

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2013 ÅRGÅNG 34



Tema: Framtidens primärvård

Allmänläkare, mentorer och high tech sid 6 • ImPrim – ett flaggskeppsprojekt inom EU sid 24

Omslagbild: Petra Widerkrantz.

- 3 Ledare: Valet är vårt**
Karin Träff Nordström
- 4 Chefredaktörens rader**
Ingrid Eckerman
- 5 En provocerande rapport om framtiden**
Ingrid Eckerman
- 6 Allmänläkare, mentorer och high tech**
Anders Ekholm
- 8 Egenvård med IT – hjälp till självhjälp**
Rikard Löveström
- 10 Framtiden är ljus för allmänmedicinen**
Robert Svartholm
- 11 Vad kan en innovativ och produktiv akademiker bidra med?**
Lars Agréus
- 13 Framtidens allmänmedicin öppnar för individualiserad prevention, diagnos och behandling**
Jan Sundquist
- 16 KD:s sjukvårdspolitiska talesman: primärvård behövs även i framtiden!**
Gösta Eliasson
- 18 Den osynliga smärtan, empati och high tech**
Stefan Bergman
- 20 Framtidens sjukvård: Generalisterna sitter på pengarna**
Petra Widerkrantz
- 21 Det är i framtiden som allmänläkaren behövs**
Ingrid Eckerman
- 22 Varför tror socialstyrelsen inte på allmänmedicin?**
Karl Häggblom
- 24 ImPrim – ett flaggskeppsprojekt inom EU**
Ingvar Ovhed, Jens Wilkens
- 27 Huru välja läkare? Om valet af läkare**
Robert Svartholm
- 29 Framtidens doktorer är inte avskärmade**
Bertil Hagström
- 31 Recension**
Myter om professionella organisationer
Maria Randjelovic
- 32 Kan hypnosbehandling vara ett alternativ för våra IBS-patienter?**
Per Johan Lindfors
- 35 Kommentar till föregående artikel**
Lars Agréus
- 36 Hur undersöks och behandlas neuropatiska smärttillstånd?**
Karin Rådholm
- 38 Recension**
Allmänläkarpraktikan – Ortopedi
Karin Rådholm
- 40 Extern otit – Burows lösning åter till heders**
Hans Örnham, Claes Lundberg, Olle Sandelin
- 43 Hur hamnade du HÄR? Från tyskt sjukhus till svensk glesbygdssjukstuga**
Meike Harmening
- 44 Hon gillar att beskriva sjukvården från "golvet"**
Gösta Eliasson
- 45 Tankar från ett ST-internat**
Erik Stomrud, Sofia Eriksson, Bertil Isaksson
- 47 Seniora allmänläkare med tid för handledning en förutsättning för primärvårdens framtid**
Bertil Hagström, Kurt Meidell
- 48 Vad i hela fridens namn är det vi håller på med och varför?**
Karin Tiger
- 50 Delmål 19 – nya rekommendationer**
- 53 Recension**
Jourhandboken
Jonas Hamfors
- 54 Det våras för fortbildningen! – rapport från SFAM:s fortbildningsråd**
Gösta Eliasson
- 56 Allmänläkardagarna 2003**
Gösta Eliasson
- 58 Helena trivs på KursDoktors Allmänläkardagar**
Gösta Eliasson
- 59 Hallå där, Bo Linder från Västervik!**
Gösta Eliasson
- 59 In memoriam: Christer Gunnarsson, Örnköldsvik**
Gunilla Byström, Anders Lundqvist, Dan Norlin
- 60 Priser och utmärkelser**
- 61 Kulturspalten: Vad är det vi odlar?**
Monica Christiansson
- 62 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 64 Samtal om levnadsvanor gör skillnad**
Åsa Thurffjell, Maria Weiland

Annons

Valet är vårt

I nledningsvis vill jag med anledning av Bengt Järhults artikel i förra numret av AllmänMedicin poängtera att SFAM som förening är politiskt obunden. De åsikter författaren framför i artikeln är hans egna.

Detta nummer av AllmänMedicin fokuserar på framtidens primärvård. En av utgångspunkterna är rapporten "Empati och high tech", skriven av Anders Ekholm, analyschef på Socialdepartementet. Han beskriver utmaningarna i framtidens sjukvård och ger, enligt inledningen, en möjlig bild av sjukvården år 2050. Den sjukvård han beskriver värjer vi oss instinktivt mot, i synnerhet hans beskrivning av att allmänläkarna ersatts av datorstöd och diffust beskrivna mentorer.

Vi kan välja att fokusera på denna del och lägga mycket energi på att tala om för honom och andra varför vi tror att hans beskrivning är omöjlig, felaktig och önskad.

Vi kan i stället välja att ta på oss att formulera en önskvärd utveckling, en tydlig vision av vart vi som profession

vill. För att få gehör för detta behöver vi fokusera på frågor som Vad ger mest nytta i förhållande till givna resurser? Hur bör sjukvården organiseras för att möjliggöra samverkan mellan kommun, primärvård, specialistöppenvård och slutenvård? Hur klarar vi att ge vård till en allt äldre befolkning samtidigt som vi får räkna med krympande ekonomier? Hur tillvaratas olika vårdprofessioners kompetens bäst? Hur definierar och mäter vi kvalitet i vården?

Dessa och många andra frågor måste besvaras. Många aktörer måste vara med i den processen, såväl olika vårdaktörer/professioner som ekonomer, jurister, teknologer och andra kompetenser. Våra folkvalda politiker sätter ramarna inom vilka vi har att verka.

Utvecklingen går snabbt, beslutsprocesserna i landstingsledningarna allt fortare. Om vi ska kunna påverka måste vi skapa dialog med dem som fattar beslut och med dem som tar fram beslutsunderlag. Önskvärt är att vi blir inbjudna till denna dialog. Blir vi inte det får vi bjuda in oss själva.

Allmänläkares djupa medicinska kunskap, breda generalistperspektiv och stora humanism behövs på alla fronter. På nationell nivå där framtidsanalyser och nationella satsningar tas fram. På landstingsnivå där ackrediteringsvillkor för vårdvalen processas och beslutas. På vårdcentralen där prioriteringar måste göras eftersom resurserna aldrig räcker till att göra allt.

Om vi inte är där kommer besluten att fattas ändå. Beslut som blir sämre, för våra patienter, för oss och våra medarbetare och för samhället i stort.

Valet är vårt.



Karin Träff Nordström
ordförande
ktn@sfam.se

Omslagsbild – Petra Widerkrantz



Kameleonten är allmänläkares förebild på många sätt: smälter in i alla sammanhang, tar inte särskilt mycket plats och förebygger sjukdom genom att rensa bort ohyra från grödorna.

Denna hittade jag i Tanzania under en skogspromenad på Kilimanjaros sluttning utanför byn Marangu i februari månad i år.

Bland chagga-folket anses det som stort att ha fått möta en kameleont. Efter ett sådant möte firar man med en god middag på kvällen. Grannarna ställer upp om man själv har lite ont om resurser för tillfället.

Min arbetsplats är vårdcentralen Lunden i Malmö. Jag är på olika sätt involverad i utbildning och fortbildning: AT-studierektor, föreläsare och kursanordnare. Jag sitter med i utbildningsgruppen och lokala SFAM-styrelsen.

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Övriga (något seniora) redaktörer ber att få hälsa Petra välkommen i gänget!

Chefredaktörens rader

Vårdagjämning – ljuset är tillbaka och man ser alla hemmets skavanker. Men fortfarande är det full vinter i Stockholm, och broddarna åkte på igen.

Dags att pusta ut. Tre årsmöten, skicka förslag till Riksstämman, delta i tisdags-sammankomst på Läkaresällskapet och få iväg allt material till AllmänMedicin – det blev lite mycket på en gång.

När rapporten "Empati och high tech" dök upp passade den som hand i hand-ske för temanumret om framtidens primärvård. En av bakgrundsfaktorerna är den ökande brist på allmänläkare vi kan förvänta oss om ingenting drastiskt görs mycket snabbt. Bidragande till denna situation är Läkarförbundets tidigare beräkningar att det endast krävs en specialist för att bemanna varje heltidstjänst som distriktsläkare, att Fammi lades ner, att satsningar på rekrytering bland andra specialiteter avbröts mm. I ett sådant perspektiv kan teknologin ses som en möjlighet. Artiklarna i detta nummer belyser dock att teknologin kan komplettera men inte ersätta allmänläkare.

Andra artiklar handlar om olika metoder att minska läkemedelsanvändning, vilket har fördelar inte bara för patient och samhällsekonomin utan också för miljön.



Ett autentiskt chefredaktörsskrivbord.

"Som det ser ut på ditt skrivbord, så ser det ut i ditt huvud" sade någon om ett rörigt skrivbord. Repliken blev "Om skrivbordet är tomt - hur ser det då ut i huvudet?" När jag arbetade kliniskt ville jag att det skulle "finnas plats" för patienten, vilket uteslöt ett belamrat skrivbord. Principiellt samlar jag inte papper utan fyller hellre min dator. Men de papper jag ändå får ihop har jag tyvärr svårt att slänga.

Nu längtar jag våren och sommaren. En förmån som chefredaktör är att få delta i konferenser. Kanske vi ses i Stockholm eller Tammerfors?

Ingrid Eckerman
Chefredaktor@sfam.se

SFAM

Vill du ha hjälp att ordna en kurs?

Vänd dig med förtroende till kurs- och konferenskansliet!

Monica Brunnäs monica.brunnas@sfam.se



En provocerande rapport om framtiden

I det s.k. LEV-projektet (Långsiktig Efterfrågan på Vårdfärdstjänster: hälso- och sjukvård samt äldreomsorg fram till 2050) analyseras vård- och omsorgsbehoven 2050 [1]. Bakgrunden är utmaningen med den åldrande befolkningen, den "demografiska försörjningskvoten" (hur många personer – förutom sig själv – som personer i arbetsför ålder måste försörja) och den teknologiska utvecklingen inom sjukvården. Man arbetar med scenarior och simuleringsmodeller.

År 2050 beräknas vi ha ökat vår levnadslängd med 2,5 år. Här finns tre scenarier: vi adderar sjuka år, vi adderar friska år, eller vi adderar friska år samtidigt som tiden i sjukdom förkortas. Kostnaderna för äldreomsorgen beräknas ha ökat med 70 % och för hälso- och sjukvården med 30 %. För ökad ambition/teknologinivå har kostnaderna ökat med 80 %. Vård- och omsorgsandelens av BNP stiger från 13 % till 16 %, vilket motsvarar en ökning med 110 miljarder i dagens priser, dvs en tredjedel av dagens kostnader.

I den andra delrapporten "Empati och high tech" beskrivs en möjlig utveckling. [2] Fokus ligger på hälsovård och avvikelser där risker behandlas för att skjuta upp en sjukdomsdebut. Lättillgänglig diagnostik och rådgivning via it-system leder till rätt åtgärd från början. Mentorerna coachar så att var och en gör sitt bästa för sin hälsa – i alla dimensioner, även de andliga. Data lagras och analyseras kontinuerligt, tidigare hälsotillstånd finns alltid tillgängligt.

De patienter som får den bästa vården är envisa, pålästa, friska, har hög inkomst, bor i storstad och är tekniskt adaptiva. Systemet kan leda till ökade klyftor i såväl hälsa som vilken vård man får.

Det mest provocerande för denna tidnings läsare är dock att i scenariot behövs inte allmänläkaren. Våra insatser övertas dels av it-resurserna, dels av mentorerna vilket gör att patienten kan hänvisas direkt till rätt specialistläkare.

Referenser

1. Ekholm A, Johansson P, Brouwers L, Janlöv N, Lindblom J, Mäkilä K, Mossler K. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet. Socialdepartementet 2010, rapport S2010.021.
2. Ekholm A, Markovic D. Empati och high tech. Delresultat från LEV-projektet. Socialdepartementet 2012, rapport S2012.011.



Anders Ekholm, analyschef på Socialdepartementet, och Drasko Markovic, it-konsult och fotograf, Brasilien, är de två författarna till "Empati och high tech".

Detta nummer av AllmänMedicin innehåller en rad artiklar som anknyter till temat Framtidens primärvård. Först ut svarar Anders Ekholm, huvudutredaren, på några av chefredaktörens frågor. Nyttan med it-teknologin beskrivs varefter ett antal författare beskriver den framtida nyttan med allmänmedicin för patienten, samhället och forskningen.

Enligt min uppfattning är ryktet om allmänläkarens framtida död kraftigt överdrivet!



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Finns AllmänMedicin på din arbetsplats?

Be chefen att hen kostar på sin personal en prenumeration! Prenumerationsavgiften är 500 kr per år. Postgiro 65 59 74-4, bankgiro 5459-4866.

Allmänläkare, mentorer och high tech

Anders Ekholm svarar på chefredaktörens frågor

Vilken kompetens ska mentorerna ha? Handlar det om en ny mångårig universitetsutbildning? De förväntas ju ha en enorm bredd i sin kunskap.

Vår beskrivning av den framtida vården är inte en prognos, ej heller en vision – om man inte själv vill ta den som en sådan. Den är ett tankeexperiment för att starta en diskussion om hur vård och omsorg fungerar, baserat på om vård och omsorg skulle genomgått samma förändring i sin servicedesign som t.ex. bank och försäkringssektorn. Mentorerna kanske är en dålig idé. I vår värld är det dock en empirisk fråga. Man testar strukturerat olika sätt att lägga upp vårdprocesserna och sedan väljer man det som fungerar bäst till rätt pris.

En stor del av allmänläkarnas arbete går idag åt att förklara att många sjukdomar och krämpor är oundvikliga på ålders höst. De får också hantera depressioner, ensamhet och utbrändhet, ofta under förevändelsen fysisk åkomma.

Många allmänläkare är bra på att hantera dessa patienter. Men de är inte utbildade att ta hand om patienter som utan egentliga somatiska sjukdomar går till en läkare men som kanske borde gått till kyrkan, en psykolog eller en husfilosof.

Vår vision för mentorerna är inte att de ska ersätta allmänläkare, psykolog, försäkringskassehandläggare, kurator som dessa yrken ser ut idag. Det närmaste vi har idag är till vår vision av mentorer är hälsocoacher. Mentorerna ska vara där för att stimulera ett friskt sunt leverne och remittera till vården när någonting inte står rätt till. Vi hoppas de ska upptäcka problem i ett tidigt skede innan problemen eskalerar.

Till sitt stöd har mentorerna ett långvarigt förhållande med sina adepter, fullständiga mätvärden, i vissa fall DNA, social situation. Allt detta bearbetas av en simuleringsmodell ger tips om hur hantera problem kring sjukdomar, sociala problem och åldrande.

Vi tror mentorerna ska ha universitetsutbildning. Men lika viktigt är matchning av deras personligheter med sina medborgare. Det finns många typer av människor, en del uppskattar diskretion, en del har lätt att kommunicera. De olika personlighetstyperna kan matchas till lyckade kombinationer som ger tillit. På en punkt är de allra flesta lika, vi kan inte få nog av uppmärksamhet och uppskattning, något som inte alltid hinns med idag.

Kommer datorerna 2050 ta in kroppsspråk, doft, röstläge, hudfärg och allt annat vi tar in när vi möter en patient med oklara symtom? Kommer de att på några minuter klara av en kroppsundersökning som screenar mellan olika diagnosgrupper, liksom mellan farligt/ofarligt?

Det är viktigt att se att hantverk behövs i alla branscher, även de högautomatiserade. Så det är klart att läkare kommer att fortsätta behöva hantera patienter även 2050. Den stora skillnaden – om sjukvården gör samma resa som alla andra branscher – är att den största mängden rutinsjukvård sköts av personer hemma med hjälp av hemdiagnostik och expertsystem. Ytterligare en del av rutinsjukvården för patienter som är oroliga eller behöver motiveras till en ny livsstil kräver kanske mellanhanden mentorer. Ytterligare en liten del ska träffa läkare.

Vi tror att expertsystemet i datorer kommer att kunna ta hänsyn till allt ovanstående år 2050, men inte felfritt, precis som det inte finns någon felfri läkare idag. Men till skillnad från en allmänläkare idag så har datorn mer tid på sig, eftersom datorernas processkostnad kommer att vara försumbar. Datorerna kommer att ta den tid på sig som krävs för att ställa bästa möjliga diagnos. De är betydligt bättre än människor på att veta när tillräckligt mycket information finns insamlat för att kunna ställa en säker diagnos. Datorerna vet också hur säker diagnosen är. När diagnoser är osäkra kopplar man in läkare. Systemen blir därmed även en filterfunktion för vilken vårdprocess som ska aktiveras. Egenvård – mentor – allmänläkare – specialist, och givetvis alla andra professioner också.

Det kommer alltid finnas krissituationer där beslut kommer att behöva tas snabbt där det inte kommer att finnas tid att använda expertsystem. Men vi tror att i de allra flesta fall är det bättre att basera besluten på maximalt tillgänglig information än på en individuell läkares intuition och erfarenhet. Även om systemen år 2050 inte är bättre än den bästa läkaren som har sin bästa dag, så är det inte detta som patienter möter. Patienter möter genomsnittliga läkare som har genomsnittliga dagar. Ett fåtal patienter möter dåliga läkare som har dåliga dagar.

Datorerna har också obegränsat och perfekt minne. Expertsystemen kommer att ha tillgång till mycket som vården inte har tillgång till idag: en komplett sjukdomshistoria, överrisker och simuleringsmodeller av varje individ. Sensorer som analyserar utandningsluft och kroppsspråk kommer att finnas tillgängliga men inte användas hela tiden. I Sydkorea finns robotar i klassrummen som uppmärksammar när en elev ser uttråkad eller understimulerad ut, och påkallar lärarens uppmärksamhet. Dessa är givetvis idag rätt grova i sin funktion, men kommer förstås att förfinas.

Även när det finns en komplett sjukdomshistoria så har en läkare sällan tid att sätta sig in i detalj. Ett expertsystem kan göra det på bråkdelen av en sekund. Totalt sett kommer diagnoserna bygga på hundra eller tusen gånger mer data än vad de gör idag och därför vara mer precisa.

Men framförallt så kommer expertsystemen vara utformade

av läkare. Systemen kommer inte att vara dummare att de förstår att tillkalla mänsklig hjälp när en säker diagnos inte kan ställas eller när datorerna inte kan få den information som krävs. Liksom människor inte är ofelbara är inte system det. Men systemen har väsentligt mindre spridning i kvalitet, och implementerar ny kunskap eller riktlinjer på en bråkdels sekund.

Vår tro på expertsystem är inspirerad av Daniel Kahneman, 2002 års Nobelpristagare i ekonomi. I sin forskning har Kahneman visat på otaliga exempel hur vi som människor sätter för stor vikt på sin intuition och därför tar irrationella och felaktiga beslut. Enkla algoritmer och regler ger i många fall bättre resultat än de allra bästa experterna. Daniel Kahneman fick sitt Nobelpris i Ekonomi, men han är professor i psykologi och mycket av hans forskning har gjorts inom det medicinska området.

Vi tror att expertsystemen kommer att dominera diagnostiserandet även om inte många tror på det idag. Redan idag sköts 70 % av all omsorg av närstående. När det gäller sjukvård är procentsatsen väsentligt lägre men den är fortfarande betydande. Framtidens patienter kommer själva att ha tillgång avancerade expertsystem, de kommer att använda dem vare sig vårdetablissemangen vill det eller inte.

De kommer också ha tillgång till mätutrustning i hemmet och på arbetet som i många fall är mer avancerade än de som finns på sjukhusen idag. Tänk er själva vad en produkt som Scanadu (www.scanadu.com) efter 38 års produktutveckling kommer att klara av.

En tredje fråga är förstås viss typ av prevention, t.ex. screening. Att få reda på att om tio år kommer jag att få prostatacancer – gynnar det min psykiska och fysiska hälsa eller ej? Vilken vetenskap finns här?

En av författarna av inlägget har själv genom DNA-analys (23andMe) fått reda på att han har en stor överrisk att få åldersförändringar i gula fläcken. Om sjukdomen behandlas i tid blir patienten ofta helt återställd.

Vi tror att patienter kommer att välj att göra DNA-analyser men att de kommer individuellt välja vilka resultat de vill ha få. Vi tror att de flesta kommer att välja att få reda på sjukdomar som går att bota.

För andra sjukdomar är det inte självklart att patienten mår bäst av att veta i förväg att det finns överrisker (det är sällan så att överriskerna kommer att kunna översättas till exakta prognoser). Vi tror att en del patienter kommer att låta bara sjukvården få ta del av den informationen. (Redan idag är det vissa överrisker som 23andMe inte visar om man inte specifikt ber om dem.) Vad vi verkligen argumenterar för är den yttersta av personifierad vård, dvs. att olika personer ska hanteras olika. Man måste även ha modeller för vilka patienter som blir bäst motiverade och mår bäst av att veta, och vilka som inte gör det, och i vilken situation.

Vi hoppas att den utökade informationen om patienten ska kunna leda till mer precisa screeningar som i sin tur leder till att många sjukdomar kan behandlas långt tidigare än idag. Detta ger mindre lidande och frigör resurser för mer empati inom vården.

Vi tror att allmänmedicinen och primärvården kan genomgå en revolution om man arbetar med nytänkande och strukturerade experiment. Men dessa kan enbart göras av professionerna själva, med fokus på resultat i patienthälsa, uppfattning av bemötande och per capita-kostnad. Om man inte gör det kommer andra krafter att styra utvecklingen, och då blir det kanske inte den goda vården baserad på den professionella etiken och idéerna, utan i stället ekonomernas och administratörernas fokus. För vi tror att pengar och inte minst antal rätt utbildade kommer att bli en trång resurs om man fortsätter att jobba som idag. Detta utifråntryck måste hanteras.

Allmänmedicinarnas vardag kommer därför att bli mer av utveckling av de bästa metoderna och av medicinteknik, design av expertsystemen, utveckling av nya vårdprocesser och uppdatering av sättet att kommunicera med och möta patienter. Exakt hur det kommer att se ut vet ingen idag, men det kommer att bli en fantastiskt spännande framtid för allmänmedicinarna om ni väljer att ta ledningen för utvecklingen.

Anders Ekholm

Analyschef

Socialdepartementet

anders.ekholm@regeringskansliet.se

Egenvård med IT – hjälp till självhjälp

Paradigmskiftet i samarbetet mellan vård och patient består till stor del av att kroniker kommer att lära känna sina sjukdomar bättre än tidigare, att de kartlägger sina egna mätvärden och samband med sin behandling, och att de delar dessa data med vårderna och med sina likar och andra aktörer. Med aggregerade data som patienter samlar i sina nätverk kan de också hitta mönster och avvikelser som bygger kunskap kring vilka samband som finns. Det kan ytterligare stärka patienten att klara sin egenvård på bästa sätt.

Steg 1. Kronikern lär känna sin egen sjukdom

Patienten gör allt för att förbättra sin hälsa, minska besvär, förbättra sin funktion och kanske framförallt lära sig mer om sambanden. Detta har pågått för vissa kroniker under många år, diabetiker och astmapatienter är två exempel. Den som är plågad av sjukdom har i alla tider sökt vägar att förbättra läget. Det som är nytt är att det nu växer fram verktyg, samarbetsformer och metoder för att kartlägga och optimera sin behandling, såväl läkemedelsbehandling som icke-farmakologisk behandling.

Tekniken har gjort att den som idag får en kronisk sjukdom kan börja mäta de funktioner som visar hur det är ställt med sjukdomen. Data kan samlas för egen del för att upptäcka mönster respektive avvikelser och se vad som sker när patienten justerar sin behandling.

Exempel: Sara Riggare

Sara Riggare [1] har Parkinsons sjukdom. Hon letade efter något som så bra som möjligt följde hennes dygnsvariationer. Det visade sig att fingertappning i 30 sekunder via en applikation på mobiltelefonen på ett känsligt sätt varierade med hennes funktionsnivå under dagen. Hon tog då ut data och plottade dem jämfört med sina

Vem är Rikard Lövström?

Specialist i allmänmedicin och IT-konsult. Fyrabarnsfar och färfarmare med erfarenhet från glesbygdsmedicin och jeepläkeri. Arbetar för närvarande inom områdena läkemedel, infektionskontroll, varningsinformation, sjukintyg och beslutsstöd.

Deltar på området patientmedverkan i Vinnova-projektet Selfcare Academy som ska möjliggöra att patienter kan koppla ihop information om läkemedel och mätvärden för att få en överblick, bygga kunskap och dela med sig av den inom patientgrupper.

Har haft en rad projektledaruppdrag inom nationella vård-IT-projekt. Just nu verksam i Intygstjänster 2013 (Inera) och Nationell källa för ordinationsorsak (Socialstyrelsen).

Deltar i Vinnova-projektet Selfcare Academy för att bygga kommunikationslösningar för patienter att mäta och följa upp sina hälsoparametrar och relatera dessa till behandlingar med läkemedel m.m.



tablettintag för att se om hon kunde se något mönster.

Förutom att hon lärde känna hur hon själv fungerade, så lade hon märke till en dipp innan lunch. Hon flyttade då (i samförstånd med sin neurolog) 11.30-tabletten till 11.00 och lade till en till långverkande dos för att täcka upp det längre intervallet fram till 15.00-medicineringen. Precis som hon hoppats på försvann dippet och hon kunde fungera bättre.

Trots att Sara levat många år med sin sjukdom kunde hon alltså upptäcka nya saker med hjälp av strukturerad mätning och återkoppling samt förbättra sin behandling och må bättre.

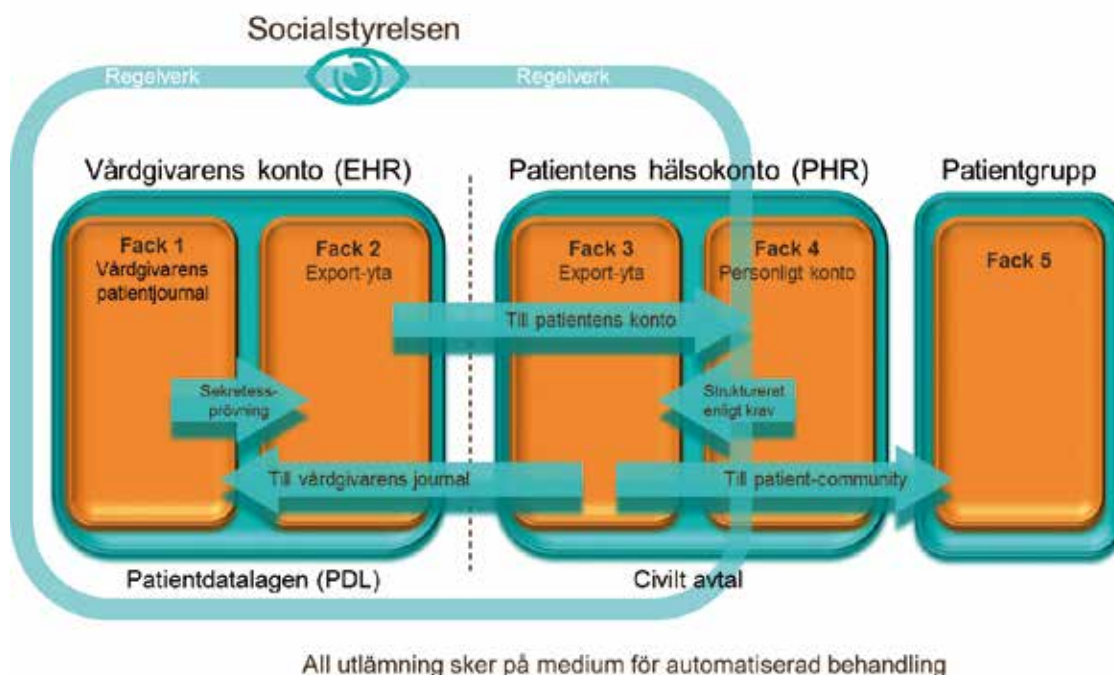
Steg 2. Kronikern och vårderna samarbetar med varandra

Synen på vård av kroniker går genom ett paradigmskifte där den kroniskt sjuka patienten behöver hjälp till självhjälp för att optimera sin hälsa och avlasta sjukvården.

Vi vet alla att ålderspyramiden inte talar till vår fördel i nuläget. Allt färre ska ta hand om allt fler äldre och vi lever allt längre med kroniska sjukdomar som sällskap. Detta bjuder in till en ökad kreativitet. Lyckligtvis sammanfaller detta med en ökad tillgänglighet av teknik och en ökad mognad hos allmänheten att ta till sig tekniken.

När kronikern lämnar konsultationsrummet vidtar den egna insatsen för att på bästa sätt fullfölja den behandling (läkemedel och icke-farmakologiska behandlingsmetoder) som vi gemensamt kommit fram till – patienten med sin expertis om sin egen situation och du eller jag som läkaren med sin unika kompetens och erfarenhet kring att handlägga de medicinska frågorna som uppstår för kronikern.

Här finns de fantastiska möjligheterna! Kroniker har i alla tider lärt sig mer och mer om sina sjukdomar, om hur läkemedlen bäst används, hur livet i övrigt



Din journal på nätet enligt EHR-PHR-modellen.

påverkas och påverkar den kroniska sjukdomen. Till exempel har diabetiker finjusterat insulindoseringar utefter hur de ätit, tränat, druckit alkohol eller vad som nu hör livet till.

Det pågår ett stort arbete runtom i landet med att pröva ut glukometrar som är tillförlitliga, lätthanvända och som kan skicka sina data till IT-lösningar för ett gemensamt beslutsunderlag när läkaren och patienten diskuterar [2].

Steg 3. Patienter samarbetar via sina nätverk

De formella och informella nätverk av patienter som funnits har nu också fått nya kanaler genom internet. PatientsLikeMe (PLM) [3] i USA har verkat sedan 2005 och byggt patientnätverk, letat medicinsk kunskap, gjort mätningar på sina patientgrupper mm.

En närliggande rörelse uppstod 2007, Quantified Self [4]. Den rörelsen har drivits av ett tekniskt intresse och intresse av att mäta saker på sig själva.

Ett exempel på vad hängivna patienter kan göra för att försöka hitta kunskap är den forskningsstudie som publicerades 2011 av Paul Wicks et al [5]. Motiverade patienter som arbetar med strukturerade data med forskningsmetodik kan hitta svar som mångdubbelt dyrare dubbel-

blinda placebokontrollerade undersökningar gör först långt senare.

Patientcommunities och öppna undersökningar är ingen ersättning för forskning med dubbelblinda placebokontrollerade studier. De torde kunna ses som ett intressant komplement och en möjlighet att med strukturerade data och engagerade motiverade patienter hitta tidiga indikationer på olika tendenser.

Den här utvecklingen kan vi dra nytta av i Sverige. Nu pågår arbetet med att bygga upp och sätta igång ett personligt hälsokonto (PHK), förmedla informationsutbyte över nätet (Journal på nätet) m.fl. satsningar [6, 7].

Vi kan påverka det genom att sätta oss in i pågående utveckling och uttrycka önskemål om hur vi vill att samarbetet ska se ut och hur patientens möjligheter ska kunna stärkas.

Hur kommer detta att påverka mig?

Du kan redan nu ta tillvara möjligheterna och påverka utvecklingen:

- Underlätta för att dina kroniska patienter ska hitta relevanta verktyg (mätmetoder, hjälpmedel, mobila applikationer osv.) för att lära känna sin sjukdom bättre.
- Kräv själv IT-stöd för att på ett ordnat sätt från patienten ta emot de relevanta

data som ni gemensamt kan ha som underlag för fortsatt planering.

- Förening din skicklighet med patientens insikter för att vägleda patienten till att klara sig ännu bättre på egen hand.

Rikard Löveström

Distriktsläkare och IT-konsult
rikard.lovestrom@gmail.com

Quantified Self är en global gräsrotsrörelse med människor som gillar att mäta biologiska signaler typ EKG, ECG, blodsocker, puls, blodtryck, vikt, kostintag etc. men också lite mjukare parametrar som hur man mår. Att hitta korrelationer i dessa data och därmed lära sig mer om sig själv och att visualisera för att visa andra är en viktig del i processen.

Referenser

1. Sara www.riggare.se
2. Equalis www.equalis.se/sv/start.aspx
3. Patients like me www.patientslikeme.com/about
4. Quantified Self <http://quantifiedself.com>. Quantified Self Stockholm www.quantifiedself.se
5. Wicks P, Vaughan TE, Massagli MP, Heywood J. Accelerated clinical discovery using self-reported patient data collected online and a patient-matching algorithm. *Nat Biotechnol.* 2011;29(5):411-4. doi: 10.1038/nbt.1837.
6. Personligt hälsokonto www.regeringen.se/sb/d/15065/a/199486
7. Journal på nätet www.lul.se/sv/Landsting--politik/Nyheter/Landstingets-ledningskontor/Startfor-patienters-tillgang-till-journaler-pa-natet/

Framtiden är ljus för allmänmedicinen

Patienterna klarar av sin hälsa själva genom all information som finns på Internet, ansåg Håkan Hedin i Medicinsk Access 2008 [1], och flera debattörer har stämt in under årens lopp [2]. Genom att studera sina symtom på nätet förväntas patienterna själva styra sin vård och söka ”rätt” organspecialist utan omvägen runt den okunniga allmänläkaren. Senast kom denna inställning till uttryck i Socialdepartementets skrift *Empati och high-tech* [3].

Är det verkligen den utvecklingen vi ser? Är det verkligen detta som kommer att hända? Har varje upplevt symtom en motsvarande organspecialist? Ger ”egen-vården” en ökad trygghet och ett minskat söktryck på landets jourcentraler och akutmottagningar?

Pålästa patienter

Den yngre generationens medelklassin-vånare börjar förvisso ha läst på innan de söker, och visst ställer de krav på vård och mediciner. Den utvecklingen är tydlig, men parallellt ses en påtaglig oro, en ångest för möjliga sjukdomar, som ökar behovet av undersökning och diskussion. För 15 år sedan tog varje konsultation 10 minuter – nu förs omfattande mer tidskrävande diskussioner. ”Yuppiegenerationen” söker sig allt mer till vården, med ökande krav på tillgänglighet och delaktighet i beslut om åtgärder. Skillnaden mellan ”yuppiepatienterna” och de andra – de unga, de ensamma, de lågutbildade, de äldre – blir allt mer uppenbar. Risker finns att primärvården blir en klassjukvård för de välbeställda, de friska och de medelålders med ohemula krav, alstrade av entusiastiska internetsidor där forskningsfynd, kommersiella produkter och ren reklam blandas. Denna ökade vårdkonsumtion tränger bort de gamla och riktigt sjuka. Någon tendens till sanering av internet går knappast att skönja, och skapar ju mest ett intryck av censur vid de tillfällen som försök görs. Det är värt



Illustration: Katarina Liliequist

att notera att det ofta är allmänläkare som verkar inom den mer konstruktiva delen av internet, till exempel landstingens informationssida 1177. Det är ett folkhälsoansvar som allmänläkare axlat i många år. Internets framväxt och innehåll är redan nu så rikligt att allmänmedicinen och primärvårdens innehåll borde ha påverkats mer. Utbildningar och patientinformation finns på nätet och onödiggör kanske traditionell patientutbildning, till exempel av diabetessköterskor.

Känslorna

Sjukdom skapar ångest och oro. Hotande symtom skrämmar. Inte minst kvällspresen uppmärksammar detta. ”Trötthet kan vara cancer – hosta kan vara astma”. Det är uppenbart att hälsoångesten ökar, eller åtminstone behovet att samtala med någon om oron. Allt fler söker just för oro. Ytterst handlar det om en existentiell ångest, med medicinska pålagringar. Den

vanligaste sökorsaken i primärvården är symtom som oroar, och som kan vara sjukdomar som kräver utredningar i enlighet med vårdprogram och algoritmer. De flesta prov som tas och många utredningar och remisser som skrivs är ”onödiga”. De leder ingenstans. ”Doktorn hittade inget”. Således klarar inte heller en specialist i allmänmedicin alltid att värdera symtomen korrekt. Hur mycket fler onödiga undersökningar och åtgärder kommer det att bli om utredningar ska styras av personer som kortfattat läst på nätet i stället för att ha genomgått en komplett läkarutbildning? Klarar sjukvårdens dimensionering detta, räcker pengarna till?

Utredningar [4] visar att uppemot 30 % av besöken består av ”MOS” – Medicinskt Oförklarliga Symtom. Termen presenterades av professor Lars Werkö, och belyser den mängd av pirningar, domningar och smärtor

som trots utredningar inte kan förklaras medicinskt. Tack och lov söker inte alla människor för dessa symtom. Speciellt tacknämligt är detta eftersom olika folkhälsoenkäter visar att 45 % av befolkningen har psykiatriska symtom och 65 % värk och smärta. Människans kropp är ingen maskin som efter enkla kontroller i manualen kan justeras!

Kostnader

Onödiga undersökningar, meningslösa labprover, remisser som inte leder någonstans. Tabletter som inte fungerar som förväntat, som ger outhärdliga biverkningar – allt detta kostar pengar för individer och samhälle. Uppmätta gränsvärden och tveksamma fynd som behöver utredas vidare skapar köer och skenande kostnader. Räknar vi sedan in allt som skulle kunna behandlas får vi en sjukvårdsekonomi som skenar. Pengarna kommer inte att räcka, och hur ska de då prioriteras? Allt detta jobbar allmänläkaren med dagligdags och sedan generationer tillbaka. Om inte allmänläkaren funnes så skulle denna funktion behöva uppfinnas. Allmänheten kommer att fråga efter oss för att reda ut vad som händer och hur man ska prioritera bland

alla mediciner. Politikerna kommer att efterfråga oss för att få hjälp att välja mellan den specialiserade vårdens oförenliga krav och önsknings. Organspecialisterna behöver oss för alla gränsfall.

Drömmen om rationaliteten och mätvärdenas tyranni

Tänk vad svårt det är att leva, tänk vad enkelt det vore om man kunde slå upp ett vårdprogram, plotta in ett eller annat mätvärde och få fram ett facit som löser problemen. Tänk att inte sjukvården – eller internet – löst detta under alla år sedan Hippokrates tid. Det yttersta beviset är väl ändå tillväxten av alternativmedicinen och alla bloggar som ena året kräver läkemedel åt alla, för att nästa år kräva skadestånd för okända biverkningar. Alla vårdprogram och riktlinjer – all evidensbaserad vård – måste individanpassas. Individens förväntningar och farhågor – öppna och undermedvetna – måste vägas in och samtalas om.

Beslutsfattare må försöka avskaffa allmänläkaren, men behov av generalister i sjukvården kommer att finnas kvar. Vi kan vara övertygade om att såväl patienter som sjukhusspecialister kommer att efterfråga vår kompetens, oavsett om vi

blir kvar inom den offentliga sjukvården eller kommer att organisera oss och finansiera verksamheten på nya sätt.

Framtiden är ljus för allmänmedicinen även om internet, liksom läskonsten en gång, kommer att påverka våra arbetsvillkor.



Robert Svartholm
Björknäs vårdcentral, Boden
polarull.svartholm@telia.com

Referenser

1. Hedin, Håkan. Krönika. Medicinsk Access 8/9 2008
2. Larsson P-G. Dags att skrota allmänmedicinen. Dagens Medicin 2011-09-19
3. Empati och high tech. Delresultat från LEV-projektet. <http://www.regeringen.se/sb/d/16622/a/204552> (mars 2013)
4. Werkö L. Medicinskt oförklarliga symtom (MOS). Allmänmedicin 2003;24:136-9.

Vad kan en innovativ och produktiv akademiker bidra med?

Primärvård 2050 – finns den och vad gör vi i primärvården då? Det enda vi vet är att mycket vi gör idag kommer vi att göra annorlunda. En del vi gör idag kommer vi inte att göra alls, och en del känner vi inte ens till ännu. Enligt Regeringskansliets utredning "Empati och high tech" gör vi ingenting – vi finns inte utan är ersatta av ett batteri av avancerade hemmatestar med IT stöd om råd och dåd (med inbyggd IT-empati får man utgå från), multipro-

fessionella mentorer att ta till om det behövs och en stor skara än mer än idag superspecialiserade organspecialister som rycker in när systemet säger att det krävs. Förutom hemmatestar så ska det finnas testbatterier lite här och där ute i samhället, bland annat på pendeltågstationerna där man uppenbarligen räknar med att tidtabelltrasslet inte ska vara löst ännu utan medborgarna ska kunna använda väntan på nästa transport till att kolla om man är riktigt frisk egentligen.

Däremot kommer naturligtvis medborgarna och de av dem som är patienter att vara oändligt mycket mer pålästa framför allt över Internet än idag. Alla doktorer måste förstå att det är till stor hjälp och inte ett kompetenshot. Tester hemma och här och där blir bergsäkert tillgängliga – och säkert mer pålitliga än de som finns idag. Organspecialisterna kommer att vara än mer nischade – kunskapsmassan och den sannolikt minskade arbetstiden (även läkare kommer nog



"Ett liv där alla doktorer är superspecialister är nog inte värt att leva, och inte att dö i heller för den delen."

att odla andra fritidsintressen än att läsa facklitteratur...) som står till förfogande för kompetensutveckling kräver detta.

En stilla undran är här om det inte i stället är en del organspecialister som skulle kunna ersättas med digital teknik som den förutses kunna fungera – massor med indata och strikta vårdprogram för distinkta sjukdomar borde vara mumma för intentionen.

Utredningen har dessutom vad gäller forskning fastnat för de mycket mer utvecklade systemen som journalintegrerade kvalitetssäkringssystem och överhuvudtaget de ännu obegripliga möjligheterna (ingen sarkasm här – det är ännu omöjligt att greppa) som informatikutvecklingen ger. På så sätt kommer den tillämpade forskningen att accelerera. Men man har uppenbarligen inte förstått att då forskar man på hur redan kända saker optimeras och implementeras. Grundforskning samt *randomized controlled trials* verkar man tro blir onödiga utan att förstå att då stannar utvecklingen upp. Att synka olika försörjnings- och vårdgivares insatser vill vi inte vänta på till 2050, utan som längst till 2015...

Nå vad tror vi själva är rimligt? Jag läste just Marcej Zarembas artikel i DN om Herr Gösta B som det på det Stora Sjukhuset gick åt 82 superspecialister för att få död på! Fler sådana per patient och mer hemma-hos-datorer tror jag inte är hälsobringande för det stora flertalet. High tech-utredaren verkar även ha noll koll på hur det redan idag glappar mellan det ibland relevanta och ibland irrelevanta kunskapsflödet från nätet och från diverse tester som påvisar viss ännu ej upplevd skröplighet, och vad det betyder för upplevd ohälsa. Även om dessa informationsflöden kommer att ha en mycket bättre kvalitet så...empati är ju ett av ledorden, och jag övertygad om att allmänläkaren är dem mest lämpade att stödja, leda, bota och trösta patienter evidensbaserat och med empati.

Det är visat gånger många, bl.a. av Barbara Starfield, att ju mer civiliserade samhällen, desto mer behövs en första linjens professionell sjukvård för ökad hälsa och minskad mortalitet. Att avskaffa den saknar helt enkelt evidens, utom möjligen i huvudet på unga friska IT-frälsta utredare. Tant Signe i Öregrund har helt andra behov, och Marja i Rinkeby med...

Nå, femtio år framåt är svårt överblicka, men man kan ju inte hoppa över de närmsta tio bara för det. Primärvården måste dels klara av en större del av sjukvården än idag, bl.a. med hjälp av den teknik som Utredaren beskriver, och även vara patienternas empatiske mentor när superspecialisterna kör igång sin nödvändiga del av vårdapparaten. Kraven på hela vårdkedjan gör att primärvårdslänken då inte kan tas bort utan tvärtom måste stärkas. Superspecialiseringen ställer redan idag till det på så sätt att organspecialister pga. sin mindre bredd inte kan bemanna jourlinjer eller bredare återbesöksmottagningar ens i storstäderna, för att inte tala om i de resterande 90 % av landet.

Ska vi i primärvården vara med på banan i jobbet måste vi vara med att ta fram kunskapen som behövs därtill, dvs. forska. Att forska är ett gediget och livsnödvändigt hantverk som inte kan utföras på konsultbasis och inte inom områden man inte känner till. Ett arbete som måste integreras i vårdens vardag – i framtiden än mer än nu. Vårdens utveckling stannar av om vi bara förpackar och sprider det som vi redan vet. På längre sikt måste vi i primärvården ta fram ny kunskap och forska. Och vi behöver studera både människans och sjukdomarnas vandring genom vårdapparaten. Vad som t. ex. ska stå på internet som patienterna läser.

I Stockholm ansvarar Centrum för Allmänmedicin, CeFAM, för akademisk och produktionsinriktad utveckling av primärvården. CeFAM är samägt av landstingen och universitetet. Utvecklingen av

CeFAM och de akademiska vårdcentralerna, AVC, är ett win-win-koncept för alla, för primärvården, patienten och för sjukhusen. Kartan är snart lagd. Under 2013 kommer åtta AVC att vara på plats. Det gör att hela primärvården i Stockholms läns landsting kommer att omfattas, och mycket av CeFAM:s decentraliserade aktiviteter blir mycket enklare att få till och få effekt av. Då kan vi bygga åtta samverkande nav. Ett ensamt AVC kan aldrig hålla universitetsstatus. På Karolinska Institutet går tongångarna mer mot kraftsamling. Men med ett starkt CeFAM i ledande roll, med en stark inre forskningsmiljö kombinerad med starka AVC-plattformar ute på klinikerna, då kan vi lösa detta Columbi ägg. CeFAM behöver också samspela med andra akademiska intressenter – ensam är inte starkast, och det gäller även oss.

Och si – den kunskap som kommer fram ska implementeras på effektivast möjliga sätt. Vi vet alla att till detta krävs all den erfarenhet och kommunikation som kan uppstå mellan en empatisk generalist och en sökande eller otrygg patient. Jag är övertygad om att Utredaren delvis har huggit i fel sten – det är den sista biten han inte förstått behovet av för en god sjukvård och folkhälsa. Ett liv där alla doktorer är superspecialister är nog inte värt att leva, och inte att dö i heller för den delen.



Lars Agréus
Professor
CeFam, Stockholm
Lars.Agreus@ki.se

Framtidens allmänmedicin öppnar för individualiserad prevention, diagnos och behandling

De enskilda faktorer som orsakar störst sjukdomsbörda och förtida död i västvärlden är rökning och hypertoni följt av, i nämnd ordning, fetma, alkohol och fysisk inaktivitet/låg fysisk aktivitet [1]. Andra sjukdomar som har höga DALY-värden (DALY = disability-adjusted life year) är lumbago, kranskärlssjukdom, stroke, depression, lungcancer och missbruk. Med en åldrande befolkning och en mer osäker ekonomisk bas i hela västvärlden liksom i Sverige kommer det att krävas ett mera effektivt utnyttjande av de begränsade resurserna. Detta är en utmaning för det hälsofrämjande arbetet och hälso- och sjukvården regionalt och nationellt. Framtidens utmaningar i sjukvården som helhet kommer inte att skilja sig från de utmaningar som väntar primärvården. Jag vill hävda att det mest effektiva sättet att använda resurserna är i primärvården, som under en treårsperiod möter i stort sett hela befolkningen. Primärvården har dessutom ett unikt helhetsgrepp på patientens mentala och fysiska hälsa och hans/hennes sociala omgivning. Om allmänläkaren dessutom får möjlighet att utnyttja den senaste utvecklingen inom medicinsk forskning får han/hon fantastiska verktyg som kan understödja såväl det hälsofrämjande arbetet tidig diagnostik som korrekt behandling för den enskilda individen.

Preventivt arbete är komplicerat och det kan vara mycket svårt för den enskilde allmänläkaren att övertyga en patient om att t.ex. sluta röka och/eller börja träna. De vetenskapliga studier som hittills har bedrivits har skett på grupp-nivå. Dvs. gruppen rökare är i genomsnitt sjukare

än gruppen icke-rökare. Samma sak gäller för skillnaden i hälsa mellan fysiskt inaktiva och fysiskt aktiva. När det gäller patienten som individ kan man dock tänka sig att han/hon inte kommer att drabbas av sjukdom och därmed inte vara mottaglig för allmänläkarens råd. De flesta människor har ju i sin bekantskapskrets personer som levt hälsosamt men ändå dött unga av sjukdom och/eller mött personer som levt ohälsosamt men trots detta fått ett långt och friskt liv. Vidare kan det vara problematiskt att behandla t.ex. hypertoni. Många patienter svarar inte som förväntat på behandlingen och/eller får biverkningar som leder till att patienten avbryter behandlingen. Med individualiserad medicin (personalized medicine) kan allmänläkaren dock komma längre i sitt arbete. Med hjälp av biomarkörer och kartläggning av den enskilda individens genvarianter samt avancerad smartphone-teknologi kommer allmänläkaren att kunna skraddarsa sin prevention och behandling med den enskilda patienten i centrum.

Primärvården och specialiteten allmänmedicin står inför sin största utmaning någonsin genom den mycket snabba utvecklingen av forskningen inom "genomics", "proteomics", "metabolomics", och "pharmacogenomics". Detta kommer att innebära ett paradigmskifte inom både förebyggande vård, diagnostik och behandling och ge stora möjligheter och verktyg till alla allmänläkare som vill arbeta med ett fokus på individens unika egenskaper. Generellt sett är individualiserad medicin ett försök att syntetisera kunskap utifrån en individs arvsmassa, familjehistoria, kliniska historia, och

riskfaktorer i miljön för att individualisera förebyggande vård och behandling av sjukdom [2]. Individualiserad medicin används redan idag vid t.ex. behandling av kronisk myeloid leukemi, där patienter som inte svarar på standardbehandling genomgår DNA-sekvensering för att särskilja mutationer lämpliga för läkemedelsbehandling från dem som kräver benmärgstransplantation.

Det är utomordentligt viktigt att allmänmedicinen och primärvården deltar i utvecklingen av individualiserad medicin eftersom vi har bästa förutsättningarna att se helheten. Vår roll som uttolkare, rådgivare och därtill utredare och sammanhållande läkare för våra patienter är viktigare än någonsin i den snabba utvecklingen som pågår av vården. I framtiden kommer specialistutbildningen i allmänmedicin sannolikt att förändras i grunden där inslag som IT-medicin, molekylärbiologisk/genetisk diagnostik och etik kommer att ingå.

Idag kan man i USA analysera hela genomet för endast ca 1000 USD. Inom läkarutbildningen har Stanford University börjat ge en spännande kurs i individualiserad medicin där studenterna skickar in sitt kompletta genom.

Stanford utbildar sina läkarstudenter i teknologi, etik och kommunikation och om hur känslig komplex information om patientens arvsmassa ska integreras och kommuniceras i klinisk praxis. Det stora vårdkonsortiet Kaiser Permanente i USA arbetar redan med individualiserad medicin. Kaiser Permanente rekryterar allmänläkare som aldrig förr och har börjat arbeta utifrån helt nya koncept. De har kompletta elektroniska journaler som an-





Foto: Bertil Kjellberg

vänds i forskning. På Kaiser Permanente med sina 9 miljoner patienter och deras familjer finns individens och familjens sjukhistoria, diagnostik, uppföljningar samt levnadsvanor noggrant registrerade i deras journalsystem. På 100 000 patienter har man gjort kompletta genanalyser kopplade till strukturerade journaldata. Kaiser Permanente har byggt upp egna forskningsavdelningar som arbetar nära de stora universiteten för att ligga i framkanten i prevention, diagnos och behandling.

Inom primärvården har vi sedan länge traditionen att utifrån patientens egna förutsättningar förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomar genom den kunskap vi har om patientens resurser, familjeförhållanden, arbete och livsförlopp. I januarinumret av Metabolism skriver forskarna Tremblay & Hamet [3]: *"Individualiserad medicin som är baserad på kunskap om den enskilda patientens arvs massa kräver likaledes viktig individualiserad miljöinformation om levnadsvanor samt förståelse för individens förmåga till hälsofrämjande beteende"*.

I den revolutionerande utveckling av vården som redan pågår kommer primärvården att få en betydligt starkare roll p.g.a. att allmänläkaren möter patienten i ett tidigt skede. I den snabba utvecklingen öppnar sig möjligheter för att betydligt säkrare prediktera och diagnostisera sjukdomar och dessutom att kunna förebygga och behandla sjukdom på ett helt annat sätt än tidigare, nämligen genom utnyttjandet av nya diagnostiska tester.

Allmänläkaren kommer att kunna individualisera och skraddarsy det förebyggande arbetet i samråd med sin patient. Detta innebär ökad patientmakt där patienten själv tillsammans med allmänläkaren avgör inriktningen och omfattningen. Redan idag vet vi att inte alla patienter med diabetes har nytta av t.ex. fysisk aktivitet eller fiberrik kost. De diabetespatienter som har en genvariant som svarar bra på fysisk aktivitet kommer i framtiden att erbjudas fysisk aktivitet på recept medan andra föreslås äta mera fibrer. En mera riktad medicinering mot högt blodtryck eller höga blodfetter kommer också att kunna ske.

Detta skulle innebära att vi sparar tid, pengar och mänskligt lidande. När t.ex. läkemedel förskrivs, kommer allmänläkaren att kunna använda genetiska tester för att förutspå hur individer kommer att svara på läkemedlet och hur man ska undvika toxiska biverkningar och dosera läkemedlet mera ändamålsenligt. Ett exempel på framgångsrik "pharmacogenomics" är FDA:s godkännande av genetiska tester som kan förutsäga lämplig startdos av Waran. Ett sådant verktyg – om svaret kan fås snabbt – kommer att underlätta för allmänläkaren att sätta in rätt dos av Waran. Det förutspås att om 5–10 år kommer hälften av alla recept vara baserade på genanalyser [4].

Vi kommer snart att på ett säkert sätt även kunna bestämma interaktionen mellan gener och miljö. Studier av gen-miljö interaktioner syftar till att beskriva hur gener och miljö/omgivningsfaktorer tillsammans påverkar utvecklingen av sjukdomar. Hur påverkas patienten av sitt närområde – familj och bostadsområde? Är vissa individer mera genetiskt sårbara än andra?

Vid Centrum för Primärvårdsforskningen i Lund deltar vi i den snabba utvecklingen och det pågående paradigmskiftet i vården genom att starta forskning på så kallade gen-miljöinteraktioner men även genom att vi studerar sambandet mellan olika slags microRNA och psykisk ohälsa och hjärtsjukdomar. Målet är att bidra till att allmänläkaren i sin hand kommer att få verktyg för att ställa exakt diagnos med hjälp av förståelse för patientens unika genetik och biologi, sociala och kulturella sammanhang och att i samråd med patienten lägga upp en etisk handlingsplan. Vill t.ex. patienten veta om sina sjukdomsanlag? Hur ska man resonera för sjukdomar som inte går att bota?

Förutom den snabba molekylärbiologiska utvecklingen har även en oerhört snabb teknisk utveckling skett. Sedan s.k. smartphones introducerades har dess användningsområde inom sjukvården ökat rekordsnabbt med mer än 13 600 appar varav 32 är godkända av FDA. Idag skriver många läkare ut appar istället för

" Framtidens forskning inom primärvården är redan här "

mediciner. Patientens medinflytande ökar lika dramatiskt. Det finns flera appar som kan vara ett stöd i det hälsofrämjande arbetet. Appar kan vara till hjälp också i den individuella behandlingen för tidig diagnos och behandling båda vad avser riskfaktorer som sjukdomar. I USA finns det idag även appar till smartphone som kan mäta blodsocker icke invasivt med hjälp av ett plåster på huden som skickar trådlösa signaler om blodsockernivåer. Det innebär att patienter med diabetes på ett enkelt sätt kan läsa av sitt blodsocker efter ansträngning, måltid, stillasittande och skicka resultaten till sin allmänläkare och i samråd med denne justera medicinen. På samma sätt kan patienter med arytmier enkelt ta ett tum-EKG, dvs. hålla tummarna mot smartphonen och sedan skicka sitt ekg till sin läkare. Det finns även möjlighet att i framtiden använda smartphonen för hjärteko och blodtryck. Forskning pågår för att via smartphonen fånga upp metabola förändringar som kan tyda på annalkande hjärtinfarkt.

Framtidens forskning inom primärvården är redan här. Därför bör primärvårdens forskare ta ledningen i eller vara delaktiga i forskningen inom "genomics", "proteomics", "metabolomics", och "pharmacogenomics" samt inom IT-medicin (smartphones) och arbeta tvärvetenskapligt inom universitetet, regionalt, nationellt och internationellt. Det finns här ett stort utrymme för allmänmedicinsk forskning inom det nya paradigmet om konsultation, kommunikation, etik, hälsoekonomi, och hälso- och sjukvårdsforskning. Miljöfaktorer (familj och bostadsområde), levnadsvanor, patientens och familjens sjukhistoria, patientobservationer, patientjournal data kombinerat med biomarkörer måste integreras och bör beforskas med allmänläkarens unika helhetssyn på patienten. Här finns behov av både kvalitativ och kvantitativ forskning.

Dessutom finns det ett stort behov av praxisforskning hur (arkitektoniskt och funktionellt) den moderna kliniska all-

mänmedicinska mottagningen och konsultationen ska se ut i framtiden då man inkluderar det nya kring individualiserad medicin och IT-medicin. Framtidens blivande allmänläkare kanhända hellre sitter tillsammans i kontorslandskap för diktering och fortlöpande kollegialt utbyte medan patientrummen är separata. Det finns heller inga hinder för att den individualiserade allmänmedicinen kan låta sig kombineras med grupp-mottagningar. Även detta kan beforskas – ja allt som är relevant från patient läkarmötet/konsultationen till frågeställningar som emanerar i den kliniska myllan är allmänmedicinsk forskning.



Jan Sundquist

jan.sundquist@med.lu.se

Centrum för primärvårdsforskning (CPF) startade 15/10 2008 och är ett unikt samarbete mellan Lunds Universitet och Region Skåne som leds av en partssammansatt styrelse. Uppdraget är att driva en bred allmänmedicinsk forskning som samtidigt går på djupet i viktiga strategiska forskningsområden som är relevanta för de stora folksjukdomarna.

Ytterst handlar det om att ge ett vetenskapligt underlag för bättre hälsa och välbefinnande hos primärvårdens patienter. CPF använder primärvården som bas för att driva allmänmedicinsk forskning som ligger i den internationella frontlinjen.

Vid CPF finns bl.a. fyra professorer och tre lektorer i allmänmedicin, två gästprofessorer samt tre professorer i socialepidemiologi och hälsoekonomi. Under 2012 publicerade forskare vid CPF 118 artiklar i internationella tidskrifter. Vi sätter ett stort värde i ett aktivt utbyte av kunskaper mellan grundforskning, epidemiologi och patientnära forskning. 2011 startade CPF ett experimentellt laboratorium för att studera de molekylära och fysiologiska mekanismer som ur ett genetiskt-, epigenetiskt- och miljöperspektiv påverkar sjukdomar som behandlas inom primärvården.
www.cpf.se

Referenser

1. Christopher J L Murray et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197–223
2. Chen R, Snyder M. Personal omics profiling reveals dynamic molecular and medical phenotypes. *Cell*. 2012 Mar 16;148(6):1293–307.
3. Tremblay J, Hamet P. Role of genomics on the path to personalized medicine. *Metabolism*. 2013 Jan;62 Suppl 1:S2–5.
4. Tremblay-Servier M. Personalized medicine: the medicine of tomorrow. Foreword. *Metabolism*. 2013 Jan;62 Suppl 1:S1.

KD:s sjukvårdspolitiske talesman: primärvård behövs även i framtiden!



Anders Andersson träffar SFAMs styrelseledamot Anna Drake
Foto: Gösta Eliasson

Han är Kristdemokraternas talesperson för hälso- och sjukvårdsfrågor, heter Anders Andersson, är född i Värnamo och bor tillsammans med hustrun Lena i Järforsen, ett litet småländskt industrisamhälle i Hulstfreds kommun. Mellan 2002 och 2006 var han landstingsstyrelsens ordförande i Kalmar län men är numera riksdagsman och ledamot i riksdagens socialutskott. Anders Andersson berättar att han också sitter med i Socialstyrelsens insynsråd.

Vad är ett insynsråd?

– Det är ett sorts bollplank till generaldirektören som ska spegla politik och samhällsliv. Syftet är att ge insyn, få information och kunna följa myndighetens arbete. Rådet utses av regeringen och fungerar som en kommunikationsväg mellan arbetsliv, politik och myndighet.

Vilka sitter i rådet?

– Bland annat Marie Wedin, läkarförbundets ordförande, Anders W Jonsson, vice partiordförande för centern och Karl Erik Olsson, SPF.

Hur nöjd är du med dagens primärvård? På en skala från ett till fem?

– Det blir en fyra i så fall.

Varför inte en femma?

– Det finns fortfarande en tillitsbrist i primärvården, mellan medarbetare och befolkning. Främst beror det på den bristande kontinuitet och tillgänglighet vi haft tidigare. Det gör att många patienter som kan få hjälp för sina problem på vårdcentralen ändå anlitat sjukhusens akutmottagningar. Det är ett

Anders Andersson

Ålder:	58 år
Yrke:	Politiker
Bor i:	Järforsen, Hulstfreds kommun
Familj:	Hustrun Lena och tre vuxna barn
Favoriträtt:	Taco-buffé
Fritidsintressen:	Skogsvandring och speedway
Trivs bäst med:	Lördagsmorgonen, med frukost och tidning
Ogillar mest hos andra:	Girighet
Antal lediga kvällar denna vecka:	1
Det bästa i KD:s partiprogram:	Föresatsen att aldrig förlora fokus på den enskilda människan!

problem, inte bara sjukvårdsekonomiskt. Det medför också nackdelar för patienterna, för om de hamnar på fel vårdnivå finns risken att man inte får den vård man är i behov av.

Hur har vårdvalet påverkat bristen på tillit?

– Tillgängligheten har ökat. Kontinuiteten är fortfarande inte optimal, men den ökar. Valmöjligheten gör att patienterna i större utsträckning stannar kvar hos den doktor eller vårdcentral de valt. Vårdvalsmodellen tror jag kan skapa mer tillit än tidigare system, men det kan ta lång tid att bygga upp ett förlorat förtroende.

Låt oss nu prata framtid. I Socialdepartementets skrift "Empati och high tech" beskrivs hur sjukvården kan se ut 2050. Tekniken sägs då ha kommit så långt att patienterna utreder, diagnostiserar och behandlar sig själva i hemmet och att vårdcentralerna kommer att försvinna. Hur ser du på det scenariot?

– En del uppfattar skriften som ren provokation, men det gör inte jag. Jag tror att man försöker få igång en diskussion om hur vi ska hantera alla de problem som väntar i framtiden med fler äldre, mer avancerad teknik och fler behandlingsmöjligheter trots begränsade resurser.

Menar du att tekniken kommer att ersätta första linjens vård?

– Nej, de tekniska innovationerna får absolut inte styra hur sjukvården ska se ut. Fler händer behövs i sjukvården. Idag upplever nästan all sjukvårdspersonal tidsbrist och att de inte kan ge patienterna den mänskliga kontakt och empati som de behöver. Men om vi låter tekniken ta över vissa enklare rutingöromål så frigörs ju tid och då får personalen ökade möjligheter till både närvaro och empati.

Du håller alltså inte med om att allmänläkarna kommer att vara utdöda om 40 år?

– Nej absolut inte! Jag ser primärvården som hälso- och sjukvårdens nav runt vilket all annan sjukvård kretsar. I framtiden kommer den sannolikt att få ännu större betydelse. Inte minst för morgondagens 90-åringar, som när det gäller vårdbehov kommer att motsvara dagens 80-åringar.

Tror du att äldre och multisjuka kommer att få det bättre i framtiden?

– Ja, det tror jag. Folk säger ofta att det var bättre förr, men tänk på hur det var för 40 år sedan! När det gäller vård och omsorg har mycket blivit bättre. Skalar man bort retoriken runt detta, så inser man t ex att merparten av multisjuka äldre har fått en bättre livskvalitet.

I "Empati och high tech" talar man om mentorer med kompetens som kurator, yrkesvägledare, försäkringskassehandläggare, primärvårdsläkare, arbetsförmedlare, biståndsbedömare, sjukgymnast och personlig tränare, allt i samma person. Mentorerna ska också vara särskilt tränade för att bemöta oro och ångest.

– I verkligheten är det inte alls så att man kan slå ihop alla dessa funktioner. Varje profession har sina unika uppgifter och jag vill poängtera att god primärvård bygger på hög kompetens hos alla medarbetare. Kanske kommer uppgifterna att förändras i takt med nya diagnos- och behandlingsmetoder. Men den som behöver läkarvård ska i första hand kunna få den av en allmänläkare. De grundläggande värderingarna kommer att vara desamma i framtiden som idag och ett av de viktigaste värdena är tilliten till sjukvårdssystemet.

Vad måste göras för att primärvården ska få en femma i betyg?

– Förbättringsarbetet måste komma underifrån, från vårdcentralsgolvet. Med direktiv och kommandon uppifrån blir det sällan som man tänkt sig. Förändringsviljan kommer när man följer upp vården och använder resultaten för öppna jämförelser.

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se;

Annons

Den osynliga smärtan, empati och high tech

"En stark tilltro till att tekniken ska lösa våra problem kan ses genom historien"

Anders Ekholms rapport "Empati och high tech" var både roande och oroande, men samtidigt lite för svepande och spretig för att kännas vare sig riktigt innovativ eller provokativ. Däremot fyller den säkert syftet att inspirera till att börja fundera över de utmaningar som den framtida hälso- och sjukvården står inför. Detta innefattar förstås även ett ifrågasättande av allmänmedicinens roll och hur den behöver utvecklas för att vara med och möta framtidens behov.

Jag oroar mig över rapportens syn på de sjukdomstillstånd som inte syns, men som likväl finns och som skapar stor ohälsa. Rapporten ger inte dessa tillstånd den medicinska tyngd som de antagligen kommer att förtjäna även år 2050. I min allmänmedicinska värld är det en del av specialistens själ att se och hantera de sjukdomstillstånd som faller mellan specialiststolarna. Avsaknaden av en specifik diagnos behöver inte innebära att det rör sig om ett icketillstånd eller en psykosocial ohälsa. Inte sällan rör det sig om sjukdomstillstånd som måste förstås utifrån ett komplext biopsykosocialt perspektiv, där allmänläkaren tillsammans med teamet av olika professioner i primärvården kan svara för ett samlat omhändertagande. Det är svårt att se hur rapportens supermänniska till mentor skulle kunna hantera dessa problem, oavsett hur utvecklad dennes empatiska förmåga är och vilka högteknologiska expertsystem som finns till stöd.

Långvariga smärttillstånd är vanliga och ofta leder inte ens noggranna undersökningar till fynd som fullt ut förklarar smärtan och lidandet, varför bara en liten del av de drabbade kan få en diagnos. Även för de som får en diagnos kan den

Vem är Stefan Bergman?

Jag började intressera mig för smärta redan under underläkaråren och än mer efter specialistexamen i allmänmedicin 1991. Startade forskningen kring utveckling av smärta och hälsa i den allmänna befolkningen 1993 och disputerade 2002. Hade redan då sedan flera år närmat mig reumatologin och Spenshults sjukhus som allmänläkarkonsult och genom forskningen. Sedan 2007 är jag forskningschef vid FoU-centrum Spenshult, som är en fristående stiftelse, instiftad av Reumatikerförbundet. Forskningen har under senare år breddats till hela rörelseorganfältet med en tvärprofessionell inriktning och fokus på betydelsen av livsstil och personcentrerad vård. Parallellt har jag även engagerat mig i den vetenskapliga uppföljningen av en hel födelsekohort halländska barn, och jag jobbar regelbundet med BVC på vårdcentral. Mycket ute i primärvård och utbildar om smärta. Drar snart, tillsammans med forskare från Uppsala, igång en nationell primärvårdsbaserad studie kring stegvis insats vid smärta.



bakomliggande orsaken fortfarande vara höljd i dunkel och diagnosen ifrågasatt, vilket även leder till att smärtan och lidandet blir orättfärdigt ifrågasatt. Så är det till exempel för dem som får diagnosen fibromyalgi och i ännu större utsträckning för de mångdubbelt fler som har en långvarig generaliserad smärta utan diagnos. Dessa patienter kommer antagligen även i framtiden att ha träffat både superspecialister och värderats av expertsystem utan att man helt har kunnat fånga den komplexa situationen. Den som inte har något specifikt som passar in i den diagnostiska algoritmen kan inte heller få en specifik terapi. Även om vi kan hoppas på att forskningen efter hand pekar ut ett antal nya behandlingsbara smärtmekanismer, så kommer dessa

sjukdomstillstånd antagligen fortfarande att vara komplexa i sin natur och kräva ett flerprofessionellt omhändertagande.

Det finns starka krafter av alternativa aktörer som använder ny teknik för att nå ut och skapa legitimitet för idéer om orsaker till smärta och annan ohälsa och hur detta ska behandlas. Rapporten ser rätt positivt och okritiskt på dessa alternativ. Precis som i rapporten pratas det i dessa sammanhang ofta om "obalans" utan att det finns något kunskapsunderlag bakom påståendena.

Det är en mycket liten del av befolkningen som står för en stor del av ohälsan. Ett ständigt monitorerande av långvarigt friska är knappast rationellt. Vad vi istället behöver är nya metoder att tidigt

fånga upp de mer sårbara individerna och utveckla metoder att möta deras ökade sjuklighet. Smärta, trötthet och känsla av ohälsa föregår inte sällan svåra sjukdomstillstånd som kräver sjukhusvård. Samtidigt riskerar dessa symtom att avfärdas som mindre allvarliga besvär. Detta ställer stora krav på den grindvakt och mentor som ska hjälpa den framtida medborgaren att tolka sina symptom och alla de mer eller mindre seriösa förslag till åtgärder som presenteras. Kan det vara så

att den bästa mentorn är en empatisk och kunnig allmänläkare, som dessutom samverkar med ett team av andra professioner som tillsammans arbetar proaktivt för att förebygga sjukdom och tidigt fånga upp potentiellt allvarliga sjukdomstillstånd?

En stark tilltro till att tekniken ska lösa våra problem kan ses genom historien, men vi kan också se hur ny teknik skapat sina sjukdomar. Livet utsätter oss ständigt för belastningar, och kroppsliga sensationer är en del av vardagen. Mo-

nitorering och återkoppling av hälsotillståndet uppfattas möjligen positivt av en del, men kan det kanske också skapa sina egna symtom och sjukdomar?

Det är min förhoppning att jag år 2050 lyckats koppla ner mig från den ständiga monitoreringen av obalans, kunnat pensionera min mentor och som en pigg nittioplussare får njuta av mina vinylskivor i balans med tillvaron.

Stefan Bergman

Docent, Spenshults sjukhus
stefan.bergman@spenshult.se

Annons

Framtidens sjukvård: Generalisterna sitter på pengarna

LEV-rapporten "Empati och high tech" är en framtidsfantasi och ska inspirera oss att utveckla sjukvården mot att öka produktiviteten per krona samtidigt som befolkningen ska bli mer lyckliga och friska.

Mentorer som övervakare? Bara subspecialister och inga vårdcentraler? Screening som motivation till ändrad livsstil? Bota cancer med strålning och cellgifter så vi slipper kirurgi? Kall fusion?

Min vision ser annorlunda ut.

LEV-visionen 2050

Mentor istället för primärvårdsläkare

Redskapen enligt LEV-rapporten är teknik och åter teknik i form av kontrollsystem, komplexa beslutsstöd, expertsystem och välutvecklad screening som sköts av patienten själv. Uppföljning och mentalt stöd sköts av mentorer som var och en har hand om cirka femtio brukare. "I mentorn kombineras skolkuratoren, skolsystemen, studie- och yrkesvägledaren, försäkringskassehandläggaren, primärvårdsläkaren, arbetsförmedlaren, biståndsbedömare, sjukgymnasten och den personliga tränaren i samma person" enligt rapporten. Men eftersom en person inte kan inneha alla dessa förmågor och kunskaper har den stöd av expertsystemen. Omvårdnad sköts av robotar, och istället för rollatorer finns exoskelett.

Kontrollsamhälle

Alla uppgifter om brukarna/patienterna ska vara direkt tillgängliga – motion, mat, medicinintag, vanor och personlig profil liksom DNA, epigenetik och släkthistoria. Mentorn ska också vara tillgänglig när brukaren behöver stöd, motivation och medicinsk hjälp oavsett när behovet dyker upp. Alla sjukvårds-kontakter ska förmedlas av mentorn. Antalet besök till läkare blir inte så stort eftersom mentorn kan fatta 87 % av besluten om stöd och insatser själv i samråd med just dessa expertsystem.

Min vision 2050

Delaktighet!

År 2050 är mina patienter mer delaktiga och informerade om både sjukdomar och normaltillstånd. Eftersom mina patienter själva kan anatomi och normal fysiologi blir mitt liv mycket enklare. Vid besöket får jag tillgång till förlitliga och detaljerade listor över patientens sömnmönster, matintag och symtomens variation över dygnet.

Som individ har jag dock kontroll över hur denna information sprids. Mina vanor rapporteras heller inte till någon annan än mig själv.

Screening av symtomfria individer visade sig vara mycket kostsam och ha motsatt effekt när det gällde att förebygga allvarlig sjukdom. Hypokondrin nådde oanade höjder innan screening förbjöds helt. Symtomskattningar över flera dygn är däremot den allmänt vedertagna modellen och förväntas finnas före varje remiss till bland annat helkroppss-MR.

Förbättrad dokumentation

Integritetsfrågorna är inte längre en stor fråga. Läkarutbildningen innehåller mycket simuleringsövningar innan patientkontakt över huvud taget tillåts. Förtroendet för sjukvården har övervunnit rädsorna långt före 2050.

Dokumentationsbördan har minskat år 2050, och där har tekniken varit till stor hjälp. Vi kan lätt och automatiskt spara och rekapitulera information om anamnes, undersökningsfynd och överenskommelser, varvid mycken tid frigjorts. Patienten har kontinuerlig tillgång till överenskommelserna, och även till undersökningsfynden så snart läkaren tagit ställning till dessa. År 2050 får man aldrig ett cancerbesked utan personligt möte.

Generalistens växande roll

Efter många års stridigheter om revir har vårdcentralerna och akutmottagningarna helt tagit kontrollen över den ekonomiska ersättningen. Allmänläkaren och akutläkaren prioriterar mellan patienter och åtgärder och använder övriga sjukvården som konsulter och utredare.

Vårdplatserna finansieras av akutmottagningarna och vårdcentralerna. Varje avdelning har vårdteam med blandade specialiteter som har mandat att fatta snabba beslut under vårdtiden. Patientrummen är moduler som flyttas när vårdbehoven förändras. Allmänläkaren, den personliga och kontinuerliga läkaren, måste alltid informeras inför varje större förändring i omvårdnaden.



Petra Widerkrantz

AT-studierektor

Primärvården Malmö-Trelleborg

Vårdcentralen Lundén, Malmö

p@widerkrantz.se

Det är i framtiden som allmänläkaren behövs

I Grekland krackelerar hela sjukvårdssystemet: personalens löner sänks, läkarna flyr utomlands, utrustning saknas, invånarna kan inte betala för sig. I Italien är sjukhus hotade av konkurs. I USA finns påtaglig risk för att stora besparingar inom det tämligen nya sjukförsäkringssystemet kommer att genomföras.

I Sverige fortgår neddragningarna på sjukhusen samtidigt som behoven och kvalitetskraven ökar och med strejkhottade studenter och gråtande läkare som följd. Vi får höra rapporter om ständigt ökande klyftor i samhället, något som vi vet ökar risken för ohälsa. Allt tuffare tag tas mot arbetslösa, sjukskrivna, papperslösa.

Vi läser om ökande resistensproblem och problem att behandla allvarliga infektioner. Klimatförändringar kan ge oss nya sjukdomar, samtidigt som psyko-sociala-logistiska katastrofer kan inträffa vid bland annat översvämningar, stormar och värmeböljor. Vår katastrofberedskap är inte den bästa – krav på katastrofsamordning gäller endast myndigheter trots att en stor del av vård och omsorg, inklusive IT-leverantörer, idag är privat.

Transportsystemet är extremt oljebärande och möjligheterna att använda alternativa energikällor ligger långt fram i tiden. Vid stigande oljepriser och/eller bristande tillgång till olja kan transportsystemet, som vi känner det idag, påverkas kraftigt. Det kan bli svårt att få fram förnödenheter till sjukhusen, som mat och läkemedel, och att transportera patienter och prover.

Vi är inne i en ekonomisk nedgång där vi inte vet var botten är. Vad som händer i Sydeuropa visar hur sårbart vårt samhälle är. Det som händer där kan hända här. Någon har sagt att i framtiden är det vi som utför legoarbeten åt Kina – rollerna kan bli omvända.

Författaren David Jonstad beskriver övertygande i sin bok *Kollaps* [1] hur vår civilisation har kommit in i den svagt sluttande nerförsbacken som leder till dess undergång. De olika stegen är så små att man inte ser försämringarna förrän man tittar bakåt. Han drar paralleller med andra samhällen som gått under.

Vårt samhälle är uppbyggt på den rikliga tillgången till billig energi (läs olja). När energin inte är billig blir det för dyrt för folket att underhålla en stor administrativ, politisk, ekonomisk och beslutande överbyggnad – i vårt fall t.ex. EU. Samhället faller sönder i många små delar som blir mer eller mindre självförsörjande. Varje del har till sitt förfogande färre resurser än tidigare. Arbetet ändrar karaktär och fler människor behövs för matframställning.

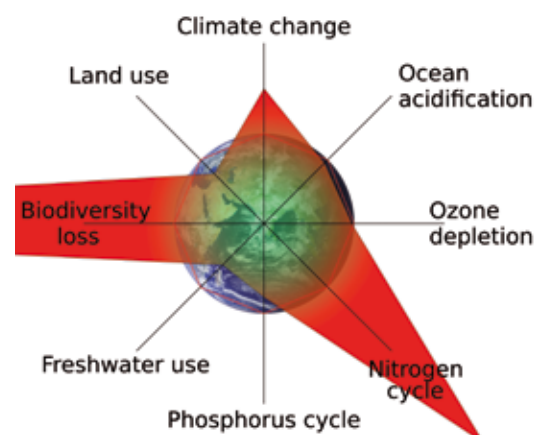
Framtidsinstitutet Kairos Future [2] beskriver 2013 som slutet på världen som vi känner den och början på något helt nytt. Man talar om ”en världsbild som gått i kras, som inte längre förmår skapa sammanhang och mening”. Vi ska ”i stearinljusets sken lägga ett nytt pussel”.

I rapporten *Empati och high tech* [3] beskrivs en annan framtid. Här litar man till en fortsatt teknikutveckling och tar för givet att alla har tillgång till den, antingen på egen hand eller med hjälp av mentorer. It-teknologin och mentorerna agerar tillsammans Gatekeeper så att Wizard (superspecialisterna) [4] slipper belastas med patienter de inte är kompetenta att bedöma. I den framtiden behövs inga allmänläkare.

Jag tror att Ekholm och Markovic har rätt i mycket. Tekniken kommer att utvecklas, vi kommer att diagnostisera mer med maskiner. Patienterna/allmänheten kommer att dokumentera mer och vara mer pålästa. Kanske är det möjligt att behandla ohälsa på tidigare stadium och med bättre effekt.

Men jag tror inte att denna teknik kommer att vara tillgänglig för alla. År 2050 finns det säkert fortfarande en liten grupp mycket rika människor som har tillgång till allt det bästa. För ”den stora massan” kommer livet att se annorlunda ut. Kuba är ett tydligt exempel på ett framtida samhälle där befolkningen är uppdelad i dem som har och dem som inte har utländsk valuta. Läkarna är välutbildade men har inte resurser för att utföra den vård de är kompetenta att ge.

I denna värld ser jag en stark framtid för allmänläkaren. Någon som kan lite av varje, som kan arbeta utan högteknologisk



Planet Boundaries, Wikipedia. Rockström J et al. Av de åtta gränser man fastställt för vad jorden tål har vi överskridit tre, och vi ligger nära de övriga.

apparatur, som vet hur man lindrar och tröstar om man nu inte kan bota. Någon som kan skära upp en böld, sy igen ett sår och ta bort skräp i ögat, som kan diagnostisera pneumoni och hjärtfel med stetoskop och perkussion, som kan snitta pubisligament vid förlossning och sköta sjuklingar i hemmet. Någon som har lärt sig utnyttja olika icke-farmakologiska metoder för bot och lindring. Någon som kan välja ut dem som har nytta av den superspecialiserade vården så superspecialisterna kan få göra det de är riktigt bra på. Någon som samlar in data från den stora massan av patienter så samhället har en stadig grund att vila på när det gäller att fördela resurser.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. Jonstad, D. *Kollaps. Livet vid civilisationens slut*. Ordfront 2012. ISBN 978-91-7037-635-1.
2. Lindgren M. 2013: *Omrörningens, synvändernas och pusslandets tid*. Kairos Future 2012-12-10.
3. Ekholm A, Markovic D. *Empati och high tech*. Delrapport från LEV-projektet. Regeringskansliet, 2012.
4. Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *BMJ* 1989;298:172-174.



Varför tror socialstyrelsen inte på allmänmedicin?

Angående frågan om allmänmedicin som bas för nya tilläggsspecialiteten äldrepsykiatri

Ska allmänläkare ha möjlighet att fortbilda sig inom äldrepsykiatri? Allmänläkare arbetar dagligen med äldrepsykiatriska frågeställningar. Är det att föredra att allmänläkaren vid behov remitterar till specialist inom äldrepsykiatri, eftersom allmänläkaren kan lite om mycket och därmed inte är kvalificerad nog att vidareutbilda sig inom äldrepsykiatri? Eller vore det bättre att allmänläkaren själv får möjligheten att vidareutbilda sig, vilket skulle möjliggöra en ökad spridning av kompetensen till primärvården, då allmänläkaren kan mycket om mycket och således är mycket lämpad?

Allmänläkaren ser helheten

Vården av patienten har fragmentiserats och specialiserats mer och mer men hålls fortfarande ihop av allmänläkaren. Allmänläkaren är fortfarande en läkare som träffar patienter merparten av sin tid, och vars medicinska och yrkesmässiga roll utvecklas utifrån de behov patienterna faktiskt har. Allmänläkaren måste dagligen förhålla sig till att många patienter inte passar in i förenklade sjukdomsfrågeställningar och evidensbaserade riktlinjer, eftersom verkligheten är mer komplex än så. Den allmänmedicinska vardagen är därmed unik och bygger upp en kompetens som är svårslagen – den erfarna allmänläkaren kan till slut mycket om mycket.

Antalet äldre ökar

En av de största patientgrupperna för allmänläkaren är de äldre och multisjuka. År 2020 kommer nära en fjärdedel av befolkningen vara över 65 år. De medicinska utmaningarna kommer att ändras med ökande fokus på denna patientgrupp, särskilt beträffande kunskaper om

åldrande, somatiska sjukdomar, demenssjukdomar, sociala förhållanden och farmakologi. Medan dödligheten minskar i hjärt-kärlsjukdom och i de flesta cancerformer ökar den kraftigt i demens och är nästan fyra gånger högre än år 1987 [1]. Redan nu befinner sig allmänläkaren i denna verklighet och tar ett stort ansvar för denna åldrade patientgrupp bland annat i hemsjukvården, på äldreboenden och på sjukhem.

Äldrepsykiatri ny tilläggsspecialitet

Äldrepsykiatri har länge varit ett eftersatt område men kommer nu att bli en tilläggsspecialitet till psykiatri och geriatrik. In i det sista var det öppet om även allmänmedicin skulle vara en möjlig basspecialitet för äldrepsykiatri. Svensk förening för psykiatri och äldrepsykiatri såg det lämpligt, likaså distriktsläkarföreningen.

Äldrepsykiatriska frågeställningar är vanliga

SFAM:s styrelse gjorde en annan bedömning än ovan nämnda föreningar och ansåg att andelen patienter med äldrepsykiatriska problem inte var tillräckligt frekvent förekommande i allmänmedicinsk vardag för att ligga till grund för utbildning till äldrepsykiatriker. Då kan man undra vilken vardag SFAM menar eftersom prevalensen för till exempel depression hos gruppen äldre än 65 år uppskattas till 12-15 % [2, 3]. Hos patientgruppen äldre än 85 år har avsevärt högre prevalenssiffror rapporterats [4]. Inom somatisk institutionsvård beräknas 30-40 % av äldre lida av depression.

Sammantaget är äldrepsykiatriska frågeställningar så vanliga att varje allmänläkare dagligen ställs inför dem. Kanske är det så att SFAM missförstått problema-

tiken vad gäller detta eftersatta område? För jag kan inte tro att SFAM, som ska främja utbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin, vill stänga dörren för påbyggnadsutbildning för allmänläkare inom områden där vi dagligen har svåra medicinska utmaningar.

Socialstyrelsen bedömde slutligen att basen är för liten för att allmänläkaren ska kunna utbilda sig vidare till äldrepsykiatriker. Det sorgliga med styrelsens ställningstagande är att det sannolikt vägde tungt då socialstyrelsen fattade sitt beslut, och att socialstyrelsen fått bilden att allmänläkaren kan lite om mycket och således inte är kvalificerad nog att fortbildas.

Behovet av generalister kommer att öka

Generalistperspektivet kommer att vara ovärderligt i framtidens vård. Den förslagna nya specialistindelningen är ett steg mot ökad tidig subspecialisering, då många grenspecialiteter blir basspecialiteter igen [5]. Allmänläkaren har genom sitt generalistperspektiv en viktig roll för att sjukvården inte ska bli alltför fragmentiserad och splittrad. En sådan utveckling skulle inte vara till gagn för patienten, då många varken uppskattar eller mår bra av att slussas runt mellan olika läkare och specialiteter. Dock är allmänmedicin en mycket lämplig bas för läkare som vill fördjupa sig. Inom de nya tilläggsspecialiteterna smärtlindring och palliativmedicin kommer en allmänmedicinare kunna göra mycket nytta. En värdefull kompetens kan komma att utvecklas genom ett fördjupat generalistperspektiv. Detta är särskilt lämpligt inom de områden som kräver multidisciplinärt arbetssätt och förståelse för hela patientens medicinska problematik och situation som till exempel inom äldrepsykiatri.

Allmänmedicin är en dynamisk specialitet

Är SFAMs beslut att säga nej till äldrepsykiatri inte baserat på logik utan på ideologi? Tror man sig värna om specialiteten genom att motverka subspecialisering generellt? Då har man blundat för att allmänläkaren skulle vara ovärderlig just som subspecialist då allmänläkaren har en förmåga att se helheten i de enskilda detaljerna. Borde inte allmänmedicin vara en öppen och dynamisk specialitet där man lätt kan bygga på med olika specialiteter om behov finns?

I många länder kan en allmänläkare enkelt subspecialisera sig inom många olika områden som exempelvis beroendemedicin, geriatrik, ortopedisk medicin och akutmedicin. I Danmark bestämdes nyligen att allmänläkare ska kunna subspecialisera sig till allergologer vilket ter sig naturligt med anledning av att de två områdena angränsar tydligt till varandra och att allmänläkare dagligen bedömer allergologiska tillstånd. I Sverige var detta aldrig aktuellt i samband med socialstyrelsens översyn av läkarspecialiteterna.

Kanske speglar det en utbredd uppfattning att allmänläkare kan lite om mycket snarare än mycket om mycket - men kan det skilja sig mellan olika länder? Kanske handlar det om allmänmedicinens ställning och status i landet, andelen generalister i förhållande till specialister? Eller handlar det om olika medicinska verkligheter? En där läkarrollen och praktiken har sin grund i mötet med patienten, där patienten i stor utsträckning styr

frågeställningarna och där ofta patienten inte alltid passar in i de evidensbaserade mallar vi är upplärda att placera dem i. Den andra verkligheten är den moderna processcentrerade sjukvården där läkaren och patienten bara är kuggar i en vårdkedja där både patienten och läkaren helst ska vara totalt utbytbara.

Kanske är det så att många subspecialiteter i själva verket har ett behov av en generalists förmåga att se hela patienten, och att det är det som allmänläkaren skulle kunna tillföra i samband med subspecialisering?

Hur definierar vi allmänmedicin?

Är det så att SFAM definierar allmänmedicin genom att definiera vad det inte är? I så fall försummar man vad allmänmedicin egentligen är och borde vara. Genom att begränsa, ringa in och stänga ute i en specialitet som i namnet bär att den ska vara allmän och öppen gör man kanske mer skada än nytta för utvecklingen inom allmänmedicin. För det är väl ingen som tvivlar på att en allmänläkare lika bra som till exempel en geriatriker skulle klara en ST-utbildning inom äldrepsykiatri om man uppfyller målbeskrivning och prov för certifiering.

Mycket att vinna på kompetenshöjning

Så åter till allmänläkaren som arbetar på ett äldreboende eller på ett sjukhem. Vad är bäst för patienten och för allmänläkaren som vill fördjupa sig i äldrepsykiatri? Självklart har båda att vinna på en kompetenshöjning. Att ersätta det

med en remiss eller ett telefonsamtal till annan specialist är nog inte det SFAM egentligen vill, om inte SFAM menar att allmänläkaren faktiskt bara kan lite om mycket. Jag hoppas att SFAM innerst inne anser att allmänläkaren kan mycket om mycket och att allmänmedicin inte ska vara en återvändsgränd.



Karl Häggblom
ST-läkare

Ringens vårdcentral, Stockholm
karlhaggblom@hotmail.com

Referenser

1. Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen; 2012
2. Palsson S, Skoog I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12(suppl 7): S3-S13.
3. Kessler RC, McGonagle CA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the national comorbidity survey 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29:85-96.
4. Bergdahl E, Gustavsson JMC, Kallin K, von Heideken Wägert P, Lundman B, Bucht G, et al. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *Int Psychogeriatr*. 2005;17:557-75
5. Översyn av läkarnas specialitetsindelning. Socialstyrelsen; 2012



Ta dina bilder med riktig kamera och i stående format!

Då har du chans att få dem som omslagsbilder i AllmänMedicin.

Tar du fina bilder från kongressen kan de komma med i tidningen!

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

Skicka gärna med en kort beskrivande text, och kanske några ord om dig själv.



Deltagare från samtliga sju länder under en av ImPrim.s sjuksköterskeutbildningar vid universitetet i Turku.

ImPrim – ett flaggskeppsprojekt inom EU

ImPrim är ett treårigt nyss avslutat multilateralt samarbetsprojekt för en modernare och effektivare primärvård för alla. Projektet har finansierats av EU:s Östersjöprogram och flera resultat med långtgående positiv påverkan kan redan nu redovisas. Ett omfattande nätverk har byggts upp under de tre år som projektet pågått. Från Sverige, Finland, Estland, Lettland, Litauen, och Vitryssland, har regionala och nationella myndigheter, universitet och yrkesföreningar, med alla länders social- och hälsoministerier som associerade medlemmar, samarbetat i tre utvecklingsblock. Förutom institutioner från projektländerna har arbetet knutits till andra EU-projekt med bland annat brittiska och danska institutioner. Projektet har utnämnts till ett så kallat flaggskeppsprojekt i EU och har letts av Kompetenscentrum vid Blekinge läns landsting.

Inom alla de tre utvecklingsblock som projektet arbetat inom, "Remuneration of Primary Health Care", "Professional development", och "Regional planning", har utfallet väckt uppmärksamhet. ImPrim har varit ett nätverksprojekt som tydligt visat att svensk primärvård tycks ha mer att ta hem från våra närmaste grannar än vad vi kan erbjuda dem för den framtida utvecklingen. I våra grannländer österut jämför man det svenska systemet kritiskt och konsekvent med det danska, engelska, kanadensiska, holländska, norska eller nya zeeländska, och vi är sällan i topp. Det är värt lite reflektioner.

Ekonomisk ersättning

Inom området "Remuneration of PHC" är resultatet redan överväldigande i och med att Lettland genomfört en radikal omläggning av sin sjukvårdsbudget i ett arbete som delvis skett

inom ImPrims ram. Lettlands sjukvårdsminister har lagt stor vikt vid ImPrims betydelse för budgetförändringen, som innebär att förhållandet i resursfördelningen mellan sjukhusvård och primärvård kraftigt viktats om till förmån för primärvården.

Det har också varit spännande att möta lettiska och litauiska kollegors krav på att besökskvantitet och i deras länder traditionellt mycket god tillgänglighet måste balanseras av kvalitet, i form av både mätbara och relevanta kvalitetsindikatorer. I Litauen är det professionen som driver kraven att data måste rapporteras till myndigheter för att värdet av deras arbete ska bli tydligt. Detta är intressanta perspektiv mot bakgrund av den svenska debatten på områden som vårdgaranti och registrering av aktiviteter i primärvården.

Professionell utveckling

Det andra delprojektet "Professional development" betonar sjuksköterskans roll och betydelsen av denna inom primärvården. Här har svenska och inte minst blekingiska erfarenheter haft stor genomslagskraft. På detta plan har projektets verklighetsförankring fått omedelbart genomslag. I samtliga länder har aktiva sjuksköterskegrupper använt den medicinska auditmetoden för att såväl internt i gruppen som utåt mot chefs- och övergripande nivåer hävda sin egen kompetens och ambitionsnivå.

Brain-drain eller kompetensflykt är ett centralt problemområde i våra tre baltiska grannländer. I projektet görs dock en viktig distinktion mellan geografisk brain-drain, vilket vi vanligen associerar problemet med, och den i vissa länder minst lika vanliga formen av brain-drain, nämligen flykt till andra yrken. I Estlands arbetar projektet med att återbörda tidigare



Ingvar Ovhed informerar EU-kommissionär Johannes Hahn om ImPrim vid EU-BSR toppmötet, juni 2012 i Köpenhamn.

förlorade läkare och sjuksköterskor från andra yrken utanför vården. Det är ett nytt sätt att försöka minska effekterna av utflyttning och urbanisering.

Svårigheten att få sjukvårdspersonal att slå sig ner i mindre attraktiva områden har gett insatser i vitryska Gomel (Tjernobylys närmaste granne) som även skulle kunna diskuteras i andra länder, inte minst Sverige. Det är morötter i form av högre lön eller kontrakt om tjänstgöring mot gräddfiler i utbildningen, liksom piskor i form av tjänstgöringsplikt efter att samhället bekostat en dyrbar medicinutbildning. Vitrysslands deltagande i projektet har inte varit oproblematiskt eftersom landet skiljer sig från de övriga projektländerna i flera avseenden. På det personliga planet har de vitryska kontakterna varit starka och engagerande.

Folkhälsoansvar

Det tredje blocket i projektet är "Primärvårdens roll i regional planering". I denna del har en s.k. "Health Synergy-modell" utvecklats (1). Health synergy innebär att framhäva det folkhälsoansvar som primärvården har och att förstärka detta genom att integrera folkhälsovetare i primärvården.

En sådan diskussion fanns tidigt i svensk primärvård. Det introducerades i Skaraborg redan på 70-talet. Därefter har idéerna om svensk primärvårds folkhälsoansvar inte sällan utsatts för mer gliringar än seriös diskussion. På DN:s debattsida den 4 februari i år deklarerade ett antal företrädare för svenska kirurgiska specialitetsföreningar, att för patienter som inte hamnat i en livshotande situation måste rökstopp före och efter operation vara ett måste. Men det saknas fortfarande utbildad personal för professionell rökavvänjning. Man efterlyser insatser i hela vårdkedjan och det borde vara självklart att primärvårdens ansvar lyfts fram även om perspektivet är kirurgiskt.

Ett annat aktuellt område är FaR (fysisk aktivitet på recept). Det är ett område där man precis som då det gäller rökavvänjningshjälp bör engagera professioner utöver läkare för att få genomslagskraft (2). Det är alldeles tydligt att en läkare känner sig dåligt bevandrad och sällan har tid till fördjupning inom detta område där sjukgymnasten är experten. Ett genuint teamarbete fordrar att samtliga professioner fokuserar på det

de kan bäst, då breddas också primärvårdens kontakter med befolkningen.

Begreppet Health synergy ger ett stort antal träffar på PubMed men föga på svenska Google. Däremot skriver Folkhälsoinstitutet ofta om primärvården. Hur man sedan skall inordna en självklar folkhälsoprofil i allmänläkarens kliniska vardag kan man alltid diskutera. Livsstilspolisering vill inte många känna sig som, och inte blir det bättre bara för att man registrerar föga förpliktigande preventiva insatser utan tydlig relevans för den enskilde patienten. Snedstegen har varit många genom åren, men varken nu eller i framtiden kommer en läkare som vill bemöda sig om att ha en generalistisk helhetssyn att kunna frånhända sig ett folkhälsoansvar.

Att leda ett EU-projekt

Det är en utmaning att leda ett EU-projekt av ImPrims storlek. Begreppet "flaggskepp" har stor tyngd inom EU-världen, och Sverige är en viktig aktör inom Östersjöregionen, den mest livaktiga av EU:s så kallade makroregioner (3). För den som påtar sig ett ledarskap – blir Lead Partner – krävs att man satsar på projektets inre nätverk som måste fungera. Ekonomiadministrationen är viktig och där får man inom Östersjöregionen bra stöd från JTS (Joint Technical Secretariat) i Rostock. Deras utbildningsdagar är utmärkt, men deras löpande kontroller kan bli nog så jobbiga och deras sakkunskaper inom arbetsområdet (i detta fall hälsa) är begränsade.

Det krävs tät kontakt med övriga projektpartner både för att ge stöd och ställa krav. På hemmaplan bör en i gänget vara en duktig ekonom med direkt och indirekt ansvar inom projektets olika delar och mot JTS och FLC (First Level Controller – i Sverige Tillväxtverket). Att hjälpa vitryska kollegor i det sammanhanget är inte någon sinekur. Övriga tre – fyra medlemmar i den egna gruppen bör ha olika profil. Inte minst behövs någon som behärskar web-publicering eftersom EU lägger väldigt stor vikt vid att aktiviteter och resultat ska kommuniceras. Utmaningarna kan kännas tuffa men uppvägs rejält av den interna kompetensökning som sker och det oerhört stimulerande och inspirerande personliga nätverk som man blir del av.

Om du vill läsa mer av vad som publicerats i ImPrims elva delrapporter hittar du dessa liksom samtliga newsletters under www.ltblekinge.se/imprim där du väljer "Publications".

Ingvar Ovhed

Blekinge kompetenscentrum
ingvar.ovhed@ltblekinge.se

Jens Wilkens

Projektkoordinator
Blekinge kompetenscentrum/Socialstyrelsen

Referenser

1. Poliakoviene R, Gurevicius R. Health synergy: Strengthening public health component in primary health care. Public Health 2011;130:40-41. (in Lithuanian. Abs in english).
2. Persson G, Ovhed I, Hansson EE. Simplified routines in prescribing physical activity can increase the amount of prescriptions by doctors, more than economic incentives only: an observational intervention study. BMC Res Notes. 2010;3:304.
3. Wilkens J, Ovhed I. Quality health services for all. Public Service Review: Europe Union: Issue 22 2011.

Annons

Huru välja läkare? Om valet af läkare

Konsten att välja läkare med målet att förlänga livet har varit av intresse länge i västvärlden. Det kan då vara intressant att notera att situationen i Sverige sedan slutet av 1980-talet, där patienterna TILLDELATS en läkare, är en historisk parentes. Förhållandet har alltså varit unikt, även om tillgången på läkare ofta av praktiska skäl varit begränsad. Inte desto mindre reste bönderna ofta "in till stan" för att välja bort sin provinsialläkare. Den uråldriga valfriheten är tillbaks. Det gäller som patient att välja en läkare man kan ha förtroende för, för att optimera vårdens effekt. Flera historiska källor redogör för detta.



I början på 1800-talet skrevs följande: "Man bör till sin läkare blott välja en sådan, för hvilken man har förtroende...; ej någon som är en pratmakare eller nyfiken; ej någon som nedsätter sina kollegor eller andra läkare och med ringaktning bedöma deras kunskaper och skicklighet, ty detta bevisar alltid antingen inskränkta kunskaper hos den bedömande själf eller ett ondt samvete eller ett elakt hjärta; ej någon som efter ett samtal på ett par ögonblick skrifver ett recept. Ett af de säkraste kännetecknen på en god och tillika samvetsgrann läkare är den utförliga och långa examineringen af den sjuke.

Särskilt bör man undvika den läkare, för hvilken pengar eller ära är det högsta intresset i praktiken. Den sanna läkaren bör ej hafva något annat intresse än patientens hälsa och lif. Allt annat för honom bort från den rätta vägen och kan för patienten medföra de skadligaste följder. Den bästa läkaren är den, som tillika är ens vän. Gentemot honom är det lättast att vara förtrolig och öppenhet. Han känner och iakttagar oss äfven under hälsans dagar, något som ofantligt mycket bidrager till den rätta behand-

lingen under sjukdomen. Ein Arzt ohne Moralität ist nicht blos ein Unding, er ist ein Ungeheuer. Har man funnit en skicklig och rättsskaffens läkare, så bör man helt ha förtroende för honom. Detta lugnar den sjuke och underlättar oändligt läkarens verksamhet" (1).

En tidskriftsartikel knappt hundra år senare diskuterar frågan igen: "Denna fråga är för visso en af de svåraste och på samma gång en af de viktigaste. Man bör välja sig en bestämd läkare, och sedan man en gång valt honom, så vitt möjligt bibehålla honom. Det är många skäl som tala härför. När ni har en bestämd läkare, är ni för det första känd af honom och ha mycket större utsikt att få se honom skyndsamt infinna sig, när ni har behof af hans hjälp. En läkare och följaktligen filantrop, kan icke desto mindre hafva stunder af trötthet och dåligt lynne, då man frestas att köra den på dörren, den som kommer och stör midt i ens måltid eller under ens sömn. Är det då fråga om en trogen klient, skall läkaren, som tycker

om sina klienter, kanske tveka ett ögonblick, men är man enträgen, skall man snart övertala honom att följa med. Och tror ni inte vidare, att den sjuke tycker mer om att befinna sig inför ett sympatiskt och vänligt ansikte, som ingifver honom mer eller mindre förtroende, än inför ett okänt. Han skall blifva mer förbehållsam; han skall kanske icke våga säga allt, som skulle vara nyttigt att veta för att kunna inleda en allvarlig och rationell behandling.

Slutligen känner er egen läkare edra vanor, edra egenheter... Han skall utfundera ett sätt att bota er utan att för mycket uppträda mot era böjelser och vanor. Han bör helt enkelt vara en mild och tålig rådgifvare, som söker förena behandlingsens fordringar med den sjukas.

Skall man taga en ung eller gammal läkare? I allmänhet tycker man inte om att blifva behandlad av allt för unga läkare. Man tror dem vara obetänksamma och oerfarna ... det är nog bäst att icke välja en alltför ung utan vänta, till dess han har praktiserat några år, till dess han har stått profvet, såsom det heter och till dess han har gjort de små missgrepp som vänta oss alla i början av vårt grannliga yrke. Några föredraga att vända sig till en gammal läkare. Men det är ett stort misstag att tro, det en gammal läkare är mer bepröfvad än en ung. Det kan ofta vara tvärt om. Den läkare, som icke fortfarande flitigt vinnlägger sig om studier och forskning, utan helt och håller går upp i sin praktik, i sin klientel, han förblir okunnig om de nya upptäckterna och metoderna, hvilka omdana och göra revolutioner i läkekonsten. Den unge läkaren ... (däremot) ..., som nyss har börjat sin verksamhet... skall visa sig mera villig, mera sympatisk, ja mera hängiven.

Af de skäl, som jag nu framställt, är det således ofta bättre att välja en yngre läkare än en gammal.



Skall man välja en specialist till sin husläkare? ... (Nej)... Jag måste dock medgifva att några af dem äro kunniga och förfarna i den gren af läkekonsten, som de utöfva. Men de äro blott hemma i denna sin bransch och kanske ganska okunniga om medicinens öfriga delar. Det skulle således vara ett stort misstag att välja en sådan till sin husläkare.

Den sanna läkaren är den eklektiska praktikern, han är något skeptisk, förnekar inte läkekonsten, men litat icke heller för mycket på den. Han ordinerar med förstånd, vet att häjda sig i tid och glömmar aldrig den gamla regeln: *primum non nocere*. Några läkare med föga erfarenhet, hvilka gjort sina studier mera på kammaren än vid sjukbädden, hafva en blind tro till medikamenter. De vilja till hvarje pris därmed uppnå de önskade resultaten, de fördubbla ... doserna naturligtvis – till skada för den sjuke.

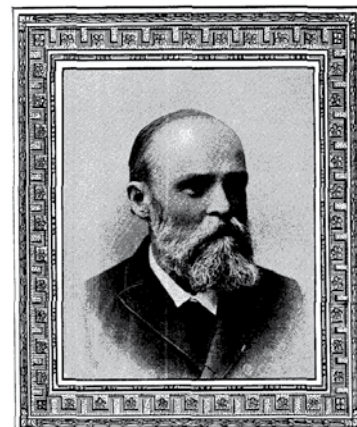
Ännu en gång, den sanne läkaren är den, hvilken om han än icke botar alla sjukdomar, åtminstone icke hindrar den sjuke från att lefva; det är den försiktige

skeptiske praktikern. Han är kanske hyggelig nog att bo tvärs öfver gatan midt emot Er. Gå då icke långt för att söka någon annan, utan gå och ring på hos honom!" (2)

Kan man lära något av dessa tvåhundraåriga analyser? Kanske att tiden står still, eller att det alltid behövs en allmänläkare, en "eklektisk praktiker"? Det finns nu krafter som tror att allmänläkaren inte behövs, att det bara är att slå upp på Internet, och att den naturvetenskapliga medicinens mätbara sanningar ska frälsa mänskligheten. Kanske är det så lätt, men risken är att cirkeln slutes, att det bara är de som har råd som kan söka sig till en allmänläkare. Det gäller att lära av historien för att kunna utveckla framtiden.

Robert Svartholm

polarull.svartholm@telia.com



E. W. Wretling.

Då det tredje allm. svenska nykterhetsmötet den 8 febr. 1896 gick att öfverlägga om, huruvida det vore till gagn för nykterhetssaken, att förbundet fortfarande ägde bestånd, yttrade redaktör Byström att hvad förbundet, som haft att fylla en stor och god uppgift, utträtt, därför hade nykterhetsvännerna främst att tacka förbundets skapare dr E. W. Wretling, om hvilken man kunde säga att han »arbetat mer än alla de andra». Dr W. vore — fortsatte tal, — en af

Referenser

1. Hufveland Chr. Wilh. D:r. Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern. Leipzig Verlag Philipp Reclam ca 1820.
2. Fransk förf (okänd). Huru skall man välja sin läkare? Hälsovännen Nr 20:11; 1896.

Annons

Framtidens doktorer är inte avskärmade

Läkarens förhållningssätt till patienten kan betraktas ur ett rumsligt och historiskt perspektiv. Patienten var förr ett avlägset objekt för att nu i våra dagar vara ett högst närvarande och deltagande subjekt.

Jag har länge störts av att våra läkarexpeditioner kallas just expeditioner, som om det är något som skall expedieras! Associationerna går till kontor, och det kanske inte är så konstigt eftersom det är kontorsmänniskor som utformat och utrustat våra "expeditioner". Jag har i alla fall aldrig i någon väsentlig grad fått utforma min arbetsplats. Hade jag fått det hade nog rummet snarare kallats just rum – läkarrum. Eller har vi kanske inte ens brytt oss?

Jag har länge störts av hur möblemanget i våra läkarrum ser. En gång i tiden fanns ett jätteskrivbord mellan mig och patienten som satt på andra sidan. Jag sittandes i en stor snurrstol och patienten på en sliten stol, inte sällan lägre än min egen. Det var ungefär en mil emellan oss. Där expedierades patient efter patient. Vi har fortfarande stora jätteskrivbord, de flesta av oss, även om patienten nu ofta har förflyttat sig till bordets kortsida.

Allra mest har jag stört mig på hur införandet av datoriseringens hårdvara så fullkomligt raserade den gryende förståelsen av hur viktigt själva mötet är arrangerat. Visst, datorskärmarna var stora som hus förr och visst var det käckt att ha skärmen inne i hörnet, precis som på alla andra kontor. Jag har sett så många läkarrum nu att jag vet att det är den vanliga placeringen av datorskärmen. Sedan årtal har vi nu emellertid små, platta, lättroliga och vridbara skärmar, vi behöver inte sitta och glo in i ett hörn med ryggen mot patienten två meter bort på kortsidan. En patient som upplever att hen inte tycks vara av intresse att kommunicera med.

Jag tror att vi i framtiden, än mer än nu, utöver den traditionella läkarrollen, kommer att ha rollen som patientens professionella samtalspartner, pedagog och lärare. Journalen med text, remissvar, röntgenutlåtande blir en del av mötet. Med hjälp av Internets text och bilder från vederhäftiga webbplatser kan vi kanske ytterligare förklara varför patientens besvär yttrar sig som de gör och hur en utredning och vidare behandling kan gå till.

Du kan, om du vill, vrida skärmen från patienten och enbart mot dig själv när du vill läsa journaltext bara för egen del och ändå kunna hålla blickkontakt med patienten nästan hela tiden. Vill du dela med dig, så vrid du fram skärmen och gör patienten delaktig. Det låter sig lätt göras, men knappast med den lätta vridbara skärmen borta i hörnet. Det är ingen naturlag att den ska stå där.



Bra skärmlacering.



Dålig skärmlacering.

Ofta kan man lätt möblera om bland telefon-, lamp-, skriv- och datasladdar så att skärmen får en mer central plats för dig och patienten. Låt dig inte luras av att ditt oftast jättestora skrivbord. I dagens läkarrum behöver vi ju egentligen bara ett tangentbord, en skärm och en telefon för att jobba. Det är dags att du själv bestämmer hur ditt läkarrum ska möbleras, inte någon annan.

För patientens skull – avskärma dig inte – möblera om!

Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

Annons

Recension

Myter om professionella organisationer

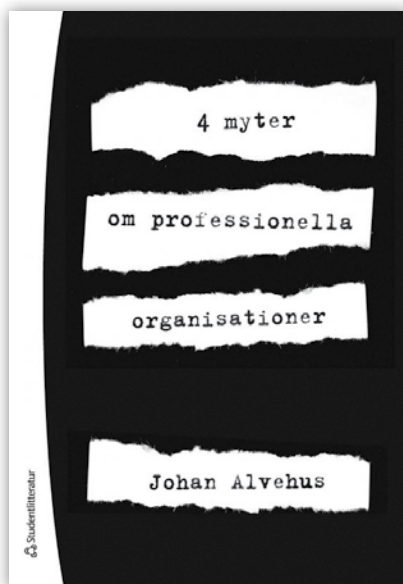
Jag har en hatkärlek till organisation och system, som har lett till ett stort intresse för att förstå hur de fungerar. Samtidigt kan jag ibland komma på mig själv med att nostalgiskt blicka tillbaka mot en svunnen och odefinierad tid när ingen gjorde anspråk på att styra läkarens arbete. Då när våra föregångare, ädla och hjältemodiga, botade, lindrade och tröstade sina tacksamma patienter i mänsklighetens och vetenskapens tjänst, utan att bekymra sig om DRG-koder eller avvikelserapporter.

Spänningen mellan de professionella och deras organisationer känner vi alla känner igen. Boken "4 myter om professionella organisationer" av Johan Alvehus handlar om den och om hur populära, föreställningar om professionella serviceorganisationer (PSO) vunnit brett fäste. Författaren väljer att kalla föreställningarna för myter:

1. Professionella serviceorganisationer är platta organisationer med låga inslag av byråkrati
2. Professionellt arbete präglas av frihet och autonomi
- 3 a.) Professionella arbetare måste styras
b) Professionellt arbete måste styras
4. Professionella behöver ledarskap

Efter en översiktlig inledning med definitioner och problembeskrivning går författaren igenom myterna, en efter en. Den ganska koncentrerade texten bryts upp av schematiska översikter och förtydligande fallbeskrivningar. Varje kapitel avslutas med förslag på ytterligare litteratur om det ämnesområde som berörs.

Genomgången av de två första myterna ger en intressant spegling av professionella organisationer och professionellt arbete. Författaren får mig att se på flera vardagsfenomen med nya ögon. Det blir också tydligt att läkarprofessionen utövas



4 myter om professionella organisationer

Författare: Johan Alvehus.

ISBN ISBN 9789144071251

Förlag: Studentlitteratur, 2012

Antal sidor: 166

inom så skilda verksamheter att de inte går att klumpa ihop till en entydig bild.

När författaren tar sig an myterna 3 och 4 hettar det till. Vad behöver en PSO i form av chefer och ledare för att verksamheten ska blomstra? Författaren menar att det redan finns ett tydligt och effektivt ledarskap inbyggt i det professionella arbetet som sådant, nämligen förebildsledarskapet, som också förutsätter ett starkt professionellt egenansvar. Chefsrollen handlar istället om att tillhandahålla en administrativ infrastruktur, inte för att försöka styra och kontrollera den professionella arbetsprocessen, utan för att skydda och underlätta den.

Det sista kapitlet ägnas åt att presentera fyra motmyter, (som i "motgift", inte "motsats"). De utgörs av skissartade principer som balanserar upp myterna och gör dem mer ändamålsenliga.

Jag märker att jag har svårt att förhålla mig kritiskt till texten, för den landar så ofta mitt i prick. Det är svårt att tycka illa om en managementbok som pläderar för professionell självständighet, men boken är faktiskt viktigare än så. Författaren vill föra ut "kunskapen om professionellt arbete och om de förhållanden som ligger till grund för organisering av professionell verksamhet till både praktiker och beslutsfattare" och jag tycker att han har förutsättningar lyckas.

Genom en pedagogisk begreppsbyggnad och ett klarsynt ifrågasättande av rådande management-tugg sätter boken fingret på många av de företeelser som format det systemskifte i svensk sjukvård som Maciej Zaremba beskriver i sin aktuella artikelserie i DN. Den ger intressant och tankeväckande läsning för varje allmänläkare med minsta intresse för organisation och ledarskap.



Maria Randjelovic

Övergripande ST-studierektor
Landstinget i Östergötland
Lambohovs vårdcentral, Linköping
Maria.Randjelovic@lio.se

Kan hypnosbehandling vara ett alternativ för våra IBS-patienter?

Hypnoterapi som behandling vid IBS är en effektiv behandling även om den ges utanför specialiserade "hypnoterapicentra". Effektstorleken är dock lägre. Behandlingseffekten håller i sig över tid. Interventionen är förenad med en mycket hög patientnöjdhet som delvis förklaras av effekter på IBS symtom och livskvalitet, men även andra faktorer verkar spela roll. Behandlingen har en potential att spara sjukvårdsresurser i denna patientgrupp. Hur effekten av hypnoterapi-behandling vid IBS medieras är okänt, men det sker sannolikt inte genom påverkan av gastrointestinal motilitet

Bakgrund

Irritable bowel syndrome (IBS) är den vanligaste av de funktionella mag-tarm sjukdomarna och har en prevalens på mellan 10–12 % globalt [1]. En funktionell mag-tarmsjukdom kan definieras som "återkommande eller kroniska symtom från olika delar av mag-tarmkanalen som ej förklaras av biokemiska markörer eller andra strukturella avvikelser".

Diagnosen är kriteriebaserad eftersom detekterbara patofysiologiska förändringar saknas. Nuvarande diagnoskriterier (Rome III-kriterierna [2]) för IBS definieras som återkommande episoder med buksmärta/obehag, minst tre dagar/månad de senaste tre månaderna, associerade med två av följande faktorer: lindras vid tarmtömning, förändrad avföringsfrekvens och förändrad avföringskonsistens. Symtomdebut ska ha skett minst sex månader före diagnos.

Patienter med alarmsymtom som t.ex. blod i avföringen, viktnedgång, debut sent i livet eller strikt diarrédominans bör dessutom utredas för att exkludera viktiga differentialdiagnoser såsom inflammatorisk tarmsjukdom, tumörsjukdom, celiaki mm.

Det är mycket typiskt att symtomgrad och typ av symtom varierar i tiden och det finns ett tydligt "overlap" mellan IBS och andra funktionella mag-tarmsjukdomar som t.ex. funktionell dyspepsi [3].

Många har lätta symtom och söker aldrig sjukvård. Faktorer av betydelse för att patienten ska konsultera sjukvården är hög symtomgrad, nedsatt livskvalitet och oro för symtomen. IBS är en av de vanligaste mag-tarmdiagnoserna inom primärvården [4] och utgör cirka 50 % av patientpopulationen inom gastroenterologisk öppenvårdsverksamhet [5].

Kvinnor drabbas i högre utsträckning än män av IBS med en ratio på ca 2:1. Den kvinnliga dominansen ökar med ökande symtomgrad [6].

Många IBS-patienter är drabbade av så kallade "extraintestinala symtom" såsom trötthet/energilöshet, muskelsmärk, huvudvärk, ryggvärk, sömnsvårigheter och irritationssymtom från urinvägarna [7]. Detsamma gäller psykiatrisk comorbiditet avseende både depression och ångestsyndrom [8]. Nedsatt livskvalitet på grund av symtom eller på grund av oro för att få symtom i vissa situationer är vanligt [9,10].

IBS patienter konsumerar som grupp mycket sjukvård både för mag-tarmsymtom och andra typer av symtom [11]. De har också stor frånvaro från arbetet [12] och genomgår över tiden ofta upprepade, dyra utredningar. Detta leder sammantaget till stora kostnader för samhället [13].

Behandlingen av IBS bygger på en bra konsultation med en tydlig förklaring av sjukdomen, dess ofarlighet samt generella livsstilsråd gällande t.ex. kost, motion och stresshantering [14,15]. Hos patienter med liten symtomgrad är ovanstående regim ofta tillfredställande men hos patienter med svårare symtom, nedsatt livskvalitet, psykiatrisk comor-

biditet och hög grad av extraintestinala symtom behövs ytterligare intervention/ behandling.

Farmakologisk behandling av IBS bygger idag på att försöka minska de individuella symtomen (smärta, diarré, förstoppning etc.) men en regulatoriskt godkänd farmakologisk behandling med effekt på samtliga delsymtom saknas. Då det rör sig om en stor patientgrupp har intresset från läkemedelsindustrin att ta fram nya farmakologiska behandlingsalternativ varit stort men det är först nu som läkemedel med indikationen förstoppningsdominerad IBS börjar närma sig en introduktion på den Svenska marknaden [16,17].

Psykologisk behandling av IBS har studerats sedan tidigt 80-tal. Studier med psykodynamisk korttidsterapi [18], hypnoterapi [19,20,21] och kognitiv beteendeterapi [22] har alla visat en gynnsam effekt på IBS-symtom men psykologisk behandling har så här långt ej fått något brett genomslag som behandlingsalternativ.

Hypnoterapi vid IBS

"Gut-directed hypnotherapy" (HT) beskrevs första gången 1984 i en studie från Manchester. I denna studie förbättrades upp till 85 % av patienterna gällande sina IBS-symtom [19]. Manchestergruppen har sedan publicerat en rad artiklar som påvisar en god långtidseffekt av HT på intestinala och extraintestinala symtom, livskvalitet och sjukfrånvaro [21,23,24].

Mindre kontrollerade, randomiserade studier från andra forskargrupper har sedan konfirmerat en god behandlingseffekt av HT men resultaten har ej varit lika imponerande [25,26,27]. Av de studier som så här långt presenterats kommer merparten från specialiserade "hypnoterapicentra", och väldefinierade

studier med behandlingen given i en miljö utanför sådana centra saknas.

HT bygger på mental och muskulär avslappning där patienten får använda hypnotiska suggestioner för att avleda eller fokusera på symtomen. Efter feedback utnyttjas individuellt adapterade suggestioner för att uppnå en djup känsla av möjligheten att kunna kontrollera sina symtom. Specifika suggestioner (t.ex. "en flod som flyter lugnt och stilla") leder till att ökad kontroll över mag-tarmkanalen utvecklas. Patienten får först öva på att ta kontroll över yttre stimuli, t.ex. ljud eller tryckkänsla från stolen, för att sedan fortsätta övningarna med att ta kontroll över inre fenomen som t.ex. andning och slutligen IBS-symtom. Behandlingen utgår från ett protokoll utformat av Manchestergruppen och behandlingen ges en timme per vecka under tolv veckor. Mellan sessionerna uppmanas patienten till aktiva övningar med hjälp av inspelat individualiserat behandlingsmaterial [28].

Syftet med avhandlingsarbetet var att undersöka effekten av HT när behandlingen ges utanför högspecialiserade "hypnoterapicentra" genom att studera effekten på kort och lång sikt, patientnöjdhet och gastrofysiologiska effekter.

Behandlingsstudier

Två randomiserade, kontrollerade behandlingsstudier har genomförts där patienter randomiserats till HT eller kontrollgrupp [29]. Den första, där 90 patienter ingick, gjordes på Sahlgrenska sjukhuset med behandlingen given hos psykologer på deras privata mottagningar. Den andra studien ägde rum på Gävle sjukhus gastroenterologiska mottagning där också behandlingen gavs. I studien ingick 48 patienter.

I båda studierna minskade symtomen inom HT-grupperna signifikant vid uppföljning ($p < 0,05$) men inte inom kontrollgrupperna. I den första studien fanns en signifikant skillnad mellan grupperna beträffande symtomen efter behandlingen ($p < 0,05$). I den andra studien uppnådde skillnaden mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp inte riktigt statistisk signifikans ($p = 0,17$), sannolikt beroende på typ 2-fel. Effekten inom behandlingsgrupperna höll i sig upp till ett år efter

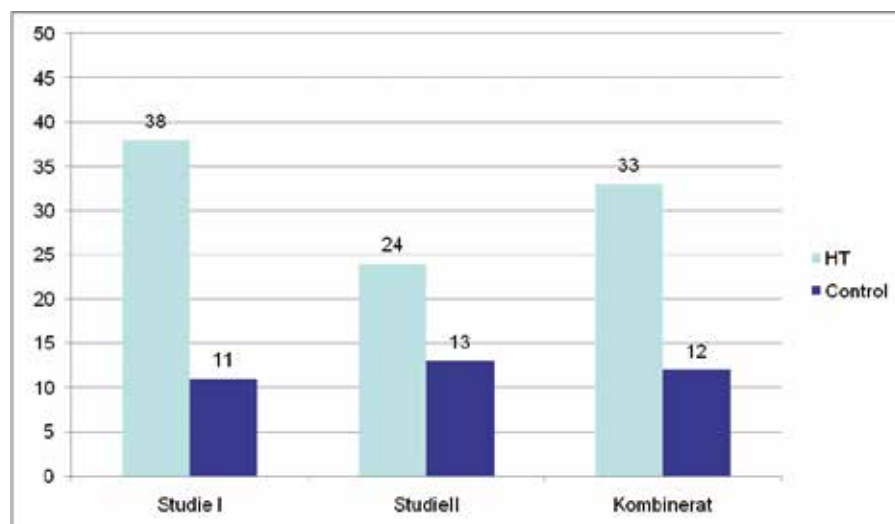


Fig. 1. Responder rate. ("Responder" definieras som en patient med förbättring avseende IBS-symtom ≥ 25 %).

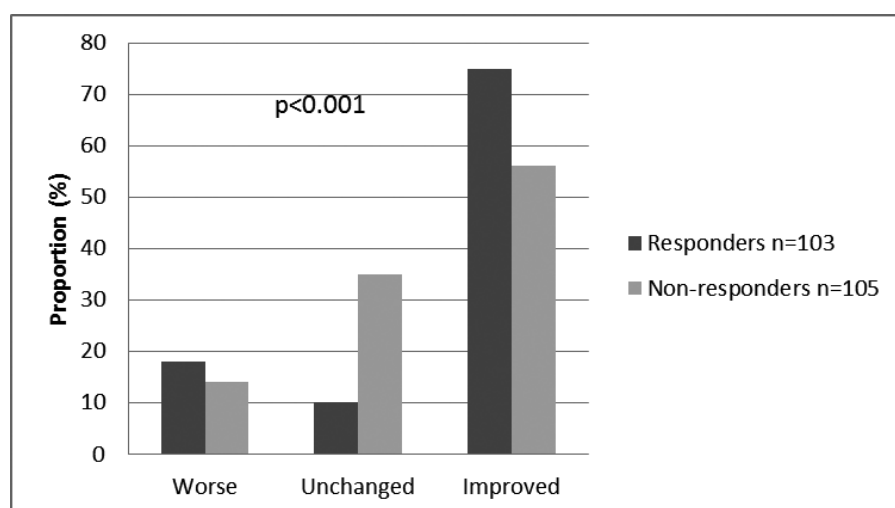


Fig. 2. IBS-symtom vid uppföljningen jämfört med direkt efter avslutad HT. Responders vs. non responders.

behandlingen ($p < 0,01$). Bättre livskvalitet och minskad grad av ångest sågs i behandlingsgrupperna, men skillnaden uppnådde inte statistisk signifikans jämfört med kontrollgrupperna

Konklusionen från dessa studier är att HT är en effektiv behandlingsform för IBS-patienter, men effekten av behandlingen är lägre när den ges utanför högspecialiserade hypnoterapicentra. Om resultaten i studierna kombineras nås en "responder rate" för hypnoterapi vs. kontrollgrupp på 33 % vs. 12 % (fig. 1).

Retrospektiv uppföljning

I nästa studie gjordes en retrospektiv uppföljning av 208 patienter som behandlats med HT mellan 2000–2006

[30]. Här bedömdes långtidseffekten av behandlingen på IBS-symtom samt självrapporterad förändring av sjukvårdskonsumtion och bruk av symptommodifierande läkemedelsbehandling. Behandlingen hade givits utanför "högspecialiserade hypnoterapicentra". Patienterna delades upp i "responders" (49 %) och "icke responders" (51 %) baserat på den självrapporterade effekten på IBS-symtomen efter behandlingens avslutande. Vid uppföljningen 2–7 år efter behandling (medel 4 år) hade 73 % av patienterna i respondergruppen förbättrats ytterligare (fig.2) och rapporterade en signifikant minskning av sjukvårdskonsumtion jämfört med icke responders (fig. 3). 87 % av alla patienter angav att HT-behandlingen

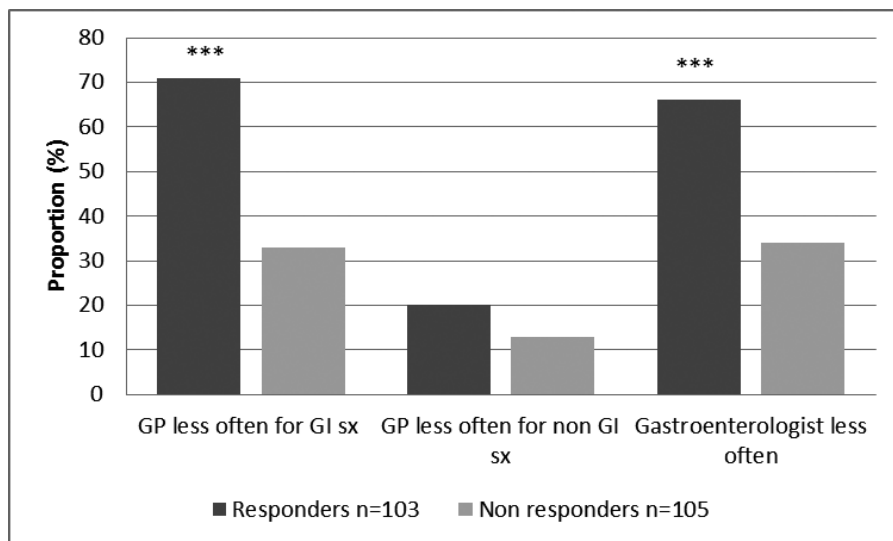


Fig. 3. Självrapporterad sjukvårdskonsumtion vid uppföljning. Responders vs. non-responders. *** $p < 0.001$.

varit viktig och meningsfull (100 % av responders och 74 % av icke responders). Ingen skillnad i användandet av symptommodifierande läkemedel kunde ses mellan grupperna.

Konklusionen från denna studie är att HT vid IBS är en effektiv behandling med goda långtidseffekter även om den ges utanför "högspecialiserade hypnoterapicentra". Behandlingen har även potential att spara sjukvårdsresurser i denna patientgrupp.

Patientnöjdhet

I den tredje studien studerades patientnöjdheten med HT som behandling av IBS [31]. Vi undersökte 83 IBS-patienter som genomgått HT i studien på Sahlgrenska. Efter behandlingen skattade patienterna sin "grad av nöjdhet med behandlingen" på en femgradig skala där 1 = inte alls nöjd och 5 = mycket nöjd. Även formulär gällande IBS-symtom, livskvalitet, kognitiv funktion, känsla av sammanhang, depression och ångest fylldes i före och efter behandlingen. Efter behandlingen sågs signifikant minskade IBS-symtom, förbättrad livskvalitet, minskad ångest och förbättrad kognitiv funktion. Trettio patienter (36 %) skattade sig som "mycket nöjda med behandlingen". Femtiosju patienter (69 %) skattade 4 eller 5 på "nöjdhetsskalan".

Patientnöjdhet var associerad med minskade IBS-symtom och ökad livskvalitet efter behandlingen. I en multipel regressionsanalys var bara en dimension av livskvalitet oberoende associerad med hög patientnöjdhet, förklarande 22 % av variansen. Om en responder definieras som en patient med förbättring avseende IBS-symtom ≥ 25 % var 52 % av responders "mycket nöjda" med behandlingen, men även i non-responder gruppen var 30 % "mycket nöjda".

Konklusionen för denna studie är att hög patientnöjdhet är associerad med förbättrad livskvalitet och minskade IBS-symtom men att även andra faktorer ligger bakom den höga patientnöjdheten, eftersom även en stor del av non-responders var "mycket nöjda" med behandlingen.

Effekt på gastrointestinal motilitet

Effekten på gastrointestinal motilitet av HT vid behandling av IBS är ofullständigt känd. Av de 90 patienterna i studien vid Sahlgrenska utvärderades 81 stycken

med gastrointestinal transitundersökning och/eller tunntarmsmanometri [32]. Det var inga signifikanta skillnader gällande gastrointestinal motilitet före och efter behandling i någon av grupperna.

Konklusionen för denna studie är att vi inte kunde finna någon kvarstående effekt på gastrointestinal motilitet efter genomgången hypnoterapi för IBS. Fortsatt forskning för att förstå hur effekten av hypnoterapi medieras är nödvändig.

Diskussion/slutord

Resultaten i denna avhandling stödjer introduktionen av hypnoterapi som del av den kliniska behandlingsarsenalen vid svår IBS där livsstilsråd och symptommodifierande farmakologisk behandling ej givit tillfredställande effekt. Terapiformen finns idag ej tillgänglig i tillräcklig omfattning och insatser för att utbilda fler terapeuter är nödvändiga. Min förhoppning är att psykologisk behandling för IBS i framtiden ska vara tillgängligt som behandlingsalternativ för denna patientgrupp oavsett var i landet man söker hjälp för sin sjukdom.



Per Johan Lindfors

Specialist i gastroenterologi och internmedicin

Sektionschef för mag-tarmmottagningen

Aleris Specialistvård Sabbatsberg

Perjohan.Lindfors@aleris.se

Referenser på nästa sida. Fullständig referenslista kan fås från författaren.

Avhandling

Implementation of gut-directed hypnotherapy for Irritable Bowel Syndrome in clinical practice.

Disputation vid Sahlgrenska akademien 121205.

ISBN 978-91-628-8555-7

Länk till avhandlingen <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/30258>

Huvudhandledare: Professor Magnus Simrén

Referenser

1. Lovell RM, Ford AC. Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012. Epub 2012/03/20.
3. Agreus L, Svardsudd K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology*. 1995;109(3):671-80. Epub 1995/09/01.
4. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut*. 2000;46(1):78-82. Epub 1999/12/22.
7. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut*. 1986;27(1):37-40. Epub 1986/01/01.
9. Simren M, Brazier J, Coremans G, Dapoigny M, Muller-Lissner SA, Pace F, et al. Quality of life and illness costs in irritable bowel syndrome. *Digestion*. 2004;69(4):254-61. Epub 2004/07/17.
13. Nyrop KA, Palsson OS, Levy RL, Korff MV, Feld AD, Turner MJ, et al. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. *Aliment Pharm Ther*. 2007;26(2):237-48. Epub 2007/06/27.
15. Johannesson E, Simren M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(5):915-22. Epub 2011/01/06.
17. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, Kurtz CB, MacDougall JE, Jia XD, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. *N Engl J Med*. 2011;365(6):527-36. Epub 2011/08/13.
19. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*. 1984;2(8414):1232-4. Epub 1984/12/01.
29. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Bjornsson E, Abrahamsson H, et al. Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials. *The American journal of gastroenterology*. 2012;107(2):276-85. Epub 2011/10/06.
30. Lindfors P, Unge P, Nyhlin H, Ljotsson B, Bjornsson ES, Abrahamsson H, et al. Long-term effects of hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2012;47(4):414-20. Epub 2012/02/22.
31. Lindfors P, Ljotsson B, Bjornsson E, Abrahamsson H, Simren M. Patient satisfaction after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2013;25(2):169-e86. Epub 2012/10/12.
32. Lindfors P, Tornblom H, Sadik R, Bjornsson ES, Abrahamsson H, Simren M. Effects on gastrointestinal transit and antroduodenal manometry after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IBS). *Scand J Gastroenterol*. 2012;47(12):1480-7. Epub 2012/10/26.

Kommentar

Irritable Bowel Syndrome (IBS) eller colon irritabile är mycket vanligt. Man räknar med att femton procent av den vuxna befolkningen har besvär av IBS i vart fall av och till. Fem procent har i stort sett ständiga besvär med påverkad livskvalitet. Ungefär tre procent av besöken hos allmänläkaren sker med IBS som huvudkrämpa, och upp mot hälften av besöken hos gastroenterologen. IBS uppfyller således kriterierna för "folksjukdom".

Tyvärr är etiologin okänd ännu så länge. Det betyder även att vi inte vet vad vi ska bota! Tillståndet är som bekant mer eller mindre kroniskt, och klassificeras även som en "funktionell" tarmsjukdom. Begreppet är inte riktigt adekvat. "Dysfunktionell" avspeglar bättre vad det är frågan om. I brist på bättre vetande har vi här även en förklaringsmodell för patienterna – tarmen "funkar inte", dvs. den är känsligare för utspänning (ont i magen är ett kardinalsymtom) och peristaltiken är mer oregelbunden (avföringsrubbning avseende frekvens och konsistens).

Symtomen vid IBS ryms även inom spektrat "från naturfenomen till upplevd sjukdom". Oron för en organisk påvisbar sjukdom är olika för olika individer och

driver även IBS-symtomatikern att bli patient, förutom behovet av symtomlindring.

Alla med symtom behöver inte någon bot. Många nöjer sig med en trygg doktor med en bra förklaringsmodell och basala undersökningar – allmänläkarens uppgift är här att göra en otrygg symtomatiker trygg. De allra flesta behöver inte remitteras varken till gastroenterolog eller koloskopist. Men de med mest besvär tarvar symtomlindring i brist på bot – ty något bot har vi inte. Vi kan som bekant ofta hyfsat lindra tarmrubbningarna, men buksmärtna som sådana är det ofta värre med.

Med eller utan bra medicin är det naturligtvis så att icke farmakologisk behandling bör prioriteras om det finns effektiv sådan. Många patienter nöjer sig med handläggning enkelt beskriven ovan, men ibland räcker det inte till – och då skulle det vara av värde med en evidensbaserad strukturerad icke-farmakologisk behandlingsmetod.

Lingfors studie på hypnos vid IBS visar effekt på ungefär 40 % av deltagarna. När man tittar närmare på studierna så ser man att det huvudsakligen är ordentligt

sjuka individer med "terapieresistenta" symtom vid specialistkliniker som studerats, och den ena studien är dessutom retrospektiv. Vi får således inte svar på frågan om hypnos är kliniskt (eller samhällsekoniskt) motiverat för den vanliga primärvårdspatienten. Medan vi väntar på en sådan angelägen studie i ett svensk primärvårdskontext får vi trösta oss med att det dessutom är så ont om hypnotisörer att metoden ändå inte inom överskådlig tid skulle kunna komma till användning till vardags inom allmänmedicin. Den får nog förbli en superspecialistangelägenhet. Men spännande är det!



Lars Agréus

Professor i allmänmedicinsk gastroenterologi
Centrum för allmänmedicin, Stockholm
lars.agreus@ki.se

Hur undersöks och behandlas neuropatiska smärttillstånd?

En intervju med Bo Bertilson, allmänläkare och forskningsledare inom rörelse och smärta vid CeFAM, Karolinska Institutet.



Vad gör man med patienter som valsar omkring mellan olika undersökningar med oförklarade symptom och diskreta, om ens några undersökningsfynd?

Intresset för ”kluriga” patienter har drivit Bo Bertilsons kompetensutveckling och forskningsintresse. Han inleder vår telefonintervju med att berätta att han som ung läkare på landsbygdsvårdcentraler ofta hade en patient med diffus symtomatologi på morgonen första dagen. Sedan var hela eftermiddagen fylld av patienter med oförklarade symptom eftersom de hört i byn att det kommit en doktor med intresse för den typen av besvär.

Nu driver Bo Bertilson egen praktik vid sidan av forsknings- och utbildningsuppdrag. Här tar han emot remisser rörande patienter med oklara besvär, framför allt värk, men också t.ex. and-

nings- och magbesvär. Gemensamt för dessa patienter är att de genomgått extensiv utredning där man inte kunnat finna någon genes till symptomen och ofta fått stämpeln ”funktionella besvär”.

– Man hittar nästan genomgående neurologiska störningar på någon nivå och patienten har inte undersökts noggrant avseende det, säger han.

Vanligast är neuropatisk störning på rygggradsnivå, men exempelvis plexus-skador är underdiagnosticerade. Om patienter söker med bilaterala, symmetriska besvär bör man absolut överväga neuropatisk smärta från ryggraden. Reumatisk smärta och borrelia kan övervägas som differentialdiagnoser men utgör bara några procent.

Vad gör då dr Bertilson med sina patienter som inte redan gjorts? Bo Bertilson utvecklade i sitt avhandlingsarbete en så kallad besvärsteckning som är ett verktyg framtaget för att patienten skall kunna illustrera sina besvär. Den ska inte blandas ihop med den modell från 1940-talet som ofta används där patienten får skatta smärtmodalitet, exempelvis stickande eller brännande smärta. Senare studier har visat att metoden är svår att använda på ett exakt sätt för patienterna. Hans egen modell, där man skuggar fram sina besvär endast utifrån grad av besvär och inte kvalitet, gör att det snabbt går att urskilja om det föreligger en neuropatisk utbredning eller om utbredningen talar för nociceptiva, psykogena eller blandformer av besvär.

Bo Bertilson understryker vikten av att låta patienten använda blyertspenna för att skugga fram besvärsutbredningen så att det är möjligt att nyansera. Samtliga

besvär, inte enbart smärta, skall ritas in i figuren eftersom området centralt i en nervskada ofta upplevs som smärta eller värk, medan andra modaliteter, exempelvis kyla och stickningar, upplevs i det skadade nervområdets periferi. För att illustrera hur Bo Bertilson använder besvärsteckningen berättar han om ett typfall från mottagningen.

Man med hälsmärta

En patient som sökt olika vårdgivare vid upprepade tillfällen för hälsmärta, fått diagnosen hälsporre, erhållit sjukgymnastisk behandling och inhandlat formgjutna skoinlägg utan förbättring, kommer via remiss från allmänläkare. Mannen har så ont i framför allt ena hälen att han inte kan stödja på benet. Han ritar in symmetriska områden på hälen och ovensidan av fötterna på besvärsteckningen. När han sedan får frågan om han har besvär från någon annan region påtalar han knäna där artroskopi har påvisat lindriga artrosförändringar. Patienten har även benhinneinflammation, det vill säga värk tibialt bilateralt som han förskrivits NSAID för. Han går också regelbundet hos kiropraktor för ryggbesvär, ”ryggen behöver rättas till med jämna mellanrum”. Även höftsmärtor föreligger för vilka han behandlas av naprapat månatligen. På besvärsteckningen tecknas L5-S1-sklerotomen tydligt fram.

Vid inspektion har patienten muskelatrofi symmetriskt över lår, vader och interdigitalt vid stortår, vilket inte bedöms patognomont utan kan vara ett uttryck för inaktivitet till följd av värken. Vid palpation har patienten en Mortons metatarsalgi mellan andra och tredje tån. Vid undersökning av sensibilitet finns

"Man hittar nästan genomgående neurologiska störningar på någon nivå och patienten har inte undersökts noggrant avseende det."

tydlig ömhet över hela L5-S1-sklerotomet bilateralt, det vill säga över höftkammen, piriformis, patella, tibia, fotleder och mediala foten. Patienten hade dock inte någon ömhet under hälarna.

Vid eftergranskning av bilder från magnetisk resonanstomografiundersökning (MRT), vilken tidigare genomförts med anledning av ryggvärk och bedömts vara "normal", syntes en diskret diskförändring på L5-S1-nivå överensstämmande med besvären. En kemisk nervrotspåverkan kan misstänkas. Patienten blev smärtfri vid injektion (utan genomslysning) av lokalbedövning som depoterades nära L5-roten, L5s facettled, i diagnostiskt syfte.

Bo Bertilsson påtalar vikten av att metodologiskt och noga undersöka patienten, vilket inte innebär att undersökning och bedömning behöver ta lång tid.

– Sju minuter för nedre eller övre extremiteterna och knappt det dubbla för hela kroppen tar det.

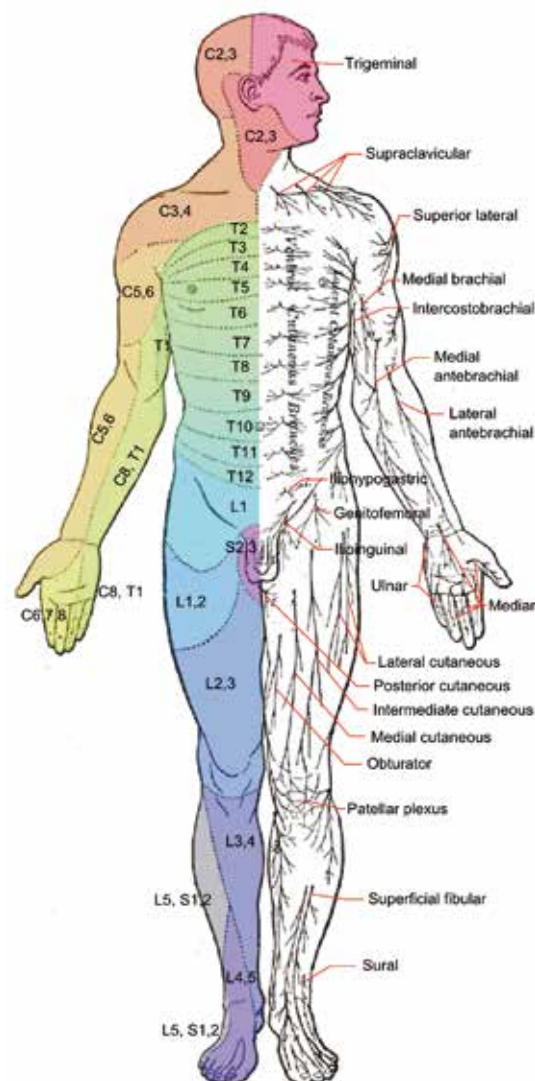
Bo Bertilsson genomför sina bedömningar i fyra steg. Det första är att komplettera besvärsteckningen som patienten fyllt i inför besöket. Steg två är klinisk undersökning, alltid inkluderande sensoriskt status med sensibilitetstest av beröring. Detta genomförs bimanuellt, bilateralt med pekfingerarna och sedan med sporrar och eller köldrullar för att pröva smärtsensibilitet (c-fibrer). Viktigt är långsam undersökning så att det går att detektera sensibilitetsstörningar och kunna jämföra mot motstående sida och även proximalt och distalt. Steg tre utgörs av utvidgad anamnes, eftergranskning av eventuella tidigare bilder etc: finns tidigare skada? Som fjärde steg ges en enkel blockad med lokalbedövning i diagnostiskt syfte.

Hur behandlas då en patient med neuropatisk smärta? Bo Bertilsson utgår från sin behandlingsstege indelad i fyra steg där egenvård, fysisk aktivitet på recept och ergonomisk rådgivning är basen

tillsammans med avlastning för symptomlindring. Vid nack- och ryggutlöst neuropatisk smärta skall axiell belastning undvikas. Patienten bör dock rekommenderas aktivitet som ökar cirkulationen i det skadade området, exempelvis promenader i terräng, vilket är allmänt stabiliserande träning.

Steg två utgörs av fysioterapi i någon form med fokus på ergonomisk träning samt eventuellt traktion vid mekanisk neuropatisk smärta. Steg tre utgörs av läkemedel. Analgetika, exempelvis paracetamol, brukar inte hjälpa. Patienten bör erbjudas att pröva antiflogistika, avsvällande läkemedel, exempelvis NSAID. Läkemedel som gabapentin, neurontin och tryptizol har ofta redan provats med dålig effekt vid ryggutlöst neuropati. Det fjärde, slutliga steget i behandlingstrappan är kirurgisk behandling.

På frågan om hur spridd bedömnings- och behandlingskompetensen är i vårt avlånga land och om det finns reell möjlighet att komma i kontakt med remissinstans dit man kan skicka den här typen av "kluriga" smärtpatienter svarar Bo Bertilsson lite undflyende. Han hoppas att det kommer att finnas en doktor på varje vårdcentral som vill ägna sig åt detta, och avslutar med att åter understryka vikten av en strukturerad och noggrann undersökning.



Karin Rådholm
Doktorand
Linköpings universitet
karin.radholm@lio.se

Faktaruta

- **Nociceptiv smärta:** Vävnadsskadesmärta
- **Neuropatisk smärta:** Nervutlöst smärta där
 - 1) smärtutbredningen kan förklaras av en eller flera nerver och
 - 2) det föreligger en sensorisk störning i området där besvär upplevs.
- **Nervirritationen** är antingen mekanisk eller kemisk. Symptomutvecklingen vid mekanisk irritation tar längre tid medan smärtan kommer akut vid kemisk irritation som främst medieras av TNF α .
- **Sklerotom:** Nervförsörjningsområde skelett.
- **Myotom:** Nervförsörjningsområde muskler.
- **Dermatom:** Nervförsörjningsområde hud.

Allmänläkarpraktikan – Ortopedi

Jag använder mig oftast av internet, av websidor riktade till sjukvårdspersonal eller sökdatabaser, när jag behöver slå upp något. I bokhyllan står också några tummade böcker som jag gillar i fysisk form, till exempel Läkemedelsboken och Praktisk Medicin. Ett ämne som är svårt är ortopedisk medicin. Det kan vara omöjligt att ta till sig en skriftlig beskrivning på anatomiska strukturer eller genomförandet av specifika tester. Jag valde därför med intresse att läsa den nyutgivna Allmänläkarpraktikan i ortopedi. Kommer jag med denna boks hjälp att bli klokare och tillägna mig kunskap i detta för mig, liksom för så många andra, svåra ämne där bedömningen ofta resulterar i ”ta värktabletter och gå till sjukgymnasten”?

Boken har ett tilltalande format, nästan möjligt att ta med i rockfickan, endast 174 sidor lång, där kapitelindelningen sker efter anatomisk struktur. (Dock inte i ordningen som anges på framsidan av boken). En av två redaktörer (Katarina Hedin) är specialist i allmänmedicin men i övrigt utgörs huvudförfattarna av en professor och överläkare i ortopedi, Jón Karlsson, en sjukgymnast och tillika docent, Joanna Kvist, samt en divisionschef (kirurgidivisionen) och docent, Harald Roos. Övriga fjorton författare är sjukgymnaster, ortopeder samt en geriatriker. Texten är utformad i två spalter per sida, lättförståelig, kortfattad och koncis. Styckesindelningen är kort med tydliga rubriker vilka varierar mellan olika kapitel.

Inledning saknas och det framgår ej i boktexten vilken yrkeskategori boken huvudsakligen vänder sig till. På Studentlitteraturs hemsida framgår att ”Allmänläkarpraktikan är en bokserie som vänder sig till personer verksamma inom allmänmedicin och andra specialiteter inom öppen- och slutenvård. Den riktar sig även



Allmänläkarpraktikan – ortopedi

Red. Katarina Hedin, Magnus Löndahl

ISBN 9789144059211

Förlag: Studentlitteratur, 2012

Antal sidor: 176

till AT- och ST-läkare samt till studenter som önskar en praktisk handbok att bära med sig i fickan”.

Boken har mycket tydliga, illustrativa och lättförståliga bilder som visar anatomiska strukturer, tester och träningsmoment att rekommendera. Även kortfattade fakta- och varningsrutor är insprängda i texten i olika omfattning, beroende på kapitelförfattare, vilka jag tycker är bra och informativa.

Boken innehåller utöver sjukdomar och skador även tre fristående kapitel, det sista rörande sjukgymnastisk undersökning, behandling och utvärdering. Vid genomläsning tycker jag detta kapitel är svårast att förstå syftet med eller möjligtvis fel rubricerat. Boken innehåller

enligt min bedömning i sin helhet en sjukgymnastisk approach som tilltalar mig och detta kapitel upplevs lite som ”tårta på tårta”. Övriga två ämneskapitel i slutet behandlar osteoporos samt RA och andra artrit, där jag upplever att farmakologiska behandlingsstrategier får omotiverat mycket plats på bekostnad av praktisk tillämpning. FRAX-mätning vid risk för osteoporosrelaterad fraktur förklaras men information om hur resultatet av en FRAX-mätning skall tolkas saknas.

Vid min läsning av boken lät jag den ligga på expeditionens skrivbord och slog upp samtliga ortopediska problem som jag mötte i min vardag som distriktsläkare. Två av patienternas besvär som jag hade under perioden fanns inte beskrivna: vingscapula samt icke traumatiskt utlöst svanskotssmärta. I övrigt hade jag god nytta av boken som på ett förtjänstfullt sätt i flera av kapitlen redogör för anatomi, patologi, bedömning inklusive differentialdiagnoser samt behandling.

Ibland är texten lite väl kortfattat med formuleringar som ”röntgenundersökning och ytterligare noggrann undersökning till exempel med magnetkamera är sällan indicerad” vilket lämnar läsaren undrande i vilka fall det trots allt kan vara indicerat. Jag uppfattar även en lite mässande ton till och från angående att många av tillstånden borde kunna skötas av primärvården. Exempelvis framgår i stycket om hallux valgus att ”patienterna kan med fördel behandlas i primärvården fram till operation. Även den postoperativa rehabiliteringen kan ske inom primärvården”. I stycket rörande axelluxation framgår på liknande sätt att ”reponering bör kunna ske i primärvård i de allra flesta fall” och ”först vid återkommande instabilitet eller tecken på skada på rotatorkuffens senor är det ak-

tuellt att byta vårdform för patienten och remittera till specialistvård för eventuell operativ åtgärd”.

Det förekommer ytterligare en mängd förslag rörande vårdnivå, där jag tror att det är svårt att generalisera och att det skiljer sig väsentligt mellan olika sjukvårdsregioner. Roligast på detta tema är en schematisk bild visande behandlingsflödet vid ledvärk eller artros i höft och knäled där det är inte mindre än 18 pilar mellan ”patient söker närsjukvård” och ”ortopedmottagning”.

Så, har jag haft nytta av boken? Ja, det tycker jag. Bokens absoluta styrka är formatet och bilderna som är utomordentligt tydliga och illustrativa vilket gör att jag ställer boken i bokhyllan för fortsatt användning.



Karin Rådholm

Doktorand
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings Universitet
Karin.radholm@liu.se

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN MEDICIN

Inbjudan till SFAMs fullmäktigemöte 2013

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin inbjuds till fullmäktigemötet vid Svensk allmänmedicinsk kongress i Stockholm den 15-17 maj 2013.

Plats: Norra Latin (Stockholm City Conference Center).

Tid: Kl 15.30–17.00, onsdagen den 15 maj 2013.

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

Välkommen!

Karin Träff Nordström

Ordförande

Skriv om barn i nummer 4!

Allmänmedicin nr 4 kommer att ha barn som tema – tonåringar inräknade. Har du något att bidra med? En vetenskaplig artikel, en krönika, en fallbeskrivning, ett samarbete? Manusstopp är 14 oktober, men jag tar gärna emot material tidigare. Ge mig en förvarning till så skickar jag författaranvisningar.

Ingrid Eckerman

chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Illustratör:

Barbara Frankel, Umeå.



Extern otit – Burows lösning åter till heders

Dagens behandling av extern otit domineras framför allt av antibiotikadroppar med steroider. I kampen mot onödigt antibiotikaanvändning kanske vi även ska sträva åt den lokala behandlingen i öron och i större omfattning använda gamla beprövade beredningar som Burows lösning. I och med att Burows lösning nu finns som receptfri öronspray kan terapi och profylax komma in tidigt hos personer som vet att de är känsliga.

Vanligt problem

Extern otit är ett vanligt problem. I en undersökning i Storbritannien genomförd 2001 uppmättes en 12-månaders prevalens på 1,2 – 1,3 procent [1]. Simmare, badturister, dykare, elitmotionärer som duschar flitigt och alla andra som har frekvent kontakt med vatten kan drabbas av extern otit. Därav namnet simmaröra. Olika typer av eksem kan orsaka extern otit, men även överdriven rengöring, hörapparat, hörselkåpor, plug-in hörlurar, öronproppar m.m.

Med ökat resande till varma och fuktiga klimat, ofta med mycket kontakt med vatten, följer en ökad frekvens av extern otit och förstörda semesterdagar [2]. Även under den svenska sommaren är extern otit vanligare än under resten av året, vilket också avspeglas i antalet besök hos allmänläkaren för denna åkomma. Uppskattningsvis drabbas fler än 100 000 svenskar om året av inflammation i yttre öra och hörselgång.

Behandling av extern otit idag utgörs framför allt av mekanisk rengöring följt av tamponadbehandling med alsolsprit och/eller lokalbehandling med örondroppar innehållande steroid och antibiotikum.

Burows lösning

Redan i mitten av 1800-talet prövade Karl August Burow en blandning av blyacetat och alun i vatten resulterande i en lösning av aluminiumacetat. Burow använde lösningen frikostigt vid bland



annat behandling av sår som lämnats öppna. Burows lösning var under lång tid vanlig vid behandling av insektsbett, olika hudåkommor och hörselgångsinflammation. I och med antibiotikans genombrott i mitten av 1900-talet försvann den i stort sett.

Nu finns en beredning som bygger på Burows recept åter tillgänglig internationellt. I Sverige säljs den sedan 2011 som Otinova® öronspray, en medicinteknisk produkt med indikationen extern otit.

Antimikrobiell effekt

Ett flertal studier har påvisat en antimikrobiell effekt hos Burows lösning [4-9]. Laboratoriestammar av bland annat *Pseudomonas aeruginosa* och *Staphylococcus aureus*, samt isolat från patienter av samma bakterier, men även svamparna *Candida albicans* och *Aspergillus*, har visat sig känsliga för den antimikrobiella effekten av Burows lösning. Bakteriostatisk effekt kunde påvisas i spädningsuppsättningar upp till 1:160 [6]. Thorp et al [5] kunde visa att det var aluminiumacetatet som var den viktiga komponenten för denna effekt, även om dess låga pH förstärkte den antibakteriella effekten.

Klinisk effekt

Ett flertal studier har visat att Burows lösning är både säker och effektiv vid behandling av extern otit. US Navy observerade tidigt problemet med hög frekvens av extern otit hos mättnadsdykare på grund av den höga värmen och luftfuktigheten i tryckkamrarna. Thalmann [10] genomförde 1974 en studie där man hos 26 mättnadsdykare helt kunde eliminera extern otit genom profylaktisk behandling i fem minuter dagligen med Burows lösning. De minst tio dagar långa experimentdykningarna gjordes i kammersystem under ständig och strikt övervakning för att utesluta sviktande compliance.

I en studie bland engelska militärer på Cypern behandlades 117 fall av extern otit med antingen polymyxin + neomycin + hydrokortison (Otosporin) eller aluminiumacetatdroppar [11] och 108 patienter blev helt återställda. För 59 patienter mättes behandlingstiden till fullständig utläkning, vilket tog 9,36 dagar för aluminiumacetat och 11,06 dagar för Otosporin. Författaren konkluderade att aluminiumacetat är effektivt, billigt och säkert och ansåg att antibiotika/steroiddroppar bör användas endast för svårare fall av extern otit.

Clayton et al [12] visade i en studie som omfattade 102 öron med otorré att 68 % som behandlats med 0,3 % gentamycinsulfat och 67 % som behandlats med 8 % aluminiumacetat visade en signifikant förbättring mätt som klinisk score (>2 på en skala 0-4). Det var alltså ingen skillnad mellan behandlingsgrupperna. I gentamycingruppen kunde man konstatera gentamycinresistenta organismer. Författarna rekommenderade användningen av topikal antiseptisk lösning som aluminiumacetat snarare än antibiotikalösningar vid initial behandling av otorré.

I ytterligare en studie behandlades 50 öron med kronisk otorré (48 patienter) med Burows lösning [7]. Av 50 öron

blev 45 helt utläkta eller förbättrade efter behandling med Burows lösning utan några signifikanta biverkningar. Författarna summerade att Burows lösning är en effektiv otologisk lösning.

Slutligen, i en mindre studie på 14 öron (12 patienter) med refraktär otorré med olika bakomliggande orsaker läktes sjukdomen ut efter 1–17 veckors behandling med Burows lösning (medelvärde 5,4 veckor) [8]. Författarna konkluderade att Burows lösning är effektiv vid behandling av refraktär otorré.

I flera av ovanstående studier har behandling med Burows lösning kunnat läka ut infektioner med antibiotikaresistenta bakterier. I en tysk litteraturnomgång [13] blir författarnas slutsats att rekommendera Burows lösning och liknande preparat vid behandling av meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) i örat.

Vår egen erfarenhet av Burows lösning i klinisk praxis är delvis begränsad på grund av den korta tid som Burows lösning (Otinova®) funnits på marknaden. I de fall vi har använt produkten har både vi och patienterna varit mycket nöjda med resultatet.

Säkerhet

I de kliniska studier som genomförts har inga biverkningar rapporterats förutom sveda. Ingen ototoxicitet kunde heller konstateras i en experimentell studie på marssvin [14]. Vid direktinjektion i mellanörat har dock en begränsad ototoxicitet rapporterats. Två fall av reversibel hörselnedsättning hos patienter rapporterades av Oishi et al [15] och viss ototoxicitet i marssvin har visats av Suzuki et al [16]. Av dessa skäl bör man försäkra sig om att trumhinnan är intakt före applicering av Burows lösning.

Sammanfattning

Vi kan konstatera att extern otit är en vanlig åkomma som allmänläkaren ofta ser i sin vardag. Mekanisk rengöring och steroid/antibiotikadroppar är idag gängse behandling. Burows lösning har i flera studier visat sig vara både effektiv och säker som profylax och behandling av

extern otit. Detta faktum bör beaktas i ljuset av en ökande antibiotikaresistens i samhället. Burows lösning som alternativ förstahandsbehandling bör därför övervägas.



Hans Örnhammar
Dykläkare

Svenska sportdykarförbundet
hans@ornhammar.se

Har konsultuppdrag för Amellnova



Claes Lundberg
Fysiolog
Amellnova

Har styrelseuppdrag och äger aktieposter i Amellnova



Olle Sandelin
Dyk- och flygläkare
AirMedic.se

Har konsultuppdrag för Amellnova

Referenser

- Thorp MA, Oliver SP, Kruger J, Prescott CAJ. Determination of the lowest dilution of aluminium acetate solution able to inhibit in vitro growth of organisms commonly found in chronic suppurative otitis media. *J Laryngol Otol*. 2000;114:830-831. 6
- Kashiwamura M, Chida E, Matsumura M, Nakamaru Y, Suda N, Terayama Y, Fukuda S. The efficacy of Burow's solution as an ear preparation for the treatment of chronic ear infections. *Otol Neurotol*. 2004;25:9-13. 7
- Thalmann, ED. A Prophylactic Program for the Prevention of Otitis Externa in Saturation Divers. *Navy Exp. Diving Unit Res. Report* 10-74, 1974. Retrieved 2008-03-16 (<http://rubicon-foundation.org>). 10
- Lambert IJ. A comparison of the treatment of otitis externa with "Otosporin" and aluminium acetate: a report from a services practice in Cyprus. *J Royal Coll General Pract* 1981; 31: 291-294. 11
- Clayton MI, Osborne JE, Rutherford D, Rivron RP. A double-blind, randomized, prospective trial of a topical antiseptic versus a topical antibiotic in the treatment of otorrhoea. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1990, 15, 7-10. 12
- Senska G, Rüsing D. The treatment of MRSA colonized middle ear; case report and literature review. *Laryngorhinootologie*. 2010;89:404-8. 13
- Oishi N, Inoue Y, Saito H, Ogawa K. Burow's solution-induced acute sensorineural hearing loss: report of two cases. *Auris Nasus Larynx*. 2010;37:369-72. 15

Fullständig referenslista kan fås av:
hans@ornhammar.se

Karl August Burow (1809-1874) var professor 1844 – 1859, senare stadshälsöråd och därefter generalläkare 1866 – 1870. Burow argumenterade kraftigt för att alla större sår borde lämnas öppna och inte sutureras, vilket var vanligt vid den tid då Burow verkade. Hans argument baserades på att djur, vars alla sår förblev öppna, vanligen hade god sårhäkning samtidigt som sår på människor, som antingen bandagerats kraftigt eller som suturerats, ofta fick svåra infektioner. Detta var nytänkande i en tid då Lister använde karbolsyra för att motverka alla i luften förekommande förruttnelse-skapande element. Burow skapade en lösning av blyacetat och alun i vatten. Detta gav en vattenlösning av aluminiumacetat där blyet skapade en fällning som kunde filtreras bort. Burow använde lösningen frukostigt vid behandling av de sår som lämnades öppna. Inte sällan droppades Burows lösning på en tunn kompress över såret.

Annons

Hur hamnade du HÄR?

Från tyskt sjukhus till svensk glesbygdssjukstuga

Idrygt 3 år hade jag jobbat på den invärtesmedicinska avdelningen på ett tyskt sjukhus. Det kändes tyngre och tyngre att stå ut med 60-timmars-veckor, ingen chans till att få någon form av kompliment. 24-timmars-pass där man gick hem med svettiga uppvaknanden eftersom man i halvdrömmen kom på saker man hade glömt göra under de pressade jourpassen. Dessutom rådde en stark ekonomisk styrning med krav på att utföra vissa undersökningar. Inte för att hjälpa patienten men för att kunna sätta en diagnos för att få mer ersättning för det vinstdrivna kapitalbolaget man jobbade åt. Så här hade jag inte tänkt mig läkaryrket.

Jag fick veta av mina studiekamrater att situationen verkade lika eländig på många ställen i landet. Då var det ganska välkommet med en information på en jobbmässa i Hamburg om att jobba som läkare i Sverige. Redan som barn hade jag många gånger varit på besök hos väldigt kära svenska vänner på deras sommarställe i Småland och hade blivit förälskad i den underbara naturen och den avslappnade och hjärtliga miljön. Längre norrut än Stockholm hade jag dock aldrig kommit.

Där på mässan fick jag för första gången höra talas om sjukstugor men förstod mig väl inte helt på begreppet eller hur det skulle se ut. Men att jobba i Lappland och på ett litet ställe där man tar hand om allt från det vanliga till akuta tillstånd och även har några vårdplatser lät intressant. Redan på vägen tillbaka från mässan kände jag mig nästan säkert på att jag ville våga ta steget.

Jag blev inbjuden att titta på några sjukstugor i Södra Lappland och eftersom jag undrade hur det skulle kännas med väldigt kalla snörika vintrar och bara några timmar dagsljus bestämde jag mig för att flyga upp mitt i december. I Åsele var jag bara en eftermiddag (solen hade såklart redan hunnit gå ned) och jag såg inte så särskild mycket av själva orten.

Tillbaka hemma blev det ganska svårt att bestämma sig. Till slut var det nog främst Åseles "centrala" läge som gjorde att vi ville flytta dit.

På sommaren flög vi upp igen för att titta på några hus och åh, vad glad jag blev när vi körde mot Åsele för här var det verkligen underbart – ett så naturligt, vackert och storslaget landskap. Vi hade ju inte sett så mycket av omgivningen på vintern men nu i solljuset var det fantastiskt. Vi köpte ett hus (ett eget hus, det hade känts långt bort i framtidsplaneringen i Tyskland men i Lappland blev det plötsligt möjligt) och redan nästa månad flyttade vi in. Språkkursen sponsrades av arbetsgivaren och samtidigt lärde vi oss hur det svenska hälsosystemet fungerar.

I början kändes det lite konstigt att de flesta i orten visste vilka vi var men att vi inte riktigt kände någon. Vilken skillnad det var från att jobba anonymt på en sjukhusavdelning i en medelstor stad i Tyskland. Här blev man väldigt varmt välkommen, till och med från patienterna som hoppades att vi trivdes bra och att vi skulle stanna länge. Nästan alla var vi grannar med.

Erfarenheten att jobba i teamet på sjukstugan var helt fantastiskt. Jag var väldigt imponerad hur otroligt mycket kunskap det finns och hur självständigt yrkesgrupperna jobbade och hur alla verkligen hade som mål att allt fungerar så bra som möjligt för patienterna. Kreativa lösningar var på dagordningen (oftast på fikarasten), beslutsvägarna var korta och effektiva och man hade en väldigt positiv gemensam anda.

Jag kan nog säga att det här har varit mitt bästa beslut. Och jag tror att jag aldrig komma ångra det. Visst, även här börjar saker förändras, först hälsoval och härnäst diagnoskodbaserad ersättning - båda saker som jag har sett dåliga exempel av i Tyskland. Och ja, jag tycker att det är skrämmande att det verkar blir mer och mer central och ekonomisk styrning, men på något sätt har jag ett starkt hopp att det blir en bra svenskt lösning för även de här problemen.

En annan sak som jag tycker är väldigt positivt med att jobba på en sjukstuga är att jobbet är så mångsidigt. Man gör fler saker än på storstadsvårdcentraler, och ofta får man uppleva den stora tillfredsställelsen med att behandla patienten klart på plats. Detta tack vare den goda uppbackningen från de olika jourlinjerna på sjukhuset och lasarettet eller den extra utrustningen som finns på plats som telemedicin eller ultraljudsapparat.



Meike Harmening
Åsele sjukstuga
m-harmening@gmx.de

Hon gillar att beskriva sjukvården från "golvet"

Christina Kennedy är journalist och chef för tema-redaktionen på tidningen Dagens Medicin, som bland annat ansvarar för bilagorna om Allmänmedicin. Här berättar hon fritt ur hjärtat om de glädjeämnen och svårigheter hon möter i jobbet.



Foto: Gösta Eliasson.

Varför ville du bli journalist?

Från början tänkte jag faktiskt bli civilekonom, men efter att ha provat på några olika utbildningar begrep jag att jag passade bättre för ett yrke med större bredd. Det blev till slut journalistik, som är ett område där flera olika världar gifter sig samman. Det finns puls och tempo i jobbet och jag kan få utlopp för min obotliga nyfikenhet.

Var har du arbetat tidigare?

Jag har frilansat och arbetat som reporter, bland annat på TT, Göteborgs-Posten, Aftonbladet och för Dagens Medicin, där jag sedan två år tillbaka är chef för temaredaktionen.

Vad gillar du mest i ditt jobb?

Att kunna beskriva vården ur personalens perspektiv, från golvet så att säga. Men beslutsfattarnas värld är också viktig att förstå, och som journalist har man skyldighet att beskriva en aktuell fråga ur flera perspektiv. Ibland gäller det att sticka hål på lögnen och att beskriva missförhållanden.

Kan du ge något exempel?

Jag har ofta sett exempel på att vårdpersonal vill föra patienternas talan. Ibland kan det förhållningssättet bli riktigt obehagligt för personalen, som för en tid sedan när ett antal mellanchefer i Skåne skrev en kritisk debattartikel om hur besparingar hotade cancervården. Ledningen svarade då med att anklaga cheferna för bristande solidaritet. Jag hoppas att vårdpersonal fortsätter att använda sin röst för att larma, det är jätteviktigt.

Vad är svårt i ditt jobb?

Vissa chefer och politiker lindar in sina uttalanden i ett abstrakt språk och använder svärbegripliga ord, eller så uttalar de sig otydligt, till exempel "...det kan finnas anledning att se över det här". Snömos, helt enkelt. Problemet med ett sådant

uttalande är att det som sägs inte håller att konfrontera vederbörande med vid ett senare tillfälle. Om jag då skulle skriva utan att ha klart besked skulle det bli väldigt dålig journalistik.

Hur är det med forskare då?

Det är en konst att kunna förmedla en komplicerad sak på ett enkelt och lättfattligt sätt. En del forskare är bra på det, andra inte. Professor Hans Rosling, till exempel, är ett föredöme när det gäller att beskriva komplicerade fakta så att alla förstår.

Artiklar i dagspressen sägs ofta vara vinklade. Gäller det även Dagens Medicin?

Information och journalistik är två olika saker. Jag skulle nog vilja säga att även om en artikel är bra och uttömmande, men enbart förmedlar information, så handlar det inte om journalistik. Vinklingen är nödvändig för att skapa liv i texten och få läsaren intresserad av att läsa vidare.

Händer det att du får kritik från folk som inte tycker att en artikel avspeglar sanningen?

Det förekommer, men det är ovanligt att folk vänder sig mot själva texten. Däremot händer det att rubriker ifrågasätts. Många uppfattar rubriken som en sorts överskrift som ska sammanfatta vad som sägs i texten. Men så är det inte. Rubrikens viktigaste uppgift är att locka till läsning, och därför måste den vara kort och kärnfull.

Kan du ge exempel?

I höstas hade Dagens Medicin en rubrik som lød: "Barnmorskor sköter abort lika bra som läkare". I texten framgick det att det rörde sig om medicinska aborter och att barnmorskor till och med hade bättre resultat eftersom de var bättre på att ordinera preventivmedel efteråt. Men hade vi tagit med alla dessa uppgifter i rubriken hade den blivit orimligt lång.

Kan läkemedelsindustrin påverka vilka artiklar som publiceras i Dagens Medicin?

Nej, redaktionen är helt oberoende. Tidningen är visserligen beroende av annonsintäkter, men någon koppling mellan artiklar och annonser förekommer inte. En annan sak är att när vi börjar planera för en tematidning så informeras läkemedelsbolag för att de ska kunna köpa annonser i det nummer som har ett visst tema.

Hur håller du dig uppdaterad?

Jag får mycket information genom våra specialreportrar. Jag har också täta kontakter med nyckelpersoner inom vården som vet vad som är på gång. Dessutom läser jag en hel del tidskrifter inom olika specialområden för att hänga med.

Använder du dig av sociala medier?

Jag gillar Twitter. Där kan man snabbt få en uppfattning om vad som händer och vad folk tycker och tänker. Twitter använder jag yrkesmässigt, även om det ibland är roligt att skriva om andra intressen jag har, till exempel amerikanska TV-serier. Facebook använder jag nästan bara som privatperson.

Vad tänker du om dagens primärvård?

Jag har stor respekt för den skepsis som allmänläkarna visar gentemot de ständigt ökande kraven på registrering och screening för allt möjligt. Bemanningssvårigheterna är också ett stort problem. De för ju med sig ett beroende av hyrläkare, som skapar nya problem.

Vad önskar du dig av oss som jobbar i vården?

Att ni ringer eller mailar och berättar vad som händer. Ju fler tips jag får in och ju fler röster från "golvet" jag hör, desto gladare blir jag!



Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Tankar från ett ST-internat

Under två dagar i december samlades tjugo ST-läkare i allmänmedicin på Öland för ett internat. Temat för dagarna var "Skapar vården ohälsa?" och de tog sin utgångspunkt från antologin med samma namn som skrivits av medlemmar i Nordic risk group. Internatet initierades och planerades av oss ST-läkare med två otroligt inspirerande, specialinbjudna föreläsare.

Initiativ

Planerna på ett gemensamt internat för vår ST-grupp i allmänmedicin i södra Kalmar län hade funnits under en lång tid. Bland oss ST-läkare finns hela tiden ett stort behov av fördjupning i ämnen relevanta för vår framtid som allmänläkare, och frågan om vårdens nytta och skada är alltid aktuell. I ST-gruppen fanns dessutom en stor önskan behov av att lära känna varandra bättre. Tillsammans kom vi därför överens om att anordna ett internat.

Uppdraget som vi fick från vår studierektor var att planera internatet med ekonomiska medel från vår egen utbildningsbudget. En arrangörsgrupp av ST-läkare bildades med målsättningen att ge möjlighet till fördjupning samt att aktivera deltagarna i lärandet och att det skulle finnas tid för diskussioner och samvaro.

Internatet delades in i två block med varsitt tema och i varje block gavs rikligt med tid samt långa raster för att uppmuntra dessa spontana och kravlösa samtal deltagarna emellan. Arrangörsgruppen tog fram ett specifikt metodologiskt arbetssätt för blocken som delades in i fyra moment. Dessa presenteras i faktarutan. Huvudprincipen var att en bra lärandesituation skapar fler nya frågor och ifrågasättande synpunkter.

Tema

"Skapar vården ohälsa?" har senaste åren varit ett återkommande och aktuellt tema på nationella möten och andra sammanhang. Frågeställningen har också sedan länge väckt mycket intresse och gett upphov till diskussion i vår ST-grupp.

"Skapar vården ohälsa?" är en vid frågeställning som tar sin utgångspunkt i Corpus Hippocraticum: "*primum non nocere*" (först och främst inte skada). Som Nordic risk group formulerar det på sin hemsida: "Our fields of interest are the increasing medicalisation of our human lives and the possible harm that different approaches and actions from the modern medical society may do in terms of lowered quality of life, suffering, sickness and death" [1].

Vi beslöt att studera denna frågeställning utifrån två teman, ►►

”tredje part i konsultationen” och ”hälsa i ett risksamhälle”. Dessa teman tog sin utgångspunkt från olika kapitel i boken ”Skapar vården ohälsa?” [2]. Som externa föreläsare eller snarare facilitatorer/moderatorer inbjöds John Brodersen och Carl Edvard Rudebeck. John Brodersen är lektor vid allmänmedicinska institutionen i Köpenhamn och en av tre redaktörer till boken. Han har studerat psykosociala effekter av screeningprogram. Carl Edvard Rudebeck är professor i allmänmedicin vid Tromsø universitet och ansvarig för samordning av den allmänmedicinska forskningen inom Kalmar län. Han har studerat och skrivit om den allmänmedicinska konsultationsprocessen samt om läkarens roll i sjukskrivningsprocessen.

Resultat

Internatet inleddes med en presentation av övergripande förhållningssätt till medicinska åtgärder och prevention. Detta följdes av en film angående överdiagnostisering i USA gjord av British Medical Journal. Slutligen genomförde vi ett rollspel med en fingerad debatt om Fysisk aktivitet på Recept, ett uppskattat, insiktsgivande och underhållande inslag.

I blocket ”Tredje part i konsultationen” började vi med att identifiera möjliga tredje parter som vi stöter på under en vanlig dag som allmänmedicinare. Vi diskuterade på vilka sätt dessa påverkar konsultationen och huruvida de positiva eller de negativa effekterna överväger. Därefter fortsatte vi att fördjupa oss i hur just uppgiften att skriva medicinska underlag för sjukskrivning påverkar våra patientmöten.

I blocket ”hälsa i ett risksamhälle” började vi med en genomgång av grundläggande vetenskapsteori och statistik. Därefter gjordes egna statistiska beräkningar på effekten av perinatal screening för missbildningar och Downs syndrom. Blocket avslutades med en genomgång och diskussion kring andra screeningprogram samt diagnostisering och behandling av riskfaktorer.

Inspiration

Responsen från deltagarna var överväldigande positiv. Att ämnet för internatet kom från oss själva bidrog starkt till att dagarna blev mycket inspirerande och givande. Att ämnet är

De fyra momenten i varje diskussionsblock

1. Få information

Möjlighet att inhämta och erhålla grundläggande fakta och information.

2. Bearbeta

Tid för varje individ att reflektera över ämnet följt av möjlighet att testa sina tankar gentemot andras.

3. Applicera

Applicera slutsatser och analyser på den verklighet och vardag vi befinner oss i nu.

4. Problematisera

Överföra temat till andra områden än det specifika exemplet med möjlighet att vidga ämnet samt att identifiera nya frågeställningar som uppkommit.

både kontroversiellt och brett tvingade deltagarna att ifrågasätta egna föreställningar. Ingen verkar ha lämnats oberörd eller opåverkad. Det blev tydligt att vi som allmänläkare är viktiga i rollen att lyfta fram det friska och människan bakom en sjukdom. Avvägningen mellan att agera och att inte skada behöver ständigt prövas mot varandra med hjälp av KUNSKAP! Vi behöver verktyg för att i dialog med enskilda individer kunna föra ett samtal kring risker och prevention.

Ett annat resultat av internatet var en känsla av ökad sammanhållning inom ST-gruppen. Sammanfattningsvis upplevde vi vårt internat som otroligt inspirerande, givande, sammansvetsande och inte allt för svårt att genomföra. Vi kan rekommendera för andra att både anordna internat och att fördjupa sig i ämnet ”skapar vården ohälsa?”. Det kommer inte att lämna er oberörda.

Referenser

1. www.nordicriskgroup.org
2. Brodersen J, Hovelius B, Hvas L (red.) Skapar vården ohälsa? Studentlitteratur: Lund; 2009



Erik Stomrud
ST-läkare
Emmaboda hälsocentral



Sofia Eriksson,
ST-läkare
Stensö hälsocentral



Bertil Isaksson
studierektor allmänmedicin
Stensö hälsocentral
bertil.isaksson@ltkalmars.se;

Seniora allmänläkare med tid för handledning en förutsättning för primärvårdens framtid

" Utbildningsläkarna får handledning av äldre pensionerade
läkare i den mån inte ordinarie läkare finns att tillgå "

Det saknas i runda slängar 1200 allmänläkare i Sverige samtidigt som många pensioneras de närmaste åren. Den kraftiga utbyggnad av primärvården, som är nödvändig om sjukvården i sin helhet ska kunna fungera i framtiden, innebär att ordinarie allmänläkare men även seniora allmänläkare måste finnas till stöd för yngre kommande generationer.

Det är uppenbart svårt att kunna erbjuda ST-läkare stöd och mentorskap på många orter eftersom många av de ordinarie tjänsterna på vårdcentralerna ofta är vakanta. Särskilt allvarlig är läkarbristen i stora delar av det inre av Sverige, sådana områden där utbudet av vård i stort sett bara utgörs av vårdcentraler. Befolkningen i de större städerna däremot har ett stort utbud av både välbemannade vårdcentraler och privata kliniker att vända sig till.

Det har blivit allt längre till sjukhusen, som i snabb takt har centraliserats till de större städerna med subspecialisering som en övergripande idé. Bara på de sista 20 åren har över 20 sjukhus försvunnit och antalet vårdplatser per 1000 invånare (2,9) är lägst i hela EU. Det innebär att en stor del av vården redan bedrivs utanför sjukhuset och i hemmet och än mer så torde det bli när äldreantalet ökar de närmsta 20–30 åren. För många patienter långt ifrån sjukhus och utan tillgång till allmänläkare på nära håll kommer den medicinska vården att bli kraftigt eftersatt.

Att snabbt utöka allmänläkarkåren är därför ett måste, men för det behövs att läkare är beredda och kan bistå med handledning av blivande allmänläkare. En viktig förutsättning för att ordinarie distriktsläkare skall mäta med att ta hand om våra ST-läkare är att rimlig tid avsätts för handledaruppdraget och att de ges möjlighet att ta på sig handledning av fler ST-läkare samtidigt. Den egna mottagningen måste då minskas på ett rimligt sätt så att våra ST- men även AT-läkare får överta det primära ansvaret för patienterna under erfarna kollegors överinseende.

Här kommer mentorskapet in, eller, som det heter i USA, senior advisors, som ytterligare en möjlighet att upprätthålla en god vård och utbildningsnivå. Utbildningsläkarna får handledning av äldre pensionerade läkare i den mån inte ordinarie läkare finns att tillgå. Arrangemanget kan naturligtvis se olika ut, som att seniora läkare jobbar jämsides i någon omfattning och samtidigt som mentor, eller enbart som mentor för en större skara ST/AT- läkare på en eller flera vårdcentraler.

Med god handledningsberedskap kan sedan landstingen våga ta steget att överanställa ST-läkare i allmänmedicin så att inte bristen på läkare i primärvården återigen äventyras.

1. Det är nödvändigt att stärka handledarrollen bland ordinarie allmänläkare.
2. Ska primärvården få en snabb skjuts framåt vi måste vi ta hjälp av många äldre läkare som mentorer och som kliniskt arbetande läkare.
3. Med tillgång till god handledning och ett gott mentorskap kan arbetsgivaren överanställa och fånga upp alla som vill bli distriktsläkare



Kurt Meidell
Studierektor,
Hälsocentralen Själevad



Bertil Hagström
Senior allmänläkare, Göteborg
bertil.hagstrom@telia.com

Vad i hela fridens namn är det vi håller på med och varför?

Jag har världens roligaste jobb och kan inte tänka mig något annat – men varför tycker jag det egentligen?

Att jag reflekterat över detta senaste tiden är tack vare den obligatoriska kursen i allmänmedicinskt arbetssätt som jag gick i Umeå i december 2012 under Ulf Måwes vingar.

Kursplanen var svårtydbar och målet för kursen höljt i dimma för oss målfokuserade vårdprogramsslavar, men när jag slängde checklisten i papperskorgen hände något.

Jag har fått lyssna på andra och prata om varför jag har valt allmänmedicin och vad i hela fridens namn det är jag håller på med och varför.

Jag blev läkare för att jag ville lära mig allt om människokroppen och för att jag ville hjälpa. Jag valde allmänmedicin för att jag vill bli en mänsklig läkare som tillåts se hela personen och situationen och vägen som lett fram till vårt möte. Den största utmaningen i min arbetsdag är inte att förstå symtom och ställa diagnos. Det svåraste är att förstå varför patienten söker hjälp och att foga samman patientens liv med patientens kropp och själ.

I min hjärna lever fortfarande en romantisk föreställning om distriktsläkaren som den gamle provinsialläkaren som känner sin befolkning väl, till personerna, miljön, arbets- och bostadsförhållandena och de mellanmänniska relationerna. Läkaren som också besöker patienten i hemmet och ser patienten i det friska livet och utifrån detta kan sätta samman en mer hel och komplex bild.

Jag vill göra det som socialstyrelsen tycker att jag skall göra, men jag utmanas ständigt av verkligheten. På min anslagstavla sitter den där definitionen. Ibland vänder jag datorn ryggen och påminner mig själv om vad i hela fridens namn det är jag håller på med.

Jag har efter kursen i allmänmedicin fått ytterligare inspiration i form av Ian R McWhinneys bok Familjemedicin [1]. I den ställer han upp nio grundsatser för att utöva familjemedicin på bästa sätt. Nedan följer en presentation av dessa och anknyttande patientfall/situationer ur min verklighet.

1. Familjeläkaren engagerar sig i en människa utan begränsningar av hälsoproblem och utan slutpunkt.

2. Familjeläkaren söker förståelse av en sjukdom genom att sätta den i ett sammanhang. Människan är alltid medlem i en familj i ett socialt sammanhang.

Berit är 68 år och hon och hennes familj passar väl in som exempel under flera av grundsatserna. Berit går hos mig för nedtrappning av prednisolonet hon har för sin polymyalgia reumatica. Vi ses varannan månad och konstaterar att värdena ser bra ut och att smärtorna inte har kommit tillbaka. Sen pratar vi om knät som gör ont av artros. Ibland pratar vi om vikten och om stavgången som hon börjat med. Hon konstaterar att orkidén i mitt fönster ser hängig ut och vi skrattar åt mina obefintliga gröna fingrar. Sen säger vi hej då och ses om två månader.

Berits före detta man Åke går också hos mig för sitt blodtryck. Han har en depression sen många år och medicineringen påverkar trycket. Han säger inte mycket och är skeptisk till mediciner.

Ibland kommer deras dotter Eva på öppna mottagningen med sina barn som har ont i halsen eller öronen.

För ett år sedan kom dottern p.g.a. huvudvärk. Jag hittade ingen farlig orsak till huvudvärken, men det framkom att hon kände sig mycket stressad p.g.a. en pressad arbetssituation. Hon fick aldrig någon egen återhämtning då barnen var små och maken arbetade mer än heltid.

Eva gick en kort tid senare in i en depression och när Eva var sjuk ryckte Berit in mycket och tog hand om barnen. Berit fick mer ont i axellederna där hon hade en känd artros.

3. För familjeläkaren är varje kontakt med patienten en möjlighet till förebyggande hälsovård eller hälsouppllysning.

Anna kommer med jämna mellanrum för sin hosta. Hon har en lindrig KOL och röker tio cigaretter per dag. Hon är ovillig att sluta röka, hon vet att det är farligt men tycker att det är det enda hon har. Vi pratar varje gång om hennes rökning utifrån hennes förutsättningar. Det är oftast hon som tar upp det. De senaste gångerna har hon ändrat inställning i samtalet och uttrycker att hon önskar sluta röka. Hon har fått kontakt med den sjuksköterska på vårdcentralen som ger sluta-röka-stöd. Vid senaste besöket hade hon trappat ner till fem cigaretter/dag och var mycket stolt över detta.

4. Familjeläkaren ser de människor som är listade på mottagningen som en "population i riskzonen".

Gustav är 15 år och kommer till mig p.g.a. långdragen förkylning. Han tränar ishockey fyra-fem gånger i veckan sen elva års ålder. Under samtalet kommer det fram att träningen är mycket hård och tränarna kräver mycket av ungdomarna. Är man borta från träningen för mycket platsar man inte längre i laget. Det serveras proteindrycker vid träningarna.

Till en början driver föräldrarna tesen att det rör sig om TWAR eller mycoplasma. Efter flera återbesök och prat kring träningen och hur kroppen och immunförsvaret fungerar landar vi i samförstånd kring orsak.

Min reflektion är att de höga kraven på barn och ungdomar i idrottsverksamhet i min kommun är orimlig och direkt skadlig både fysiskt och psykiskt. Dessutom kan det knappast vara bra för ett barn att få proteindryck regelbundet.

5. Familjeläkaren ser sig själv som en del av ett samhälleligt nätverk bestående av stödjande och vårdande funktioner.

Cecilia kom till mig efter ett allvarligt olyckstillbud. Hon hade utsatt sig för livsfara för att komma undan sin man som slagit henne. Cecilia ville nu ha hjälp att lämna sin man som under många år utsatt henne för hot och misshandel. De hade varit gifta i 20 år och hade två minderåriga gemensamma barn.

Vi pratade om polisanmälan som hon inte ville göra men hon fick information om hur det går till. Jag gjorde en anmälan enligt socialtjänstlagen på grund av de minderåriga barnen och kontakt etablerades med socialtjänsten för Cecilias skull. Hon fick information om andra alternativ som Alla Kvinnors Hus och kvinnofridslinjen.

En stor hjälp har jag haft av det arbete vi gjort i vår ST-grupp med att kartlägga våra vårdgrannar och gjort studiebesök hos somliga.

6. I idealfallet bör familjeläkaren bo där patienten bor.

Jag har valt att bo nära min vårdcentral, dels av praktiska och tidsbesparande skäl men även för en önskan att förstå mina patienters närmiljö. Det hjälper mig att se mina patienter i vardagen när de inte sätter upp masken inför doktorn och på så sätt få en mer frisk bild av dem.

Jag känner en större ansvarskänsla för både patienterna och min kommun än vad jag tror jag känt om jag inte bodde här själv. Jag promenerar i samma skog som Berit, jag handlar i samma affärer som Cecilia. En nackdel i att bo nära patienterna och handla i samma affärer är att jag alltid känner mig lite påpassad, det positiva är att jag inte äter lika mycket godis längre.

7. Familjeläkaren gör hembesök.

Min första vecka på min vårdcentral följde jag med en distriktsköterska på hembesök. Vi träffade Marita, 56 år, med en neurologisk sjukdom sedan många år som gjort henne rullstolsbunden och beroende av personliga assistenter. Hon kunde inte prata utan kommunicerade med ja och nej. Hon rörde sig med själv säkerhet i sitt hem med hjälp av sin assistent.

Några månader senare kom hon till mottagningen på grund av magsmärtor. Jag var då mycket tacksam att först ha fått möta denna kvinna i sitt eget hem. Jag är helt övertygad om att jag annars hade fått en helt annan bild av henne och i värsta fall bemött henne annorlunda. Vad jag såg var en kvinna i ett sammanhang.

Hos oss är det i huvudsak en av distriktsläkarna som har hemsjukvården, en ordning som jag kan tycka är lite synd. Att se patienten i hemmet har ett stort värde för förståelsen av henom som en hel människa. Vem är patienten i sin vardag? Vilka praktiska konsekvenser får sjukdom och behandling i patientens hem?

8. För familjeläkaren är de subjektiva aspekterna betydelsefulla och hen måste ha kunskap om känslor, inbegripet de egna.

Under min AT på vårdcentral blev jag anmäld till HSAN av en mamma som upplevde att hon fick för lite information av mig då hon sökte med sin ettåriga son. Det satte igång en känslostorm hos mig med ilska, skuld känslor och uppgivenhet inför mitt yrkesval. Jag hade tur och kunde prata med min dåvarande handledare och andra kollegor på vårdcentralen. Ur samtalen kom förståelsen för henne som anmälde och de känslor som drev henne.

Jag fick också tillfälle att se mina egna känslor ur olika perspektiv och förstå mig själv bättre. Jag lärde mig att jag klarar att bli ifrågasatt och att inte vara omtyckt jämt.

Jag blev friad av HSAN, men jag är glad över att ha fått vara med om detta tidigt i min yrkesbana då det lärde mig mycket. Jag är framförallt glad över att jag fick så bra stöd och därmed tilläts lära mig något.

Att få reflektera över sina reaktioner är en förutsättning för att komma vidare i patientkonsultationer som skaver och utvecklas som människa och läkare.

"Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom.

I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation."

Definition av kompetensområdet allmänmedicin enligt Socialstyrelsen.

9. Familjeläkaren fördelar resurser.

I mitt område bor många högpresterande medelålders människor ur medelklassen. De är vana vid att själva ta reda på allt och deras tid är knapp. Jag hamnar då och då i situationen att en patient kommer och kräver/beställer en undersökning med magnetkamera av någon del av kroppen, vanligtvis p.g.a. smärta. Håller jag inte med om att det behövs är det viktigt att jag kan motivera det för patienten på ett tydligt vis. Min roll blir att förtydliga den kunskap som patienten redan införskaffat och att sätta den i ett sammanhang.

Behövs en remiss skall patienten självklart remitteras. I annat fall har patienten rätt att få en rimlig och förståelig förklaring till varför jag inte skickar någon remiss.

Men sen då?

Vad gör jag med alla dessa nya tankar och idéer och insikter jag fått? Går jag tillbaka till vårdcentralen och fortsätter gräva mig igenom regelboken för att aldrig hitta ut?

Tillbaka till vårdcentralen ska jag, men med ett stort och tjugigt varför i bakfickan. Oj vad jag är nyfiken på varför mina kollegor blev allmänläkare, och vad som driver dem framåt nu.

Undrar du vad i hela fridens namn det är du håller på med så läs gärna McWhinney, men framför allt: prata med dina kollegor! Vi borde nog alla ägna mer än ett läkarmöte åt att fundera över vad i hela fridens namn det är vi håller på med och varför. Jag tror att semesterplaneringen och verksamhetsberättelsen blir lättare att smälta efter det.

För vi har världens roligaste jobb men ibland är det lätt att glömma bort varför.



Karin Tiger

ST-läkare, Ektorps vårdcentral, Nacka
isak.karin.tiger@gmail.com

Referenser

1. McWhinney, I.R. Familjemedicin. Lund: Studentlitteratur; 2004. p. 27-45

Delmål 19 – nya rekommendationer

Av: Anna Nager • anna@nager.se

Vid SFAMs kongress i Luleå för nästan exakt ett år sedan samlades ett 50-tal intresserade allmänläkare kring en workshop om ST-läkarnas skriftliga individuella arbeten. Diskussionerna gick höga och utgick från det underlag som formulerats efter ett studierektorsmöte i Växjö 2010. Det framkom att olika krav ställdes i olika delar av landet beroende på kursupplägg och vetenskaplig handledare.

Vid workshopen beslutades att en arbetsgrupp skulle revidera SFAMs rekommendationer för hur socialstyrelsens delmål 19 bör nås, dvs att "ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt". Frivilliga från workshopen anmälde sig till arbetsgruppen och utöver dessa tillfrågades också två ST-läkare i allmänmedicin att delta i revideringsarbetet.

Kortfattat har vi i rekommendationerna förtydligat målsättningen och vilken handledare som signerar intygen. Borttaget är att arbetet kan skrivas i essäform, då vi anser att det inte är enligt vetenskapliga principer. Vi har också gjort tillägget att arbetet kan skrivas på god engelska.

Vi hoppas att SFAMs nya rekommendationer för delmål 19 ska hjälpa ST-läkare, handledare och kursansvariga i det viktiga arbetet att höja den vetenskapliga kompetensen inom allmänmedicin.

I arbetsgruppen deltog:

Malin André

docent och forskningssamordnare Primärvården Uppsala

Sofia Eriksson

ST-läkare, Kalmar

Ulf Eriksson

kursledare för ST-utbildningen i FoU Blekinge

Anders Hansson med dr.

FoUU-centrum i Fyrbodal

Anna Nager, med dr.

CeFAM, Stockholm

Åsa Niper

forskar-ST-läkare

CeFAM, Stockholm

Jan-Eric Olsson

studierektor och projektledare VESTA, CeFAM, Stockholm

Christer Petersson, med dr.

FoU Kronoberg.

Delmål 19: Medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt

Målsättning

1. Kunna ifrågasätta och kritiskt värdera medicinsk information och sitt eget kliniska handlande.
2. Kunna kommunicera vetenskaplig evidens till olika grupper, t.ex. kollegor och patienter.
3. Kunna formulera ett kliniskt problem ur den allmänmedicinska vardagen till en forskningsbar fråga.
4. Känna till vilka kanaler som finns för att söka och bevaka ny kunskap.
5. Ha förmåga till kritiskt tänkande, dvs. förståelse för att en tidigare accepterad sanning alltid kan ifrågasättas och kan komma att förändras.
6. Kunna integrera evidens med egen erfarenhet och patienters unika förutsättningar.

Kurs

Form

Kurs med gruppgenomgångar och problembaserat lärande rekommenderas.

Omfattning

Omfattningen kan variera beroende på hur stor andel självstudier som ingår i kursen. Minimitid för kursmomenten nedan, dvs. utöver självstudier, är 8 dagar.

Innehåll

Följande kursinnehåll rekommenderas:

- Vetenskapsteori
- Forskningsprocessen

- Forskningsetik
- Forskningsmetodik: kvantitativa och kvalitativa metoder
- Studiedesign
- Hur man skriver en projektplan
- Informationssökning
- Artikelgranskning
- Medicinsk statistik
- Projektredovisning: presentation och kommunikation

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer

Det skriftliga individuella arbetet kan genomföras med kvantitativa eller kvalitativa metoder, alternativt som fallbeskrivningar eller som en litteraturgenomgång.

Det skriftliga individuella arbetet bör omfatta 10 veckors heltidsarbete inklusive kurs.

Det skriftliga individuella arbetet ska ha ett allmänmedicinskt perspektiv. Detta avgörs av den vetenskapliga handledaren, om denna är specialist i allmänmedicin. Om den vetenskapliga handledaren inte är specialist i allmänmedicin avgör den kliniska huvudhandledaren om arbetet har ett allmänmedicinskt perspektiv.

ST-läkarens vetenskapliga handledare bör ha vetenskaplig kompetens.

Det skriftliga individuella arbetet motsvarar ofta ett elevarbete på avancerad nivå eller ett "vetenskapligt övningsarbete" i en högskoleutbildning. Det innebär att huvudmannen (t.ex. vårdcentralschef) har det yttersta ansvaret för att en etisk värdering genomförs. Endast i undantagsfall krävs ansökan till etisk prövningsnämnd.

ST-läkarens skriftliga individuella arbete ska godkännas av handledare med vetenskaplig kompetens (eller av grupp handledare på t.ex. FoU-enhet).

Enligt målbeskrivningen är det ytterst den kliniska huvudhandledaren och verksamhetschefen som godkänner att ST-läkaren har uppfyllt alla målen i målbeskrivningen. Om den vetenskapliga handledaren är specialist i allmänmedicin kan denna skriva under intyget för skriftligt individuellt arbete som skickas till socialstyrelsen. Alternativt kan den kliniska huvudhandledaren skriva under intyget på basis av ett utlåtande från den vetenskapliga handledaren.

Förslag på kriterier för godkännande

Följande är förslag på kriterier som kan ligga till underlag för handledarens bedömning av projektet. Vilka av kriterierna som används får anpassas efter projektets karaktär.

- Man ska ha samlat in fakta eller ett material (data, intervjuer, litteratur etc).
- Man ska ha granskat och bearbetat sitt material enligt vetenskaplig metod.
- Man ska presentera projektet för andra på ett förståeligt sätt.
- Projektet ska vara skrivet på god svenska eller god engelska.
- Projektet ska vara etiskt värderat och godkänt av huvudmannen.
- Problemet ska vara preciserat och adekvat formulerat. Referenser till tidigare forskning ska finnas.

- Det ska finnas en adekvat frågeställning. Hypoteser och frågeställningar ska vara formulerade och preciserade. Begrepp ska vara entydigt definierade. Frågorna ska kunna gå att besvara.
- Metoden ska vara begriplig, ändamålsenlig och anpassad till frågeställningen och hypoteserna. Urvalsmetod ska redovisas och utfallsmått beskrivas. Den statistiska metoden ska i förekommande fall vara adekvat.
- I resultatredovisningen ska det finnas en tydlig koppling mellan resultat och frågeställning/ hypoteser.
- Diskussionen ska innehålla relevanta slutsatser om resultat och frågeställning samt jämförelser med tidigare resultat. En värdering av resultatet ska finnas.
- Det ska finnas en kort, strukturerad sammanfattning.
- Man kan vara två eller flera om ett projektarbete, men då ska det framgå vad var och en har gjort och att samtliga har varit delaktiga i alla moment i projektet.
- En omfattande projektplan, som är tänkt att användas för ett kommande vetenskapligt projekt (som t.ex. är tänkt att publiceras i vetenskaplig tidskrift där litteraturstudie och powerberäkning eller motsvarande ingår), kan godkännas som projekt.
- För ST-läkare som tidigare har gjort ett vetenskapligt arbete ska arbetet vara av värde för allmänmedicinen för att godkännas. Det ska redovisas i form av en välgjord sammanfattning på god svenska eller engelska. Har det ingen allmänmedicinsk relevans ska ett nytt arbete med allmänmedicinsk inriktning göras. Däremot behöver man inte göra om FoU-kursen om man kan uppvisa intyg på fullgjord kurs.



18th Nordic Congress of General Practice
Tampere, Finland, 21-24 August 2013

PROMOTING PARTNERSHIP WITH OUR PATIENTS
- A challenge and a chance for primary care

www.nordicGP2013.fi

Annons

Jourhandboken

Vi öppnar en ny bok på svenska med namnet Jourhandboken som har sitt ursprung i 1993 års Norska legevakthåndboken och dess tredje upplaga 2005. Enligt förorden så har boken använts främst av läkarstuderande, av AT och ST läkare i Norge och den har varit mycket uppskattad. Denna bok har nu översatt till svenska och anpassats till svenska förhållanden. Boken är liten till formatet, har ett inplastat omslag och passar perfekt i fickan på de flesta arbetskläder.

Huvudstrukturen i Jourhandboken är enkelt uppbyggd, initialt med ett akutregister, viktiga telefonnummer och webbplatser samt register för bokens återkommande förkortningar. Därefter huvudrubrikerna Jourverksamhet, Livräddning, Symtom och Sjukdomar, Skador och Olyckor och slutligen Lag och Rätt. Varje huvudrubrik börjar med ett tydligt register över innehållet och spannar över läkarens vardagsrutiner såväl som ovanligheter. Som exempel tar kapitlet Jourverksamhet upp förhållandet jourläkare – allmänläkare, egen säkerhet, kontakter med media och den ensamma jourläkaren. Under varje register på samma sida finner vi också tips på relevanta avsnitt i andra kapitel.

Hur bra är denna nya bok då?

Den är väldigt omfångsrik och orden är många, typsnittet litet, pappret tunt, så min första tanke gick till en svensk Merck Manual även om innehållet inte riktigt motsvarar denna. Efter att under en månad använt boken i min egen allmänläkarmottagning har jag märkt att jag mer och mer fastnat i de kapitel som jag i början mest bläddrade förbi. T.ex. i kapitlet om praktiska färdigheter, som innehåller allt från stabilt sidoläge till perikardiocentes. Eller i kapitlet sårskador där vi läser om fiskekrok i huden, sprutpistolskador och fastsittande ringar som tas bort med hjälp av ett hårt snurrt snöre kring fingret. Vidare ett mycket utförligt och informativt kapitel om dyk-

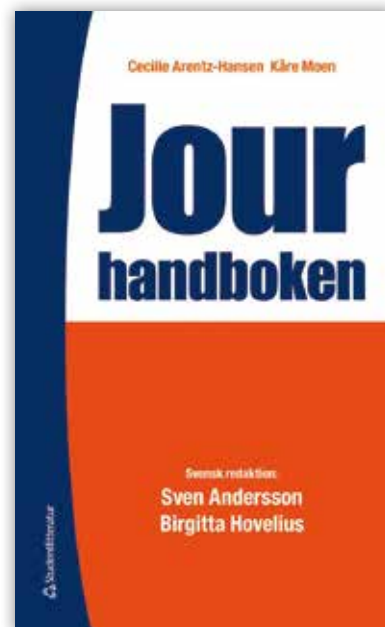
ning och dess olyckor. Mycket bra läsning och saker som läkaren inte stöter på i rutinarbetet.

Men bokens största del är så klart kapitlet om symtom och sjukdomar. Indelat på ett ganska traditionellt sätt enligt organsystemen börjar varje kapitel lite olika. Vissa börjar med en del om organets anatomi, de flesta med rubriken Undersökning, som i vissa kapitel också innehåller anamnesupptagande. Sedan följer klinisk undersökning samt laboratorieundersökningar som hjälper läkaren framåt. Innehållet är i punktlistor nedskrivet och det är enkelt att följa med.

Därefter rubriken Symtomdiagnoser där differentieringsdiagnostik med långa punktlistor av möjliga diagnoser finns efter varje symtom. Dessa tenderar att ofta bli alltför långa och känns mindre relevanta när man arbetar kliniskt. Ofta är ju differentialdiagnostiken inte uppbyggd kring bara ett symtom, så långa listor känns till viss del överflödiga. Efter dessa rubriker följer sedan organets sjukdomar i rask följd och med hjälp av tydliga förkortningar (t.ex. O för orsak) så är det lätt att följa med och hitta det man vill.

I partier upplever jag att textmassan kunde kortats ner. Boken liknar mer ibland en lärobok än min bild av en jourhandbok som mest grundar sig på Björngells jourläkarboken och PM praktisk. Å andra sidan försöker denna bok vara mycket mer heltäckande. Som exempel kan nämnas under behandling av infekterat eksem tar man upp och förklarar bakgrunden till olika bad med medicinsk tvål, kaliumpermanganat och kristallviolettlätt vid sidan av kräm och systemisk tablettbehandling.

Sammanfattningsvis är detta en bok som ligger i gränslandet mellan ett traditionellt uppslagsverk och en mer avskalad bok att ha med sig på jouren, kanske kan man säga en blandning mellan Mercks manual och en jourläkarbok. Boken känns väldigt modern. T.ex. tas gyn-



Jourhandboken

Författare: Cecilie Arentz-Hansen och Kåre Moen.

Översättning: Margareta Brandin Berndtsson.

Svensk redaktion: Sven Andersson och Birgitta Hovellius.

ISBN 9789144054131

Förlag: Studentlitteratur, 2012

Antal sidor: 978

dersökning av omskuren kvinna upp vilken jag aldrig läst om tidigare. Den är omfångsrik, uppdaterad och tar upp både rutinarbetet och de mer ovanliga delarna av jourläkarens arbete. Positivt är också att det är lätt att hitta i den, även om jag upplever att boken skulle vinna på att ha lite mindre textmassa i vissa delar. Upplagen har ett klassiskt utseende i enkla färger och passar nog utmärkt för såväl studenter som läkare under AT/ST att ha med sig i väskan under sina jourpass eller bara vanliga dagar på mottagningen.



Jonas Hamfors

ST-läkare, Vårdcentralen Lundén, Malmö
Jonas.Hamfors@skane.se

Det våras för fortbildningen!

– rapport från SFAM:s fortbildningsråd

Under det gångna året har det hänt en hel del inom fortbildningsområdet. En del av detta redovisades i decembernumret av *AllmänMedicin*. Även 2013 verkar bli ett händelserikt år.

Läkarförbundet har sedan länge pläderat för bättre fortbildning. Under våren har en särskild arbetsgrupp inom förbundet lagt fram ett remissförslag, "Fortbildning i dialog", som är tänkt att öka verksamheternas förutsättningar att erbjuda läkarna adekvat fortbildning. Modellen bygger på samma koncept som SPUR-inspektioner av AT och ST. Den föreslagna modellen kommer dock att behöva en anpassas till allmänmedicinsk fortbildningstradition och till primärvårdens decentraliserade struktur.

Läkarförbundet har lyft in fortbildningen i årets avtalsrörelse och i december 2012 hölls ett första möte mellan Läkarförbundet och Statens Kommuner och Landsting (SKL) och kommer att följas av fler. Förbundet vill att läkarnas fortbildning skall finnas med i budgetar och verksamhetsplaner och att alla specialistläkare skall kunna ägna minst en halv dag i veckan åt intern- och egenutbildning och minst tio dagar åt extern

fortbildning. SKL har också annonserat att man planerar en egen undersökning av fortbildningsförhållandena i regioner och landsting.

Även på europainivå rör det på sig. EU-kommissionen har lämnat ett förslag till ett nytt s.k. yrkeserkännandedirektiv. Enligt det förslaget skall medlemsstaterna vart 5:e år redogöra för hur man reglerar och följer upp fortbildningen för legitimationsyrken, däribland läkarna. Detta kan för Sveriges del innebära en ökad politisk uppmärksamhet på fortbildningsfrågor.

Fortbildningsrådets genomgång av landets vårdvalsdokument 2011 visade att det inte ställs några krav på fortbildning från beställarnas sida. Men från SKL:s arbetspolitiska avdelning kommer nu signaler om att beställare behöver lära sig hur man jobbar med kompetenshöjning under entreprenader (Läkartidningen 3/2013).

På Allmänmedicinsk Kongress 15-17 maj är fortbildning ett tema. Under ett seminarium på fredagsförmiddagen kommer Läkarförbundets remissförslag "Fortbildning i dialog" och fortbildningsrådets genomgång av vårdvalsdokument att presenteras och diskuteras. I panelen sitter

bland annat vice centerpartiledaren och ordföranden i Socialutskottet, Anders W Jonsson.

Efter en del efterforskningar finns det nu en uppdaterad lista över landets allmänmedicinska fortbildningssamordnare. Fortbildningsrådet kommer fortsättningsvis att stödja ett nätverk för dessa personer och ett första möte är planerat under kongressen.

Även Distriktsläkarföreningen arbetar med fortbildningsfrågor. Sedan något år tillbaka har Fortbildningsrådet och Distriktsläkarföreningen haft en gemensam arbetsgrupp med uppgift att stämma av och fördela arbetet mellan våra föreningar.

Enligt vår mening är det övergripande syftet med fortbildning att värna om vårdkvalitet och öka patientsäkerheten och vi har noterat ett starkt stöd för vårt arbete hos många politiker. År 2013 kommer säkert att bjuda på många nya utmaningar och blir förhoppningsvis det år då det äntligen började våras för fortbildningen.

Gösta Eliasson
ordförande

SFAM:s fortbildningsråd



Tycker du att AllmänMedicin är bra?

Vi i redaktionen blir väldigt glada om du delar med dig! Lägg den i kafferummet, låt den gå runt på möten, diskutera artiklarna på läkarmötet – möjligheterna är oändliga!

Fortbildningsrådets medlemmar om varför fortbildning är viktigt



Gösta Eliasson, ordförande

– Allmänmedicinsk kompetens är inte bara att kunna utreda och behandla, utan också att ha förmåga att reflektera, ifrågasätta och tänka nytt.



Clemens Finckh, sekreterare

– Att arbeta för en tidsenlig fortbildning som en naturlig del i den allmänmedicinska vardagen betyder att värna om säkerhet och kvalitet i vården.



Jana Risk, Ledamot

– Utan fortbildning stagnerar allmänläkarnas kompetens och en fortlöpande kompetensutveckling på hög nivå är av ytterst stor vikt för patientens bästa.



Cecilia Palmlund, Ledamot

– Fortbildning är viktigt för det rymmer så många aspekter: reflektion, utveckling, arbetsmiljö, trovärdighet och patientsäkerhet. Viktigast är reflektion och patientsäkerhet.



Anna Beck, ledamot

– Varför jag är med i SFAMs fortbildningsråd? Jag vill veta hur man kan åstadkomma kvalitativt bra utbildning i liten skala lokalt. Vilka möjligheter som finns för vidare utbildning. Och hur andra gör.



Anna Drake, ledamot

– Fortbildning är inte en facklig förhandlingsfråga utan en naturlig del av vårt dagliga arbete som syftar till att ge patienterna säkra och god vård. Allmänmedicinare arbetar mer ensamt än sjukhuskollegor och måste värna om möjligheterna till kollegiala kunskapsutbyten.



Andreas Thörneby, ledamot

– En av allmänmedicinens största utmaningar inför framtiden är att behålla tillräcklig kompetens och att höja lägstanivån för läkare verksamma i primärvården.



Maria Wolf, ledamot

– Fortbildning är viktig för oss allmänläkare eftersom vi har ett så brett arbetsfält kombinerat med mycket ensamarbete i ett ofta pressat tidsschema. Allmänläkare är en grupp som verkligen behöver särskilt avsatt tid och resurser för fortbildning.



Välkomna till Nordens största kongress
i geriatrik och palliativ medicin

Den 29/5–1/6 arrangeras "Senior i Centrum" i Malmö. Målgrupp är alla som arbetar kring den äldre människan. Allmänmedicinare är varmt välkomna! Ta del av professionell och publik utställning, god mat, underhållning, erfarenhetsutbyte med kollegor och seniorgala. Kursintyg utfärdas. Läs mer på www.senioricentrum.se.

Allmänläkardagarna 2003

Att tiden för allmänläkarnas fortbildning minskar märkte man inte på Allmänläkardagarna som i år, precis som tidigare, lockade 150 allmänläkare. Mötet var förlagt till Hotel Billingshus vid Skövde. De flesta deltagare var hemmahörande i Västra Götaland, men man kunde se kollegor både från andra landsändar och Norge. Nästa år ligger dagarna i Göteborg.



KursDoktorn, föreläst av en nöjd Ingmar Lönquist, stod som arrangör. Programmet hade tagits fram av en särskild organisationskommitté (ovan).



Invärtesmedicinaren Rolf Svensson har tidigare varit lärare för den populära kursen i laboratediagnostik "Å sen då?". KursDoktorn har nu utvecklat en ny app byggd på kursen som kan användas på smartphones, läsplattor och datorer. Prenumererar man på appen har man tillgång till en frågelåda där svar ges av Rolf Svensson själv.



Saskia Bengtsson inledde mötet med kloka reflektioner över allmänmedicinens roll i framtidens sjukvård. Hon antog, i motsats till framtidsrapporten "Empati och High tech" från Socialdepartementet, att generalistens roll kommer att bli ännu viktigare i framtiden eftersom vården blir allt mer komplex och subspecialiserad.



Eva Nilsson Bågenholm, f.d. ordförande för Läkarförbundet och numera nationell äldresamordnare på Socialdepartementet, provocerade genom att fråga åhörarna om de har koll på vilka personer i det egna området som har hemsjukvård. Hon uppmanade allmänläkarna att ta äldrefrågor och kvalitetsregistrering på mer allvar och att inte nöja sig med att registrera kvalitet utan även delta i utformningen av mätmetoderna.



Tomas Sjödin, författare och pastor, har förlorat två av sina barn i progredierande nervsjukdom. Han menade att när orden tryter kan blotta närvaron vara gott nog. "Den som håller en annans hand får rent automatiskt den andras hand i sin" är ett citat från en kvinna han en gång mötte på ett sjukhus.



Magnus Eriksson, tv-kändisen "Doktor Magnus på Kvartersakuten", talade om den hjälp man kan ge sina patienter och som skänker doktorn stor tillfredställelse. På sitt spirituella sätt och till allas förtjusning vittnade han om hur den sanna livsglädjen infinner sig när man går i pension.



Ingvar Wilhelmsen, psykiater från Bergen i Norge, talade om vilken attityd man bör ha inför patienter med hypokondri. Det gäller att inte dras in i patientens föreställning, utan ställa motfrågor om varför de oroar sig för något som sannolikt aldrig kommer att inträffa.

Texter: Gösta Eliasson
Foto: Gösta Eliasson och Michael Nyberg.



Helena trivs på KursDoktors Allmänläkardagar

Helena Quantenburg arbetar som allmänläkare på Vänerparken i Vänersborg och har valt att använda tre dagar av sin fortbildningstid på Allmänläkardagarna i Skövde. Här berättar hon om sin fortbildning.

Vänerparken är en offentligt driven vårdcentral med 12 700 personer på listan. Totalt finns nio allmänläkare, tre ST- och två AT-läkare. Den bemanningen borde ju vara optimal, men Helena håller inte med.

– Fullbemannat kan jag inte säga att det är. Många av mina kollegor arbetar deltid och dessutom har de andra uppdrag som kräver tid, bland annat som verksamhetschef, studierektor, handledare och Strama-grupp.

Helena har aldrig blivit nekad någon utbildning hon velat delta i. Under 2013 planerar hon att delta i tre dagar allmänmedicinsk och eventuellt tre dagar handledarutbildning. Chefen har regelbundna utvecklingssamtal med personalen och under samtalet diskuteras behovet av kompetensutveckling. Någon skriftlig fortbildningsplan har det inte blivit, men i stort sett är Helena nöjd med sin fortbildning. En förutsättning för detta är, menar hon, att hon inte varit passiv.

– Man ska inte tro att man kan bli servad med fortbildning, man måste själv vara aktiv, fundera över vad man behöver och se till att ens önskemål blir uppfyllda. När jag fick min tjänst på vårdcentralen hade jag tänkt begära ett kontrakt för hur mycket fortbildning jag kan räkna med, men det blev tyvärr inte av.

Varje månad sitter Helena med i en mindre grupp som består av kollegor från den egna och från andra vårdcentraler. De äldre kollegorna i gruppen brukar fungera som grupphandledare. Under ett par timmar diskuteras medicinska vardagsproblem och egna patientfall. Utöver detta finns en tradition bland



läkarna på vårdcentralerna i Vänersborg att träffas en gång i månaden för samvaro och fortbildning. Mötena sker både på arbets- och på kvällstid, och ibland bjuder man in en sjukhuskollega.

Så kommer vi in på vad Helena tycker om KursDoktors Allmänläkardagar. Tre fortbildningsdagar innebär ju en del frånvaro från jobbet och naturligtvis vill man få ut så mycket som möjligt av mötet. Helena tycker att upplägget är genomtänkt, att programmet är bra och värt att delta i.

– Jag gillar den pedagogiska formen. Och så vet jag av tidigare erfarenhet att jag kommer att få praktisk nytta av att delta. Jag brukar inte lusläsa programmet innan jag anmäler mig, för jag litar på att programmet har lika hög kvalitet som under tidigare år. De kliniskt inriktade ämnena är relevanta för min del. En sak som jag uppskattar är att tiden mellan föreläsningarna är så väl tilltagen. Det gör det möjligt att prata med många kollegor utan att känna stress.

Det är alltså inte bara de kliniska föreläsningarna som lockar. Samspelet med kollegor under trivsamma former verkar göra det lättare för deltagarna att reflektera över den egna arbetssituationen och att tänka i nya banor. Det som gett Helena mest under de här tre dagarna är i alla fall de filosofiskt inriktade föreläsningarna, de som tar upp sådant man inte pratar om i vanliga fall.

– Tomas Sjödin var fantastisk att lyssna till. Han påminde oss om att man alltid får något tillbaka om man väljer att vara närvarande hos en människa som har det svårt. Och att närvaro kan vara gott nog. Det är tänkvärt!



Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Hallå där, Bo Linder från Västervik!

Var hittar man dig i vanliga fall?

På Trädgårdsgatans Vårdcentral i Västervik. Där har jag jobbat i drygt 20 år.

Varför har du kommit hit till Allmänläkardagarna?

En kollega åkte hit förra året och tyckte det var bra. Så i år är vi tre kollegor från Västervik som åker.

Är du nöjd med dagarna?

Verkligen! Mixen av kliniska föreläsningar och mjuka teman är jättebra. Och dubblingen av seminarierna gör att man inte behöver missa något.

Något mer som är bra?

Att prata med kollegor från andra landsändar och få nya perspektiv. Det är inte bara roligt, man lär sig en del också.

Vilket seminarium gillade du mest?

Rolf Svenssons hematologiseminarium "Å sen då?" Det handlade om min egen vardag, och jag lärde mig mycket praktiskt om laboratoriediagnostik, fallgropar och sånt.

Tänker du prenumerera på KursDoktors nya app?

Nej, det tror jag faktiskt inte. Att använda appar i jobbet ligger inte riktigt för mig.

Kommer du igen nästa år, då mötet ligger i Göteborg?

Om jag kan komma loss även nästa år, så kommer jag!

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se



In memoriam

Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik

Förre distriktsläkaren Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik, har avlidit strax före sin 85-årsdag. Hans närmaste är barnen Katarina, Susanne och Johan med familjer.

Christer Gunnarsson studerade i Uppsala. Han kom 1958 till Örnsköldsvik som underläkare vid medicinavdelningen och kom där att ta bygden till sitt hjärta. Han stannade livet ut.

Som färdig specialist startade Christer 1963 en privatpraktik. Han blev provinsialläkare 1968 och senare distriktsläkare fram till sin pensionering 1993. Han blev 1997 medicine hedersdoktor vid Umeå Universitet.

Christer hade hög arbetskapacitet, krävde mycket av sig själv. Han ställde alltid upp för patienter med goda yrkeskunskaper, empati och generositet. Christers stora intresse för sociala levnadsvillkor kom bland annat till uttryck i den forskning han utförde vid fabriksnedläggelsen i Köpmanholmen.

Christer hade en vision för sjukvårdens utveckling i vårt land och hade förmåga att



Christer Gunnarsson i Doktorshatt. Bilden publicerades i Örnsköldsviks Allehanda i samband med Christers 80-årsdag.

driva utvecklingen i den riktning han önskade. Han såg de stora sammanhangen.

Christer skapade ett rum för primärvården i en tid när sjukhusen dominerade vårdutbudet. Han var intresserad av utveckling och hade framgång i arbetet.

Christer hade en mängd idéer som han ofta lyckades omsätta i praktiken. Han månade om vårdens professionella utveckling, samtidigt som han ville förena primärvårdens olika yrkesgrupper kring en gemensam vision. En väg var utveckla journalen som ett arbetsinstrument.

Att samverka med andra aktörer låg Christer varmt om hjärtat. Han utvecklade ett stort kontaktnät. Christer deltog i olika nationella utredningar vid framförallt SPRI. Med intresse för läkarnas grundutbildning blev han i hög grad delaktig i den allmänmedicinska institutionens tillblivelse. Han var med och skapade SFAM – allmänläkarnas specialistförening – vars ordförande han var 1978–1981.

Vi som var med kan fortfarande se spår av hans insatser i vår vardag som läkare. Hans minne lever!

Gunilla Byström, Anders Lundqvist,
Dan Norlin
dan.norlin@yahoo.se



Lars H Lindholm får Umeå universitets förtjänstmedalj

Lars Hjalmar Lindholm, professor i allmänmedicin sedan 1998, får Umeå universitets förtjänstmedalj för sina betydelsefulla insatser för universitetet. Den delas ut vid Umeå universitets årshögtid den 19 oktober.

Lars Hjalmar har haft en mycket stor betydelse för att internationellt sprida

kunskap om behandling av högt blodtryck. Han har varit en inspirerande läkare och lärare för kollegor, annan sjukvårdspersonal och studenter. År 2009 tog han initiativ till bildandet av Nationella forskarskolan i allmänmedicin, vars föreståndare han är (se AllmänMedicin 3/2012).

Belöningar i Örebro – Värmland

Svensk förening för allmänmedicin lokalavdelning, SFAM Örebro-Värmland, har i samband med årets fortbildningsdagar på Loka Brunn delat ut priser till allmänläkare i Örebro och Värmlands län.

Priset "Bästa allmänmedicinska insats" tilldelades i Värmland *Marina Tuutma*, Karlstad, med motiveringen: "För glöd och engagemang kring viktiga framtidsfrågor för allmänmedicinen i Värmland både som person och i sina viktiga uppdrag inom Distriktsläkarföreningen".

Motsvarande utmärkelse i Örebro län gick till *Sven Röstlund*, Nora. Sven får priset "för ett förtjänstfullt arbete med att hålla riktlinjer och vårdprogram uppdaterade och för att driva kvalitet och fortbildning framåt. Med träget tålamod och envishet håller han allmänmedicinens fana högt i diskussionerna med slutenvården. Trots många järn i elden ser han även till att påminna oss om förändringar som rör vårt dagliga arbete!"

Också goda pedagogiska insatser premieras. I Värmland gick priset till *Sofia Andersson*, Skoghall. Hon får priset "För att hon på ett till synes lättsamt sätt går mellan rollerna som distriktsläkare till att vara en trygg handledare. Till sin handledare behöver man känna sig välkommen, det gör man alltid till Sofia. Dessutom för att ha lyft AT inom allmänmedicin i Värmland under sin tid som studierektor".

Det pedagogiska priset "Kunskapens ljus" i Örebro län tilldelades *Fernando Freire*, Örebro "för ett omätligt engagemang, vänskap och gränslös handledning både i yrket och skidspåret samt att han på ett insiktsfullt sätt, med egna erfarenheter, gjort det svenska systemet överskådligt och hanterbart".

Pristagarna belönas med omätlig ära, folkets jubel, blommor, medaljer och pokaler.

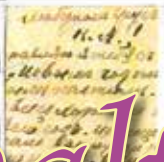
Bengt Karlsson
bengt.karlsson.kga@telia.com



Marina Tuutma, Sven Röstlund och Sofia Andersson.



Fernando Freire.



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Vad är det vi odlar?

Stafett – ja. Kultur – ja vadå? Någon osäkrar sin revolver.

Om nu kultur betyder odling, vad är det då vi odlar? Vad behöver vi odla?

Odlar gör vi för att vi måste. Långt innan Voltaire började odla sin kål har det odlats av alla, alltid och överallt. Från tvåflodslandet med sina hängande trädgårdar och Babels torn till dagens högteknologiska värld, från alla platser där vi målat på grottväggar till uppfinningen av Wikipedia, är det kulturen som lagt grunden.

Somliga menar att det var början till vår undergång när vi övergav jägar- och samlartillvaron och började odla – vi blev fler, det uppstod ett överflöd och vi drog på oss välbefinnadssjukdomar. Men den tid som inte gick åt till den fysiska odlingen blev till tid för reflektion och andlig odling, till exempel uppfinnandet av skriftspråk och matematik.

Därmed inte sagt att samhällen utan skriftspråk är kulturlösa. Kulturbärare har också alltid funnits. Den muntliga berättelsen med familjens, klanens, släktets, mänsklighetens historia har förts vidare i skenet av eldarna om natten. Och historierna, nyheterna och traditionerna, religionerna med sina uttolkare, ofta med medicinmannen/den läkekunniga som nära förbundna. Nåderna kan räknas dit.

Andras kultur och min egen

Med så mycket mänsklig historia gemensam i bagaget borde det var en enkel sak att förstå uttryck för andra kulturer. Det ingår i vårt uppdrag och det kan underlätta vårt arbete. Behövs det, så finns inspiration att söka hos etnografer, som försöker levandegöra kulturer och samhällen bortom vår egen tradition, och hos konstnärer. Picasso, Braque och andra inspirerades i början av förra seklet av afrikanska skulpturer och masker och har för alltid ändrat vår konstuppfattning. En aktuell bok i samma ämne med inspirerande titel är "See the music, hear the dance" (Lamp 2004).

Andra sätt att vidga vårt seende och vår förståelse erbjöds av ett par nordiska konstnärer, Helene Schjerfbeck och Edvard Munch, aktuella i Stockholm under våren. Schjerfbeck, som med sina självporträtt beskriver den obönhörliga vägen från hälsans rosor till kranietets åtsmitande blekhet, och Munch, som haft "sjukdom, vansinne och död" som faddrar vid sin vagg, återkommer hela tiden till dessa ämnen.

Finkultur och fulkultur

I våra tider av globalisering finns risken att de olika kulturernas uttryck blir alltmer utslätade och tappar kontakt med sitt ursprung. Särskilt gäller det film och musik, som sprids snabbt

och slår igenom från väst till öst, från norr till söder. Beatles och Abba kan alla i hela världen nynna. Lokalt förankrad kultur kan i bästa fall leva sina liv parallellt och anemiska. Diskussionen om kulturimperialism får väl bli en annan stafett. En ovidkommande detalj, men intressant att notera, är riktningen när det gäller pandemier, som ofta är den motsatta.

Ja, är det Kalle Anka och Coca Cola som symboliserar vår kultur? Hur mäter man vackert? Vad är bra, vad dåligt? Kan en symfoni spelas fortare, med färre musiker? Frågorna återkommer i diskussionen om kvalitet i vårt eget arbete. Vem avgör den, hur mäter man, vem är en bra eller dålig doktor?

Läkekonsten

Avslutningsvis vår egen konst – läkekonsten. Den som bygger på förtroende.

Ingen har bättre uttryckt det än Per Fugelli, professor i vårt västra grannland (invigningstalare vid SFAM-mötet 2012 i Luleå). När detta läses har SFAM haft sitt årsmöte 2013, i Stockholm, och när det nu skrivs pågår förberedelserna. Utan att därför veta om någon av hans kaliber har dykt upp på den svenska allmänmedicinska scenen får hans ord avsluta. Ett exempel från den afrikanska kontinenten, fritt citerat, och därmed är vi åter där kulturen har sitt ursprung:

I april 1996 marscherade beväpnade soldater in i byarna i Ngamiland, samlade ihop all boskap, sköt den och brände upp djuren. Regeringen ville förhindra spridningen av smittsam lunginflammation hos boskap, som annars skulle kunna påverka landets hela ekonomi. Ett år senare lanserades en kampanj för att vaccinera barnen i Okavango mot polio. Deltagandet var minimalt. Av fruktan – först vår boskap, nu våra barn. Kulorna från militären dödade förtroendet och utan förtroende blev vaccinationskampanjen 100 % ineffektiv. Konsekvensen blev förlamade barn.

En illustration av förtroendets vikt och styrka.



Monica Christiansson

monica.christiansson@hotmail.com

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Eva Jaktlund
eva.jaktlund@sfam.se

Facklig sekreterare
Louise Hamark
louise.hamark@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Ulf Peber
ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
anna.drake@sfam.se
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.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.g.engstrom@telia.com

ST-rådet (vilande)
Kontakt: Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
Charlotte.Hedberg@ki.se

Rådet för hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvane frågor
Lars Jerdén
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

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnäs
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdokter.se

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

NäStA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Vilande

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Fortbildningssamordnarnätverk
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu • www.naaka.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

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

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

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

Vasco da Gama Movement,
Wonca Europe
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
http://allmanmedicinbd.se/
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@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
Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se
UPPSALA
Göran Sohlgren
goran.sohlgren@lul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se
JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Ingrid Gustafsson
ingrid.gustafsson@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE
Britth-Marie Iacobaeus
Britthmarie@gmail.com
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Berd Sengpiel
bernd.sengpiel@vgregion.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

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

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@live.se

* 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. Tidskriften utkommer med 4 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
 Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson, redaktör
 erland.svenson@gmail.com

Petra Widerkrantz
 p@widerkrantz.se

Illustratör
 Katarina Liliequist
 katli@telia.com

Layout
 Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 N. Hamngatan, 457 40 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
 Åkessons Tryckeri AB
 www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se
 Webbredaktör: Anna Drake
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2013

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
2	4/3	6/5	Smärta, mag-tarm Framtidens primärvård – hinder och möjligheter
3	26/8	28/10	Diabetes, hjärta, kärl, koagulation. Register och statistik – på gott eller ont?
4	14/10	16/12	Barn

Utgivningsplan för 2014

1	7/1	10/3	Psykiatri, neurologi, endokrinologi Mångkultur
---	-----	------	---

NäStA

Vill du återuppliva nätverket för ST-läkare i allmänmedicin?
 Kontakta Anna Nilsson anna.an.nilsson@skane.se eller
 Maria Lütkehan marialutkeman@hotmail.com.

SFAMs kansli

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

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

Kurs- och konferenskansli
 Monica Brunnäs
monica.brunnas@sfam.se
 Tel: 08-23 24 01

Kompetensvärdering i ST:
mittist@sfam.se respektive
examen@sfam.se

Kalendarium

2013

Maj

Balintkonferens
 4-5.5 Stockholm
www.sfmp.se

Akutsjukvård
 15.5 Stockholm
www.sls.se

Allmänmedicinsk kongress
 15-17.5 Stockholm
www.sfamstockholm.se

Senior i Centrum – geriatrik och palliativ medicin
 29.5-1.6 Malmö
www.senioricentrum.se

Juni

WONCA
20:e världskonferensen
 25-29.6 Prag
www.wonca2013.com

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden: Se www.sfam.se.

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser
www.allanpelch.dk

Augusti

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 21-24.8 Tammerfors, Finland
<http://nordicgp2013.fi>

Personalized Geriatric Medicine
 Berzelius Symposium, SLS
 20-22.8 Stockholm
www.sls.se

2015

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 15-17.6 Göteborg

Läkare är Du livet ut!

När du fyllt 65 är du välkommen som medlem i SÄL – Sveriges Äldre Läkare – en delförening inom Sveriges läkarförbund.

SÄL är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för Dig som fortsätter att yrkes-arbeta och Dig som väljer att sluta jobba.



Besök oss på www.slf.se/sal

Samtal om levnadsvanor gör skillnad

Vi vill med denna artikel hålla er uppdaterade om projektet "Läkares samtal om levnadsvanor". Projektet är ett samarbete mellan Svenska läkaresällskapet och Socialstyrelsen. Arbetet bedrivs genom SLS olika sektioner. I nuläget är det elva sektioner som anslutit sig till projektet som leds av Lars Jerdén, ordförande i SFAMs levnadsvanoråd.

Syftet med projektet är att bidra till implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna beskriver de metoder som är kostnadseffektiva och som fungerar för att främja en förändring av en ohälsosam levnadsvana.

Fokus i projektet är främst insatser riktade till läkarkåren men även att främja samarbetet mellan läkare och andra professioner. Strategin är utbildningsinsatser för läkare av läkare, nätverksbyggande samt läkaranpassad information.

Hur ser det ut idag?

Redan idag gör läkarkåren en stor insats i arbetet med att främja goda levnadsvanor. Samtidigt har vi alla erfarenhet av svårigheterna att motivera till förändring. Riktlinjerna lyfter tydliga utvecklingsområden. Vi behöver bli skickligare i att motivera och remittera patienter för livsstilsförbättringar, t.ex. kvalificerad kostrådgivning. Det bör klargöras vem i vården som gör vad och tydliga remissvägar måste definieras.

Vad har hänt sedan start?

Två sektionsansvariga

Sedan januari 2013 är vi två sektionsansvariga för SFAM: Maria Weiland, ST-läkare vid Spånga Vårdcentral och Åsa Thurfjell, specialist i allmänmedicin vid Kista Vårdcentral, båda i Stockholm. Vi är båda medlemmar av SFAMs levnadsvanoråd.



Under 2012 har vi bland annat medverkat på Medicinska riksstämman, SFAMs kongress i Luleå, ST-stämman i Örebro samt hållit seminarier på flera platser i landet.

Kontaktläkare

Arbetet pågår med att engagera allmänläkare/ST-läkare i allmänmedicin med särskilt intresse för levnadsvanor, så kallade kontaktläkare. Målet är att ha två kontaktläkare i varje landsting. Vi söker fler – välkommen att höra av dig om du är intresserad! Kontaktläkarnas mejladresser finns på Läkaresällskapets hemsida www.sls.se/levnadsvanor.

Lokala nätverk

Projektet kan bidra till att skapa förutsättningar för lokala nätverk. Ta gärna kontakt med oss!

Föreläsarlista

På projektets hemsida finns en lista på personer som gärna kommer och talar om levnadsvanor.

Kongresser och samarbetsdagar

I april kommer projektet att delta i två samverkansdagar med övriga professionella projekt. I maj kommer vi att medverka på SFAMs kongress i Stockholm.

Hemsida

Arbete pågår med att bygga upp hemsidan. Projektet "Läkare samtal om levnadsvanor" finns även på Facebook.

Material

Under året planerar vi att ta fram material anpassat för allmänläkare. Vi ingår i Socialstyrelsens referensgrupp för en webutbildning om kost.

Vilken nytta kan du ha av projektet?

Upplever du att det just i ditt landsting är svårt att få igång arbetet med levnadsvanor? Är du osäker på vad riktlinjerna egentligen innebär? Behöver du uppdatera dig kring kost, fysisk aktivitet, alkohol eller rökning? Behöver du mer kunskap om motiverande samtal (MI) som ett led i att skapa bättre samtal med dina patienter? Vill du få kännedom om vilka fler i ditt landsting som är intresserade av de här frågorna? Vill du vara en av våra kontaktläkare?

Vi finns till som en resurs och kan medverka i lokala utbildningar, tipsa om föreläsare och material. Vi har ett brett kontaktnät.



Åsa Thurfjell
asa.thurfjell@sl.se



Maria Weiland
maria.weiland@gmail.com