to end all acronyms”...

B: ISBAR är en akronym som tillåter självständigt tänkande och ökar sannolikheten för att relevant information faktiskt delas i kommunikationen mellan vårdaktörer. Kommunikation är utan jämförelse det svagaste ledet i patientomhändertagandet ur perspektivet avvikande händelser (avvikelser). Det är svårt att kommunicera och komplikationerna till och frustrationerna över dålig kommunikation är vardagsmat för oss alla. Ofta för att motparten helt enkelt ingenting förstår...

På Rhode Island Hospital tillkom därför ISBAR för en säker "hand-off". Konceptet är utvecklat för att skapa en koncis, logisk och för alla förhållanden tillfredsställande och säker kommunikation omkring patienter. Man har reflekterat över vad som är viktigast och vilken ordning som ger mest mening för att presentera en patients problem.

Som ung läkare har jag lärt nyttan av att följa denna struktur då det är viktigt att fånga den seniora läkarens intresse tidigt i ett samtal.

Mitt syfte har i första hand varit att använda ISBAR i verbala patientkonferenser med andra. Men som ny läkare frågade jag nästan om varenda patient så då var det enklast att nalkas också patienten på samma sätt. Till exempel: I – vad heter du? S – vad är ditt problem? B – har du några andra sjukdomar? Osv.

Strukturen tilltalar mig och patienterna verkar glada för att man i första hand dryftar det aktuella problemet istället för att först fråga om tidigare sjukdomar. Samtidigt är man redan på god väg med en bra dialog med den seniora läkaren och strukturen kan också användas till själva inläggningsjournalen.

Senare blev ISBAR också användbar i mina rondanteckningar då det är viktigt att fastställa både patientens och ens egen Identitet och att sammanfatta och säkra en gemensam förståelse av Situationen. Varje dag tar man ställning till medicinering och försäkrar sig om att man under skiftande omständigheter tar hänsyn till olika aspekter av patientens Bakgrund. Analysen och Resultatet skall varje dag omvärderas baserat på en gemensam förståelse av den aktuella Situationen.

A: i motsats till akutläkarens stringenta (och nyttiga) ABCDE, visar ISBAR sin potential genom dess mer plastiska egenskaper. Genom att använda denna logiska och intuitiva akronym kommer varje anteckning och varje samtal kollegor emellan att följa en agenda som för alla parter är förståelig och därmed ger mindre anledning till tillitsbrist, misstro och avfärdande av en kompetent kollegas frågor. Fördelarna med ISBAR tycks tala för sig själva, men i mindre grad talar de många användningsmöjligheterna för sig själva. Min specialistutbildning sker nu i almen praxis (allmänmedicin). Och här är kommunikationen med patienten en central utmaning. Mötet kan lätt bli av karaktären att två människor som på ett eller annat sätt, mer eller mindre medvetet, håller delar av sina agendor dolda för varandra till potentiell frustration för bägge parter.

Igen vänder jag mig till ISBAR. Tanken är att skapa en förutsägbarhet i mina konsultationer och förståelse (läs compliance) för mina ordinationer. Därigenom hanterar jag problemet med de dolda agendorna.

I: Jag presenterar mig med namn och en ultrakort resumé av mina tidigare anställningar. Sedan presenterar sig patienten med namn och detta stäms av med journalen. Enkelt, men identitetsfel är inte ovanliga och inte alltid obetydliga.

S: Vad kan jag hjälpa dig med? En välkänd klassiker. "Aktivt lyssnande" är en utmaning och S karakteriseras av öppen dattainsamling utan problemlösningar. Jag berättar att jag gärna vill ha patientens hela agenda på bordet och att jag därefter vill samla in ytterligare data. Dels från "aktuella" och "tidigare sjukdomar" och på basen av detta företa en Analys innan vi gemensamt beslutar vårt Råd.

B: Här är Situationen utgångspunkt. Datainsamlingen avgränsas och det görs jämförelser med det presenterade problemet. Det visar sig gång på gång att orientering i "Medicin" och erfarna kollegors värderingar är ett viktigt input i denna fas av problemavgränsningen. Därför ber jag alltid om en stunds orientering i journalen.

A: Vilken analys har patienten gjort av symptomen eller provsvaren, cytologin, röntgenundersökningen etc.? Har patienten gjort sig tankar om vad som skall göras? ("jag har läst på internet", "den andre läkaren brukar..."). Gör en fokuserad

undersökning om du inte gjorde det under S och glid sedan över i den efterföljande Analysen, d.v.s. en teorigenerering på basen av föreliggande data.

R: Några föredrar Reaktion, från början Rekommendation eller Råd. Meningen är att man först lägger fram sitt eget handlings "Råd" för att eventuellt korrigeras av handledaren. I allmänmedicin är dock patienten handledare. Denna acceptans av handlingsplanen är beroende av att beslutsunderlaget är tydligt och i överensstämmelse med mottagarens förståelse. Härmed ökar förståelsen för din "sjukdomsteori"-generering och för hur patienten och du själv agerar i förhållande till olika utvecklingsscenarier.

R: Det är inget tvivel om att man kan avvika från strukturen och att varje enskild punkt kan tolkas olika. Var placerar man i inläggningsjournalen uppenbara objektiva negativa fynd. Under Situation eller Bakgrund? Kritiska medicinska data kan flyttas upp till Situation. Och hur många gånger om dagen skall patientens Bakgrund revideras? Kanske så länge patienten kommer på nya aspekter? Problemet är ofta att man undervärderar behovet av denna dagliga revision och insikt i ett brett förlopp. På samma sätt undervärderar man i allmänmedicin kanske patienternas behov för, och läkarens omedelbara fördel av att man spelar med öppna kort. Om patienten avstår från ett behandlingsförslag tror jag att man lättare kan hålla fast vid sina läkarmässiga bevekelsegrunder om man klargör beslutsunderlaget för patienten och därmed visar hur man tagit hänsyn till alla relevanta medicinska aspekter. Ofta märker patienten om läkaren inte har gjort just detta om inte läkaren når fram till den av patienten önskade slutsatsen. Minns att bara 50 procent av recepten faktiskt blir utlösta på apoteket.

När du slutligen ska ge patienten Råd så kan en ISBAR-resumé komma väl till pass. Eller så kan du få nytta av en ISBAR-remiss eller njuta glädjen av att snabbt läsa igenom en tidigare ISBAR-epikris. Vem vet om Avvikelse en dag kan rapporteras efter samma förutsägbara och enkla schablon. Var och en av ovanstående beståndsdelar som var och en behandlar samma sak – kommunikation till/av/om/med en patient – har var och en deras gyllene standarder och minnesregler. En och en saknar de plasticitet och för hellre tankarna till tvångströjor än stödhjul. Alternativt kan du välja en figur du redan har gått igenom flera gånger.

(I) Författaren är en 28-årig Basislæge i Almen Praksis (ST-läkare i allmänmedicin), Holstebro.

(S) Min önskan är att proaktivt förbättra kommunikationen och göra en markant insats för att minska alla avarter av Avvikelse och samtidigt skapa förändring genom att lansera ett känt redskap med nya och nästan obegränsade användningsmöjligheter.

(B) Frisk för övrigt! Inga mediciner. Stort intresse för små problem. Medförfattare till artikel om UTH (utsläppte händelser = avvikelser) i Månedsskrift for Praktisk Lægegering, AllmänMedicins systertidskrift.

(A) ISBAR-ens användningsområde är mycket stort, strukturen är lättillgänglig, förnuftig och plastisk, där cirkeln sluts runt varje möte och varje process.

(R) Just Do It!



Martin Simonsen

simonsenmartin@yahoo.com

Översatt från danskan av Hans Thulesius

Jävsdeklaration: inga uppgivna.

Allmänläkare på idéseminarium

Femtio allmänläkare samlades 14–15 september i Uppsala för ett idéseminarium på SFAM-styrelsens initiativ. Samtliga är på något sätt aktiva i styrelse, lokalföreningar och/eller råd. Speciellt inbjudna inspiratörer var Catarina Canivet, Andreas Kasemo, Fredrik Settergren, Christer Andersson och Saskia Bengtsson.

Efter en presentationsrunda inledde Eva Jaktlund, SFAMs ordförande, seminariet med att översiktligt beskriva SFAMs organisation samt en karta med alla de olika myndigheter, organisationer, institutioner, media med mera som SFAM på olika sätt samverkar med.

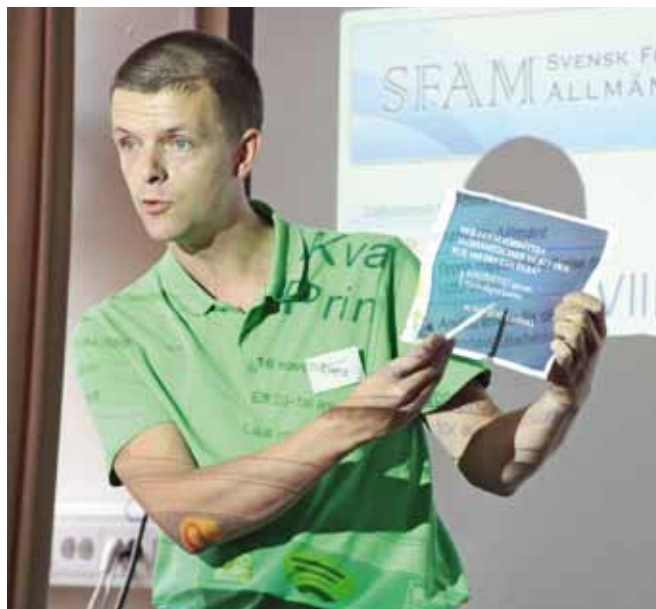
SFAMs huvuduppgift är utbildning, utveckling och forskning inom allmänmedicin. För att öka vår möjlighet att påverka allmänmedicinens utveckling har styrelsen tagit fram ledorden identitet, tydlighet och kraft som stöd för vårt arbete.

Först ut av inspiratörerna var Catarina Canivet från Lund som kritiskt läst SKL:s rapport "Bättre struktur i vår vardag" som i positiva ordalag beskriver 15 vårdcentralers försök att registrera i flera kvalitetsregister. Bakgrundsrapporterna från vårdcentralerna visar på stora brister i underlaget. Catarina och Saskia håller på att skriva en debattartikel med rapporten som grund, där man förordar att landstingen i stället för ett allomfattande kvalitetsregister ska stimulera solida, validerade kriterier, till exempel de som tagits fram av SFAMs kvalitetsråd.

Andreas Kasemo från Halmstad fortsatte på ämnet kontinuitet. Han betonade att kontinuitet är en förutsättning för allmänmedicin, att det allmänmedicinska särdraget finns i den långvariga patient-läkarrelationen. Allmänläkarna måste få förutsättning att inom tydliga ramar skapa verksamheter där kontinuitet är möjlig. "Småskalighet ger automatiskt kontinuitet".

"Den unike allmänläkaren" var ämnet för Malmöläkaren Fredrik Settergrens anförande. Efter att inledningsvis ha listat sin bild av allmänmedicinens problem idag övergick han till sin bild av allmänläkaren. Han beskrev oss som allmänbildade, överblickande, rimliga kliniker. Vidare som kostnadseffektiva personkännare och läkekonstnärer. Han avslutade med att vi själva måste ta tag i problemen, debattera och synas även i positiva sammanhang och hade många konkreta idéer om hur vi kan gå vidare.

Christer Andersson fördjupade sig i tanken kring "gröna öar", de goda exemplen, med sin egen vårdcentral i Bergsjön, Göteborg som exempel. Inom det tydliga ramverk som vårdvalet ger finns en frihetsgrad som man valt att utnyttja maximalt. Med



Andreas Kasemo.

allmänläkare som ledare har man skapat en välfungerande och välbemannad vårdcentral i ett av landets mest socialt belastade områden.

Avslutningsvis Saskia Bengtsson som provocativt ropade "Lägg ner SFAM!" – bort med gammal skäpmat och in med nytt friskt, positivt tänk i syfte att stärka allmänmedicin och allmänläkarnas position.

Därefter tog Ulf Peber över som moderator och ledde seminariets egentliga arbete med att prioritera vilka frågor SFAM ska arbeta med de närmaste åren och hur detta arbete ska gå till.

Deltagarna delades in i sex grupper som fick i uppgift att identifiera och prioritera SFAMs viktigaste frågorna för de kommande åren. Dessa redovisades sedan och sammanställdes av styrelsen, se faktaruta.

Fakta

Vad ska SFAM arbeta med?

Kortsiktigt (<2 år)

1. Synliggöra allmänmedicinsk kompetens
2. Stärka och synliggöra allmänmedicinsk forskning
3. Säkra och ta makt över fortbildning och kompetensutveckling för alla allmänläkare

Långsiktigt (<5 år)

1. Främja kontinuitet i patient/läkarmötet
2. Verka för ett nationellt vårdvalssystem
3. Arbeta för ökad rekrytering av nya allmänläkare och för att behålla de gamla



Kristina Seling, Christer Andersson och Kristian Sandström.

På kvällen sågs grupper av ivrigt diskuterande allmänläkare i hotellets alla hörn innan vi samlades för en god middag och fortsatt samtal. Vid mitt eget bord kretsade samtalet huvudsakligen kring vikten av allmänläkaren som vårdcentralschef och våra erfarenheter av chefsarbete i olika typer av organisationer.

Dag två inleddes med Staffan Olsson som reflekterade över första dagens arbete. Huvudtemat var "Vad ska vi INTE göra?". Gränsdragning SFAM/DLF, allmänläkare/övriga specialister och SFAM/eget ansvar är viktig. Slutklämmen blev en uppmaning att inte gapa över för stora stycken utan i stället jobba ihärdigt med att i små steg förändra i rätt riktning.

Resten av förmiddagen ägnades åt att ta fram en handlingsplan för de kommande två respektive fem åren, till stor hjälp för styrelsen i vårt prioriteringsarbete. Grupperna fick jobba med var sin Vad-fråga och ta fram förslag på Hur, Vem och När? Handlingsplanen kommer att sammanställas och styrelsen kommer att arbeta vidare med den på nästa styrelsemöte i oktober.

Efter ett dygn av gemenskap, dialog och diskussion lämnade deltagarna seminariet fyllda av inspiration och konkreta förslag att arbeta vidare med i råd och lokalföreningar. Var förvissade om att allmänmedicinen kommer att få en mer framträdande roll i den allmänna debatten. Tillsammans är vi starka!

Karin Träff Nordström
facklig sekreterare
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Professionell utveckling – Hur går det till?

Denna undran var temat för årets studierektorskonferens 12–13 maj på Hotell Södra Berget i Sundsvall, som hade lockat dryga femtitalet studierektorer från hela landet. Under två intensiva dagar dryftades aktuella problemställningar vad gäller AT, ST och kompetensförsörjningen i stort. Här kommer lite noteringar från samtalen.

Ett socialantropologiskt perspektiv

Torsten Risör, en antropologiskt skolad dansk allmänmedicinare verksam vid Tromsø Universitet, presenterade en studie om hur unga doktorer utvecklar sin förmåga att fatta kliniska beslut. Hans metoder var deltagande observation och intervjuer. Hans slutsats var att AT-läkarna lär sig beslutsfattande genom att i sin kliniska vardag delta i komplexa och kontextberoende processer med hög grad av interaktivitet mellan aktörerna. De skaffar sig en professionell identitet genom dessa interaktioner från en speciell plats i det "kliniska rummet". De behöver utveckla en klinisk resonemangsförmåga, träna sina kommunikativa färdigheter, uppfatta vad som är etiskt rätt handlat i en given situation, men samtidigt också lära sig hur de organisatoriska strukturerna ser ut. Det är sällan så enkelt som att följa ett handlingschema rakt av. Ändå ligger ofta fokus för inläring på handläggning av akuta tillstånd enligt rutiner och vårdprogram, och i mindre omfattning på att handskas med dessa komplexa kliniska situationer, som sätter deras förmåga till uttolkning på prov. Graden av självreflektion kring vad man lär sig och hur, är tyvärr ofta låg både hos den enskilde AT-läkaren och i dennes omgivning. Det finns utrymme för en hel del förbättringar i denna fas av läkarutbildningen. Han exemplifierade med fallbeskrivningar och berättelser från den kliniska vardagen för dessa AT-läkare. Det gav en bra start till våra fortsatta diskussioner.

AT-läkarnas arbetsmiljö och ST-läkarnas portföljskapande

God kollegial arbetsmiljö med regelbunden återkommande fortbildning och tid för reflektion, är en av nycklarna till att AT-läkarna ser en framtid inom allmänmedicinen. Ge AT-läkarna stöd att ta ansvar för sin egen fortbildning. Inrätta AT-råd med uppgift att utvärdera och ge återkoppling till verksamheten. Anordna handledarträffar för gemensamt erfarenhetsutbyte.

Nya målbeskrivningen för ST lägger stor tonvikt vid dokumentation och uppföljning, men hur ser genomförandet ut i praktiken? Kompetensportföljen och ST-forum erbjuder på olika sätt fina lösningar att fortlöpande dokumentera och värdera utbildningsmoment. Tidsåtgången är inte obetydlig, och frågan om denna arbetsinsats verkligen är mödan värd



Torsten Risör

infann sig vid ett par ST-läkares presentation av sina portföljer. Ambivalensen hos studierektorerna var påtaglig, men samtidigt menade flera att det här är ett sätt att levandegöra målbeskrivningen. Hur ska vi annars bedöma om målen är uppfyllda?

Ansökningsförfarandet

I höst kommer den första lite större strömmen av ansökningar om specialistkompetens enligt den nya målbeskrivningen. Trots att regelstyrningen blivit mer påtaglig, fanns det i auditoriet en viss förvirring angående hur många utbildningsmoment som måste intygas, och hur många intyg som måste bifogas ansökan. Vi enades om att det går att samla flera delmoment på samma intyg, vilket minskar antalet blanketter något. Mer klarhet i anvisningarna till ansökan efterlystes. Kring utlandsrekryterade läkares ansökningar krävs en lite större insats av oss studierektorer, exempelvis ett följebrev som beskriver kompetensvärderingen. Det underlättar den bedömning som görs av socialstyrelsens experter.

Kompetensförsörjningen

I vårdvalstider har frågan om kompetensförsörjningen hamnat lite vid sidan om på en del håll i landet, och reducerats till ett utföraransvar. Frågan om vems ansvar det är att se till att rekryteringen ligger i fas med behoven har ju ändå ett självklart svar. Det åligger huvudmannen. Med ansvarstagandet är det lite si och så, fick vi höra.

Socialt program

I samband med middagen bjöds vi på musikunderhållning i form av New Orleansdoftande jazz och blues av några unga killar från Ånge, varvat med trollkonster av den oefterhärmlige Lars Åhsgren, urolog från Sundsvalls sjukhus.

Nästa studierektorskongress äger rum i Hässleholmstrakten, oktober 2012. Nätverket av studierektorer ser fram mot dessa livfulla och inspirerande diskussioner.



Anders Lundqvist
Studierektor Örnköldsvik
Landstinget Västernorrland
anders.lundqvist@lvn.se

Mina reflektioner kring "Bättre vård för multisjuka äldre"

Med utgångspunkt i SKLs planerade satsning för en förbättrad vård för multisjuka och äldre har jag gjort följande reflektioner.

Om man verkligen vill förbättra vården för våra multisjuka äldre patienter, tror jag att det är mycket viktigt, för att inte säga absolut nödvändigt, att involvera distriktsläkarna och att de ges den tid som behövs för uppdraget med möjlighet till täta återbesök, hembesök och eventuellt tillgänglighet per telefon även utanför arbetstid. Det är av största vikt att pengar öronmärks för dessa patienter. Frågan är hur?

Om enbart de frekvent sjukhusvårdade premieras ekonomiskt finns risk att man missar de patienter där stödet från primärvården idag redan fungerar bra och incitament "försvinner".

För patienterna är kontinuitet viktigt liksom det är mycket viktigt för läkaren med personlig kännedom om patienten och om dennes och anhörigas önskemål. Ett väl fungerande teamarbete mellan distriktsläkaren och kommunens distriktsköterskor blir då mycket viktigt för att vård på rätt nivå skall ges och inga onödiga insatser eller åtgärder skall vidtas. Patientens behov och önskemål måste få stå i fokus.

För patienter i särskilt boende skulle utökad läkarinsats på boendet förbättra mycket. Då kan man se dessa patienter regelbundet och inte bara lösa akuta och subakuta problem. Det behöver skapas riktlinjer för hur stor läkarinsats som skall krävas för varje patient per vecka. Att där kräva mer tid skulle definitivt öka kvaliteten, men det måste vara knutet till någon form av ekonomisk ersättning så att uppgiften blir attraktiv för vårdcentralen och att kostnaden för att utföra detta arbete inte överstiger den ersättning arbetet inbringar. Ett väl utfört arbete

här skulle kunna bespara sjukvården dyra inläggningar.

Utifrån data från Trine Brogaards forskning som presenterades på den nordiska kongressen i allmänmedicin i Tromsø sommaren 2011 [1], är det visat att fler och fler människor önskar avsluta sitt liv hemma och också gör det. Det gäller visserligen danska förhållanden, men jag är personligen övertygad om att motsvarande undersökning i Sverige skulle visa på samma önskan och resultat. Se även Jacob Risholms artikel på sidan 17 i detta nummer av AllmänMedicin [2]. Det ställer större krav på primärvården. Vissa av dessa patienter, men långt ifrån alla, sköts av palliativa team eller är vårdtagare på särskilda boenden.

Jag tror att de flesta distriktsläkare skulle vilja kunna ta ett större ansvar för sina patienter i livets slutskede och för de multisjuka patienterna, och bereda dem ökad stöttning med täta återbesök och större möjligheter till hembesök för att möjliggöra vård i hemmet och förhindra sjukhusbesök. För att detta ska vara genomförbart krävs öronmärkt resurs.

En tanke hur detta skulle kunna genomföras är att använda ett redan befintligt system, även om det säkert finns fler idéer, kanske bättre eller mera heltäckande. Systemet skulle bestå av följande:

- Att göra det möjligt att ansöka för dessa patienter om ett extra tillskott av pengar à la "KBT- och MMR-modellen" för att täcka vårdcentralernas ökade kostnader.
- Att göra det möjligt att ansöka om extra medel för patienter som frekvent behövt slutenvårdsresurser och där man skulle kunna förbättra deras vård och ge ökad trygghet genom täta kontakter eller hembesök och ett utvecklat teamarbete med kommunens distriktsköterskor.

- Att extra resurser som ligger utöver hälsoavspenningen tillförs de vårdcentraler som ansvarar för vårdhem och särskilda boenden, så att adekvat läkarresurs kan avsättas för detta utan att vårdcentralens övriga verksamhet drabbas. För att vara berättigad till detta kan man stipulera en minimi-tid per patient per vecka vilket också skulle kunna ge en kvalitetshöjning beroende på vilken nivå man bestämmer sig för.

Förutsättningen är att vi vill göra ett bättre jobb för de multisjuka och den palliativa vården. Allt fler vill vårdas hemma istället för på sjukhus. Allt fler vill dö hemma. I denna diskussion tror jag att det är av stor betydelse att primärvården gör sig hörd och att vi gör anspråk på en del av de planerade ekonomiska medel som enligt SKL är avsedda att satsas för detta ändamål.



Johanna Glennert
Vålbergs vårdcentral, Karlstad
ST-studierektor, allmänmedicin Värmland
johanna.glennert@liv.se

Referenser

1. Neergaard, M.A., Brogaard, T., Nielsen, M.K. Palliative care for patients and relatives. Can the GP make a difference? Föredrag vid Nordic Congress of General Practice, Tromsø, 2011.
2. Risholm, J. Vård under livets sista år, ett primärvårdsperspektiv. AllmänMedicin, nr 3, 2011.

Jäv: inga uppgivna

Annons

SKLs definition av multisjuka utesluter de flesta



Med SKLs snäva definition av multisjuka riskerar man att dra generella slutsatser baserade på ett hårt selekterat material. Det oanalyserade bortfallet på 86% är kanske minst lika intressant som undersökningsgruppen man intervjuat.

Nu presenterar SKL (Sveriges kommuner och landsting) sin studie av multisjuka äldre på heldagar med föreläsningar, workshops och paneldiskussioner i de områden som deltagit med insamlandet av data. Denna information ska ligga till grund för nästa fas i arbetet där man ska föreslå förändringar för att åtgärda systembrister i omhändertagandet. Studien är kvalitativ med intervjuer av multisjuka samt med kartläggning av de kostnader som är förknippade med vård och omsorg av undersökningsgruppen.

Att ta reda på hur det ser ut är ett oantastligt syfte. Vi måste naturligtvis veta mer för att kunna fatta välgrundade beslut.

Problemet är att det vi får reda på sannolikt inte är så representativt för gruppen som helhet.

Om vi oreflekterat använder resultaten som är baserade på intervjuer av en tydligt selekterad grupp riskerar vi att dra felaktiga slutsatser. I nästa skede kan detta leda till att vi använder resurserna på ett oklokt sätt. Låt mig förklara mitt resonemang:

Kriterierna för att vara "multisjuk äldre" enligt SKLs definition, är att man ska vara 75 år eller äldre, bo i eget boende, ha vårdats på sjukhus tre eller fler gånger det sista året, för tre eller fler diagnoser i olika diagnosgrupper (ICD 10). Man har genom tidigare undersökning uppskattat att 7 procent av populationen i åldersgruppen uppfyller kriterierna [1].

Vi vet att omsättningen i gruppen är stor. Järbrink m.fl. [2] uppskattar att efter ett år har 30 procent avlidit. Ungefär 30 procent uppfyller inte längre kriterierna (flyttat till särskilt boende, fått sitt vårdbehov tillgodosett i primärvård, inskrivna i hemsjukvård eller helt enkelt blivit friskare). Av de resterande patienterna uppfyller 20 procent kriterierna när året gått. De övriga öde var okänt.

När delresultaten i undersökningen gällande mitt geografiska område presenterades i Trollhättan [3], visade det sig att man hade identifierat 211 personer som uppfyllde kriterierna i början av perioden. Under observationstiden hade 63 avlidit och exkluderades. Av kvarvarande 148 personer uteslöts 78 på grund av ändrad boendeform (särskilt boende) eller för att de vårdades på sjukhus. Nu var det bara 70 stycken kvar och när de tillfrågades om deltagande tackade 41 nej på grund av hög ålder eller för att de var för sjuka. Så djupintervjuades 29 personer av en ursprunglig grupp av 221 (14 procent) om sina upplevelser av vården. De som var sjukast i kohorten – de som dog, flyttade till särskilt boende eller var oförmögna att delta på grund av svik-

tande kognitiv funktion eller annan sjukdom – hade trillat ur undersökningen på vägen.

I min undersökning "Vård under livets sista år, ett primärvårdsperspektiv" (publicerad på sidan 17 i detta nummer av AllmänMedicin) studerade jag dem som avled och alltså utgjorde bortfall i SKLs studie. Här såg vi att primärvården hade ett stort engagemang och att patienterna i de allra flesta fall hade en patientansvarig läkare på vårdcentralen.

I SKLs studie rapporteras primärvården vara en perifer aktör som brister i kontinuitet och tillgänglighet. Hembesök i hemsjukvård förekommer nästan inte alls och står för en blygsam del av den totala kostnaden [4]. Det är en helt annan bild – hur kan det vara så?

Genom att först definiera en grupp som utgör 7 procent av befolkningen över 74 år, där den viktigaste parametern är deras slutenvårdskonsumtion, utesluts stora grupper av dem vi normalt sett uppfattar som multisjuka. Vi vet ju att majoriteten i åldersgruppen har mer än två kroniska diagnoser.

När man sedan gör ett selektivt urval i den på det sättet definierade gruppen "multisjuka äldre" så att det kvarstår bara omkring 1 procent av befolkningen i åldersgruppen och djupstuderar dem i syfte "att finna brister och hinder på systemnivå", har man fått fram en i och för sig synnerligen kostnadskrävande grupp, men vars behov nog inte är representativa för andra än just sig själva. Risken är uppenbar att man extrapolerar resultaten till att gälla större grupper, när man i nästa skede ska ge förslag till åtgärder för de övriga 99 procenten av de äldre. Budskapet brukar ju förenklas med tiden.

Naturligtvis är det av intresse att se hur just denna grupps vårdkonsumtion ser

ut. Vad kan man göra för att tillgodose deras behov på ett smartare sätt? Man har nog hittat en grupp som är i glappet mellan ett självständigt liv och en situation där man är i behov av hemsjukvård och så småningom kanske särskilt boende. Om vi kan identifiera dem så tidigt som möjligt och erbjuda rätt resurser finns sannolikt pengar att spara. En fast läkar-kontakt med allmänmedicinsk specialist och eventuell inskrivning i hemsjukvård är två mycket viktiga ingredienser. Men då måste ersättningssystemen beakta hur resurskrävande dessa patienter är [4].

Vi måste bygga system som duger för att hantera alla äldres vård och omsorgsbehov på ett lyhört och kostnadseffektivt sätt. Generösa inskrivningskriterier i hemsjukvården kostar för kommunerna

men är sannolikt det billigaste sättet att få ”bästa kompetens för pengarna” så nära patienten som möjligt. Där finns ju en dygnet-runt-organisation som för låg kostnad kan göra bedömning och sätta kateter i liten stuga om det så är julaftonsnatt. Men då behövs resursöverföring från slutenvården. Varje onödig inläggning som kan förhindras ger vinst – både för patienten och för samhället. Dessutom får man, om hemsjukvården arbetar i team med allmänmedicinare, en kontinuitet som är svårslagen.

För att lyckas måste vi finna lösningar som passar hela den stora gruppen äldre med flera kroniska sjukdomar och funktionshinder. När vi hittat dem krymper även gruppen som SKL får med i sin definition.

Jacob Risholm

Vårdcentralen Munkedal
jacob.risholm@vgregion.se

Referenser

1. Fratiglioni L, Marengoni A, Meinow B, Karp A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. Stockholm: SOU 2010:48.
2. Järbrink K, Althoff K, Naploszek M. Multisjuka äldre- en utmaning för vårdanalytiker och hälsoekonomer. Läkartidningen. 2011;108: 674-5
3. Bruhn M, Levander P, Mossberg L. Kvalitativ uppföljning av Multisjuka äldre Fyrbodals 2011. Delrapport i SKL-studie.
4. Rom M. Begreppet ”sjuka äldre” och ”mest sjuka äldre” är att föredra. Läkartidningen 2011;108: 872.
5. Läkartidningen. Multisjuka får inte bli svartepetter i vårdekoniskt spel . 10 maj 2011 [citerat 10 maj 2011]. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=16540.se> 2011 nr 21

Annons

Annons

Vård under livets sista år, ett primärvårdsperspektiv

Retrospektiv journalgenomgång av patienter avlidna under 2010 listade på Vårdcentralen Munkedal

Sammanfattning

Majoriteten av dem som dör är under sitt sista levnadsår är väl kända på vårdcentralen. De flesta har en behandlande distriktsläkare som är engagerad i vården. Av dem som är 75 år och äldre uppfyller 80 procent under sitt sista levnadsår inte kriterierna i SKL:s definition av "multisjuka äldre" vilken bygger på antal sjukhusvister och inte tar hänsyn till den vård som ges inom primärvården och hemsjukvården.

Primärvården har ofta en nyckelroll i vården i livets slutskede. Vi vårdar många patienter till slutet i egna hemmet eller på särskilt boende, antingen som huvudsaklig vårdgivare eller tillsammans med sjukhusspecialister. I debatten har det fokuserats mycket på äldre patienter som har upprepade sjukhusinläggningar, och man ser över strategier för effektivare vård för dem. SKL (Sveriges kommuner och landsting) definierar gruppen multisjuka äldre som personer 75 år och äldre, som vårdats tre eller fler gånger på sjukhus under de sista 18 månaderna, för tre eller fler diagnoser [1]. Vårdbehoven för många gamla och sjuka med flera kroniska sjukdomar och omfattande sjukvårdsbehov tillgodoses dock till stor del från hemsjukvård och primärvård och dessa patienter faller utanför statistiken över multisjuka äldre enligt SKL:s definition. Hur stor är denna grupp? Syftet med denna studie var att kartlägga patienters kontakter med primärvård under sista levnadsåret samt att se hur många slutenvårdstillfällen som kommit till vår kännedom.

Eftersom man vet att kostnaderna för vård och omsorg koncentrerar sig till det sista levnadsåret [1], fanns också ett intresse av att se hur patientens sista år i livet tedde sig ur primärvårdsperspektiv. Genom att studera denna retrospektivt välavgränsade grupp, som vi vet bör vara

högt prioriterad, kan vi få en uppfattning om dess sjukvårdskonsumtion och utifrån det dra slutsatser om behov och möjliga förbättringar.

Material och metod

I Munkedals kommun bor 10 500 personer där Vårdcentralen Munkedal är vårdgivare för majoriteten. Det egna valet avgör om man vill tillhöra en vårdcentral på annan ort än där man bor. Ur den listade befolkningen på VC Munkedal (9700 personer) identifierades de som avlidit under 2010.

Utifrån journaltext registrerades antal läkarbesök inom primärvård sista året. Antalet signerade anteckningar (undantaget enkel provtagning) registrerades som ett mått på antalet vidtagna åtgärder och bedömningar. Vidare noterades om vi haft behandlande läkare engagerad i vården, liksom om vi utfärdat dödsorsaksintyg.

I journaltexten eller från in- och utskrivningsmeddelanden registrerades antal slutenvårdstillfällen under sista levnadsåret. Sjukhuset skickar utskrivningsmeddelanden till primärvården i alla de fall som bedöms ha behov av uppföljning i primärvården, eller där uppgifterna har betydelse för om patienten söker vårdcentralen i senare skede. De allra flesta som har kommunala insatser bedöms ha detta behov av informationsöverföring.

Boendeform beaktades inte i denna undersökning. Boendeformen ändras ofta under sista levnadsåret.

Resultat

Under 2010 hade 129 personer avlidit. Av dessa var 92 vid sitt fränfälle 75 år och äldre (fortsättningsvis 75+).

Sammanlagt 449 läkarbesök hade gjorts. I medeltal hade de patienter som avled haft 3,5 läkarbesök i primärvård under sista levnadsåret (1,4 för hela befolkningen).

I gruppen 75+ hade 349 besök gjorts (medeltal 3,8).

Det fanns också 2012 övriga anteckningar i journalerna angående läkemedelsförskrivning, sammanfattningar av epikriser, bedömningar via telefon, anteckning från rond med hemsjukvård, sköterskebesök på mottagningen eller annan journalpliktig åtgärd eller beslut. Det fanns i genomsnitt 16 anteckningar per patient under det sista året.

För 95 av de 129 avlidna patienterna fanns någon läkare på vårdcentralen som var engagerad i vården under det sista året (73 procent). Hos cirka 60 procent kan man i journalanteckningarna tydligt se en patientansvarig läkare som antingen varit huvudansvarig för vården eller behandlat gemensamt med sjukhusläkare eller palliativa teamet.

I åldersgruppen 75+ hade 83 av 92 patienter en behandlande läkare på vårdcentralen (90 procent). Av de nio patienter i den åldersgruppen som saknade läkarkontakt hos oss, var tre avlidna i plötslig död.

Dödsorsaksintyg skrevs ut i primärvården för 70 av 129 avlidna patienter (54 procent). I åldersgruppen 75+ skrevs 58 av 92 dödsorsaksintyg av oss (63 procent).

Sammanlagt 138 slutenvårdstillfällen hos de 92 patienterna i gruppen 75+ kunde identifieras i journaltext (i genomsnitt 1,5 slutenvårdsepisod per patient under sista levnadsåret), se tabell 1. Majoriteten hade färre än två vårdtillfällen på sjukhus och endast 18 (20 procent) hade 3 eller flera vårdtillfällen.

Diskussion

Majoriteten av dem som avlider i Sverige gör det utanför sjukhus [2]. Det flesta har kontakt med primärvård som antingen har hela vårdansvaret eller delar det med sjukhusspecialister. God tillgänglighet, kontinuitet, tydligt ansvar om vem som är behandlande läkare samt tillräckliga resurser är sannolikt av nöden om vården skall fungera så bra som patienterna har rätt att förvänta sig.

I journalerna framgår att våra allra äldsta patienter ofta avlider lugnt och stilla i eget hem eller på sjukhem. Endast fyra av 26 födda före 1920 dog på sjukhus (16 procent). Genomsnittet var mindre än en vårdepisod på sjukhus under det sista levnadsåret för denna åldriga grupp.

Patienter som var födda 1920–1929 hade 86 vårdtillfällen fördelat på 52 patienter, vilket gav ett genomsnitt på 1,7 vårdtillfällen på sjukhus. Här fanns några patienter som hade många vårdtillfällen, ibland beroende på behandlingsbehov eller bristande symptomkontroll, men ibland kunde man ana brister i vårdkedjorna. Även i denna åldersgrupp slutade de flesta sina dagar i hemmet eller i särskilt boende (55 procent).

Gruppen födda 1930–39 gjorde flest läkarbesök i primärvård det sista året (4,6). Hälften hade sin huvudsakliga behandlande läkare på vårdcentralen, och många av de övriga sköttes som en gemensam angelägenhet med sjukhusspecialist eller palliativa teamet.

Hos patienter födda 1940–1949 var palliativa teamet oftare behandlare än primärvården. Här dog de flesta på sjukhus.

De tio patienter som var födda 1950 och senare gick inte att dra några slutsatser om. Dödsorsakerna var plötslig död, cancersjukdom, missbruk, perinatal död,

Tabell 1 Antal slutenvårdstillfällen hos patienter 75 år och äldre.

Slutenvårdstillfällen	Antal patienter 75+
0	29
1	26
2	19
3	7
4	6
5	2
6	2
7	1

Tabell 2. Antal läkarbesök, journalanteckningar och dödsfall i hemmet i olika åldersgrupper.

Födelseår	Avlidna	Läkarbesök primärvård	Övriga anteckningar i journal	Död i hemmet eller särskilt boende
före 1920	26	3,5	16	21
1920-1929	52	3,9	17	29
1930-1939	23	4,6	18	11
1940-1949	18	2,8	14	7
1950 -	10	*	*	*

*otillräcklig information

olycksfall och några fall där vi inte hade någon information.

Det finns i debatten en föreställning om att många gamla far fram och åter till sjukhuset och plomberar akutmottagningarna, och att om bara primärvården skulle göra sitt jobb ordentligt skulle slutenvårdens hjul rulla mer effektivt. Men bara en av fem personer, 75 år och äldre, hade tre eller fler vårdtillfällen på sjukhus under sitt sista levnadsår och nästan en tredjedel var inte inlagda på sjukhus alls. Däremot fick de omfattande vårdinsatser från primärvård och hemsjukvård.

Det kan finnas slutenvårdstillfällen som inte kommit till vår kännedom på grund av bristande överrapportering eller att sjukvårdsbehovet helt kunnat tillgodoses av sjukhusspecialist. Vår erfarenhet är dock att de allra flesta slutenvårdepisoder för de svårt sjuka rapporteras till oss. Journalgenomgången visade ju också att vi hade kännedom om och var engagerade i vården av de allra flesta terminalt sjuka.

Vår undersökning visar att majoriteten av dem som avlider inte uppfyller SKL:s

kriterier för multisjuka under sitt sista levnadsår men ändå kräver omfattande vårdinsatser som i stor utsträckning sker inom primärvården. En väl fungerande primärvård med snabb och effektiv uppbackning från sjukhusets resurser kan spara resurser och samtidigt ge patienterna god vård.

Jacob Risholm

Distriktsläkare, Vårdcentralen Munkedal
jacob.risholm@vgregion.se

Referenser

1. Fratiglioni L, Marengoni A, Meinow B, Karp A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. Stockholm: SOU 2010:48.
2. Dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen; Avdelningen för statistik och utvärdering, Enheten för vård- och omsorgsstatistik, utredare Lars Age Johansson.

Jävsdeklaration

Författaren har en mamma född 1923.

Sjukskrivningar som läkare upplever som problematiska



De uppgifter som läkarna har i sjukskrivningsprocessen utmanar läkarens professionalitet på olika sätt och vissa problem är både vanligare och svårare än andra. De sjukskrivningsfall som uppfattas som svåra har flera gemensamma karaktäristika. Problem uppstår i själva konsultationen och i typiska situationer där läkaren har svårt att följa sin känsla för vad som är rätt, ofta beroende på motstridiga krav och lojaliteter. Det visar en ny doktorsavhandling av Monika Engblom.

Läkarna har en viktig roll i sjukskrivningsprocessen men många läkare upplever vissa av de uppgifter som ingår som problematiska [1, 2]. Det övergripande syftet med avhandlingen var att öka förståelsen för på vilket sätt läkare, verksamma inom primärvård och företagshälsovård, upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, samt att få mer kunskap om frekvens och svårighetsgrad av sådana problem.

Varierande sjukskrivningstal

Sjukskrivningstalen har varierat under lång tid och 1996 började antalet sjukskrivna stiga kraftigt. Det ledde fram till 2003 till en fördubbling av antalet sjukskrivna. Hälften av ökningen berodde på att det tillkom nya fall och hälften på att sjukskrivningarna blev längre. En så kraftig ökning under en kort tidsperiod talar för övervägande icke-medicinska orsaker. En del forskare har föreslagit att det huvudsakligen handlade om förändringar i arbetsmiljön eller om bristande arbetsrehabilitering för de anställda [3, 4]. Andra har hävdade att det berodde på förändrade attityder till sjukdom och arbetsoförmåga. Dessutom har de så kallade kultursjukdomarna, ofta med inslag av trötthet och värk i kroppen, varierat över tid [5]. Vilka förklaringarna än är så bidrar sjukskrivningar för icke-medicinska problem till medikalisering. Läkarna är delaktiga i dessa skeenden och kan förhålla sig på olika sätt till den varierande graden av efterfrågan på sjukskrivning.



Det problematiska fallet

Vissa konsultationer är problematiska, oavsett om de handlar om sjukskrivningar eller ej. Elisabeth Arborelius har i sina analyser av videoinspelade konsultationer visat att problemen ofta bottnar i att läkaren inte helt förstår patientens skäl till att komma till mottagningen och att läkaren inte använder sin känsla av osäkerhet som viktig information om konsultationen [6]. Om läkaren inte tillämpar ett patientcentrerat förhållningssätt finns risk att misstro uppstår i mötet mellan läkare och patient och om läkaren är benägen att leta efter en viss diagnos när omständigheterna är oklara är risken stor att livsproblem medikaliseras.

En medicinsk fallbeskrivning handlar om patienten men även om hur patientens problem uppfattas av läkaren. En fallbeskrivning kan betraktas som ett narrativ, en berättelse, och analyser av

berättelser kan fokusera både på struktur och på funktion [7]. Exempel på fallbeskrivningars funktion är att förmedla kunskap, att framföra åsikter, att skapa identitet (som läkare) eller att be kollegor om synpunkter eller råd.

Materialet till avhandlingen insamlades mellan 2001 och 2008. Parallellt med mitt arbete som distriktsläkare har jag varit lärare på kurser om läkares sjukskrivningspraktik. Initiativet till kursen "Allmänläkaren och sjukintyget" i Provinsialläkarstiftelsens regi togs av professor Carl Edvard Rudebeck. Några år senare tillkom kursen "Sjukskrivnings Praktik" i Försäkringskassans regi som arrangerades för allmänläkare och företagsläkare på olika platser i Sverige. Före kursen skulle varje kursdeltagare skicka in en beskrivning av ett eget problematiskt sjukskrivningsfall och under kursen hölls diskussioner och rollspel kring dessa fallbeskrivningar. Fler än tusen läkare gick kurserna.

Material och metod

Fyra studier har gjorts av vilka två baseras på skriftliga fallbeskrivningar från kurserna, en på diskussioner kring dessa fall och en på data från en enkät. I den första studien identifierades dilemman som läkarna upplevde i sina problematiska fall. Forskningsmaterialet till den studien utgjordes av 100 dokumenterade namn på dilemman (ett från varje falldiskussion) från fem olika kurser och analysmetoden var en kvalitativ kategorisering i ett steg.



gjordes på svaren från 2516 specialister i allmänmedicin avseende frekvens och svårighetsgrad av problem i sjukskrivningsärenden samt av frekvensen av onödigt långa sjukskrivningar av olika skäl.

Sjukskrivningsdilemman

Ett dilemma definierades som en situation där det var svårt för läkaren att följa sin känsla för vad som var rätt att göra i det aktuella sjukskrivningsärendet. Åtta olika kategorier av dilemman identifierades. Dessa var "Inte doktors bord" (när problemet uppfattades som i grunden icke medicinskt), "Doktor som betjänt" (när sjukskrivning uppfattades som en ren rekvisition), "Diagnos som dimridå" (när det fanns en diskrepans mellan hur patienten beskrev sina problem och vad läkaren uppfattade i konsultationen), "I väntan på den rätte" (när medicinska utredningar fördröjde ställningstaganden till arbetsförmåga), "Sjukskrivningsskadad, reversibel eller irreversibel" (när läkaren uppfattade att det huvudsakliga problemet var de skadliga effekterna av sjukskrivningen i sig), "Sjukskrivning trots tvivel" (när läkaren uppfattade sjukskrivning som det bästa alternativet trots att vissa omständigheter talade emot) och "Risk för rehabiliteringsskada" (när exempelvis begåvningshandikappade riskerade att fara illa av rehabiliteringsinsatser).

Vad läkarna berättade om

I de skriftliga fallbeskrivningarna beskrevs ofta följande faktorer; ålder, kön, familjesituation, yrke, stressande livshändelser, medicinska utredningar och behandlingar. Två tredjedelar av patienterna hade varit sjukskrivna i mer än ett år. Den vanligaste typen av fall handlade

om kvinnor, anställda som undersköterskor eller vårdbiträden och sjukskrivna på grund av psykiska besvär. Läkarens vanligaste åtgärd var att remittera till samtalsterapi och/eller sjukgymnast samt att förskriva antidepressiva, åtgärder som för dessa patienter uppenbarligen inte var tillräckligt effektiva för att befrämja återgång i arbete. Det var ovanligt att man redogjorde för patientens alkoholvanor eller etnisk bakgrund eller att statusfynd rapporterades.

Det fanns påfallande likheter mellan de problematiska fallen. Läkarna berättade ofta utförligt om händelser i patienternas liv. Det handlade ofta om skilsmässor, dödsfall, olyckor och dylikt. Det kan ha varit så att patienterna uppvisade många symtom eller att dessa patienter insisterade på sjukskrivning men med ett narrativt betraktelsesätt blir det troligt att läkarna försökte göra det problematiska i fallet mer förståeligt, både för sig själv och för läsaren. Vi kunde också konstatera att det krävs att någon uppfattar problemet, i det här fallet en läkare, för att ett så kallat problemfall ska uppstå.

Hur läkarna berättade

Ett genomgående drag i fallbeskrivningarna var en strävan efter neutralitet i såväl innehåll som form och att patientens problem tolkades inom en biomedicinsk ram. Läkarens personliga och känslomässiga engagemang samt relationen till patienten framträdde i varierande grad. Läkarna hade olika sätt att förhålla sig till problemen och fem olika "typer av budskap" till läsaren identifierades. Dessa var "Ett rop på hjälp" (när läkaren på ett personligt sätt beskrev problemet och bad om hjälp), "En vädjan om förståelse" (när läkaren uttryckte frustration mer än hjälplöshet och det fanns en vädjan om sympati för hur man tänkt handlägga fallet), "Oro under ytan" (när relationen till patienten var mindre synlig och fallet presenterades med en dramatisk eller absurd vinkling), "Enligt min åsikt" (när läkaren hade tankar om hur fallet skulle lösas men inte uttryckte något behov av hjälp) och "Framstå som neutral" (när läkaren framstod som åskådare utan åsikter eller behov av hjälp).

I den andra studien utgjordes materialet av 195 fallbeskrivningar från nio konsekutiva kurser och dessa analyserades med stegvis deskriptiv kategorisering med inslag av kvantifieringar. I studien identifierades väsentliga karaktäristika i fallbeskrivningarna.

I den tredje studien analyserades 44 fallbeskrivningar med narrativ ansats med såväl tematisk som strukturell metod. Meningsinnehållet i fallbeskrivningar utforskades och vi letade efter budskap till läsaren, i det här fallet kollegor som skulle gå kursen.

I den fjärde studien bestod materialet av svaren på en enkät som hade skickats ut till alla läkare i Sverige. Analyser

Läkarutbildningen tenderar att betingta "en biomedicinsk reflex" som gör att läkaren tolkar patientens svårigheter uteslutande ur ett biomedicinskt perspektiv och inte uppfattar sig själv som reflekterande och kommunicerande subjekt. När läkaren strävar efter neutralitet och inte ser sig själv som en medaktör i det problematiska fallet finns risk för att vidtagna åtgärder blir medikaliserande och ineffektiva.

Frekvens och svårighetsgrad av problem

Ett vanligt förekommande problem bland specialisterna i allmänmedicin, vilka besvarade den nationella enkäten, var bristande förmåga att bedöma patientens arbetsförmåga. Andra typer av problem var att hantera situationer där läkaren och patienten hade olika åsikter om behovet av sjukskrivning och att hantera de två rollerna som å ena sidan patientens behandlande läkare och å andra sidan medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter. En majoritet sjukskrev längre än vad de själva ansåg vara nödvändigt åtminstone någon gång per månad, framförallt på grund av långa väntetider till andra åtgärder, och yngre och manliga allmänläkare svarade oftare att skälet var att undvika konflikter med patienterna.

Läkarens uppgift i sjukskrivningskonsultationen

Uppdraget att sjukskriva utmanar läkarernas professionalitet på flera olika sätt. Vissa problem uppstår i själva konsultationen då läkaren hamnar i svårigheter när han eller hon försöker följa sin känsla för vad som är rätt, vilket i sin tur beror på motstridiga krav och lojaliteter. Läkarna upplever lojaliteter gentemot patienten men i olika hög grad även gentemot samhällets intentioner och krav förknippade med regelverket i sjukförsäkringen.

Sjukskrivningstalen har sedan 2003, det vill säga redan innan Rehabiliteringskedjan och Socialstyrelsens beslutsstöd infördes 2008, sjunkit kraftigt. De finns inga entydiga förklaringar till minskningen, men det som förmedlades på kurserna och i ett flertal andra lokala och regionala aktiviteter riktade till allmänläkare, kan

ha bidragit. Många av kursdeltagarna var allvarligt bekymrade över en del av sina sjukskrivningar men fick under kurserna möjlighet att sätta ord på problemen och de kunde tydligare se att läkaren, med dagens regelverk, har en exklusiv och fristående roll när han eller hon bestämmer sig för att sjukskriva eller ej.

För en förbättrad sjukskrivningspraktik och för att läkarna ska känna sig mer nöjda behövs bland annat att vi läkare, själva eller tillsammans med personer med andra yrkeskompetenser, blir bättre på att bedöma arbetsförmåga men också

att vi ser vårt eget bidrag till att ett fall blir problematiskt. Lärdomarna från avhandlingsarbetet kan användas i såväl grundutbildningen av läkare, i specialistutbildningen, som i professionell utveckling och dialog på den egna enheten. Läkarens egna känslor är då en värdefull källa till kunskap för att benämna och hantera problemet. Genom att berätta för kollegor och mer uttryckligt be om hjälp är det troligt att konsultationer som gäller sjukskrivningar blir lättare och mer stimulerande att hantera.

Monika Engblom
monika@engark.se

Referenser

1. Alexanderson K, Allebeck P, Hansson T, Hensing G, Jensen I, Mastekaasa A, et al. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2003.
2. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:178-85.
3. Johnson B. Kampen om sjukfrånvaron. Halmstad: Arkiv förlag; 2010.
4. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
5. Johannisson K. När otillräckligheten byter namn: Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan I: Ekman R, Arnetz B, editors. *Stress Molekylerna - individen - organisationen - samhället*. Stockholm: Liber; 2002. s. 13-29.
6. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What happens when the doctor doesn't grasp the consultations. *Family Practice*. 1991;3-9.
7. Hydén LC. Berättelseforskning. I: Meuwisse A, Swärd H, Eliasson-Lappalainen R, Jacobsson K, editors. *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur&Kultur; 2008. s. 89-104.

Sickness certification when experienced as problematic by physicians

Fredagen den 6 maj 2011

Monika Engblom

Huvudhandledare:

Professor Carl Edvard Rudebeck, Tromsø Universitet, Norge,
Avdelningen för allmänmedicin

Bihandledare:

Professor Kristina Alexanderson, Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin

Opponent:

Professor Kurt Svärdsudd, Uppsala universitet
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
Allmänmedicin och klinisk epidemiologi

Delarbeten:

Engblom M, Alexanderson K, Englund L, Norrmén G, Rudebeck CE. When physicians get stuck in sick-listing consultations: a qualitative study of categories of sick-listing dilemmas. *Work*. 2010 Jan;35(2):137-42.

Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck CE. Characteristics of sick-listing cases that physicians consider problematic-analyses of written case reports. *Scandinavian J of Primary Health Care*. 2009;27(4):250-5.

Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck CE. Physicians' messages in problematic sickness certification: a narrative analysis of case reports. *BMC Family Practice* 2011;12:18

Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems general practitioners experience regarding sickness certification (Submitted 2011).

Det förhatliga konferensbordet

Eller hur man inte kan skriva kravspecifikationer på papper för ett journalsystem och förvänta sig ett användbart resultat.



Ofta blir vi läkare inblandade i uppställandet av kravspecifikationer när nya journalsystem ska införas. Vi blir då satta vid ett konferensbord långt ifrån vår verksamhet och förväntas redogöra klart, koncist, korrekt och fullständigt för vad det är vi egentligen sysslar med. Vi förutsätts kunna beskriva vilka metoder vi använder, vilka data vi genererar och vilka data vi behöver. Meningen är att utvecklaren från dessa beskrivningar ska kunna skapa ett verktyg som hjälper oss i arbetet. Läkaren ska alltså beskriva "domänen" utan tanke på lösning, och utvecklaren ska finna den optimala lösningen för den beskrivna uppgiften.

Det finns en mängd problem med det här tankesättet som gör att det inte fungerar. Det första problemet är att vi inte kan sitta vid ett konferensbord och redogöra för allt väsentligt i vårt arbetssätt. I frånvaro av en patient kommer vi helt naturligt att redogöra mest för de

problem vi har i daglig praktik, men inte för allt som fungerar och flyter. Inte heller kommer vi att tänka på allt som är självklart för oss, men kanske inte för utvecklaren. Ta ett så simpelt faktum som att undersökningsbritten ofta inte står i samma rum som skrivbordet, så att vi inte har tillgång till journalen vid själva patientundersökningen. Förr kunde vi ta med pappersjournalen till undersökningsrummet, men det går ju inte längre.

Ett annat exempel på hur den bokstavliga översättningen av våra krav ger oss otympliga system ser man lätt när man skriver intyg, provbeställningar eller remisser medan man läser andra intyg, provsvar, remisser och journaltext. Många system är gjorda för att antingen läsa eller skriva, inte för att kunna göra båda samtidigt. Det är ganska uppenbart att utvecklaren aldrig sett en läkare använda ett journalsystem, annars skulle sådant aldrig hänt.

Ett annat problem är, paradoxalt nog, att det är få läkare idag som inte redan kan datorer rätt bra. De flesta har nog betydligt mer avancerad utrustning hemma än på jobbet. Det gör att läkaren ofrivilligt beskriver problemet på ett sätt som i sig redan implicerar en lösning. Till exempel beskriver vi ofta att vi "behöver en knapp för en lista på varningar", medan det riktiga kravet borde vara "att göras uppmärksam på överkänslighet, smitta och liknande". Nu kommer vi aldrig att se något mer uppfinningsrikt än just en knapp uppe i högra hörnet på skärmen, även om vi skulle kunnat få bättre lösningar.

Denna destruktiva effekt är egentligen mycket större än så. Om vi blir tillfrågade om hur journalen ska fungera, kommer de flesta av oss att detaljerat beskriva hur journalnotaten ska presenteras och hur sökord ska se ut. Men våra behov borde uttryckas på ett högre plan. Vi behöver

ett system som på enklast och säkrast möjliga sätt visualiserar patientens olika sjukdomar och problem, samt vad som redan beslutats och gjorts. Om man uttrycker de verkliga behoven på detta sätt ger man utvecklaren friheten att finna bättre lösningar än notat i textform kronologiskt uppradade i en ändlös rulle. Med andra ord, genom vår överspecifikation på detaljnivå eliminerar vi oavsiktligt lösningar som vi inte kan visualisera, men som antagligen är mycket bättre än vad vi har och får idag.

Utvecklarna själva har sällan sett insidan av ett sjukhus eller en vårdcentral sedan de lämnade BB, så det finns ingen möjlighet att sätta dem in i vår verksamhet med enbart berättade beskrivningar. De måste helt enkelt vara med och se med egna ögon hur vi arbetar och vilka situationer vi hamnar i. Utvecklarens sätt att analysera en situation är totalt annorlunda än läkarens, med betydligt

mer uppmärksamhet på sådana detaljer i arbetssättet som för en läkare kan te sig oväsentliga eller så självklara att de inte behöver nämnas.

När jag själv över åren har utvecklat system för verksamheter jag känner väl till, som intensivvård, operationssalar och allmänmedicin, har jag kunnat gå på min egen kunskap och endast behövt verifiera mina antaganden med kollegor. Jag har även utvecklat program för bokföring, försäkringar, termiska simulationer och kommunikation, men då alltid först lärt mig ämnet till en nivå som åtminstone motsvarar en nybörjare på området, och sedan utvecklat mjukvaran till ett verktyg som jag själv skulle vilja använda. Det har alltid fungerat bra och produkten har visat sig mycket användbar. De fåtal gånger jag försökt utveckla utan att själv kunna domänen har alltid slutat med besvikelse, trots att mina sämsta alster nog fortfarande var snäppet bättre än en del av de journalsystem vi ser idag i Sverige.

Min slutsats, efter mer än 30 år som aktiv utvecklare, är att det är omöjligt att göra ett bra system om man inte kan domänen själv. Det är ofta inte möjligt att hitta utvecklare som själva är aktiva läkare, så i normalfallet betyder det att vi måste insistera på att utvecklarna deltar i verksamheten under längre perioder. Samtidigt måste vi nog vägra att sitta vid det där konferensbordet med en grupp outsiders som kommer att missförstå allt som över huvud taget kan missförstås.



Martin Wehlou
martin@wehlou.se

Martin Wehlou är läkare och certifierad i IT-säkerhet (CISSP) och software development metodologi (CSDP). Han har utvecklat tillämpningar för vården i många år samt arbetat som läkare i primärvården både i Belgien och Sverige.

Annons

Riksstämman 2011

Allmänmedicin

Preliminärt program

Onsdagen den 30 november

HALL A

09.00-17.00 Posterutställning:

Postersession i sal B8 klockan 17:00-17:30.

Moderator: Hans Thulesius/Sara Holmberg

1P. Lokal fortbildning ger ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer – ett kvalitetsförbättringsprojekt i primärvården. Sara Modig, Peter Höglund, Margareta Troein, Patrik Midlöv.

2P. Män väntar längre med sjukvårdskontakt vid första insjuknande i hjärtinfarkt - data från 126 kvinnor och män i Jämtlands län 2010. Gunnar Nilsson, Eva Samuelsson, Thomas Mooe.

3P. Är solsemester viktigare än maten för att förebygga vitamin D-brist ? Studie från en vårdcentral på breddgrad 60N. Anne Björk, Åsa Andersson.

4P. Förändringar i hälsotillståndet mellan 70 och 75 års ålder hos en hälsoundersökt befolkningspopulation i Burträsk, Västerbotten. Christer Wiklund.

5P. Pregabalin används inte enligt nationella riktlinjer – en analys av insättningsordning och dosering. Catrin Furster, Lena Gustafsson, Anna Lindhé, Tove Tevell, Bo Palaszewski, Mikael Hoffmann.

SAL A 11

12.30-14.00 Symposium: Tobaken i min specialitet.

Moderator: Matz Larsson. Se SY 2.

SAL B 8

14.30-15.30 6F. Gästföreläsning: Hur minskar man patientens osäkerhet på ett patientsäkert sätt?

Professor Norbert Donner-Banzhoff

Moderator: Hans Thulesius

SAL A 2

14.30-16.00 Symposium: Resistens och antibiotikaanvändning – en patientsäkerhetsfråga!

Moderator: Otto Cars. Se SY 9.

SAL B 8

15.30-17.00 Fria Föredrag

Moderator: Per Wändell/Malin André

15:30-15:45 **7. Urinodling har tveksamt värde vid beslut om antibiotikabehandling av patienter på äldreboenden.** Pär-Daniel Sundvall, Peter Ulleryd, Ronny Gunnarsson.

15:45-16:00 **8. En ovanlig studie – en enkätstudie om primärvårdsläkarens perspektiv på problematiken kring ovanliga sjukdomar.** Désirée Gavhed, Kjartan Thorarinnson, Jonas Lindbäck, Annika Larsson, Jan-Inge Henter.

16:00-16:15 **9. Internetbaserad behandling av ansträngningsinkontinens; en randomiserad studie.** Malin Sjöström, Göran Umeåfjord, Hans Stenlund, Per Carlbring, Gerhard Andersson, Susanne Johansson, Eva Samuelsson.

16:15-16:30 **10. Hjärtsjukdom och undervikt ger ökad risk för mortalitet hos patienter med KOL.** Björn Stållberg, Karin Lisspers, Scott M. Montgomery, Josefin Sundh, Christer Jansson.

16:30-16:45 **11. Antibiotika och patientnära tester – skillnader mellan de som fullföljer och de som avbryter en APO-process.** Katarina Hedin, Annika Brorsson, Sigvard Mölstedt, Eva-Lena Strandberg.

16:45-17:00 **12. Erfarenheter av möten med patienter från Somalia: fokusgruppintervjuer med ST-läkare i Allmänmedicin.** Kristian Svenberg, Bengt Mattsson, Margret Lepp.

SAL B 8

17.00-17.30 Postersession

Torsdagen den 1 december

SAL B 8

08.30-10.00 Symposium: Ur askan ur elden? Analgetika mot långvarig smärta.

Moderator: Märta Segerdahl/Jan Persson. Se SY 34.

SAL A 3

10.30-12.00 Symposium: Kan diagnostiken av psykiatriska sjukdomar förändras av nya diagnoskriterier: DSM-5 på gott och ont.

Moderator: Jan Håkansson. Se SY 42.

SAL A 13

12.30-14.00 Symposium: Krämpa eller sot – vem får bästa bot? Finns det en målkonflikt mellan god evidensbaserad vård vid kroniska folksjukdomar och tillgänglighet i svensk primärvård?

Moderator: Malin André. Se SY 48.

SAL A 4

12.30-14.00 Symposium: Uppskatta njurfunktionen!

Moderator: Ola Samuelsson. Se SY 47.

SAL K 14

15.00-18.00 13SS. Sektionssymposium: Portfolio som examinationsform under grundutbildningen – möjligheter och hinder.

WORKSHOP

Moderator: Ann-Christin Haffling och Annika Pahlmblad

SAL A 4

16.30-18.00 Symposium: Riskpatienten: Piller eller promenad?

Moderator: Mai-Lis Hellenius. Se SY 60.

Fredagen den 2 december

SAL A 7

10.30-12.00 Symposium: Socialstyrelsens riktlinjer och rehabilitering av komplexa sjukdomstillstånd.

Moderator: Per Johansson. Se SY 89.

SAL K 21

12.30-14.00 Symposium: Motiverande samtal - MI (Motivational Interviewing) i teori och praktik. .

Moderator: Sven Andréasson. Se SY 98.

SAL A 11

12.30-14.00 Symposium: Hemmet som vårdplats - en självklar rättighet eller ett exklusivt erbjudande för några få utvalda?

Moderator: Inger Fridégren. Se SY 96.

Annons

Hur lär man sig allmänmedicin under grundutbildningen?

Under de senaste tjugo åren har omfattningen av läkarstudenternas kliniska praktik på vårdcentral påtagligt ökat. Vårdcentralpraktik erbjuder ett brett och varierat innehåll, men innebär också en betydligt mer oförutsägbart lärandemiljö. Syftet med denna avhandling var att studera studenternas lärande, möjlighet att använda praktiken för bedömning av deras prestationer, samt handledarnas och patienternas perspektiv på undervisningen.

Avhandlingen bygger på fyra publicerade arbeten, som behandlar den kliniska praktiken på vårdcentral. Det första arbetet genomfördes under studenternas korta praktikperiod på termin 5 och övriga tre arbeten under den längre praktiktiden på termin 10.

Handledarintervjuer

Det första arbetet var en studie av trettio distriktsläkare, som intervjuades om sin då ganska nya roll som handledare för studenter under utbildningens tidiga fas. De flesta av de intervjuade handledarna hade en positiv attityd till undervisningen, men en tredjedel nämnde problem med kollegor, som var mer tveksamma till handledaruppdrag. Handledarnas viktigaste drivkraft var att få demonstrera betydelsen av arbetet på vårdcentral och att få fungera som goda rollmodeller. Vinsterna var framför allt förbättrad kvalitet på det egna arbetet, men ökad arbetsglädje genom kontakt med de entusiastiska studenterna betonades också. Det absolut största problemet var stress och tidsbrist, hälften av handledarna arbetade dessutom i trånga lokaler, och en tredjedel var oroade över en försämrad patientrelation. Osäkerheten var stor beträffande målen för studenternas praktik, bedömning av studenternas prestationer, samt metoder för konstruktiv feedback. Ett stort behov av handledarutbildning



Ann-Christin Haffling

Titel: Medical students in general practice: students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients.

Datum: 2011-01-28.

Huvudhandledare: Fram till sin död 2010-02-16 Anders Håkansson, professor i allmänmedicin, Lunds Universitet. Vid disputationen Gudrun Edgren

Opponent: Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet.

uppmärksammades. Majoriteten av handledarna önskade dessutom skyddad tid för handledning, personlig återkoppling, samt erkännande och respekt för sitt handledaruppdrag. [1]

Patientenkät

I det andra arbetet var syftet att genom en enkät studera, om patienterna var nöjda med sitt besök på vårdcentralen, när de först hade fått samtala med och blivit undersökta av en student, innan de fått träffa sin läkare. Vi ville också ta reda på, om patienterna tyckte de kunde lära ut något till studenterna. En övervägande majoritet av patienterna visade sig vara

nöjda, framför allt för att de hade blivit noggrant undersökta, men även för att de hade fått mer tid att prata om sina problem och för att de fått hjälpa till i läkarutbildningen. De som var missnöjda tyckte att det hade varit svårt att prata om personliga problem, att kandidaten varit osäker, eller att besöket tagit för lång tid. Några tyckte att de inte hade kunnat berätta allt de tänkt, och flera hade hellre träffat läkaren ensam. Två tredjedelar av samtliga patienter skulle utan förbehåll medverka igen, och övriga medverka beroende på vilken typ av besvär de sökte för. Vid känsliga personliga problem eller intima undersökningar var en del mer tveksamma. Signifikant fler skulle dock medverka vid intima undersökningar, om de tidigare blivit undersökta av en student. De flesta patienter uppfattade sin lärarroll som rådgivare i studenternas professionella utveckling, men en del upplevde sig också som lärorika exempel på sin sjukdom. [2]

Portfolio

Den tredje studien rörde en kursportfölj (portfolio), där syftet var att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser studenterna hade fått under sin praktik, och om deras reflektioner speglade deras professionella utveckling. Portfolion bestod av dokument från praktiken samt tre reflektioner över lärandet, baserade på dokumentationen. Undersökningen genomfördes som ett pilotprojekt med frivilligt deltagande studenter. En kvalitativ analys av reflektionerna visade tre olika teman. Det första rörde konsultationen med framför allt en förbättrad struktur och effektivitet i samtalet. Studenterna lärde sig styra och leda samtalet och att ändå behålla patientens behov i centrum, huvudsakligen genom att sammanfatta och att avtala vad besöket skulle handla om. Ett andra tema

var patientcentrerad vård, som omfattade helhetssyn, förståelse av patientens sjukdomsperspektiv, samt vikten av att uppnå samförstånd. Ett tredje tema var studenternas professionella utveckling med ökad självkännedom, tankar kring attityder, klinisk resonemangsprocess, etiska problem och betydelsen av en god patientkommunikation. Slutsatsen blev att praktik på vårdcentralen bidrog till studenternas utveckling mot en professionell kompetens. De kunde vidareutveckla teoretiska kunskaper, praktiska färdigheter, patientkommunikation samt klinisk resonemangsprocess. Men det viktigaste var kanske att praktiken bidrog till utvecklingen av det vi kallar "professionalism", en affektiv, moralisk dimension av professionell kompetens.

Portfolion användes som utgångspunkt för en kompletterande muntlig tentamen. Vid en senare bedömning av reflektionerna utefter analytiska kriterier befanns interbedömar-reliabiliteten vara utmärkt, och examinationen föreföll värdera andra kompetenser än skrivningen. Studenterna var mycket nöjda och rekommenderade införande av portfolio som tilläggstentamen för hela kursen, vilket också gjordes. [3]

Bedömning och feedback

Handledarbedömning av studenternas prestationer under den kliniska praktiken har stor betydelse, om den kombineras med feedback för att främja studenternas fortsatta utveckling. Ett strukturerat formulär utvecklades för studenternas självvärdering och handledarnas formativa bedömning av studenternas styrkor och svagheter i patientarbetet på vårdcentral. Efter halva praktiktiden sattes mål för den fortsatta praktiken, och vid praktikens avslutning gavs uppföljande feedback. I denna studie undersöktes användning av formuläret under sex terminer. Syftet var att se hur en sådan bedömning fungerade i verkligheten, och om någon utveckling skedde genom åren. En övervägande majoritet av studenterna fick specifika mål, och i drygt hälften av fallen gavs specifik, uppföljande feedback. Både andelen studenter med specifika mål och med specifik feedback ökade genom åren, delvis genom en förbättrad feedbackkultur på vårdcentralerna. Med ökad erfarenhet blev handledarna signifikant strängare i sina bedömningar, men också signifikant mer nöjda med protokollet. Studenterna var i huvudsak nöjda med bedömningsstrategin.

Sammanfattningsvis har avhandlingen visat goda förutsättningar för studenternas lärande på vårdcentral, samt stora möjligheter att använda praktiken för bedömning av studenternas prestationer i patientarbetet. Handledarfunktionen är central, varför handledarutbildning och avsatt tid för handledning är väsentligt, likaså kontinuerlig kvalitetssäkring av den geografiskt spridda praktiken. [5]

Ann-Christin Haffling

Ann-Christin.Haffling@med.lu.se

Referenser

1. Haffling A-C, Håkansson A, Hagander B. Early patient contact in primary care: a new challenge. *Medical Education* 2001; 35:901-08.
2. Haffling A-C, Håkansson A. 2008. Patients consulting with students in general practice: survey of patients' satisfaction and their role in teaching. *Medical Teacher* 2008; 30:622-29.
3. Haffling A-C, Beckman A, Pahlmblad A, Edgren G. Students' reflections in a portfolio pilot: highlighting professional issues. *Medical Teacher* 2010; 32:e532-40.
4. Haffling A-C, Beckman A, Edgren G. Structured feedback to undergraduate medical students: 3 years' experience of an assessment tool. *Medical Teacher* 2011; 33:e349-57.
5. Haffling A-C. Medical students in general practice: students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients. Lund: Lunds Universitet; 2011.

Intervju med Ann-Christin

Grattis Anki, så här drygt ett halvår efter disputationen, önskar redaktionen på AllmänMedicin!

Hur kom det sig att du började forska så sent i ditt yrkesliv?

– Efter 20 år som distriktsläkare på ett och samma ställe, Svedala, kände jag att jag behövde en ny utmaning. 1997 började jag på en av de första forskningsmetodikkurserna för allmänläkare. Där föreläste till exempel Birgitta Hovellius och Anders Håkansson, som tryckte på att jag skulle skriva för internationella tidskrifter. När det väl blev dags för slutseminarium var vi bara en bråkdel av de ursprungliga deltagarna kvar. Trots allt var det inte så svårt att skriva på engelska som jag trodde, och jag satte igång med det första delarbetet.

Berätta om ditt engagemang för kursen i allmänmedicin på läkarutbildningen.

– Höstterminen 2000 tog jag över som terminsansvarig för allmänmedicinkursen på termin 10 i Lund. Samtidigt arbetade jag halvtid i Anderslöv – jag fick sluta på mitt arbete i Svedala, där man inte tyckte att det gick att kombinera distriktsläkararbetet med undervisning och forskning på halvtid. Arbetet

som terminsansvarig innebar många och givande kontakter, både inom universitet och läkarutbildningen, och internationellt på ställen som Maastricht, Manchester och Sheffield. Samtidigt som vi lärde oss mycket utomlands, insåg vi att vi hade en bra utbildning här med mycket patientkontakt relativt tidigt.

Varför blev det inte forskning på heltid?

– För mig har det passat bra att kombinera med kliniskt arbete på halvtid. Där har jag själv varit handledare för läkarstudenter. Det har gett mig en trovärdighet både mot mig själv och mot andra handledare i mitt utvecklingsarbete på kursen.

Nu är du pensionär efter ett långt yrkesliv – vad är dina bästa tips för den som är handledare idag?

– Jag vill betona vikten av eget, självständigt arbete för studenterna, med mycket feedback och med många medsittningar så att man noga kan följa utvecklingen. Försök förmedla vad allmänmedicin är genom att ta vara på patienter där man kan lyfta fram de allmänmedicinska perspektiven!

Intervjuad av Staffan Olsson

Barbara Starfield

– världsledande primärvårdsforskare

Professor Barbara Starfield dog plötsligt fredagen den 10 Juni 2011 under en simtur i sitt hem i Kalifornien. Hon blev 79 år gammal.

Barbara Starfield var en outtröttlig föreläsare och försvarare av allmänmedicin och primärvård. Hon var en mycket anlitad föreläsare världen över och besökte Sverige och Skandinavien ett flertal gånger. En åhörare uttryckte sig på följande sätt: "Hon påminde oss om varför vi blev allmänmedicinare: att hjälpa människor, förbättra hälsan och att göra världen till en bättre och rättvisare plats att leva i."



Barbara Starfield växte upp på Brooklyn i New York. Hon tog läkarexamen 1959 och blev specialist i pediatrik vid Johns Hopkins Hospital där hon arbetade och undervisade i pediatrik fram till 1975 då hon som professor utnämndes till chef för avdelningen för Hälso- och sjukvårdspolitik vid Hopkins School of Public Health.

Hon ägnade sitt liv till att främja utveckling av primärvård med hög kvalitet, vilket hon ansåg vara avgörande för den framtida globala hälso- och sjukvården. Hennes arbete koncentrerades på ojämlikhet i hälsa och hälso- och sjukvårdens effekter på hälsan, med särskilt fokus på de relativa bidragen från primärvård och specialistvård. Hennes forskning visar att sjukvårdssystem med en stark primärvård, jämfört med specialistdominerade system, är mera effektiva, mindre kostsamma samt medför lägre dödlighet.

Starfields arbete ledde vidare till utvecklande av viktiga metodologiska verktyg för analys av vårdssystem. Verktygen baserades på viktiga faktorer som exempelvis multisjuklighet (comorbidity). Adjusted Clinical Groups System (ACG) konstruerades av Starfield för 20 år sedan och sprider sig nu raskt bland svenska landsting.

Starfield är internationellt känd för sitt arbete i primärvården och hennes omfattande bok: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, [1], ursprungligen publicerad under titeln *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*, är ett allmänt erkänt och banbrytande verk inom området. Hon hade stor energi och publicerade närmare 300 vetenskapliga artiklar.

Vi (SE och LB) kontaktade Barbara Starfield år 1999 efter att ha läst hennes bok. I mars 2000 arrangerade vi ett symposium "Primary Care on Trial" i Linköping där Starfield var huvudpersonen. Hon entusiasmerade då 300 allmänläkare från hela Norden i ett briljant och passionerat framförande.

Det skarpa intellektet, den oerhörda kunskapen och den hälsopolitiska analysen imponerade på alla.

Symposiet finns dokumenterat [2].

Starfield var en av grundarna och första ordförande för International Society for Equity in Health, en vetenskaplig organisation för att främja kunskap om ojämlikhet i hälsa och om metoder att minska denna ojämlikhet. Hon inspirerade LB att delta i det första mötet på Kuba år

2000, då organisationen grundades. Bland annat startade hon en vetenskaplig tidskrift med inriktning mot "equity in health" som LB kom att bli involverad i.

I sin senaste ledare i april 2011 gör Starfield en knivskarp och för oss allmänläkare mycket aktuell analys av ojämlikheter i hälsa [3]:

"Sjukdomar är vanligare och allvarigare bland socialt missgynnade personer. Ofta föreligger multisjuklighet med flera inbördes interagerande sjukdomar kombinerat med en ökad sårbarhet.

Västerländska sjukvårdssystem domineras av ett paradigm där all ohälsa utgörs av "sjukdomar", där varje sjukdom kräver särskilda kunskaper och där följsamheten till riktlinjerna för varje enskild sjukdom linjärt kan summeras ihop till vårdens kvalitet. Ohälsa där flera olika sjukdomar finns och kan interagera på otaliga sätt kräver dock ett personfokuserat arbetssätt, som kan skapa de insatser som de socialt utsatta ökad sårbarhet kräver. Därför är fördelarna med den person- och befolkningsbaserade primärvården underskattade. Data från forskning styrker inte bara dess befolkningsnytta, utan också dess särskilda värde för socialt missgynnade."

Barbara Starfield efterlämnar make, Neil "Tony" Holtzman, barnläkare samt professor emeritus vid Johns Hopkins Barnklinik, samt fyra barn och åtta barnbarn.

Sven Engström sven.engstrom@swipnet.se
Lars Borgquist lars.borgquist@liu.se

Referenser

1. Starfield, B., *Primary care : Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Rev. ed. 1998, New York: Oxford University Press. ix, 438 p.
2. Svalander, P.-A., *Primary Care on Trial*, in Rapport FoUrnalen. 2002, FoU enheten för När-sjukvården: Linköping.
3. Starfield, B., *The hidden inequity in health care*. Int J Equity Health, 2011. 10: p. 15.

Annons

Statiner som primärprevention

Vilken effekt har statiner för personer, som inte haft hjärtinfarkt eller andra manifestationer av aterosklerotisk kärlsjukdom? Är effekten på mortalitet och/eller risk att drabbas av hjärtinfarkt så påtaglig att den bör användas av fler som primärprevention? Finns det risker eller biverkningar som motverkar den potentiella nyttan?

Behandling med statiner för att minska risken för allvarlig hjärt-kärlsjukdom – främst hjärtinfarkt – är ett av de största medicinska framstegen de senaste decennierna. Alltsedan det stora genombrottet med 4S [1] har många studier dokumenterat den riskreduktion som behandling med statiner ger. En metaanalys utförd av Cholesterol Treatment Trialists (CTT) av de placebokontrollerade studier med statiner, som gjorts fram till 2005 visar att den minskade relativa risken för allvarliga hjärtkärlländelser är relaterad till den absoluta minskningen av LDL-kolesterol, oberoende av utgångsvärde för LDL-kolesterol. [2] En minskning av LDL-kolesterol med 1 mmol/l svarade mot en drygt 20 procentig minskad relativ risk för allvarlig hjärtkärlländelse. Den absoluta riskminskningen för en patientgrupp beror på den beräknade absoluta utgångsrisk – ju högre utgångsrisk desto mer att vinna på statinbehandling. Personer utan känd aterosklerotisk hjärtkärllsjukdom har generellt lägre risk att drabbas jämfört med de som redan drabbats och frågan om hur statiner bör användas som primärprevention är kontroversiell och en vanlig frågeställning i allmänmedicinsk praktik.

Många metaanalyser

Det är många som känt sig kallade att göra metaanalyser av statiner som primärprevention. Här beskrivs fyra sådana som med olika metodik kommit fram till litet olika slutsatser.

1. En positiv, optimistisk tolkning (Brugts et al [3])

En forskargrupp (med flera medlemmar, som medverkat i de stora statinstudierna)

har gjort en metaanalys, där man begränsat sökningen till statinstudier, där minst 80 procent av studiedeltagarna inte hade etablerad kardiovaskulär sjukdom. De finner att statinbehandling i dessa till största delen primärpreventiva studier medför en minskad risk för totalmortalitet och minskad risk för större kranskärlländelser och därtill även minskad risk för cerebrovaskulära händelser. Man fann ingen skillnad i behandlingseffekt avseende ålder, kön eller om patienterna hade diabetes mellitus eller inte.

Metaanalysens slutsatser:

- Statiner minskar mortalitet och minskar risken för större kardiovaskulära och cerebrovaskulära händelser för personer utan etablerad kardiovaskulär sjukdom.
- Ingen signifikant skillnad i effekt finns med hänsyn till ålder, kön eller diabetesstatus.
- Personer med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom ska inte undanhållas de gynnsamma effekterna av långtidsanvändning med statiner.

Många av författarna är kända för att under lång tid ha rekommenderat statiner som primärprevention. Flera av dem har också varit ansvariga för de studier, som ingår i metaanalysen. Metaanalysens inklusionskriterier medför att en avsevärd del av deltagarna har etablerad hjärt-kärlsjukdom.

2. En negativ, pessimistisk tolkning (Ray et al[4])

En annan forskargrupp har tillämpat en annan metodik på i stort sett samma studier. Man har plockat bort alla individer, som hade någon form av kardiovaskulär sjukdom (stroke, angina

pectoris, EKG-förändringar tydande på kranskärllsjukdom etc.) och endast tittat på totalmortalitet för dessa mer renodlat primärpreventiva studiedeltagare. Riskratio för mortalitet blir 0,91 (95 procent CI 0,83-1,01) alltså inte statistiskt signifikant.

Metaanalysens slutsatser: Vi finner inte evidens för nyttan av statinbehandling på totalmortalitet hos högriskpersoner som primärprevention.

Författarnas ambition att enbart ta in ”rent” primärpreventiva personer i metaanalysen är imponerande. Det är synd att man inte också analyserat risken för icke-dödliga hjärtkärllsjukdomar, som ju också är ett starkt motiv vid primärprevention.

3. En försiktig tolkning (Cochrane[5])

Med en annan metodik, som även bedömer bias i studier har Cochranebiblioteket publicerat en systematisk översikt över studier med statiner till personer utan kardiovaskulär sjukdom publicerade t.o.m. 2007. Man har exkluderat studier, som innehöll mer än 10 procent deltagare med tidigare kardiovaskulär sjukdom, vilket är förklaringen till att det är färre personer än i de föregående metaanalyserna, liksom att några senare publicerade studier (JUPITER [6]) inte ingår. Författarna diskuterar om resultaten från de exkluderade studierna skulle påverka deras slutsatser, men menar att det troligen inte är fallet, då de exkluderade studiernas resultat är i linje med de inkluderade.

Den systematiska översiktens slutsatser:

- Selektiv rapportering och blandningen av personer med och utan tidigare hjärtkärllsjukdom i många studier gör



det omöjligt att bedöma evidensen om man inte har tillgång till individdata.

- För personer med hög risk (motsvarande mer än 20 procent 10-årsrisk för hjärtkärlsjukdom) är det troligt att nytan av statiner är större än potentiella skador på kort sikt, men långtidseffekter (över årtionden) är okända.
- Försiktighet måste iakttas vid förskrivning av statiner som primärprevention till personer med låg kardiovaskulär risk.

Systematiska översikter från Cochranebiblioteket har högt anseende genom sin noggranna metodik. Trots ganska imponerande resultat för såväl risk för totalmortalitet som hjärtkärlsjukdomar är författarnas slutsatser återhållsamma. Några stora studier av betydelse (ASCOT-LLA, ALLHAT-LLT, JUPITER) ingår inte i den systematiska översikten.

4. En kritisk tolkning (TI)

Therapeutics Initiative (TI) är en grupp forskare vid University of British Columbia (Kanada) som gör kritiska bedömningar av läkemedelsanvändning som man presenterar i Therapeutic Letters. De presenterade 2003 en analys av statiner vid primärprevention och har nu uppdaterat den. I den uppdaterade metaanalysen har man använt sig av samma data som Ray et al [4] och kommit fram till väsentligen samma resultat. De har också beräknat totala antalet allvarliga händelser. Trots att de statinbehandlade hade signifikant minskat antal kranuskärleshändelser finner de ingen skillnad i det totala antalet allvarliga händelser (RR 0,99 (95 procent CI 0,96-1,03)) vilket talar för att de statinbehandlade drab-

bas av andra händelser, som neutraliserar nyttan av de minskade hjärthändelserna. I en känslighetsanalys har man exkluderat fyra studier, som avslutats tidigare än planerat, vilket i regel medför en bias till överskattning av effekten. Med denna känslighetsanalys får man fram att effekten av statinbehandling på mortalitet blir neutral, och minskar för hjärthändelser.

Metaanalysens slutsatser:

- Den påstådda nyttan av statiner avseende mortalitet är sannolikt ett utslag av bias i studier snarare än en verklig effekt.
- Minskningen av hjärtkärlhändelser med statiner i förhållande till placebo återspeglas inte i en minskning av totala antalet allvarliga händelser.
- Statiner som primärprevention har ingen visad nytta och innebär inte en god användning av begränsade resurser.

När man exkluderar studier, som avslutats i förtid pga. gynnsamt resultat är det inte förvånande att resultatet blir mindre gynnsamt. Annars ger TI:s analys i stort sett samma resultat som övriga om än man inte når statistisk signifikans på totalmortalitet.

Varför kommer metaanalyserna till olika resultat? Vilken/vilka ska man tro på?

Förutom de återgivna metaanalyserna finns flera, men dessa fyra illustrerar att olika forskargrupper kan dra olika slutsatser av i stort sett samma data. Mest slående är skillnaden i tolkning mellan Brugts et al å ena sidan och Ray et al och Therapeutic Initiative å den andra. Bland författarna till den förra finns flera som varit huvudansvariga för några av

de studier som ingått i metaanalyserna och som i samarbete med läkemedelsindustrin länge varit varma förespråkare för primärpreventiv behandling med statiner. Gruppen kring TI har å andra sidan länge representerat en kritisk syn på läkemedelsbehandling över huvud taget. Det är inte orimligt att tänka sig att vid genomförandet av metaanalyser väljer man metodik, som bäddar för den slutsats man vill komma fram till. Cochranebiblioteket har högst anseende när det gäller genomförandet av metaanalyser eftersom man gör det med en förutbestämd metodik som bl a bedömer möjligheterna till bias och även inkluderar opublicerade data. Mest ambitiös för att försöka besvara frågan om statiners effekt som primärprevention är Rays et al metaanalys, men begränsas av att man endast tittat på totalmortalitet.

Statiner och totalmortalitet

Om en preventiv behandling ska förväntas ha effekt på totalmortalitet förutsätter det att den dödsorsak som behandlingen skyddar för dominerar starkt som dödsorsak i den aktuella befolkningsgruppen. Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor i de studerade åldersgrupperna (50-70 år), men konkurrerande dödsorsaker finns också. Den mest ambitiösa metaanalysen att besvara frågan är enligt min mening den som redovisas av Ray et al, som alltså inte påvisar statistiskt signifikant effekt. Sedan kan man förstås diskutera de "heliga" 95 procentiga konfidensintervallen, eftersom bara små skillnader i konfidensintervallen leder till radikalt olika slutsatser.

Tabell 1. Mått i 4 olika metaanalyser

	Antal personer	Totalmortalitet RR (95%CI)	CHD RR (95%CI)	All CVD RR (95%CI)	Total SAE RR (95%CI)
Brugts et al [3]	70 388	0,88 (0,81-0,96)	0,70 (0,61-0,81)		
Ray et al [4]	65 229	0,91 (0,83-1,01)			
Cochrane [5]	34 272	0,83 (0,70-0,95)	0,72 (0,65-0,79)	0,70 (0,61-0,79)	
TI [7]	65 229	0,93 (0,86-1,00)	0,74 (0,68-0,80)		0,99 (0,96-1,03)

RR= Risk Ratio. 95%CI = 95%-iga konfidensintervall. CHD = Coronary Heart Disease. CVD= Cardiovascular Disease. SAE = Serious Adverse Events

Statiner och hjärtinfarkt

I samtliga metaanalyser påvisas en riskminskande effekt i storleksordningen 25-30 procent för kranskärlshändelser, enda undantaget är TI:s känslighetsanalys där man exkluderar studier som avslutats i förtid, där man får en riskminskning på 21 procent. Det väsentliga är här att det handlar om relativ riskminskning. Riskminskningen i absoluta tal är beroende av personens utgångsrisk. Cochraneanalysen för ett resonemang som man hämtar från brittiska National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) att primärpreventiv behandling med statiner kan vara meningsfull om risken för kardiovaskulär sjukdom över en 10-årsperiod är över 20 procent (svarande mot 5-10 procent i SCORE-tabellerna). Metaanalysen från TI gör ett försök att uppskatta den genomsnittliga absoluta riskminskningen till 1 procent per år, men sådana beräkningar är vanskliga, då man slår ihop olika grupper med skilda riskprofiler.

Statiner och biverkningar

Endast en av metaanalyserna (TI) har uppskattat statinernas effekt på alla allvarliga händelser (Serious adverse events). De finner ingen skillnad i det måttet mellan statin- och placebobehandlade, vilket talar för att den gynnsamma effekten av statiner på hjärtskärlhändelser motverkas av andra allvarliga händelser. Samtliga metaanalyser konstaterar dock att risken för cancer inte är signifikant ökad vid behandling med statiner under den tid som studierna pågått (i medeltal 3,7 år). Dock kan man inte uttala sig om risker vid längre behandlingstider.

Sammanfattning

Trots att effekten av statiner har undersökts i många studier på ett stort antal personer kvarstår en del frågetecken när det gäller nyttan och nytta-riskbalansen vid primärprevention. Ett flertal metaanalyser ger inte entydiga svar. Den relativa riskreduktionen för insjuknande i hjärtsjukdom tycks vara påtaglig i storleksordningen 25-30 procent och kan vara väsentlig om man har hög risk för aterosklerotisk hjärtskärlsjukdom, men

Vad menas med begreppen primärprevention och sekundärprevention?

Begreppen är inte helt entydiga och används på olika sätt. I de här fyra återgivna analyserna har man använt begreppet "without prior cardiovascular disease" för primärprevention dvs, som sekundärprevention räknas inte bara de som haft hjärtinfarkt, utan även personer med genomgången stroke, perifer aterosklerotisk hjärtskärlsjukdom, EKG-förändringar tydande på ischemisk hjärtsjukdom mm.

Brugts et al har betraktat studier som innehåller mindre än 20 procent personer med sekundärprevention som primärpreventiva. Cochrane sätter gränsen vid 10 procent. Ray et al har i de stora "primärpreventiva" studierna plockat bort alla individer som de betecknar som sekundärpreventiva. TI använder sig av samma patientmaterial som Ray et al. Ytterligare förvirrande är att begreppen definieras på annat sätt i t.ex. folkhälsosammanhang.

om risken är låg eller måttlig kan risken för biverkningar eller andra komplikationer förta den potentiella nyttan. Om statiner som primärprevention har någon effekt på totalmortalitet är tveksamt, den är i så fall mycket liten och omöjlig att förutsäga i det individuella fallet.



Jan Håkansson
Krokoms hälsocentral
ordförande i SFAM.L
jan.hakansson@jll.se

Jävsdeklaration: Informationsläkare i Jämtlands läns landstings läkemedelskommitté.

Referenser:

1. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994;344:1383-9.
2. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005 Oct 8;366(9493):1267-78.
3. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009;338:b2376. doi:10.1136/bmj.b2376
4. Ray KK, Sreenivasha RKS, Sebat E, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention. A meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med*. 2010;170(12):1024-1031.
5. Taylor F, Ward K, Moore THM, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 1 (CD004816).
6. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FAH, Genest J, Gotto, AM, Kastelein JJP et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008;359:2195-2207
7. Therapeutics Initiative. Do statins have a role in primary prevention? An Update. *Therapeutics Letter*. Apr-May 2010; 77:1-2
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology Appraisal TA94: Statins for the prevention of cardiovascular events in patients at increased risk of developing cardiovascular disease or those with established cardiovascular disease. 2006. <http://www.nice.org.uk/TA094>

Annons



44 år i allmänmedicinens tjänst

SFAM:s senior adviser, dess i särklass äldste aktivist, Mogens Hey fyller 80.

Hur blev Mogens Mogens? Och vem blev han?

Jag försöker bringa reda. Det är dags att summera och uppgiften är något utmanande.

– Min största frustration nu, säger Mogens, är att livet snart tar slut.

Alltså: han är inte färdig med allt. Ivern att hinna med, följa med, uppleva, diskutera, läsa och lyssna, ansätter honom, nu som förr. Vi träffas på Skolgatan, mitt i Lund, här bor han numer, ett stenkast från Mårtenstorget.

Om en stund kommer vår vän Anders Fredén i Örebro som behöver resällskap på en västgötaresa. Fredén kan räkna med en observant och kunnig medresenär som har synpunkter.

För 75 år sedan satt på samma sätt lille Mogens i sin pappas bil. Apotekaren i Skibby hade blivit pappa på gamla dar. Han hade stor glädje i att berätta och förklara världen för sin lille dreng. Lusten att förmedla insöp Mogens med apotekselexiren när han slog följe med far eller de färdades runt på Sjælland. Det var 30-tal, före tysk ockupation.

Här vilar en doft av HC Andersen: den lille vetgirige gossen med store far drar ut i världen. Idyll och äventyr, hand i hand.

Mogens blev praktikern, aldrig hågad för akademien, liktydigt gräva ner sig i avhandling eller vetenskap. Han insåg tidigt att allmänmedicinen har en exekutiv arbetsmetod som passade honom.

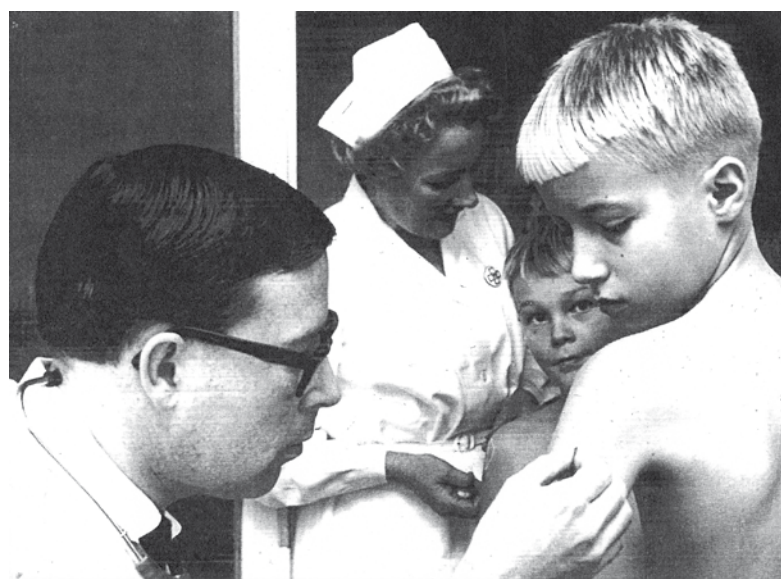
Inte ens ynglingaårens kandidatstudier var honom komfortabla. Han flyr universitetet i långa perioder, är ute och vikarierar tidigt. Receptiv som han är räcker det att läsa in kurserna på kvällar och på tåg. Han tar tentamina och examen i laga tid.

När så Mogens drabbas av kärlek är han även här rask i vändningarna. Plötsligt är ynglingen 20-årig pappa. Och nu gäller det hitta jobb. En odysse i Sverige på diverse landsortslasarett blir nödvändig.

Så småningom riskerar Mogens att hamna i internisternas garn. Överläkaren i Ludvika ser i den flinke och flitige dr Hey ett chefsämne, redan med breda och intensiva vikariatsmeriter, även med kirurgi och obstetrik i bagaget. Men Kristianstad kunde likaså locka; här fann han stor trevnad hos medicine överläkare SE Nilsson, vars lille son Peter sedermera skulle växa till sig och bli professor i allmänmedicin.

Nilsson hade nog också gärna lagt beslag på Mogens för att få honom fullfölja en av Bengt Scherstén ofullbordad epidemiologisk studie. Med en rysning inser vi vad ett dylikt scenario hade inneburit. Riskerna var dock obefintliga.

Kollegan Åke Bengtsson var på väg mot sitt Bromölla, sam-



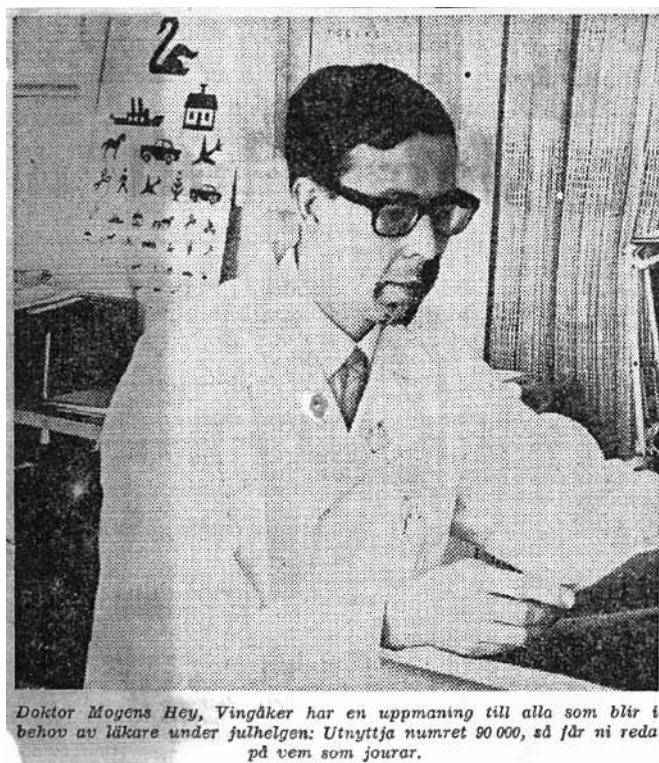
Medicinhistoria: Skolläkare Hey vaccinerar mot smittkoppor 1961.

talen med honom blev rätt avgörande. Mogens prövade vikariat som provinsialläkare i Särna. Och blev räddad till allmänmedicinen, en beteckning som ju stadfästes först långt senare. Men främst var det nog det där med att själv kunna styra och ställa.

Så det var inte så konstigt att, när Mogens nappar på en annons från Sörmlands läns landsting så vill han närmast bygga upp en internmedicinsk mottagning. Platsen var Vingåker. Därboende Göran Persson var 17 år, men han bestämde inget, för det var 1966.

Idéerna fanns, diabetesvården hade börjat röra på sig. Själva mottagningen skulle vara välutrustad. Nykomlingen var laborativt och tekniskt förfaren. Hembesök och annat onödigt skalades bort. Nu skulle till och med Kullbergska sjukhuset i Katrineholm få sig en konkurrent.

Om inte Mogens vore den han är så skulle han nu ha kunnat fastna i fel spår. Men Mogens var redan då rätt prestigelös. Snart nog insåg han vad vår specialitet ställde för krav. Hembesöken kom åter till heders, men även ett typiskt dåtida nätverksbygge med kommun, skola, hälso- och nykterhetsnämnd och företagshälsovård. Beslutsvägarna var korta. Särskilt när man kan bestämma det mesta själv.



Mogens hade tre damer anställda. De saknade sjukvårdsutbildning.

Precis som styrelseproffsen har en förförståelse genom sina många inblickar så kunde dåtida provinsialläkare, genom sin näsa i blöt överallt, snabbt begripa problemen. Och verkställa åtgärderna.

En gryende insikt i det som senare kom att prägla heyska ageranden uppstår nu och leder till uppbrott efter ett antal år. Det gäller allmänläkarnas status och inflytande inom vårdorganisationen. Distriktsläkarna (namnbyte efter "7-kronan") hade ännu i början av 70-talet inga självklara platser i direktionsrum och chefsmöten, trots överläkaransvar. Sjukhusens överläkare satt orubbliga. Det hade Mogens svårt att acceptera.

Är det något som triggar Mogens adrenerga system så är det översittarfasoner. Då lägger han inte fingrarna emellan. En dylik överläkare på en klinik i Finspång, som hoppat på Mogens, fick sig en minnesbeta (dansk skalle?) varpå densamme hotade att Mogens skulle diskrediteras varhelst han sökte jobb. Mogens sökte och fick jobb. Efter tre månader sa hans klinikchef att Finspångaren hade kontaktat. Klinkchefen hade rakryggat genmält att han själv ville bilda sig en uppfattning...

Jag tror Mogens lärde sig mycket av detta till gagn vid andra översittarpåhopp – som ju så många allmänläkare varit med om genom åren – och stärktes i sin uppfattning att inte låta sig kränkas och ävenledes att ge allmänmedicinen dess centrala och självklara position i vårdssamhället.

En förebild för Mogens inom vår kår var Gustav Haglund som i Dalby utvecklat verksamheten på olika sätt; Dalby var ju utan tvekan den innovativa primärvårdens Mecka på den tiden

med sina Dalbydagar och sin universitetsinstitution, kurser och forskning. De hade tidigare träffats och nu ringde Gustav. Gustav var humanist och organisatör i en person. Han ville ha Mogens till Mellanskåne. En rudimentär primärvård i de mellanskinskommunerna stod inför en expansiv utveckling.

Nu får Mogens något att bita i. Flyttlasset går till Höör. Året är 1975 och Mogens hustru heter Elisabeth, hon är finlands-svenska född Grönroos, sjukgymnast och höggravid.

I denna fas av livet är nu Mogens som chefsläkare i Mellanskåne organisatör och kreatör. Han får först ta itu med jäsande surdeg, det var överläkarna på gamla Orupssjukhuset som inte ville släppa in distriktsläkare i direktionsrummet. Med sjukhusdirektör Bernt Petersson bildas emellertid en slagkraftig allians. Man visar var skåpet skulle stå och sätter i gång; utveckling av primärvården i Mellanskåne, avveckling av sjukhuset.

Inspirationen hämtas i det lilla team i Höör som han kallar vårdlag. Det har områdesansvar för Norra Rörum med omnejd. Mogens ser hur den personliga läkarrollen förenas med distriktssköterskans omsorger i ett småskaligt och patientnära perspektiv. Journalerna i skåpet. Personkännedomens fördjupad.

Så utvecklas i början av 80-talet *Den Nya Primärvården.*

Nu vill Mogens tillämpa och fullända idéerna i Eslövs Norra Primärvårdsdistrikt. Här tillskapas Kärråkra vårdcentral. Dess sjukhemsavdelningar knyts samman med vårdlaget. Läkaren leder teamet i området. Områdena blir kongruenta med kommunala förvaltningar. Kontakter knyts med allt och alla.

Jag brukade beskäftigt anmärka, att den enda instans han försummade samverka med var Sotningsväsendet.

När allt är färdigt väller studiebesöken in, de kommer i buss-laster. Det råder iver i Sverige att ta intryck, få sätta igång. En massa nya allmänläkare har kommit ut, de mest erfarna blir chefer.

Alla begriper sig inte på Mogens. Är han inte för gåpåig, för ivrig i sina ambitioner att ständigt prova nytt, och begriper han, som nu inte har patienter, verkligheten? Ja, nog suckas det lite här och var. I den mån Mogens märker detta så ignorerar han, går vidare.

För Mogens stod på många ben, drev flera saker och när surdeg jäste var det ibland bättre ge upp än ta strid på långbänk och bli bitter. Han genomdrev att studenterna kom ut i primärvården, som chefsläkare utsåg han sig själv till studie-rektor, det blev liksom lättare då att få saker gjorda. Han tog hit AKO-idéerna från Danmark. Han älskade att ordna kurser, särskilt för handledare. Han gjorde sina ständiga resor i när och fjärran, oftast kombinerade med praktikerbesök.

Ville man se en euforisk Mogens på högvarv – ja, då sattes han att logistiskt planera möten där grupper skulle cirkulera, mötesledare bytas, lokaler skiftas, dialogpartners paras. Helst skulle så pedagog Henry Egidius, förebild och följeslagare genom åren, före- och efterläsa... Sen höll han sig gärna i bakgrunden och avnjöt resultatet.

Något händer i mitten av 90-talet. Plötsligt hör man Mogens tala om mötet med patienten, konsultationen, det oskrivna bladet, det omålade konstverket. Den underbara dialogen och den intuitiva kompetensen.

Det hade uppenbarligen blivit dags att byta perspektiv. Mogens engagerar sig i SFAM.

Under tiden hade Den Nya Primärvården liksom kommit av sig. ÅDEL spräckte sköterskekåren och sjukhemsansvaret. De nya tongångarna mantrade Valfriheten och områdesansvaret förtalades. Husläkaren lyfte åter tydligt fokus mot själve doktorn.

I alla fall så var det faktiskt Pendeltons The consultation som öppnade ögonen. Mogens var i London och rekommenderades på plats införskaffa densamma. En latent och outtalad insikt fick substans och näring. Det fortsatte sedan av bara farten – inom SFAM fann Mogens själsfränder. Samarbetet med Egidius fördjupades och som kronan på verket Ian MacWhinney vars Family medicine Mogens översatte och fick utgiven på svenska.

Mogens gillar inte att ST-läkare i allmänmedicin inte läser i denna skrift. Att man genom hela sin specialisttjänstgöring förblir obekant med den som formulerat, analyserat och förstått vårt uppdrag.

Han är annars en stor vän av ST-läkare. Det finns bedömare som anser att denna hans uppskattning närmar sig okritisk nivå. Men de brister Mogens ser anser han oftast vara ett resultat av insufficient utbildningsmiljö. Här skrader ej alltid Mogens med orden. En verksamhetschef, handledare eller studierektor får sig en skopa. Kanske borde Mogens ibland ha lugnat sig? Och överlämnat verktygen till ST-läkaren att själv agera?

Ingen annan har sett fler ST-läkare i aktion än Mogens som examinator och Mitt-i-ST-värderare. I AllmänMedicin 2009:1 delger han sina erfarenheter. I mycket hög grad intresserar sig Mogens för de organisatoriska och miljömässiga förutsättningarna för ST-läkaren att göra ett bra jobb, för att bringa insikt i det individinriktade tänkandet, förstå det allmänmedicinska perspektivet, kunna ta initiativ och ansvar.

Han blir frustrerad över att sjukhus och splittrad allmänmedicinsk tjänstgöring riskerar att deformera utvecklingen till allmänmedicinsk specialist, från gesäll till mästare, som han brukar uttrycka det. Denna frustration har vi hört Mogens utveckla år efter år.

På detta har vi hört synpunkter. En är att Mogens överdriver och att ST-läkarna vill ha det så här? En annan är att Mogens har rätt: Vi måste upplyfta vår egen specialitet, tro på den, begripa dess egenart – det är en pedagogisk utmaning för handledaren att förmedla detta. En tredje att processerna tar sin tid, att vi är på rätt väg, att handledare, studierektorer och verksamhetschefer har den avgörande roll som förebilder och vägröjare om vilken de blivit alltmer medvetna? Man kan med ökad andel sjuksköterskor i ledningen tillåta sig tvivla.

Den goda handledningen identifierar enligt Mogens det empatiskt/intuitiva, mikroprocesserna i patientmötet. De kan

medvetandegöras och granskas; de kan ges återföring på. Men ger även en uppbackning som öppnar ögonen på ST-läkaren: nu är dags för dig att ta befäl och ansvar för din situation!

Handledning och mentorskap – det är i dialogen mellan två kollegor det ska hända nåt.

Den medicinska fackkunskapen, glädjen att begripa de biologiska processerna, måste finnas, annars är vi inte läkare. Men denna kunskap måste tillämpas i en kontext där vi tränas till en intuitiv förståelse för en patients egenart. Mogens hävdar att det går att skaffa utrymme över sin arbetssituation – det kan jag förstå att han tycker, för är det något Mogens lyckats med så är det struktur, ordning och reda.

Jag anar att han tycker doktorerna är för mesiga och undergivna här. Ta plats, agera!

Och något Allmänmedicinskt institut har Mogens, efter Fammi, ännu ej sett förverkligat. Förut talade han mycket om det och vi skrev om det också. Han säger sig faktiskt kunna ha tänkt sig att förestå detsamma. Under förutsättning att ha en pålitlig back-up av typ Måwe-Sjögreen; de namn som nog Mogens sätter främst vad gäller allmänmedicinsk respekt för – även om väldigt många andra namn platsar i Mogens vänskapsrygsäck.

Men många av dessa namn är slitvargar och idealister; Mogens saknar den visionär som samlar våra led, kan ge uttryck för våra ståndpunkter, göra begripligt för omvärlden vad den personlige läkaren skulle betyda om den fanns, om den var kompetent, om den finge förutsättningar...

Mindre snack och mer verkstad, visst, men i Vingåker 1966 var verkstadsgolvet inte nerlusat av allsköns aktörer i vägen för det primära hantverket. Det har inte blivit lättare för nutida kreatörer, ska sägas...

Mogens är inte skapt att stå i talarstol. Har någon sett honom där? I förekommande fall utser Mogens medarbetare att skickas fram. En gång, på en nationell konferens med Försäkringskassan, var Mogens i panel och manades fram till pulpeten. Där ställde sig Mogens och tittade på auditoriet och sa: "Jag tycker att Försäkringskassan ska avskaffas." Sen satte han sig. Att Mogens kan gilla att provocera var nu inte så lätt för försäkringskassorna att fatta.

Han anser sig heller inte vara skribent. Han kan inte alltid skilja på danska och svenska. Det verkar hämma honom. Dock har han skrivit läsvärda artiklar i AllmänMedicin som han vill ha granskade innan.

Inte heller är han intrigör i maktens kulisser, en som har makt fast det inte syns. Självtädd gläder honom intet mer än en allmänläkare som sticker ut hakan, tar initiativ, gör slag i saken. Många dylika talanger har Mogens observerat och tagit ett snack med.

Så vad blev kvar? Jo, att Mogens är Mogens. Ett unikum på många sätt, oklassificerbar men knappast svårbegriplig, transparent men inte vidöppen, svensk men mycket dansk...



Så har jag nu suttit en förmiddag hemma hos Mogens. Han bor nu ensam här i Lund. Elisabeth gick bort i en rätt snabbt förloppande neurologisk sjukdom för tre år sedan. Den var plågsamt nedbrytande. Mogens har skrivit "Elisabeth – dina sista år", en i lika delar innerlig och osentimental berättelse i direkt tilltal till sin hustru som ändå hann få vara med på en synnerligen händelserik livsresa.

Han bor med sin musik, sina böcker, sina filmer. Hyllorna är välfyllda. De professionella engagemangen sade han upp vid årsskiftet. Han är inte längre efterfrågad. Då vill han inte vara med. Inga tårar, men kanske ändå ett vemod. Vän-

ner finns. Han blev varmt avtackad i det råd han fortfarande hade mentorsroll i, Kompetensvärderingsrådet. Horisonten kändes oss närmre.

Ett liv i allmänmedicinens tjänst. Tusen sidor memoar har han presterat. Man häpnar och förundras över hur mycket händelser, projekt, människor, resor som hinner passera när Livet tas tillvara.

Sannolikt existerar ingen allmänläkare i detta land som haft så många kontakter genom åren, nationellt, nordiskt, globalt. Desto tystare när bruset upphör? Den 30 september fyllde han 80. Varför inte en hälsning till fortfarande unge mogens.a.hey@gmail.com !



Mogens hälsar till alla vänner från sin balkong i Lund!

Att bringa reda gick inte. Men Mogens är nöjd. Snart kommer Anders, då blir det åka av.

Inge Carlsson
Eslöv

Annons

Afrika lärde mig primärvård och botade mitt metabola syndrom och min diabetes

Efter 20 år som chef för infektionskliniken i Malmö sparkades jag som klinikchef vid nyåret 1995, strax innan jag skulle fylla 60 år. Tapert försvar mot nedskärningar inom sjukvården ogillades av ledningen, men uppskattades av allmänheten som genom omröstning i Kvällsposten valde mig till årets Malmöbo. Nu öppnades nya möjligheter.

Metabolt syndrom i Arabien

Som klinikchef blir man bunden, men nu lossades fjättrarna och jag flög till Förenade Arabemiraten för att under dryg ett år vara överläkare i infektionssjukdomar och internmedicin vid universitetssjukhuset i ökenstaden Al Ain. Där skaffade jag mig metabolt syndrom. När utomhustemperaturen varje eftermiddag stiger till 44 grader behövs ingen energi för att hålla upp kroppsvärmen. Man skriker långsamt fram när man förflyttar sig. Man svettas mycket, men omärkligt, eftersom luften är torr så svetten avdunstar direkt. Man dricker mycket Coca-Cola och andra näringsrika drycker. Orden socker, kaka och tårta är inlånade från arabiskan. Inte konstigt att befolkningen och gästarbetare, sådana som jag själv, ökar i vikt och skaffar sig välfärdssjukdomarna diabetes och metabolt syndrom.

Diabetes typ 2 diagnosticeras

Våren 2002 kallades jag till hälsokontroll i en hjärt-kärlundersökning. Själv kände jag mig frisk, men allt var fel. Vikten var 89 kg, midjemåttet 104 cm, blodtrycket 177/85, fasteglukos 8,2, kolesterol 5,7, varav LDL 4,1 och kvoten 3,7. Själv kände jag mig omskakad, men personalen var inte förvånad. Vid undersökning 15 år tidigare hade man utfört glukosbelastning. Den var patologisk, men det hade man inte talat om. Det var endast en tidsfråga tills jag skulle utveckla diabetes. Ändå fanns anlaget, eftersom jag har två bröder som också har typ 2 diabetes; en



yngre bror tar insulin, en äldre bror tar metformin och atenolol. Förmodligen ett arv efter vår pappa och farmor som båda fick socker i urinen på gamla dagar när de fyllt 80 år.

Afrika ger boten

Vid millennieskiftet pensionerades jag som universitetslektor i infektionssjukdomar. Jag har sedan varit ute sex veckor varje år som jeepläkare för Rotarys läkarbank. Det innebär att jag varje morgon kör ut och har mottagning i massajbyarna runt Mashuru i södra Kenya. På helgerna går jag milslånga promenader i savannen där jag möter giraffer, strutsar, zebbor och andra savannens djur. Jag äter den enkla mat man kan köpa på marknaden en dag i veckan. Det blir kål, bönor, ärtor, spenat, avokado, tomater, bananer med mera. Redan i första rapporten berättar jag hur jag kände att kolesterolet löstes ut från mina blodkärl. Det har blivit 12 gånger jag åkt ut, men dessvärre har man infört en åldersgräns och vill inte skicka

ut läkare som är över 75 år. Jag får vara tacksam att få behålla förmånen att arbeta som distriktsläkare fastän jag är 76 år. EU tillåter inte åldersdiskriminering.

Afrika lär ut kroppsspråk

I Afrika har jag tränat upp min iakttagelseförmåga, lärt mig förstå kroppsspråk och tala med gester och åtbördsspråk. De sjuka talar på samma sätt. Vi svenskar är så vana vid talspråk och skriftspråk att vi glömt bort åtbördsspråket, därför uppfattas vi som stela. De svenska barnen och invandrabarnen beter sig på samma sätt som de afrikanska barnen, när de blir sjuka. Så uppför sig för övrigt även mina egna barn och barnbarn. När ett barn ler och skrattar åt mig, griper tag i mitt stetoskop och funderar på om den går att skallra med eller är till för att suga på, då är barnet friskt. När barn skriker kan man höra om de är rädda, känner sig sjuka, är hungriga eller enbart trötta. Jag lärde mig i Afrika behandla sjuka och inte provsvar.



Hur skulle jag nu behandla mitt metabola syndrom och min diabetes?

Vi var nu framme vid våren 2002. Min avsikt var att kunna fortsätta resa till Afrika sex veckor om året. Behandling efter alla konstens regler hotade ge biverkningar när jag arbetade och levde det enkla livet i Afrika. I stället föreföll det mera tilltalande att försöka leva det enkla afrikanska livet även i Sverige.

Kost och motion är det som gäller

Under andra världskriget var jag 5–10 år. Då rädde sträng ransonering av bland annat av socker, smör, kött och bröd. På skolfoton kan man se hur vi alla är magra, spinkiga och undernärda. Bilar var sällsynta och drevs med gengas. Man åkte tåg, cyklade, promenerade och simmade. Alla måste hålla sig spänstiga och förbereda sig på verkliga umbäranden. Kriget befarades bli utvidgat och drabba även oss. Riksmarschen, simborgarmärket stod högt i kurs. Enkel kost och mycket motion var därför inte främmande för mig. Vildmarkslivet i Sverige och ute i världen hägrade för mig, när det väl skulle bli fred.

Förbud att äta socker

På 1950-talet behandlades åldersdiabetes med *förbud att äta socker* och dricka sockerdricka, öl och andra näringsrika drycker. Inga kakor, wienerbröd eller andra lättabsorberbara kolhydrater. Ingen glass. Man följde dygnsutsöndringen av glukos som skulle vara högst 30 g. På 60-talet tillkom perorala preparat men deras nytta mot sena komplikationer var obevisad och biverkningar kunde förekomma.

Själv var jag på 1960-talet underläkare och klinisk amanuens på medicinkliniken i Malmö hos professor Jan Waldenström och forskade om trombocyter hos professor Inga Marie Nilsson. Efter disputation 1968 blev jag docent i praktisk medicin och inbjöds påföljande år bli forskare i Paris, anställd av franska forskningsrådet. Under fem somrar på 60-talet vikarierade jag som överläkare på medicinen i Oskarshamn. Där var man ensam överläkare, alltid bakjour, med två eller tre underläkare som också turades

om att vara primärjour. Diabetes och hjärtsjukdomar ägnade vi oss mycket åt både i Malmö och Oskarshamn.

Inbjudan till distriktsläkarvikariat

Våren 2002 hade min tidigare underläkare Rolf Kahn kontaktat mig och undrat om jag kunde tjänstgöra som distriktsläkare på vårdcentralen Fosietorp i Malmö i juli månad. Det roade mig. I augusti och september 1959 hade jag varit provinsialläkare för Kågedalens distrikt i Kusmark i Västerbotten. Man kunde då byta ut två månaders tjänstgöring mot att vara provinsialläkare i svårbesatta distrikt i övre Norrland. Man fick inkallelseorder av arméöverläkaren och anställningsförmåner av Kungliga Medicinalstyrelsen. Min första tjänstgöring på egen hand i Västerbotten hade skapat intresse för distriktssjukvården.

Under 40 år som sjukhusläkare hade jag fått stor erfarenhet. Att arbeta som distriktsläkare i Afrika hade jag uppfattat nästan som omöjligt, men det hade gått över förväntan. Nu vågade jag lämna tryggheten på sjukhuset med alla dess resurser och specialister för att avancera till primärvården med dess mera självständiga iakttagelser och bedömningar.

Tio år som distriktsläkare mer än fyrtio år som sjukhusläkare

Mitt förordnande gick bra. Det förlängdes några veckor, några månader, några år och är nu inne på sitt tionde år. Detta var ingenting som var planerat. När jag gick i pension, trodde jag mig sett min sista patient. Föga anade jag att framför mig väntade fler patientbesök som pensionär än jag haft under min aktiva tid under 40 år som sjukhusläkare.

Hur gick det med min diabetes typ 2?

Svar: Det metabola syndromet försvann, min diabetes hölls i schack. Fortfarande har jag alltid för högt plasmaglukos, mellan 7,0–9,0. HbA1C ligger förhöjt på 58 enligt det nya värdet, 6,6 enligt det gamla. Det har legat som högst på 8,2, men när jag skärpt mig och slopat öl och glass har det sjunkit. Som lägst har de tillfälligt blivit normala, men vanligen ligger

de en aning högre än de rekommenderade målvärdena. En eventuell progress av sjukdomen har kunnat kompenseras genom att bli ännu mera återhållsam med socker och snabbabsorberbara kolhydrater. I Afrika blir det mest komplexa kolhydrater jag äter. Fett frossar jag inte i, men jag säger inte heller nej. Snabba och komplexa kolhydrater är kvalitativt helt olika födoämnen, som det är fel att sammanklumpa, vilket man gjort i många koststudier. Drycken har enbart blivit vatten eller kaffe eller te utan mjölk och socker. Något enstaka glas torrt vin eller osockrad juice. Hungern reglerar aptiten, medan törsten reglerar vattnet. Släcker man törsten med kaloririk dryck går man upp i vikt. Hungern kvarstår ändå. Det är den smala vägen som leder till lycka.

Det metabola syndromet är nu helt borta. Vikten sjönk från 90 kg till 76 kg, vilket motsvarar ett BMI på 25. Midjemåttet har minskat 10 cm, kragnumret 2 cm, armbandet kunnat dras in. Ringarna som vuxit fast har tenderat glida av. Min doktorsring har jag tappat någonstans. Förlovningsringen har jag lagt åt sidan, men den har Socialstyrelsen förbjudit oss att använda på jobbet. Blodtrycket har utan medicinering dalat till 135/60. Kolesterol har sjunkit till 4,6, men HDL har stigit från 0,80 som lägst till 1,30 nu. Hellre kolesterol i överkant om orsaken är högt HDL som skyddar. Triglyceriderna ligger vid 0,6. Jag har varken glukos eller albumin i urinen. Insulinnivån ligger fortfarande normalt eller lätt förhöjt. Jag har ingen retinopati. Jag cyklar varje dag året om till och från vårdcentralen. Det blir två mil om dagen. På vintern kommer jag fram även när biltrafiken är blockerad. Mycket som jag trott vara åldersförändringar har gått tillbaka. Balansen har blivit bättre. Jag kan utan stöd ställa mig upp på en stol med vilken fot som helst först. Man säger att typ 2 diabetes ger tidigt åldrande. Det har jag inte märkt. Jag känner mig yngre för varje år, en egendomlig känsla för en gammal pensionär, som haft diabetes i 16 år, men som inte tagit eller tar någon medicin. Inget metformin, inget insulin,

inga andra diabetesmediciner, inget blodtryckssänkande preparat, inget trombyl, inga statiner. Inga stående preparat över huvudtaget.

Hade jag sökt lägga upp en sådan studie, hade de etiska kommittéerna förmodligen sagt nej. Finns det bevisat bra läkemedel skall de användas. Därför tycker jag det är viktigt att berätta om mina erfarenheter. Företagen, som på gott och ont styr det mesta, vill snabbt ha ut sina produkter. Därför vill de ha korta studier med snabba resultat. Läkemedlen ska säljas. Företagen har föga intresse av långvarig uppföljning av långsam men ihärdig förbättring. Den behandling jag förespråkar är kostnadseffektiv, miljövänlig och billig.

Min kätterska uppfattning om diabetes typ 2

Min uppfattning om diabetes skiljer sig på många sätt från den gängse. *Jag betraktar glukosmolekylen som gift för min metabolism. Det gäller sig att inte belasta kroppen med glukos. Totalmängden glukos måste hållas så lågt som möjligt.* Kroppen har svårt att klara aldolas-funktionen som klyver de sex kolatomerna till två molekyler med tre kolatomer. Följden blir att äter jag socker måste det ta vägen någonstans och det sker genom att bygga in som kolesterol och fett i alla mesenkymala celler, i fettcellerna som ökar i storlek, i bindvävscellerna, inte minst i blodkärlens väggar, där elasticiteten går förlorad och blodtrycket stiger, i muskelcellerna och förmodligen också i makrofager och andra försvarsceller. Insulinet spelar mindre roll för typ 2 diabetes än vad predikas. Naturligtvis har jag hårt pådrag hela tiden i försöken att sänka plasmasockret. Efter 16 år med diabetes, varav 9 år med säkerställd diagnos har jag fortfarande hög insulinnivå, men den klarar inte hålla glukosnivån normal. Det är detta som kallas insulinresistens.

Det metabola syndromet har många olika symtom, men en gemensam orsak. Det är en enda sjukdom med många manifestationer, medan hypertoni är flera sjukdomar med gemensam manifestation.



Bakterierna i tarmen bryter ner kolhydrater till laktat och pyruvat

Själv började jag min akademiska bana som amanuens i histologi 1954. Själv forskade jag om mastceller men jag assisterade framlidne Bengt E. Gustafsson som hade uppfödning och forskning om bakteriefria råttor som sitt område. Tarmfloras betydelse för kroppen blev då uppenbar. För mig står det klart att alla våra snälla bakterier i vår långa tarm bryter ner de komplexa kolhydraterna i frukt och grönsaker ända till laktat, pyruvat och andra produkter med bara tre kolatomer. De används till acetyl-coenzym A som kroppen kan använda som byggsten för nästan allt. Frukt och grönsaker bildar ofta gaser, när bakterierna preparerar födan för oss. Det måste man acceptera eftersom det är till nytta för oss, inte minst för oss som har diabetes typ 2.

Det viktiga vid behandlingen av diabetes typ 2 är att helt undvika socker både i föda och dryck samt motionera mycket.

Tillkännagivande

Jag har deltagit i många kongresser och konferenser och då blivit bjuden på resan av olika företag och myndigheter eller bekostat den själv. Jag har bedrivit mycket forskning tillsammans med läkemedelsindustrin och varit konsult för registrerande myndigheter. Något jävsförhållande för denna publikation föreligger inte.

Varm tack till Rotarys Läkarebank som bekostat mitt arbete som jeepläkare i Afrika och till min afrikanska medarbetare och den afrikanska gemenskap där jag genom praktiskt arbete utbildats till allmänläkare och till förståelse för diabetes typ 2 och hur den skall behandlas med kost och motion.

Varmt tack till SFAM där jag just blivit medlem.

Stig Cronberg

Docent i praktisk medicin
Universitetslektor emeritus i infektionssjukdomar
Specialist i internmedicin och infektionssjukdomar
Distriktsläkare Vårdcentralen Fosietorp i Malmö
stig.cronberg@gmail.com

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin
bjuder genom sitt Kvalitetsråd SFAM Q in till den

VIII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Onsdagen den 16 november 2011
Stockholmsmässan i Älvsjö



Patientsäkerhet – är en del av vår kvalitet

Gästföreläsare: prof. Aneez Esmail från Manchester
ordförande i Linneaus - det europeiska nätverket för patientsäkerhet i primärvård

Teman ur programmet:

Så kan vi förbättra tillgänglighet och arbetsglädje.

Träning är viktigare än medicin för dina KOL patienter.

KBT är effektivt för att förebygga hjärtinfarkt.

Patientsäkerhet – är IT lösningen eller problemet?

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats. Anmäl dig redan nu om du vill vara säker på att få en plats.

**Konferensavgiften 1400 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.
Sista dag för anmälan är 20 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.
Vid återbud efter 31 oktober utgår full avgift.**

Fullständigt program och anmälan på SFAMs hemsida www.sfam.se

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

Har du frågor i övrigt kontakta sven.engstrom@lj.se

De nya Waran-alternativen vid förmaksflimmer – undermedel eller bra alternativ i vissa fall?

Förmaksflimmer (FF), den vanligaste rytmrubbningen, ökar risken för stroke med upp till fem gånger, beroende på ålder och andra riskfaktorer. Vid FF och få andra riskfaktorer är stroke risken någon procent per år, med flera riskfaktorer är risken runt 8 procent per år. Av alla stroke är uppåt 15 procent associerade med FF, 30 procent hos patienter över 80 år. Stroke kopplad till kardiella embolier vid FF innebär ofta större handikapp än övriga ischemiska stroke. Minst 20 procent dör under de första tre månaderna och mer än hälften av de överlevande blir beroende av andra på lång sikt. Anti-koagulantibehandling, hittills med warfarin, minskar i studier antalet stroke med ca 65 procent jämfört med placebo. Vid hög risk kan risken alltså minskas från ca 8 till knappt 3 procent per år. Acetylsalicylsyra ger en betydligt lägre riskminskning, knappt hälften av warfarinets. I en jämförande studie mellan ASA och warfarin vid FF drabbades ungefär dubbelt så många ASA-behandlade av stroke, utan någon signifikant skillnad i antalet blödningar.

När detta skrivs i september 2011 har ytterligare en stor studie, ARISTOTLE, där ytterligare ett nytt peroralt antikoagulantium, apixaban, jämförts med warfarin vid FF, presenterats. Vi har nu tre liknande studier presenterade med substanserna dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®) och apixaban (Eliquis®) jämförda med warfarinbehandling. Apixaban har även jämförts med ASA i en studie. Endast dabigatran är i nuläget godkänt inom EU för strokeprofylax vid FF. **OBS att TLV ännu inte fattat beslut om pris, subvention och eventuella villkor vad gäller den nya indikationen. Beslut väntas under hösten 2011.** SBU har i en Alert-rapport, i maj 2011, sammanfattat kunskapsläget vad gäller dabigatran och FF. Socialstyrelsen har i juni 2011 kompletterat sina nationella riktlinjer om hjärtsjukvård bland annat med rekommendationer och prioriteringar när det gäller waran/dabigatran vid FF.

Avsikten med denna text är inte att i detalj beskriva studierna och de olika nya substanserna utan att lyfta fram SBUs och Socialstyrelsens rekommendationer och peka på att totalresultaten i studierna inte alltid kan appliceras på våra patienter i Sverige. Kort sagt det som möjligen inte kommer att lyftas fram av de marknadsförande företagen eller av läkare som varit med och genomfört studierna. Man kan förvänta sig ett hårt tryck i marknadsföringen både till oss läkare och via indirekta kanaler till våra patienter. Den information som når patienterna via vanliga media är inte sällan överdriven och vinklad. När det



rör sig om nya läkemedel med helt nya verkningsmekanismer vet vi sedan tidigare att bilden vad gäller långsiktiga, allvarliga och relativt ovanliga biverkningar tar tid att klarna. En viss försiktighet, som princip, är därför klok.

RE-LY (dabigatran) – ROCKET AF (rivaroxaban) – ARISTOTLE (apixaban)

Alla dessa tre studier är stora randomiserade kontrollerade studier med 14–18 000 patienter med förmaksflimmer. De designades i första hand för att visa att de nya medlen inte var sämre än warfarin. I ROCKET och ARISTOTLE lyckades man dubbelblinda vem som fick warfarin eller ny substans, i RE-LY var det öppet. I RE-LY gavs den nya substansen (dabigatran, en trombinhämmer) i två doser per dag, liksom i ARISTOTLE (apixaban, en faktor Xa-hämmare) medan rivaroxaban (också en faktor Xa-hämmare) i ROCKET gavs i en dos per dag.

Dabigatran kännetecknas av en låg biologisk tillgänglighet, 6,5 procent, och att 80 procent utsöndras renalt. Det senare innebär mindre potentiella interaktionsmöjligheter men fara för överdosering med blödningar vid dålig njurfunktion. Dabigatran ger epigastralgi i dubbel frekvens mot warfarin, sannolikt på grund av att tabletter innehåller vinsyra vilket skapar en sur miljö nödvändig för att öka den dåliga absorptionen. I RE-LY hade efter två år en dryg femtedel av patienterna slutat med dabigatran pga förmodade biverkningar, signifikant fler än med warfarin. Studien RE-LY visade att två olika doser av dabigatran inte var sämre än warfarin. Den strokeförebyggande effekten för den högre dosen dabigatran var signifikant bättre än för warfarin men risken för blödning lika. Den lägre dosen

Tabell. Fyra färska studier med förmaksflimmerpatienter och nya antikoagulantia.

STUDIE: >	RE-LY	AF ROCKET	ARISTOTLE	AVERROES
Antal patienter	18 113	14 266	18 206	5 599
Studielängd	median i studien 2,0 år	median beh. 1,6, uppfölj 1,9 år	median uppfölj 1,8 år	medel uppfölj 1,1 år (studien bröts i förtid pga pos. resultat)
Substanser	dabigatran – warfarin trombinhämmare (Pradaxa®)	rivaroxaban – warfarin faktor Xa-hämmare (Xarelto®)	apixaban – warfarin faktor Xa-hämmare (Eliquis®)	apixaban – ASA faktor Xa-hämmare (Eliquis®)
Dos	110 mgx2 och 150 mgx2	20 (15) mgx1	5 (2,5) mgx2	apixaban 5 mgx2 ASA 81-324 mgx1
Renal utsöndring	-80 %	36-45 %	25-30 %	25-30 %
Studiedesign	PROBE	dubbelblind	dubbelblind	dubbelblind
TTR (tid INR 2,0-3,0) (i Sverige ~75 %)	medelvärde 64 %	medel 55 %, median 58 %	medel 62 %, median 66 %	-
CHADS₂-score	2,1	3,5 pat m högre risk i denna studie	2,1	2,1
Primärt effektmått (stroke + systemisk embolism)	dab 110 mg: 1,53 %/år dab 150 mg: 1,11 %/år warfarin: 1,69 %/år signif. skillnad 150mg-war.	rivaroxaban 20 mg: 2,12 %/år warfarin: 2,42 %/år ingen signifikant skillnad	apixaban 5 mg: 1,27 %/år warfarin: 1,60 %/år signifikant skillnad p=0,011	apixaban 5mg: 1,6 %/år ASA 81-324 mgx1: 3,7 %/år signifikant skillnad. P<0,001
Större blödning (mätt lite olika i olika studier)	dab 110 mg: 2,71 %/år dab 150 mg: 3,11 %/år warfarin: 3,36 %/år skillnaden signif. w. mot 110 mg men ej mot 150mg	rivaroxaban 20 mg: 3,6 %/år warfarin: 3,4 %/år skillnad EJ signif.	apixaban 5 mg: 2,13 %/år warfarin: 3,09 %/år skillnaden signif. P<0,001	apixaban 5mg: 1,4 %/år ASA 81-324 mg: 1,2 %/år skillnad EJ signif.
Hemorragisk stroke	dab. 110 mg: 0,12 %/år dab. 150 mg: 0,10 %/år warfarin: 0,38 %/år skillnad signif. bägge doser p<0,001	rivaroxaban 20 mg: 0,26 %/år warfarin: 0,44 %/år Skillnad signif. p=0,012	apixaban 5 mg: 0,24 %/år warfarin: 0,47 %/år Skillnad signif. P<0,001	apixaban 5mg: 0,2 %/år ASA 81-324 mg: 0,3 %/år skillnad EJ signif. p=0,45
Slutat med medicinen permanent pga biverkn.	dabigatran 110mg: 15% warfarin: 10 % efter 1 år	14,3 % (bägge?) efter 1 år	apixaban 5 mg: 25,3% warfarin: 27,5 % efter 1,8 år	apixaban 5 mg: 17,9 % ASA 81-324 mg: 20,5 % per år

dabigatran var ej effektivare men hade signifikant färre blödningar än warfarin. Resultaten gäller hela studien där många länder hade betydligt sämre kvalitet på sin warfarinbehandling än Sverige. Tittar man på subgrupperna Väst Europa och Nordamerika var dabigatran inte signifikant bättre på strokeprofylax eller blödningar. Intracerebrala blödningar var få men signifikant färre i dabigatrangrupperna.

Kort om de övriga studierna: I ROCKET AF visades att rivaroxaban, som doserades endast en gång per dag visade sig vara "inte sämre" än warfarin. Bättre var det inte, vad gällde primär effekt och blödningar vid den vanligen använda "intention to treat-analysen", jämfört med warfarin. Signifikant färre intracerebrala blödningar i rivaroxaban-gruppen. Patienterna i ROCKET-studien hade högre basal risk än patienterna i övriga studier.

Apixaban (ARISTOTLE-studien) uppvisar kanske de bästa resultaten, även om studien behöver diskuteras mer. Samma reservation gäller här, att den genomsnittliga kvaliteten i warfarinbehandlingen, mätt som tid med INR i intervallet 2,0–3,0 (TTR), i hela studien är klart sämre än i Sverige.

Sammanfattning angående de nya warfarinalternativen, speciellt dabigatran (Pradaxa) som står först på tur.

- Den profylaktiska effekten av de nya antikoagulantipreparaten på ischemiskt stroke och annan systemisk embolism vid FF kan bedömas likvärdiga med warfarin i länder som Sverige, med god kvalitet på warfarinbehandlingen.

Detta gäller även risken för biverkning i form av allvarigare blödningar. I studierna har dock frekvensen intracerebrala blödningar varit lägre med de nya medlen, även om risken är liten, 0,1–0,4 procent per år.

- I de stora FF-studierna med warfarin som kontrollgrupp har endast patienter som bedömts klara en warfarinbehandling ingått. Det finns alltså inte underlag för att ge de nya medlen till patienter med försämrad compliance, patienter med alkoholproblem eller annat missbruk.
- Byte från warfarin till dabigatran kan övervägas för vissa patienter som är svårinställda på warfarin trots förmodad god följsamhet, exempelvis patienter med interaktionsproblem eller som kräver mycket låg dos av warfarin.
- Den samstämmiga bedömningen från en SBU-Alert-rapport och kompletterande rekommendationer i Societystyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård är att warfarin i normalfallet tills vidare bör vara förstahandsval före dabigatran.
- En allvarig nackdel med de nya medlen är att de ännu saknar antidot. Vid svårare akuta blödningar hos en warfarinbehandlad kan antikoagulantieffekten snabbt reverseras med K-vitamin och graden av koagulationshämning kan lätt mätas med tillgängliga lab-metoder. Några motsvarande tester för att tillförlitligt mäta graden av koagulationshäm-

ning finns inte för de nya medlen. I nuläget finns därför inga välunderbyggda eller beprövade rekommendationer hur dabigatranbehandlade patienter skall handläggas vid allvarliga blödningar, vid akut ischemisk stroke, vid behov av akut kirurgi eller vid akuta koronara syndrom.

- Via media har allmänheten fått vilseledande uppgifter om att nya alternativ till warfarin är på väg, preparat som inte kräver regelbundna labkontroller, som ger effektivare skydd mot stroke och lägre risk för blödningar. Naturligt kommer kraven på att få pröva dessa nya läkemedel att bli stora. Bilden är dock mer komplicerad, vilket ställer stora krav på oss att ge en fullständigare bild.
- Många regioner och landsting jobbar nu med att ta fram anvisningar för ett "ordnat införande" av de nya medlen till vissa patienter som har nytta av dessa i vissa avseenden. Vissa kommer troligen att förorda samråd med kardiolog eller neurolog vid ställningstagande och att de som får dabigatran följs upp i någon form av nationellt register, enklast kanske genom datorprogrammet Auricula som förväntas få en speciell modul för ändamålet.
- I kliniska studier är vanligen följsamhet och uppföljning betydligt bättre än i rutinsjukvård. Följsamheten till rutinmässig warfarinbehandling är extremt god p.g.a. de regelbundna INR-kontrollerna, säg uppemot 95 procent. Kontrollerna är därför inte enbart av ondo. Icke-följsamhet upptäcks snabbt liksom att warfarinbehandling hos vissa är en alltför riskfylld terapi. Om behandling med icke monitorerade nya alternativ efter en tid i rutinsjukvården är nere på samma nivå som annan primär- och sekundärprevention som statiner, ASA, blodtrycksmediciner, ca 50–70 procent enligt studier, kan FF-patienter till och med förlora på de nya alternativen.



Anders Hernborg
anders.hernborg@telia.com

Jävsdeklaration: verksam i läkemedelskommittéarbete

Digital arbetsmiljö och hur du kan ta kontroll över den

Jävla skitsystem! Nu slänger jag ut datorn genom fönstret.

– Har du känt så någon gång? Eller ofta? Det är du inte ensam om.

Jonas Söderström är informationsarkitekt och arbetar med att skapa datasystem som utgår från vad användaren behöver för att utöva sin verksamhet. I sin bok *Jävla skitsystem* går han igenom skäl till att den digitala arbetsmiljön ofta är så dålig. Han tar exempel – ofta drastiska och absurda – från myndigheter och institutioner som försäkringskassan, polisen och sjukvården, men även från stora företag som banker och butikskedjor. Som distriktsläkare har jag upplevt i stort sett alla de problem han beskriver, särskilt de senaste fyra åren då jag i Uppsala arbetat i journalsystemet Cosmic.

Söderström sätter ord på problemen och analyserar dem på ett synnerligen trovärdigt sätt, samtidigt som han visar att de går att lösa, och det ganska enkelt. Grunden är att man låter systemkonstruktörerna följa vardagsarbetet i verksamheten och ta reda på vad de som ska använda programmet behöver för att utföra sina uppgifter istället för att bara utgå från en teoretisk teknisk analys. Kunskapen om hur det ska göras finns, men tillämpningen har inte slagit igenom.

Varför ska du som är allmänläkare läsa den här boken?

Hör du till dem som ofta känner att det är ditt eget fel när datorsystemet krånglar, att du borde klara det bättre, att det nog är du som är dum och okunnig när du inte förstår hur du ska göra eller att allt tar längre tid än förr? Här får du veta att det är vanligt, inte bara inom sjukvården, att beställare och systemleverantörer skyller på användaren när det inte fungerar som man hade hoppats. Du får bättre självförtroende och du får kanske



Jävla skitsystem
Hur en usel digital arbetsmiljö stressar oss
på jobbet
– och hur vi kan ta tillbaka kontrollen.
Författare: Jonas Söderström.
ISBN 978-91-7437-068-3
Eget förlag – www.javlaskitsystem.se
Sidor: 204

mod att be om hjälp i stället för att sitta ensam framför din dator och känna dig otillräcklig.

Hör du till dem som gillar läget och tänker att datorsystemet visserligen inte sällan är svårhanterat, men det är inget du kan göra något åt, så det är bara att gmeta på? Här får du se att det inte behöver vara som det är och får tips om hur du kan bidra till att det blir bättre.

Hör du till dem som ofta protesterar, skickar felanmälningar, skriver brev till beslutsfattarna, engagerar dig i utveck-

lingsgrupper – och kör huvudet i väggen gång på gång? Läs boken för att förstå varför det blir så, och vad du kan göra för att förhindra det.

Eller hör du till de, tyvärr rätt få, lyckligt lottade som alltid har haft en utmärkt digital arbetsmiljö och som aldrig har svurit över sitt datorjournalssystem? Gläd dig åt att du har haft sådan tur, men läs boken för att se hur du kan försäkra dig om att nästa system blir lika bra – för att det kommer ett nytt system om några år, det kan du vara förvissad om.

Oavsett vilket förhållande du har till din datorjournal, läs boken för att den är skriven med humor och ger aha-upplevelser på varenda sida. Den fick mig att både småle och gapskratta. Nästa gång jag får anledning att utbrista ”jävla skitsystem” och får lust att kasta ut datorn genom fönstret kommer jag att veta mycket mer om varför det har blivit som det blev och får därigenom stöd för bättre kommunikation med beställare och IT-utvecklare.

Sätt också gärna boken i händerna på beslutsfattare i din omgivning, så kanske de får förståelse för att det är datorsystemen som behöver konstrueras annorlunda, inte medarbetarna som är okunniga och bristfälligt datormogna. Förvisso behöver användarna utbildning för sitt datasystem, men systemet måste vara anpassat till människan, inte tvärtom.

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Jävsdeklaration:

Lokalt flitig anmälare av fel och problem i vårdcentralens olika datorsystem till IT-ansvariga och chefer.

Framtidens barnhälsovård

Just nu pågår ett spännande arbete med att ta fram kunskapsunderlag och uppdatera metoder för arbetet på BVC. Målet är nya nationella riktlinjer i någon form och ska preliminärt vara klart hösten 2013.

Projektet drivs dels på Socialstyrelsen, dels i en referensgrupp med barnhälsovårdsöverläkare, samordnande sjuksköterskor och psykologer. I denna referensgrupp är jag SFAM:s representant.

Vi diskuterar, bland mycket annat:

- läkarmedverkan i 18 mån och 5½ års kontroller där det just nu ser väldigt olika ut i landet
- vetenskapligt underlag för de somatiska undersökningar vi gör
- möjligheten att utveckla konsultationen som redskap på BVC och att som doktor delta mer i hälsofrämjande och socialmedicinskt arbete
- tidig upptäckt och åtgärd vad gäller små barns psykiska hälsa (samspel, beteendestörningar, språkstörning, autism och bokstavsdiagnoser mm)
- behov av utbildningsinsatser och andra kompetenshöjande åtgärder
- hur kvalitet och jämlikt arbete erhålls över Sverige i vår vildvuxna flora av ersättningsmodeller

Om du vill delge mig (och gruppen) dina erfarenheter av BVC-arbete, har synpunkter, bara vill veta mer, har gjort något utvecklingsarbete på BVC eller kan tänka dig att vara bollplank från din landsända så hör av dig till maria-kerstin@telia.com (jag finns inte på facebook).

Jag är specialist i allmänmedicin sedan 1998, BVC-doktor del av arbetstid sedan drygt 20 år och i skrivande stund verksam i Region Skåne men från 1 oktober på Björkekärns vårdcentral i Västra Götalandsregionen.

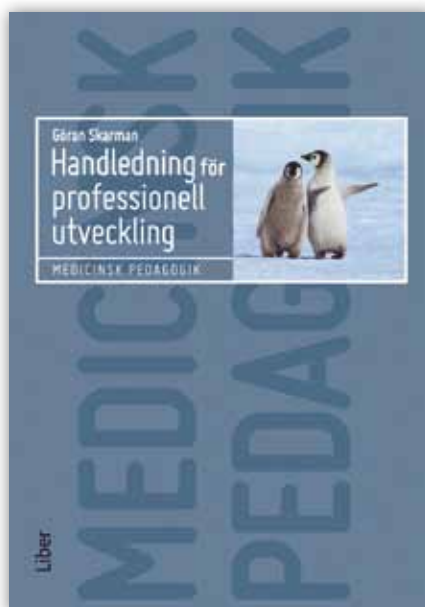


Maria Jansson
maria-kerstin@telia.com

Inspirerande och lärorikt om ST-handledning

Vad kännetecknar god ST-handledning? Vad vet vi om metoden vi använder och hur kan vi förbättra och förfinas den? Handledarkurser arrangerade av studierektorer är en bra grund. Där finns också möjlighet att diskutera med kollegor om hur vi arbetar. Men sedan? En del av oss tar upp ST-handledningsfrågor i FQ-grupper eller deltar på återkommande seminarier, men många saknar kanske att kunna förkovra sig och utvecklas vidare. Då finns här ett fint tillfälle för att få fart på funderingar i ämnet! Både för den som redan befinner sig i en reflektionsprocess och den som vill starta en sådan.

Författaren Göran Skarman är psykolog med inriktning på arbetslivsfrågor och har (bland annat) i över trettio år arbetat med att utbilda läkare i ST-handledning. Under dessa kurser har han träffat mer än 10 000 läkare och då kunnat undersöka och dokumentera vilka svårigheter de upplever i handledningsprocessen. Skarmans gedigna erfarenhet och kompetens i området lyser genom texterna och precis som han själv skriver i inledningen, finns det goda chanser att man både blir en bättre handledare och en klokare, mer medveten läkare genom att läsa boken. Till en början belyses de tre grundbegrepp som krävs för att nå till en nivå av professionell yrkesutövning – kunskap, praktiska färdigheter och professionellt förhållningssätt. Kompetens bygger på dessa begrepp och om förmågan av något av begreppen är noll så är kompetensen också noll. Yrkeskompetens är mer än summan av kunskap, färdigheter och professionellt förhållningssätt, det kommer också an på hur man kombinerar dessa i sitt praktiska arbete, till vilken grad man är medveten om dess innebörder och medveten om vilken nivå man befinner sig på. Skarman menar när det



Handledning för professionell utveckling

Författare: Göran Skarman
ISBN 978-91-47-09957-3
Förlag: Liber, 2011
Sidor: 256

gäller professionellt förhållningssätt finns sju kompetensgrundande sådana;

Medvetenhet – strävan mot full närvaro, fokusering, koncentration, att försöka förstå samband mellan det man gör och det som händer.

Intresse – engagemang och strävan efter mer kunskaper och färdigheter.

Skicklighet – inriktning på att utveckla maximala förmågor i arbetet, lust att bemästra, klara av.

Omsorgsfullhet – att ta sina arbetsuppgifter på allvar, vara noggrann och seriös.

Rapphet – att genomföra uppgifter genast, att komma till avslut, se egenvärde i snabbhet, känna utmaning att göra mer.

Empati – strävan efter förståelse och inlevelse, att vara lyhörd.

Kommunikativitet – en vilja att nå fram med budskap, att kunna förklara och vara tydlig.

Dessa sju begrepp hänger ihop med utvecklandet av kunskap och färdigheter på ett intrikat och mångdimensionellt sätt. Som handledare kan man underlätta utvecklingen mot professionell yrkesutövning genom att vara vägledare, genom att betona vikten av både struktur och reflektion.

Vidare tas begreppet lärande upp, det definieras som "förändring i mentalt innehåll" och är nära förknippat till grad av medvetenhet. Författaren påtalar att i sin utveckling till professionell yrkesperson befinner man sig i och rör sig mellan olika dimensioner av kunskap och medvetenhet kring kunskap. Man kan vara medveten om att man saknar vissa färdigheter och när man så småningom istället blir medveten om att man anammat färdigheterna väcks känslor av stolthet och glädje. Om man istället är omedveten om något man inte kan och blir medveten om det, väcks snarare känslor av olust och ångest. Här kan man, i alla dimensioner, vara ett stöd som handledare genom att se situationen i ett klarare ljus tillsammans och genom att vara en rollmodell själv, att visa på och berätta om sina egna yrkeserfarenheter.

En stor del av boken handlar om socialt lärande, om arbetsplatskulturer och rollutveckling på en arbetsplats ur en arbetslivspsykologisk/sociologisk synvinkel. Det är stimulerande läsning. Handledning som pedagogisk metod tas upp i ett eget kapitel och olika modeller belyses. Några grundläggande delar i handledning är; direkt rådgivning i akuta situationer, systematisk utveckling av yrkeskunnandet, rollutveckling och till sist samarbets träning, medarbetar-

utveckling, ledarutveckling. Olika handledarstilar tas upp och analyseras, problematiseras. En viktig del av boken handlar om identitet, självförtroende och självkänsla och på vilket sätt dessa grundläggande begrepp kan spela in i handledningssituationen. Genom att vara uppmärksam, acceptera, respektera, visa hänsyn och vara nära kan man bidra till att stärka någons självkänsla. För att medverka till ökat självförtroende är det viktigt med stöd och uppmuntran, att informera och instruera, ge möjlighet till träning, att ge feedback och ansvar.

Ett av slutmålen för den professionella utvecklingen är förmåga till fördelad uppmärksamhet, eller split-vision. Att ha förmågan att agera och reflektera/analysera i samma stund. Ett sätt att utveckla denna förmåga kan vara videohandledning. Flow-begreppet får ett eget kapitel och vid läsning av detta kan man med glädje minnas dagar eller stunder då allt verkligen flyter. Men vad krävs för att uppnå flow? Flera faktorer samverkar; den kollektiva-kulturella dimensionen, den individuella, den organisatoriska och resursdimensionen. För att uppnå flow kan man tillämpa några riktlinjer, nämligen att se till att göra avslut på arbetsuppgifter och arbetsdag, hålla ordning, dokumentera, hålla tidsgränser och att ta hjälp vid prioriteringar. Här är det alltså väsentligt för en handledare att undersöka och eventuellt omstrukturera adepts arbetsituation. Vidare finns i boken texter om hur arbetsbelastning påverkar professionell utveckling och handledning, hur man bearbetar svårigheter i arbetet, om återkoppling/feedback, utvärdering, om samtal och kommunikation och om handledning över kulturella aspekter. Det avslutande kapitlet tar upp etiska aspekter på handledning och författaren betonar vikten av saklighet, rättsäkerhet, kvalitetssäkring och slutligen människovärdets okränkbarhet.

Sammanfattningsvis erbjuds stimulerande, intresseväckande och lärorik läsning som både passar handledare och ST-läkare och som säkert passar som underlag för diskussion i seminarieform.



Tina Nyström Rönnäs, Stockholm
tina.ronnas@home.se

Allmänläkarpraktikan

Diabetes och andra endokrina sjukdomar

Ansatsen är ambitiös – att ge konkreta förslag på utredning och behandling av vanliga endokrina sjukdomar. Formatet med flera olika författare har sina nackdelar, stilarna skiljer sig och gör läsningen ryckig. För en bok som inte direkt avses att sträckläsas är detta ett mindre problem.

Trots det hittar man mycket matnyttigt i boken, och den fyller behovet av en kokbok för både erfarna rävar som behöver fräscha upp sina kunskaper, och unga kollegor som behöver handfasta råd om handläggning. Jag saknar ett kapitel om PCOS, som inte bara gynekologer sköter, utan allt mer blir en uppgift för allmänläkaren.

Skall man problematisera finns det inslag i råden som är sjukhuscentrerade i viss mån. Ett exempel är i den i övrigt utmärkta framställningen kring behandling av hypothyreos. Där slås det fast att behandling med T3 **alltid** skall föregås av kontakt med endokrinolog. Några



Allmänläkarpraktikan
Diabetes och andra endokrina sjukdomar
 Författare: K Hedin – M Löndahl (red.)
 ISBN 9789144051758
 Förlag: Studentlitteratur, 2010
 Sidor: 181

argument för det framförs inte – är det en medicinsk säkerhetsfråga, eller handlar det om sviktande evidens för behandlingen?

Annat gör man helt rätt – boken saknar helt referenser vilket annars hade tyngt formen som rimligtvis inte rymmer det som tyngre verk innehåller.

Man får också känslan av att texterna är väl uppdaterade och väl i fas med till exempel SBU:s slutsatser. Ett tydligt tecken på det är att man skriver att det saknas konsensus kring vilken kost som skall rekommenderas vid diabetes typ II.

Sammanfattningsvis tycker jag att boken väl fyller sitt syfte och är skriven med sin publik i åtanke. Som diskussionsunderlag för ST-handledning är den också ändamålsenlig.

Staffan Olsson
 staffan.olsson@ptj.se

Allmänläkarpraktikan

Hjärt- och kärlsjukdomar

Ovan recenseras Allmänläkarpraktikan Diabetes. Allmänläkarpraktikan Hjärt- och kärlsjukdomar spänner över ett betydligt bredare fält; hypertoni, dyslipidemi, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, rytmrubbningar, perifera kärlsjukdomar och tromboemboliska sjukdomar. Fyra av elva författare är allmänmedicinare, resten är sjukhusspecialister.

Många författare brukar innebära skiftande pedagogisk kvalitet och nivå, och det lider också denna bok av. Avsnittet

om rytmrubbningar inleds med några stycken och bilder om hur EKG-elektroder skall placeras – viktig kunskap, men knappast för bokens målgrupp som sällan eller aldrig tar EKG själv. I andra änden av spektrat ett utmärkt kapitel om perifera kärlsjukdomar av ST-läkaren i allmänmedicin Anna Segernäs Kvitting. Här har man hittat rätt när det gäller nivån, och texten är en bra hjälp i praktisk verksamhet. Till det hör en klok diskussion om vem skall remitteras vidare och när detta skall ske, något som jag själv ofta brottas med.

Kapitlet om dyslipidemi förtjänar en speciell kommentar. Man skriver "Vid primärpreventiv kolesterolsänkning har i riskgrupper påvisats en nytta som är minst jämförbar med den som ses vid farmakologisk behandling av mild till måttlig hypertoni". Påståendet är möjligtvis sant, om man även betraktar primärpreventiv behandling av mild hypertoni som av begränsad eller ingen nytta, men formuleringen antyder något helt annat. Se gärna Jan Håkansson's artikel i samma ämne i detta nummer, *Statiner som primärprevention*. I samma kapitel

och i kapitlet om ischemisk hjärtsjukdom finner man också en synnerligen okritisk och svepande beskrivning av SCORE-systemet. Detta illustrerar också en annan svaghet med flera författare, mycket upprepas om och om igen.

Intressant är däremot att se vilka olika typer av tilltal olika författare har; en del delar ut förnumstiga råd, till exempel "Överviktiga bör ställas in på viktreducerande diet" (s 42). Det är ju säkert sant, men om vi någon gång blir överens om vilken diet som skall föredras, återstår det lilla problemet att få patienterna att göra som vi vill att de skall göra. Tankar om patientcentrering och concordance verkar vara långt borta.

Riskerna med medikalisering belyses inte heller nämnvärt i boken. I kapitlet om hypertoni anges under "råd som kan förbättra följsamheten vid blodtrycksbehandling" bl.a. "upprepad information om riskerna ..." och "fyra besök per år".



**Allmänläkarpraktikan
Hjärt- och kärlsjukdomar**

Författare: K Hedin – M Löndahl (red.)

ISBN 9789144054360

Förlag: Studentlitteratur, 2010

Sidor: 142

Jovisst, värdena blir säkert bättre, men hur mår våra patienter om vi skall mäta fyra gånger per år och slå dem i huvudet med alla risker som deras suboptimala blodtryck ger?

Trots allt tycker jag att boken kan användas som en del i ST-handledning, under förutsättning att det kombineras med kollegial dialog och handledning kring ovanstående frågor. Jag kan däremot inte riktigt se vad boken tillför mot till exempel läkemedelsboken, som har ett liknande upplägg men är betydligt mer etablerad, gratis och lättillgänglig på webben.

Staffan Olsson
staffan.olsson@ptj.se

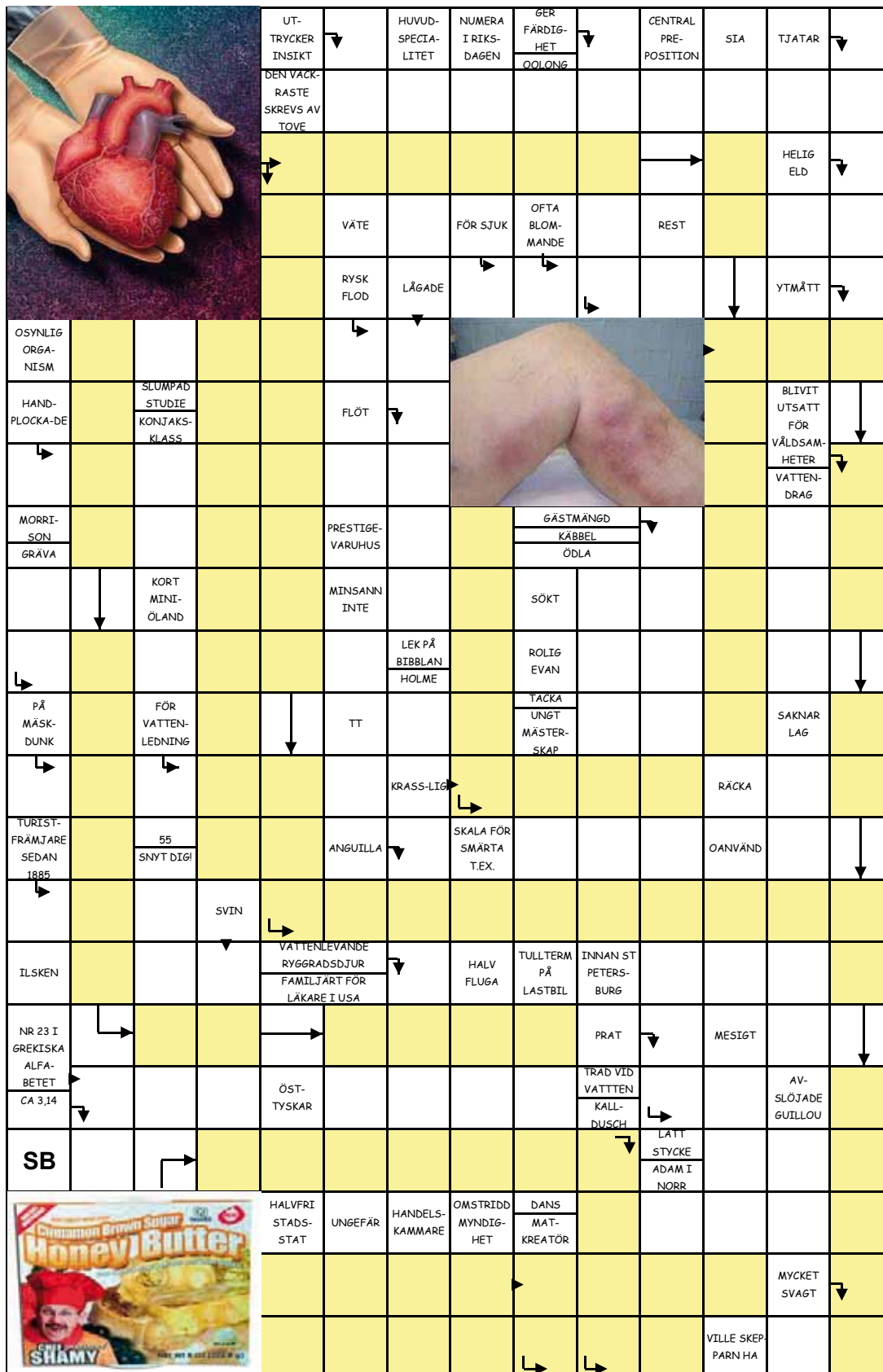
Annons

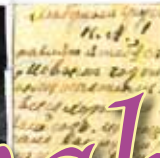
Saskia Bengtsson har konstruerat ännu ett korsord till AllmänMedicins läsare, denna gång något enklare, så att vi förhoppningsvis kan utse tre vinnare som utlovat.

Skicka din lösning till SFAMs kansli, Box 503. 114 11 Stockholm, senast den 20 november 2011.

Märk kuvertet "korsord". Tre vinnare får bokpriser.

Rätta lösningar av korsordet i nr 2/11 skickades in av Mats Weström i Luleå och Rikard Viberg i Spånga som fått var sin bok. Redaktionen gratulerar!





Kultur-spalten

Flow...

Hör du till en av de avundsvärda individerna som kommer in i ett tillstånd av flow på arbetet? Det är bara att gratulera. För de oinvidiga är flow ett begrepp inom psykologin som betecknar ett ändrat medvetandestillstånd där tiden saktar in och du knappt märker av den. Självmedvetenheten minskar och du är helt enkelt så koncentrerad att världen försvinner. Dessutom så presterar du på en hög nivå och blir fylld av en känsla av djup tillfredsställelse. Vad du gör för att komma in i flow är olika från individ till individ. Det kan vara musik, idrott, arbete. Flow har inget med intelligens att göra, snarare med flit. Övar du mycket på något så ökar sannolikheten att du kommer in i flow.

Det moment du utför får inte vara för simpelt. Blir du inte utmanad kan du inte komma in i flow utan blir enbart uttråkad. Är uppgiften för svår tränger rädslan fram. Optimalt är att din kapacitet och utmaningen du står inför är lika stora enheter. Jag har en kollega på min vårdcentral som jag avundas. Han kommer in i flow på arbetet. Läkaryrket är hans passion och när han visar sina inspelade filmer på våra videokonsultationsträffar så ser man hur världen runtom upplöses och en bubbla bildas kring honom och patienten. Bubblan kan uppenbara sig även i mina konsultationer men flytet uteblir. Jag är alltid medveten om mig själv och den begränsade tiden. Däremot kommer jag in i flow när jag är ute i skogen och löper. Eller på en bra dag då jag skriver. Det intressanta är att dessa två

aktiviteter korsbefruktar varandra. Förra våren var jag tjänstledig för att skriva min andra bok. Första boken tog fyra år av intermitterande arbete. Nu sat-



sade jag stort och tog fyra månader ledigt. Det var, enkelt uttryckt, en fantastisk tid. Att skriva var och är väldigt roligt och flera gånger i veckan kom jag in i flow. Riktigt roligt blev det när jag la märke till att de dagar jag tagit mig tid att ge mig ut och springa så kom jag lättare in i detta tillstånd. Vissa dagar tog det åtta arbetstimmar att mödosamt få ihop dagens beting på sex sidor text. Andra dagar, framför allt löpdagar, så kunde fingrarna flyga fram över tangenterna och det kunde räcka med en halv arbetsdag. Många var de problem som löstes i

skogen medan benen envist trummade på. Hjärnan frikopplas och blir märkligt kreativ. Detta ledde givetvis till ett ökat sug på att springa.

Min chef brukar säga att man ska göra mer av det man är bra på. Jag skulle vilja säga: Gör mer av det som leder dig in i flow. Varför då detta mässande om flow? Flow är inte bara ett härligt tillstånd. När man är i flow så är gårdagens felsteg bortopade och morgondagens våndor får lov att vänta. Man är helt och fullt i nuet. Flow gör att tillvaron upplevs mer positiv och meningsfylld. Så ta nu ett djupt andetag och se ut genom fönstret, begrundar du vad du är bra på och vad som gör att du kommer in i flow. Carpe diem.

Jag lämnar över stafettpinnen till ST-läkare Annika Rusko Andersson, skribent och initiativtagare till antologin *Från Förort till framgång*.



Marcel Aponno
marcelaponno@hotmail.com

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Eva Jaktlund
0702-53 42 41
eva.jaktlund@sfam.se

Vice ordförande

Mats Rydberg
0702-07 23 24
mats.rydberg@sfam.se

Facklig sekreterare

Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg
sara.holmberg@vaxjo.se

Skattmästare

Ulf Peber
ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter

Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

Louise Hamark
lolloha@hotmail.com

Maria Samuelsson
mariasamuelsson@hotmail.com

Kenneth Widäng
kenneth@widang.se

Adjungerad av styrelsen

Anna Drake
drannadrake@gmail.com

Examenskansliet

examen@sfam.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast måndag – torsdag förmiddag

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

Maria Wolf
maria.wolf@sll.se

Läkemedelsterapirådet

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

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitets- och Patientsäkerhetsrådet

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

ST-rådet

Daniel Bäck
egelstig.back@gmail.com

Utbildningsrådet

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

Rådet för hemsjukvård

Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet

Malin André
malin.andre@lul.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Lars Jerden
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i

kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

NAAKA – nätverk för astma/allergi

och KOL-intresserade allmänläkare
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Gastroprima – för mag-tarmintres-

serade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
ture.Ålander@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

NÄSTA – nationellt nätverk för

ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkehan & Anna Nilsson
marialutkehan@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

Euract

Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip

Eva Arvidsson
eva.andersson@ltkmar.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ApS

Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Björn Forsén
bjorn.forsen@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG

Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA

Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND

Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK

Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBOG*

SÖDRA ÄLVSBOG

Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

* vilande

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidsningen utkommer med sex nummer per år. Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

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

Redaktion

Karin Träff Nordström, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Johanna Johansson,
 redaktionssekreterare
 SFAM

Box 503, 114 11 Stockholm
 08-23 24 01
 johanna.johansson@sfam.se

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

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 Box 29, 457 29 Fjällbacka
 0525-323 50, fax 0525-329 29
 peo@mediahuset.se

Annonser

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

Tryck

Åkesson Tryckeri AB
 www.akessonstryckeri.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Karin Träff Nordström
 chefredaktor@sfam.se

Utgivningsplan för 2011

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	7/2	14/3
2	18/4	23/5
3	29/8	10/10
4	7/11	22/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkesson Tryckeri, Emmaboda



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

Granskning genomförs vår och höst. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu

SFAMs kansli

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

Kalendarium
2011**Oktober**

EGPRN-möte
 13-16 Krakow

**Svensk förening för diabetologi
 höstmöte**
 20-21 Stockholm

November

**Understanding the core of health
 care and research using the art**
 14-18 Köpenhamn
 Charlotte tulinius, tulinius@sund.ku.dk

**SFAMs VIII:e Nationella kvalitetsdag
 för primärvården**
 16 Älvsjö, Stockholm

**FQ-grupperdarutbildning - Träna på
 att leda en kollegial grupp**
 30 nov - 1 dec, Sjövillan - Sollentuna
 Maria Wolf, maria.wolf@sl.se

2012**Januari**

**Örebro-Värmlands
 allmänläkardagar**
 11-12

AllmänläkarDagarna
 25-27 Bohusgården, Uddevalla

Mars

**Svensk Allmänmedicinsk
 Kongress**
 21-23 Luleå

Lösning till korsordet i nr 2-2011.

	VID BERÄV- NING	↖	S	DIALEK- TALT KLÄNGIG	I CENTRUM	DRIN- KARE	↖	Ö	ÖSTBIL	↖	S								
			K	O	T	P	E	L	CHIFF- RERA	↖	K								
	SERIEA UPPRÖRD		R	Y	A	VOKALER	A		YTÄTT		O								
	↖		Ä	G	I	T	E	R	A	D									
VISA VERBALT MISSNOTE	HALV DAHL- GREN FÖR BAK	H	O	A	JAPANSK LÖK	N	E	G	I	TIDS- ÅLDER	E	R	A						
↖	↖	B	U	A	JOULE HÄRDA VOKALER	J	I LÄGEN- HETS- ADRESS	T	R	KAN MAN LÄGGA	E								
GNUGGA FÖRSE MED SVRE	↖	G	N	O	HYLL- NINGEN- DIKT ÄR VÄRST	P	A	I	Ä	N									
↖	↖	Ä	N	D	A	S	NATURLI G LOGA- RITM	L	N	METALL- STÄNG	↖	T							
ÄR DIN MAMMAS HALV- BORS DOTTER	APPLI- CERING	↖	P	Ä	L	Ä	G	G	↖	↖	E	↖	B	B- VITAMIN	↖	T			
↖	↖	↖	FRI	VILBROR	Ä	II	I	N	REGISTER ICKE	N	D	R	HEJDUK	I					
↖	↖	H	A	L	V	K	U	S	I	N	KUSIN I KOSTEN- TOTAL- TIDJOURNAL	↖	V	I	T	A			
VATJANDE STRÄET	↖	R	Ö	E	T	ARTROS- UTSÄTTA LEDER	K	N	Ä	N	I EGEN- SKAP AV	S	O	M					
ELIOT	T	S	OR	E	FYR	↖	G	FARAO	P	LÖSANDE	T	R	I						
LJUS- HYLLT AFRIKAN	↖	R	TRICKS SPAR- SYMBOL	K	N	E	P	VAR- VÄDER PROME- NERAT	T	Ö	SÄKERT FÖR SLUP HALV MES	V	P	N					
↖	↖	B	O	E	R	FÖR NJURE	L	O	G	E	WEST MODERN VINKEL	M	A	E	FRÅN FALUN ELLER WIEND				
↖	↖	↖	S	K	Y	D	D	S	Å	T	G	Ä	R	D					
	↖	↖	P	SNIDAR- ÄMNE	BELGISK STAD	↖	I	T	I	Ö	↖	ÄLDRE BETYG	A	OPÄLT- LIGT I VINDEN	K				
	↖	↖	↖	HALV- GRÄS- DANSKT Ä	↖	A	G	SOM ROTARY FAST YNGRE	T	FÖR LÄGRE BOENDE	N	B	LUGN ODOR- MARODÖR	R	O				
↖	↖	↖	↖	OPPNING	DEGGA	↖	A	L	E	R	UNGE I UMEA	↖	U	FÖR PÅSÄTT- NING	SÖR MAN TILL SLUT BARNMAT	D	Ö	R	
↖	↖	↖	M	O	D	E	R	N	T	↖	↖	M	O	D	E	SEGER- TECKEN	↖	V	
SUTU- RERA	↖	↖	S	Y	UTANFÖR ÄMNET	↖	O	T	↖	↖	↖	S	E	N	I	O	R	S	B

Vården som patient

Vårdens problem är mätbara. I färgglada Excelstaplar presenteras de för minglande makthavare och blaserade beslutsfattare på försäkringsbolagssponsrade tillställningar. Luften kvav av positivt tänkande. Leendena förbindliga. Ledorden surrande som getingar kring öronen. Resultatstyrning. Kundenpassning. Förbättringsarbete. Kvalitetssäkring. Kostnadseffektivisering.

Vad hände? När blev vården patient? När blev Socialdepartementet och SKL vårdgivare?



”Jaha ja. Du har problem med levern och vänster knä.”

”Nja... jag tänkte att jag kanske har B-vitaminbrist. Jag är så trött, och flera i min släkt har...”

”Mhmm, nja, ser du, alla skriker efter B-vitamin, men det är inte det som är ert problem och B-vitamin är det förresten ont om. Undersökningarna visar att du har levertumör och knäartros.”

”Men, vänta nu, vilka undersökningar? Jag har inte ont i knät, och vad sa du... tumör?!”

”I morgon blir det operation av din tumör och när du hämtat dig om ett par dar byter vi ut den där fula leden så blir det nog bra ska du se.”

”Jaha...?”

”I regelboken hittar du dina instruktioner inför operationen. Om du gör som det står där kommer allt att gå fint. Sen gör jag några uppföljande mätningar av din följsamhet till våra postoperativa riktlinjer. Om du gjort som jag sagt får du en rullator men ser jag att du har slarvat får du lämna tillbaka knäprotesen.”

Greppet om sjuklingen hårdnar när hans blick oroligt söker sig mot nödutgången.

”Seså, nu tar vi det lilla lugna här. Antingen kommer du med frivilligt, eller...”. En lätt nick mot tre bistra män i gröna operationskläder som tornar upp sig i ett hörn av rummet. Patienten läser på namnskyltarna och hjärtat sjunker. SBU. Socialstyrelsen. Folkhälsoinstitutet. Kuvad sänker han huvudet. ”Förlåt mig! Vid den heliga Mammon och Institute of Health Improvement lovar jag att aldrig mer motarbeta en riktlinje eller sabotera ett incitament.”

Diagnoserna ställs utan anamnes. Åtgärderna sätts in mot problem vi inte har. Mätetalen är trubbiga och incitamenten kontraproduktiva. Finns anledning till självrannsakan? Cecil Helman skriver i ”Suburban shaman” om hur medicinens tyngdpunkt har flyttats från anamnesen till kroppens sifferbaserade berättelse, avkodad av diagnostiska apparater och mätinstrument. Lättare att förstå, tolka och prissätta. Uppmärksamheten har vänts från person till maskin, från subjektiv till objektiv. Mantrat heter mätbarhet och kvalitet reduceras till en kvantifierbar entitet.

I en ledare i DN från 2008 beskrivs vår nya meritokrati: ”Ingen annan akademisk specialitet kan numera mäta sig med ekonomernas breda inflytande... Ekonomer finns överallt på ledande befattningar, genomsyrar varje institution... och präglar både sättet att tänka och att tala.” Läkarkåren reduceras till produktionsfaktor. Avvikelser från standardförfarandet elimineras, processer och flöden definieras, åtgärder mäts och incitamentsstyrs. Medicinsk information har blivit var mans egendom att använda efter eget huvud.

Men information är inte samma sak som kunskap. För att information ska bli användbar måste den granskas kritiskt och sättas i ett sammanhang med hjälp av bildning och erfarenhet. I det rättmätiga strävandet efter demokratisering av vården och ökat inflytande för medborgare och beslutsfattare, betalas priset i populistisk förenkling av livsavgörande sammanhang. Vi hör makthavare, berusade av sin nyvunna incitamentsmakt, berätta hur vi ska ta hand om våra patienter. Vi dras med i en malström av kö- och rehabiliteringsmiljarder och lockas att svika våra svagaste för några glimmande guldpengar.

Men håll ut, kära vänner. Alla fyllefester har ett slut och en blek morgon står vi där med den efterfrågade Magnecylasken i handen. Vi har fått allt av samhället – en fantastisk utbildning, ett överträffat meningsfullt arbete och våra patienters tillit. Därav kommer även förpliktelser. Låt oss inte fly till förtidspension, hyrläkeri eller Norge! Tillsammans kan vi hålla liv i den allmänmedicinska glöden tills pendeln slår tillbaka.



Saskia Bengtsson