

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2015 ÅRGÅNG 36



A Lento (♩ = c 54)

con sord. *poco rit.*

III
IV
V (quasi echo)

mp *ppp^{poss.}* *p* *ppp^{poss.}*

Teman:
Vårdprogram och läkekonst • Blodet

- 2 Allmänmedicin i en föränderlig värld
Karin Träff Nordström
- 3 Nya sfam.se – med fokus på lärande och utveckling
Eva Norell
- 4 Styrelsen informerar
- 7 Den sjuka vården 3.0
Robert Svartholm
- 10 Vårdprogram och läkekonst – ja tack!
Ingrid Eckerman
- 12 Självklart men kanske obegripligt
– om intuition och tyst kunskap
Carl Edvard Rudebeck
- 15 Allmänläkare och läkekonst
Olle Hellström
- 16 Tankar i tiden av Mogens
Mogens Hey
- 17 Att följa eller inte följa
Veronica Milos Nymberg
- 19 Kan individualiserad vård och registermedicin förenas?
Bengt Järhult
- 21 Så lyfter allmänmedicinen i Sydost
Christer Petersson
- 23 Lokala vårdprogram hushållar med primärvårdens resurser
Christer Olofsson
- 25 Nationellt system för primärvårdens kvalitetsdata
*Malin André, Eva Arvidsson, Ulrika Bjarre, Jörgen Månsson,
Jan Hasselström och Magnus Kåregård*
- 27 Nationell kompetensgrupp för primärvård
Jörgen Månsson
- 29 Järnbrist och hjärtsvikt
Björn Eriksson
- 31 Jämförelse av kvaliteten på varanbehandlingar i primärvården
och på AVK-mottagningen i Jämtlands län
Ina Asklund
- 34 Mitt liv som ordlös
Kaj Norrby
- 36 Sara Trobäck valde musiken före läkaryrket
Gösta Eliasson
- 38 Hej där, Göran Sjönell! Om onödigheter inom allmänmedicinen
Gösta Eliasson
- 39 In memoriam: Ylva Johansson
Bibbi Breitholtz, Ulf Måwe, Marja-Riitta Pitkän, Margareta Troein Töllborn
- 40 Almedalen 2015 – ett spretigt koncentrat av aktuella frågor
Ingrid Eckerman
- 41 Samma syltburk, ny utsikt!
Fredrik Settergren
- 42 Socialutskottets ordförande heter numera Emma Henriksson (KD)
Gösta Eliasson
- 44 Allmänmedicinskt kunskapscentrum Kronoberg
Christer Petersson
- 45 Fortbildning i Region Örebro Län
Sven Röstlund
- 47 En reseberättelse:
Pre-doc i Sydney eller vabbruari i Löddeköpinge?
Moa Wolff
- 50 Utblick i Europa – en SFAM:are på vift
Eva De Fine Licht
- 52 Röster från Kongressen 2015
Gösta Eliasson
- 54 En nordisk allmänmedicinsk kongress – vad innebär det?
Ingrid Eckerman
- 56 AllmänMedicin gratulerar
Ingrid Eckerman
- 58 Recension: En handbok till läkare för eget bruk
Jonas Sjögreen
- 58 Recension: En problematisk bok om minskat drickande
Agneta Berglin
- 59 Recension: En självständigt tänkande expert om alkohol
Peter Olsson
- 60 Recension: Praktiskt om professionell utveckling
Gösta Eliasson
- 61 Recension: Bra stöd vid utredning av mage och blod
Petter Jacobsson
- 62 Recension: En bok som kan ge mer kritiska patienter
Jan Håkansson
- 63 SFAM informerar, kalendarium
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema 1 artiklar ■ Tema 2 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning

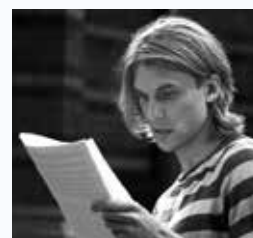


Omslagsbild AllmänMedicin nr 3

Sara Trobäck koncentrerar sig på att tolka notbilden.
Läs intervjun på sid. 36!

Foto: Gösta Eliasson.

En liten slinga ur ett stycke som heter *Tankens tyngdlösa dans*, för soloviolin. Det är en bearbetning av ett tidigare stycke för sopran och stråkkvintett där en av textraderna lyder:
*Nu är själens blomsterdagar;
Tankens tyngdlösa dans
I det undergångsskimrande morgonljuset.*
(Anna Simonsson)



Alexander Jan Öberg,
kompositör tillika
medicine studerande termin 9, Uppsala

Allmänmedicin i en föränderlig värld

Det är mycket som händer just nu i svensk hälso- och sjukvård och primärvården och allmänmedicinen är med på de flesta agendor. Vid årets Almedalsvecka tog jag steget från "kusinen från landet" till en relativt flitigt anlitad paneldeltagare och en något mer erfaren minglare. Visby visade sig från sin allra bästa sida med sol nästan hela veckan, inspirationen fylldes på och olika diskussioner förde olika idéer framåt ett steg till. Särskilt vill jag nämna de gotländska ST-läkarna Matilda Zetterquist och Susanna Althini som bestämt sig för att marknadsföra allmänmedicinen på Gotland. Stort lycka till! Vi hoppas få läsa om ert arbete i AllmänMedicin framöver.

Mest konkret och glädjande i övrigt är bildandet av en nationell kompetensgrupp för primärvård inom ramen för SKLs satsning på förbättrad vård av patienter med kronisk sjukdom (sid. 27). Företrädarna för professionerna är många, såväl i kompetensgruppen som förstås i den tillhörande professionsreferensgrupp där jag själv representerar SFAM. På bara några år har relationerna förbättrats avsevärt mellan professioner och SKL och också olika professioner emellan. Nu arbetar vi tillsammans för att försöka lösa de problem vi har och de utmaningar vi står inför. Några enkla lösningar finns inte och ingen sitter ensam inne med svaren.

En fråga som SKL ännu inte tagit ett samlat grepp om är kompetensförsörjningen. Det gäller såväl tillräckliga utbildningsvolymen, där staten är främsta

aktör, som kompetensutveckling av redan legitimerad personal. För primärvården är det särskilt viktigt att arbeta för bibehållen och utvecklad generalistkompetens hos alla yrkesgrupper liksom för en bättre teamsamverkan, inte minst inom hemsjukvården. Den tendens vi ser på många håll mot olika specialistmottagningar i primärvården riskerar att motverka generalistkompetens och kontinuitet och i stället skapa nya små stuprör på vårdcentralen. Det blir fortsatt viktigt att balansera dessa olika behov så bra som möjligt.

Här hoppas SFAM kunna spela en viktig roll i och med arbetet med nya sfam.se med fokus på lärande och utveckling. När ni läser detta är nya sfam.se förhoppningsvis lanserad enligt plan och ett pilotprojekt kring användande av CPD-poäng i gång. Kontinuerlig och dokumenterad fortbildning är en fråga SFAM drivit i många år och många röster höjs för en från myndigheter obligatorisk recertifiering. Nu testar vi ett preliminärt system efter norsk förlaga skarpt och ser med spänning fram emot hur det kommer att tas emot av olika aktörer. Målgrupper är i första hand allmänläkarna själva, men även socialdepartementet som bekostat satsningen och SKL som bör ha ett stort intresse av välutbildade allmänläkare.

Det nya samarbetsklimatet gör det extra roligt och inspirerande att arbeta med SFAM:s framtidsfrågor där den viktigaste är vilken roll allmänmedicinen ska spela i den framtida hälso- och sjukvården. Det finns många tankar och idéer, såväl inom som utom allmänläkarkåren. Det enda vi



Karin Träff Nordström, Almedalen 2015.

Foto: Ingrid Eckerman

kan vara helt säkra på är att ingen vet hur det kommer att bli. Viktigast just nu är att vi deltar i dialogen i alla de sammanhang den förs, för att på så sätt bidra med våra specifika kunskaper.

Dessa frågor och många andra kommer vi att arbeta med vid ett idéseminarium i Stockholm den 28-29 april 2016. Programmet är i skrivande stund långtifrån klart men boka in dagarna redan nu. I direkt anslutning till idéseminariet förlägger vi 2016 års fullmäktigemöte, mer exakt den 29 april kl 13-15.30.

Till sist påminner jag om att SFAM är medarrangör i WONCA Europe tillsammans med våra nordiska systerföreningar. Mötet äger rum i Köpenhamn 15-18 juni. Åk dit!

Karin Träff Nordström
Ordförande
ktn@sfam.se

Chefredaktörens rader...

...ersätts i detta nummer med artikeln
"Vårdprogram och läkekonst – ja tack!"

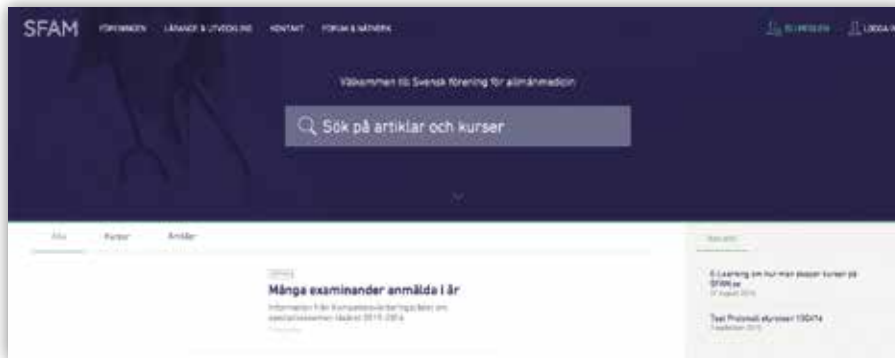
sid. 10.



Matilda Zetterquists och Susanna Althinis bak- och framsida.

Foto: Ingrid Eckerman

Nya sfam.se – med fokus på lärande och utveckling



Lärande och utveckling

- Lärande i grupp
- Eget lärande
- Forskning och kvalitetsarbete
- Kollegial värdering
- Lärarlett lärande

Redaktionen

Roland Koch,
redaktör för Lärande & utveckling
roland.koch@sfam.se

Åsa Niper,
ansvarig för föreningens del av sfam.se
asa.niper@sfam.se

Johanna Johansson,
webmaster
johanna.johansson@sfam.se

SFAM:s hemsida kommer att få ett helt nytt utseende och innehållet utökas med fokus på lärande och utveckling. Besökaren på nya sfam.se kan fortfarande hitta information om föreningen, lokalföreningar, råd och nätverk. Utöver detta presenteras kurser, seminarier, underlag för FQ-grupper, böcker och e-learning som allmänläkare har nytta av i sin i professionella utveckling.

Lanseringen av nya sfam.se är samtidigt startskottet för ett pilottest av ett svenskt CPD-poängssystem. De som vill får gärna använda systemet, registrera poäng och återkoppla synpunkter till SFAM.

Pilottesten är helt frivilligt och syftar till att undersöka om eller hur ett CPD-poängssystem skulle kunna vara till nytta för svenska allmänläkare.

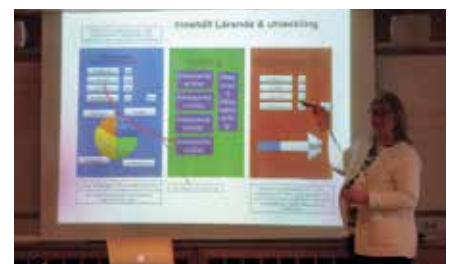
Vi vill uppmana användarna att prova nya sfam.se och gärna återkomma till oss med förslag på bra innehåll, till exempel underlag för lokal fortbildning, kurser, böcker mm. Synpunkter på hur sidan fungerar eller andra kommentarer tas tacksamt emot!

Eva Norell
Chef för SFAM:s fortbildningsenhet,
Projektledare för nya sfam.se
eva.norell@sfam.se



Råden sammankallades för ett rådslag i april.

Foto: Ingrid Eckerman



Eva Norell visar strukturen för modulen lärande och utveckling.

Foto: Ingrid Eckerman

Annons

Styrelsen informerar

Vi hälsar Ulrika Elmroth och Kristofer Mollberg hjärtligt välkomna till styrelsen! De har snabbt kommit in i styrelsearbetet trots vår arbetsform med telefonmöten. Först vid styrelseinternatet i september hann vi prata ihop oss ordentligt.

En Värdefull Vård

Läkarsällskapet har tagit initiativ till arbetsgruppen En Värdefull Vård. Arbetsgruppen har skrivit en rapport som har sänts ut brett på remiss. SFAM:s styrelse har skrivit ett förslag till remissvar som sänts ut på en remissrunda i föreningen. Styrelsen ställer sig bakom många av de värderingar som lyfts fram men är också kritisk till en del tankegångar och till delar av processen. Rapporten finns på www.sfam.se och dit läggs också det slutgiltiga remissvaret.

Allmänmedicinsk kompetens på SKL

Ulrika Elmroth arbetar sedan augusti 75 % på SKL. Hon ingår i en liten arbetsgrupp för uppföljning av resultat och kvalitet i primärvården, i synnerhet för kroniska sjukdomar. Syftet är att stimulera kvalitetsutveckling och lokalt förbättringsarbete. Hon är även tillgänglig för SKL:s övriga projekt om kunskapsstöd och innovationer (t.ex. nya arbetssätt) inom primärvården.

Ulrika är specialist i allmänmedicin, ordförande i SFAM:s ST-råd, styrelseledamot i SFAM Stockholm och nybliven styrelseledamot i SFAM.

SFAM representerat i välfärdsutredningen

Välfärdsutredningen, under Ilmar Reepalus ledning, ska se över möjligheterna till och konsekvenserna av att kunna avskaffa obligatorisk LOV (patienternas valfrihet ska vara kvar) samt begränsa möjligheten att ta ut vinst ur företag i välfärden (det ska gå att bygga upp överskott inom företaget). I referensgruppen är Läkarförbundet representerat. Den 26 augusti ägde rum ett möte med representanter för hälso- och sjukvårdens professioner. SFAM representerades av Ulrika Elmroth. Även DLF var där.

Fullmäktige och idéseminarium 28–29 april 2016

SFAM:s fullmäktigemöte 2016 kommer att äga rum i Stock-

holm och kombineras med ett större idéseminarium med workshops kring föreningens framtidsfrågor. Boka datumen redan nu!

Fullmäktigemötet äger rum den 29 april kl 13-15.30. Fler detaljer kommer på www.sfam.se och i AllmänMedicin 4-2015.

Samarbete med KursMedicin

SFAM har nyligen inlett samarbete med KursMedicin vilket innebär att vissa kurser/seminarier erbjuds i båda organisationernas namn. SFAM ansvarar för granskning av utbildningarna samt aktiv marknadsföring av kurserna och erhåller för detta en viss ersättning.

Sedan tidigare certifierar SFAM Kursdoktors kurser samt vissa av Dagens Medicins kurser. Ett arbete med att se över granskningsreglerna pågår. Utbildningsprenumerationen ger rabatter på viss litteratur och kurser.

Lokalföreningar! Vem blir årets medlemsvärvare?

För tredje året inbjuder styrelsen lokalföreningarna till att tävla om vem som kan värva flest nya medlemmar. Vinnare blir den lokalförening som under 2015 har den största procentuella ökningen av antalet medlemmar.

Vinnande lokalförening får kongressavgiften betald för en medlem till WONCA Europe i Köpenhamn i juni 2016.

Vinnare 2014 var SFAM Skaraborg och 2013 SFAM Östergötland.

Ny tidning: Jämtländsk allmänläkare

Hittills har två nummer av Jämtländsk allmänläkare kommit ut. Den ges ut av SFAM Jämtland/Härjedalen och riktar sig främst till (blivande) allmänläkare i Jämtlands län. Initiativtagare och huvudredaktör är Olof Englund, Lugnviks hälsocentral och medicinsk samordnare för primärvården.

IT-rådet vill växa!

Är du intresserad av någon it-relaterad fråga? It-rådet vill gärna ha fler medlemmar! Kontakta Ann Björk annebjor@gmail.com för närmare information.

Titta också i programmet för Riksstämman!



Vid fullmäktigemötet avtackades de avgående styrelseledamöterna Kenneth Widäng och Olof Cronberg. Ulf Österstad kunde ej närvara.

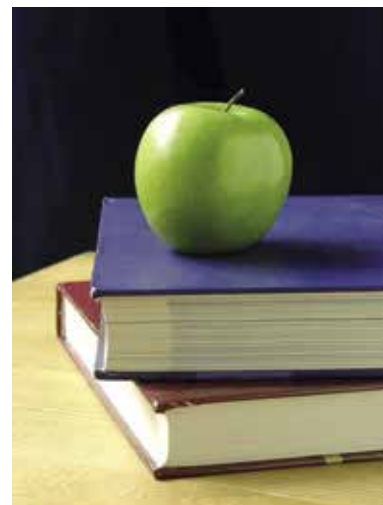
Inbjudan

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEDICIN

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

12:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 26 november 2015
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



TEMAT FÖR ÅRET

Kvalitetsförbättring och personcentrerad vård: Går det att förena?

Fokus ligger som vanligt på redovisning av och diskussion om förbättringsprojekt från olika delar av landet och utbyte av erfarenheter!

SFAMs kvalitetsdag arrangeras sedan 2004 varje höst och är en mötesplats för ca 200 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården. Alla yrkesgrupper i primärvården är varmt välkomna!

Fullständigt program finns på www.sfam.se

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

Konferensavgiften 1.600 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 20 oktober. Avgiften faktureras vid anmälan.

Vid återbud efter 1:a november utgår full avgift.

Anmäl dig på SFAMs hemsida: www.sfam.se

www.sfam.se/blog/event/12e-nationella-kvalitetsdagen-for-primarvarden/

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

Annons



Den sjuka vården 3.0

Trots stora kostnader, hög läkar- och sjukskötersketäthet, gott om sekreterare, är tillgängligheten låg och samhället får inte ut optimalt av de resurser som satsas. Många internationella jämförelser faller ut till svensk nackdel. Stefan Fölsters två böcker Den sjuka vården och Den sjuka vården 2.0, med tio års mellanrum, har förutom analyser också utvecklingsförslag. Kan de bota den sjuka vården?

Anna 42 år: In kommer en kvinna med en utstrålning som Susanna Kallur. Läser i sin Iphone: "Det började för 9 år sedan med susningar, värk och det bubblar och kniper. Trött. En natt spydde jag och en gång for jag till akuten. Det var nästan blindtarm." Mellanchefer inom det sociala området, fränsild 2-barnsmor. Gått ner i ansvarsområde för att ha tid med barnen. Journalöversikten visar täta kontakter med omgivningens samtliga yngre läkare och några äldre. TSH är taget 1-2 ggr per år och blodproverna skulle nog fylla blodbankens reservförråd. Remisser till somatiken lyser inte med sin frånvaro.

Den sjuka vården

Vad är det som inbjuder managementexperter att kommentera sjukvården utan att samråda med professionen? Utan läkar-medverkan skrev Anders Ekholm rapporten Empati och High tech och Stefan Fölster et.al. böckerna Den sjuka vården och Den sjuka vården 2.0.

Den första boken avfärdar argumenten att det var besparingarna under 90-talet som gav detta resultat. Man beskriver Kaiser Permanentes sjukvårdssystem i USA som förebild för en effektiv organisation. Flera svenska positiva exempel ges. Dr Jens Lunnegård på Kvartersakuten och Staffan Salmonsson och H-O Tollgren på Söråkers Vårdcentral berättar om effektiv bassjukvård och MediVården i Vällingby gör det "Omättliga vårdbehovet" hanterbart.

Boken skiljer inte på den specialiserade sjukvården och primärvården och därför blir de flesta av de avslutande elva åtgärdsförslagen översiktliga, förenklade och utopiska. Detta trots att man identifierar fyra tydliga problemområden utöver

det uppseendeväckande faktumet att primärvårdens andel av budget är låg och antalet allmänläkare likaså.

- Alltför mycket tid läggs på administration, IT-systemen fungerar dåligt.
- Flödet av "kunder i produktionen" fungerar otillfredsställande. Patienter ställer sig i kö "för säkerhets skull" – det saknas överblick.
- Felprocenten misstänks vara hög och skapa stora kostnader.
- Patienterna är inte nöjda med vården och vi ligger illa till internationellt. Patienterna måste få mer inflytande.

"Det är dags för en 'Sjukvård 3.0' inför kommande decennium."

Den sjuka vården 2.0

Den andra boken kom 2014 och nu är det den kommande kostnadsexplosionen som författarna adresserar. De berömmar sig med att de flesta förslagen från förra boken är på väg att genomföras men identifierar fortsatt fyra gåtor inom vården:

- Ännu fler läkare träffar ännu färre patienter.
- Ännu fler sjukhusläkare i förhållande till allmänläkare. Många tidstjuvar i vården, administrationen sväller.
- Földiagnoser verkar tillta som problem, samtidigt som läkarnas fortbildning minskar. Patienter remitteras runt och ingen läkare har den samlade bilden, vilket leder till fel och "brist på beslut". PAL saknas.
- Förestående patientrevolution med egenvård och egna mätningar är positiv, men riskerar att öka trycket på den offentliga vården p.g.a. rädsla och oroliga frågor.

Under de tio år som gått mellan böckerna är det mest experimenterande med ersättningssystem i primärvården, införandet av öppna jämförelser och några misslyckade centrala och kost-



Den sjuka vården.
En granskning av hur sjukvårdens resurser används.

Författare: Renstig M, Fölster S, Morin A, Hallström O.
Förlag: Ekerlids 2003. 127 s.
ISBN: 978-91-8961-747-6



Den sjuka vården 2.0:
Från nollvision till patientrevolution.

Författare: Fölster S, Renstig M, Ohlsson S, Wiigh L.
Förlag: Samhällsförlaget 2014. 150 s.
ISBN: 978-91-9806-005-8



samma IT-system (PASCAL, NPÖ, Infektionsverket) som går att identifiera. Det får ses som blygsamma framsteg satta i relation till de identifierade problemen.

Linn 37 år: Ett centralt stycke handlar om en frisk kvinna som börjar hosta en vinter. Hon följer via sin mobilapp en stigande CRP en längre tid. Med kvarstående hosta samråder hon med "1177" som rekommenderar ett snabbt besök hos "husläkaren". Med hjälp av ett "beslutsstöd" misstänker husläkaren diagnosen lungcancer och utredningar/remisser kan skrivas direkt. Boken föreslår att patienternas egna kontroller – och egna "beslutsstöd" – integreras i journalen. Husläkaren tas för given.

"Vårdgivarnas ledarskap måste utvecklas från 50-talets industriella mätkultur till en modern modell präglad av tillit."

Återigen blandar boken specialiserad sjukvård och primärvård, och skildrar internationella jämförelser som inte hedrar Sverige. Patientupplevd kvalitet i botten, uppseendeväckande hög förekomst av "obehandlade medicinska behov hos låginkomsttagare" – allt kopplat till sviktande primärvård.

Mycket utrymme läggs på att attackera sjukhusläkarnas jouravtal, som anses "muta" läkarna till att tjänstgöra på sjukhus. Ansvar för denna planering läggs enbart på läkarna. Mot den bakgrunden kan man undra över vilken effektivitet som tillförs från de stora landstingsbyråkratierna.

Åter används Kaiser Permanente i Kalifornien som ett föredöme. Med slimmad och professionell ledning (i en konkurrensutsatt vårdkultur) hanterar man nio miljoner patienter, har en effektiv IT-struktur och ett ledarskap som fokuserar på motivation, professionell utveckling och personligt ansvar. Kort sagt, långt från den "svenska modellen".

Denna bok avslutas med ett program, nu i tolv punkter. Man vill "flippa sjukvården" i riktning mot egenvård, egna mätningar och egna diagnosstöd där landstingen bör satsa resurser, liksom på interaktiva journalsystem. Även läkarna ska få "diagnosstöd". Sjukhusläkarna ska börja jobba skift och flytta ut till nischade vårdcentraler, där de ska ta emot fler patienter. Administrationen måste minska och man förespråkar ännu fler experiment med ersättningssystem och organisationsformer.

Sjukvård 3.0

Svensk sjukvård är sjuk och det finns, enligt de två böckerna, många symptom och bevis för detta. Sammanlagt tjugotre förslag av kostsam och experimentell natur har formulerats. Det kommer sannolikt en tredje bok om tio år, med liknande problembeskrivningar.

Stora nya "systemförändringar" kan verka lockande, men risken är uppenbar att de stjäl resurser och leder till att fokus på problemen tappas. Ska man bygga en sjukvårdsstruktur behövs en bas, en nivå av "triagering" och rådgivning med personligt omhändertagande som hjälper patienterna att ha koll på sin hälsa och förbättra den. I bästa fall är författarna okunniga om allmänläkarens breda kompetens, i värsta fall nedlåtande mot generalisten.

I stället för att "flippa" sjukvården i riktning mot stora dyra IT-lösningar, så går det, utifrån de i förbifarten noterade symptomen i böckerna, att med relativt enkla medel "flippa" sjukvården i riktning mot en personcentrerad och effektiv modell. Denna förändring är mätbar och går att koppla till uppföljnings-, styr- och ersättningssystem:

- Andelen allmänläkare måste öka kraftigt.
- Läkarna måste få rationella hjälpmedel – effektiva IT-system, förenklad administration, färre registreringar.
- Läkarna måste få – och ta – ett personligt ansvar tillsammans med sina patienter. Både Anna och Linn behöver en tillgänglig PAL, som har överblick och kan stödja egenvården när rådgivning och IT inte når längre.
- Vårdgivarnas ledarskap måste utvecklas från 50-talets industriella mätkultur till en modern modell präglad av tillit.

Det är dags för en "Sjukvård 3.0" inför kommande decennium. Varför gå omvägar? En strukturomvandling tar tid, men man måste börja.



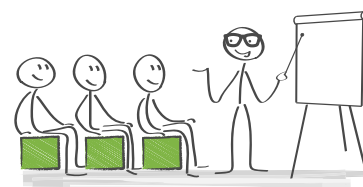
Robert Svartholm
Distriktsläkare
Björknäs HC, Boden
robert.svartholm@nll.se

Kommentera denna artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin!

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida "för kursgivare".



Annons

Vårdprogram och läkekonst – ja tack!

Patientsäkerhet	Vårdprogram	Riktlinjer
Beslutsstöd	Personcentrerad vård	Kvalitet
	Patientinflytande	Värde
Prioritering	Jämlik vård	

Dessa tio ord strös ut i utredningar och projekt. De kan sammanfattas i tre perspektiv:

- *Patientens*: Vården ska vara säker, ha hög kvalitet och handla om mig.
- *Professionens*: Riktlinjer underlättar för mig att hitta rätt, men vården ska anpassas till den patient jag har framför mig. Jag vill kunna följa upp mitt arbete för att bli ännu bättre.
- *Finansiärernas*: Våra resurser ska användas kostnadseffektivt. Alla patienter ska ha tillgång till samma höga standard, och patienterna ska vara nöjda med den vård de får.

I dessa perspektiv fyller vårdprogram och riktlinjer viktiga funktioner – om de används rätt. Inom palliativ vård i Storbritannien medförde hög följsamhet till riktlinjerna ökad dödlighet [1]. I ett "komplex sociotekniskt system" [2] måste riktlinjerna kompletteras med intuition (sid. 12), magkänsla och eget omdöme [3]. Varje vårdgivare har sitt eget ansvar gentemot patienten som ett vårdprogram aldrig kan ta över [4]. Än så länge är den mänskliga hjärnan överlägsen datorerna när det gäller att göra oväntade kopplingar på bristande underlag.

Ordbyte, SFAM:s diskussionsforum, innehåller ibland långa trådar av intressanta resonemang. Under våren 2015 har jag noterat tre sådana: "riskanalys för äldre", "ansvar och möjligheter" samt "riktlinjer och framtidsvisioner".

I tråden "riskanalys för äldre" ställs frågan: "Hur ska/kan man avgöra kardiovaskulär risk enligt SCORE för personer över 65 år?" Det blev en intensiv diskussion med många vetenskapliga referenser och vitt skilda förslag. Det illustrerar hur svårt det är att upprätta allmängiltiga evidensbaserade riktlinjer och hur viktigt det personliga omdömet är.

I den andra tråden hävdas att läkekonst inte är vetenskaplig

och därför inte kan mätas. Jag hävdar att kunskap om och användandet av bäst tillgänglig evidens är en del av god läkekonst. Därtill kommer lyhördhet för att uppfatta patientens dolda budskap och innersta önskningar, som kan leda till att man väljer helt andra vägar. I det enskilda fallet kan det vara den bästa vården. Denna del av läkekonsten går att mäta och ska mätas. Patientnöjdhet, kontinuitet och tillgänglighet är några mått, men vi behöver forska fram fler.

Det stora hindret i utvecklingen (förutom den skriande och ökande bristen på allmänläkare) är ersättningssystemen. Att penningvärde på enskilda kvalitetsindikatorer kommit till vägs ände inser inte bara läkare [5] utan även beslutsfattare och lobbyister. Nu är de inne på "värdeskapande styrning" [6] och "värdebaserad vård" där värde = patientrelaterat resultat/kostnad för vårdepisod. Exempel är hur väl kvalitetsmål för höft- och ryggkirurgi uppfylls i förhållande till kostnad.

"Än så länge är den mänskliga hjärnan överlägsen datorerna när det gäller att göra oväntade kopplingar på bristande underlag."

Forskare talar i stället om *värdekedjor* för t.ex. höftoperationer, *värdeverkstad* för knepig diagnostik och *värdenätverk* för kroniker och multisjuka [7].

Värdekedjor finns för vissa av primärvårdens patienter, oftast med botbara åkommor. Den typiska kronikern är inne i en mångårig vårdprocess utan slut, där insatserna, huvudsakligen i primärvården, varierar starkt. Den typiska komplexa primärvårdspatienten är centrum i ett nätverk med aktörer från familj, civilsamhälle, kommunal omsorg och sjukvård.

I ordbytestråden "riktlinjer och framtidsvisioner" definierar Martin Wehlou en riktlinje som "en nedskrivna sammanfattning av ett praktiskt och vedertaget sätt att handlägga en viss typ av problem, inklusive alla uppmaningar till eget omdöme,

Arbetsgruppen En Värdefull Vård föreslår förändringar så att:

1. alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens.
2. hälso- och sjukvård, medicinsk utbildning och forskning organiseras och drivs i universitetssjukvårdsområden, USO.
3. hälso- och sjukvården finansieras genom ramanslag.
4. kvalitetsutveckling sker genom professionell granskning och klinisk revision.
5. styrsignalerna i hälso- och sjukvården reduceras och harmoniseras.
6. det personliga ansvaret i hälso- och sjukvården stärks.

7. obligatorisk fortbildning för alla specialistläkare införs.

8. övergripande reformer av hälso- och sjukvården utvärderas systematiskt.

Därutöver anser gruppen att särskilda åtgärder är nödvändiga för att stärka och bevara en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård. Att förebygga sjukdom och fördela resurser för att motverka hälsoklyftor globalt och nationellt är angeläget. Arbetet med prevention, folkhälsa och prioriteringar behöver utvecklas och intensifieras.

Remisstiden utgår 31.10.2015.

Nya rapporter om primärvården

Fem rapporter om primärvården utkom strax före sommaren 2015. Länkar finns på:
www.sfam.se/allmanmedicin/nya-rapporter-om-primarvarden.

om och men samt caves”, en grund för kollegial diskussion. Martin skriver:

”En samling riktlinjer ska hjälpa till med att:

1. finna alla möjliga differentialdiagnostiska alternativ från en begränsad mängd anamnestiska nyckelord;
2. presentera kliniska tecken, undersökningar m.m. som är relevanta för den hypotessamlingen;
3. i den presentationen även tydligt signalera vilka undersökningar som hör till olika hypoteser som förstärker eller interfererar;
4. sälla bort de hypoteser som kan elimineras, vilket lämnar ett fåtal att fortsätta att utforska.
Till slut, i terapeutadiet, där man har mer än en bekräftad hypotes;
5. signalera vilka terapier som interfererar med varandra och andra sjukdomar.

I det läget har läkaren (inte maskinen!) rätt och fullständigt underlag för beslut i samspråk med patienten. Risken för att glömma bort detaljer eller att göra fel hos multisjuka minskar, inte ökar.”

En personcentrerad vård utgår från patienten, inte från diagnosen, och kan ge bättre resultat än diagnoscentrerad vård [8]. Vården kan inte vara likadan även om diagnoserna är desamma. Vi åldras olika [9], vi har olika sociala förhållanden och vi har olika preferenser.

Varje möte med en patient har målet att vara terapeutiskt, dvs. ha en behandlande effekt, oavsett omfattningen av kroppsundersökningen eller samtalet och oavsett om man väljer aktiv expektans eller aktiv behandling [10].



Chefredaktören på nordisk kongressmiddag 2015.

Foto: Gösta Eliasson

Värdefull vård är ett ”medicinskt möte” och därför i grunden en småskalig verksamhet [11]. Nationella riktlinjer är då inte tillräckliga. De måste utvärderas och anpassas lokalt. Varje enhet bör ställa upp egna mål, utifrån sina egna förutsättningar. Metoder för kvalitetsarbete är bl.a. balanserad verksamhetsstyrning, SFAM:s Kvalitetshus och Ratten. Ett utdataprogram som ger varje enhet möjlighet att granska sig själv är en förutsättning (sid. 25).

Arbetsätt som förbättrar vården involverar flera personalgrupper och ofta andra aktörer. Linneaprojektet i Kronoberg som pågått i tio år [12] har gett förbättringar i omhändertagandet av äldre med många olika sjukdomar (personligt meddelande). På Kallinge vårdcentral i Blekinge har ett liknande projekt påbörjats (sid. 23). Projektet påminner om Nacka på 1980-talet där vi inspirerades av bl.a. vårdplaneringsgrupperna i Ljusdal [13].

Ingrid Eckerman

Chefredaktör för AllmänMedicin
 Stockholm

chefredaktor@sfam.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. Edenbrandt CM. Palliativ vård och New Public Management blev en dödlig mix. AllmänMedicin 2014;2:20-21.
2. Ros A, Gustafson P. Patientsäkerhet kräver regler och rutiner som följs men också bryts. Läkartidningen 2015;23-24:1105-07.
3. Gustafson P, Ahlberg J, Ekstedt M, Lind M, Pukk Härenstam K, Rutberg H. Säkrare svensk sjukvård kräver sammanhållet och uthålligt arbete. Läkartidningen 2015;122:1165-67.
4. Lövttrup M. Kunskapsstöd på nätet – marknad som växer. Läkartidningen 2015;1-2:10-14.
5. Borgquist L, Maun A. Mälrelaterad ersättning gav ingen effekt på mortalitet. Läkartidningen 2015;112:DHFE.
6. Nordenström J, Fölster S. Värdeskapande styrning kan återupprätta läkares inflytande. Läkartidningen 2015;112:DFTY.
7. Nordin E. Det behövs många modeller för värdebaserad vård. Sjukhusläkaren.se 11.11.2014 <http://www.sjukhuslakaren.se/2014/11/11/det-behovs-manga-modeller-for-vardebaserad-varld/>
8. Fors A et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care — a randomised controlled trial. Int J Cardiol 2015;187:693-99.
9. Belsky DW et al. Quantification of biological aging in young adults. PNAS, publicerad online 6 Juli 2015. DOI: 10.1073/pnas.1506264112.
10. Svenbro H. Hänsyn hitom det dubbelblinda för att återupprätta det terapeutiska mötet. Läkartidningen 2015;8:348-50.
11. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En Värdefull Vård. Remiss 2015 06 26.
12. Kronoberg: Projektet Linnea 8 <http://www5.ltkronoberg.se/Forsknings-och-utveckling/Utveckling-och-projekt/Mest-sjuka-alldre/Linnea/>
13. Eckerman I. Att bygga upp primärvård – en resa att med glädje se tillbaka på. AllmänMedicin 2014;4:21.



Självklart men kanske obegripligt – om intuition och tyst kunskap

Som nära knutna till praktisk kunskap uppfattas intuition och tyst kunskap vara viktiga inslag i allmänläkarens yrkeskunnande. I sina vanligaste språkliga betydelser pekar begreppen ut kunskap som banar sig fram eller verkar på dolda vägar i medvetandet. I filosofin handlar intuition mer om att inse det uppenbara eller sanna i en erfarenhet eller tanke oberoende av hur detta kan förmodas gå till. I en sådan förståelse skulle allmänläkarens intuition framför allt visa sig i det som enligt ett yrkesspecifikt mönster blir uppenbart och enkelt i patientmötena.

Intuition och sanning

Hur vet vi att $7 + 5 = 12$? Immanuel Kant menade att vi helt enkelt inser det [1]. Summan kommer inte automatiskt ur de två talens innebörder en och en utan går utöver det givna och måste därför övertyga förnuftet på egna meriter. Insiktens förutsättning är betraktandet eller åskådningen, det vill säga intuitionen. På visst abstraktionsavstånd från de två talen framträder summan. I fingerräkningen blir att "se" och att räkna samma sak.

Intuitionen verifierar också våra varseblivningar. Trumhinnan är röd och nog litet buktande, patienten kliver in i rummet med lätt håla och så är det.

Att filosofin gör affär av det självklara kan delvis, men bara delvis, förklaras av att den genom historien har belastat sig med absoluta anspråk på vad sanning är, vilket i sin tur lett till absoluta positioner [2]. Förnuftsfilosofin (rationalismen) menade att endast förnuftet eller idéerna gav sann kunskap om världen, medan erfarenhetsfilosofins (empirismens) uppfattning var att förnuftet bara gav sann kunskap om förnuftet, medan världen fortfor att var okänd annat än i förnimmelserna själva [3].

"Många av de tolkningar och bedömningar en allmänläkare gör ligger utom räckvidden för tydliga riktlinjer och logiska slutledningar."

Kant erbjöd en kompromiss som innebär att förnuftet formar den sinnliga erfarenheten på sådant sätt att bilden av världen är sann utan att världen för den skull framträder som den verkligen är [1]. I sin kritik av Kant hävdade sedan fenomenologin att gränsen mellan förnuft och värld är en konstruktion. Människan lever i världen och ingår i denna i samhörighet med andra och medvetandet är lika mycket världen som världen själv. All kunskap växer ur den omedelbara och levda erfarenheten [4,5,6].

Uppfattningen att erfarenheten endast ger en version av världen delar dock fenomenologin med Kant. Intuitionen borgar

därför hos båda för evidens eftersom det är i intuitionen som det sanna eller verkliga uppenbaras som sådana. Men det är viktigt att komma ihåg att intuitionen här är en upplevelse av insikt över huvud taget och inte en särskild väg från erfarenhet till kunskap. Jag är säker på min sak men kan också ha fel. Att vara helt ensam om en sanning håller sällan i längden. Sanningen är också en historisk process.

"Det som i biomedicinens perspektiv är dunkelt blir för allmänläkaren inte sällan uppenbart eller åtminstone ganska begripligt."

I det nutida språket har innebörden av begreppet intuition förskjutits från att handla om "uppenbarelsen" till att mer betona det faktum att man i vissa situationer inte vet varifrån insikten kommer. Skickliga kliniker vägleds i sina bedömningar om inte av magin, så åtminstone av magkänslan [7]. Vad den filosofiska diskussionen genom årtusendena lärt oss är emellertid att vi aldrig kan säga precis hur erfarenhet blir kunskap. Vi får hålla till godo med den felbara vissheten. Intuitionens roll blir därmed generell. Att vissa situationer är mer mångtydiga än andra beror på att intuitionen där är svagare eller att det finns samtidiga intuitioner som drar åt olika håll.

Styrkan i intuitionen beror inte bara av direktheten hos den enskilda erfarenheten utan också av hur erfaren, kunnig och begåvad den som gör erfarenheten är. Inte ens när problemet är mycket sammansatt blir intuitionen överspelad av slutledningen. Som den svenske filosofen Hans Larsson hävdade får i stället känslan här en förhållandevis större betydelse för evidensupplevelsen [8].

Kunskapens tysta dimension

I respekt för läkekonsten placeras gärna den tysta kunskapen i samma mystiska division som intuitionen. Michael Polanyi, som myntade begreppet tyst kunskap [9], var dock ingen romantiker. Hans tes var att vi förstår och kan mer än vad vi kan förklara.

Jag känner till exempel igen en människas ansikte utan att kunna förklara hur. Förmågan har två led; dels en förtrogenhet med enskildheter, dels den innebörd som dessa tillsammans ger. Hur det första ledet förbinder sig med det andra kan vi inte förklara, men vi vet vad det första ledet består av; läppar, ögon, proportioner, rynkor och så vidare, och vi är mycket medvetna om innebörden av det andra.

Polanyi menar att all medveten kunskap, teoretisk som prak-

tisk, är beroende av sin tysta del, som den samtidigt bärs och hålls ihop av. Tänker jag intensivt på ett ord falnar dess betydelse och tittar jag stint på en detalj i den andras ansikte förlorar jag kontakten.

Utan att använda ordet rör sig Polanyi i intuitionens omedelbara närhet men han håller sig på filosofisk mark när han inte reserverar tystnaden för en viss typ av kunskap. Under påverkan av förnuftsstron och naturvetenskapen är det lätt att tappa respekten för de kunskapens förutsättningar som gömmer sig i det ofullständigt klarlagda. Hellre än att rucka på idén att vår kunskap om världen egentligen inte skulle behöva skämmas av några glapp placeras det man förstår som intuition och tyst kunskap i en egen kunskapskategori.

Dit kan även utmanande fenomen hänföras utan att först vridas och vändas på. Till exempel är magkänslan en onödigt grund förklaring till att en läkare kan få misstanken att patienten är allvarligt sjuk utan att detta självklart syns och när symtompresentationen dessutom inte liknar någon annan. Här kan vi i stället tänka att intuitionen verkar i två steg. Patienten *inser* själv och ordlöst att något är påtagligt fel, och förmedlar sin utsatthet till läkaren, som mer än att lägga pussel eller se mönster *inser* att patienten är i fara [10, 11]. Så länge patienten är vid medvetande är kommunikationen aldrig överspelad.

Allmänläkaren

Intuition och tyst kunskap är begrepp som ibland hålls fram när allmänmedicinen jämförs med andra medicinska specialiteter [12]. Många av de tolkningar och bedömningar en allmänläkare gör ligger utom räckvidden för tydliga riktlinjer och logiska slutledningar. Samtidigt blir man inte så mycket klokare på vad en allmänläkare kan och gör med en hänvisning till intuition och tyst kunskap eftersom båda i varierande grad tillhör alla yrken och människor.

Det är inte heller intuitionens väsen som i detta sammanhang är det intressanta utan i stället vad allmänläkaren kan. Vilken är den konkreta, omfattande och yrkesspecifika kunskap som i intuitionen jämförs med den verkliga patienten och som den tysta kunskapen griper in i och gör verksam?

Här handlar det inte om vad vi tror och vill utan om vad allmänläkaren faktiskt lär sig i den stora mängden patientmöten och hur detta sedan utvecklar yrkesrollen. Sjukdomarna tar sig inte själva till väntrummen. Varje konsultation är en mellanmännisklig händelse, oftast både innehållsrik och lärorik. Att hitta något så när rätt i inlevelse, tolkning och samarbete är nödvändigt.

Det nödvändiga blir därför också yrkeskunskapen. Här adderar sig erfarenheterna av specifika situationer till en växande repertoar av praktiskt kunnande som mobiliseras i varje nytt möte. Det som i biomedicinens perspektiv är dunkelt blir för allmänläkaren inte sällan uppenbart eller åtminstone ganska begripligt. Som för alla läkare är den naturvetenskapligt förankrade kunskapen fundamental men den utgör ändå bara en delmängd av det allmänläkaren kan och därmed också av det som intuitionen omfattar.



Carl Edvard Rudebeck

Professor

Forskningsenheten, Kalmar läns landsting

Institut för samfunnsmedisin,

UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

carl.edvard.rudebeck@ltkalmar.se

Jäv saknas

Referenser:

1. Kant I. Kritik av det rena förnuftet (övers. Jeanette Ernt). Stockholm: Thales, 2004.
2. Reichenbach H. Det vetenskapliga filosofin – dess uppkomst och utveckling (övers. Erland Rådberg). Stockholm: Natur & Kultur 1957.
3. Russel B. Västerlandets filosofi (övers. Alf Ahlberg). Stockholm: Natur & Kultur, 1950.
4. Husserl E. The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology (övers. David Carr). Evanston: Northwestern University Press, 1970.
5. Heidegger M. Being and Time (övers. John Macquarrie & Edward Robinson). Oxford: Basil Blackwell, 1962.
6. Merleau-Ponty M. The Phenomenology of Perception. (övers. Colin Smith) London: Routledge & Kegan Paul, 1962.
7. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. BMC Family Practice 2009, 10.
8. Larsson H. Intuition. Stockholm: Dialoger, 1997
9. Polanyi M. The tacit dimension. London: Routledge & Kegan Paul, 1966.
10. Johansen, M.-L., Holtedahl, K.A., & Rudebeck, C.E. How does the thought of cancer arise during a consultation in general practice? Scand J Prim Health Care. 2012 ;30(3):135-40
11. Rudebeck CE. Kropp och ord i en allmänläkares rum. Lund: Studentlitteratur, 2012.
12. Petersson C. Kunskap och läkekonst. Tankar om allmänmedicin. Lund: Studentlitteratur, 2014.

SFAM informerar



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN
SWEDISH ASSOCIATION OF GENERAL PRACTICE

Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

**Du behöver varken söka kunskap eller leta inspiration på egen hand.
Vi ser till att de hittar dig, i en jämn ström under hela året.**

SFAM:s utbildningsprenumeration håller dig uppdaterad och ger dig förmåner och rabatter som till exempel hela 1100 kronors rabatt på avgiften för ST-dagarna och låga priser på facklitteratur.

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på:
www.sfam.se/utbildningsprenumeration
Undrar du något? Kontakta Eva Norell
på: +46 708 52 39 56 eller eva.norell@sfam.se.

SFAM:s Utbildningsprenumeration

sfam.se

NYHET!

Tresiba® (insulin degludek)

FlexTouch® 200 E/ml

– från 2 till 160 enheter
i en enda injektion.¹

- Den första insulinpennan som ger patienter möjlighet att ta mer än 80 enheter per injektion.
- Halva volymen per injektion.
- 600 enheter i en penna och 8 veckors hållbarhet.*

Annons

Referenser: 1. Tresiba® SPC 07/2015 www.fass.se 2. Hirtzlin P, Heise T, Strauss HM, et al. Multi-hexamer formation is the underlying mechanism behind the ultra-long glucose-lowering effect of insulin degludec. Diabetes 2011;60(Suppl.1):LB12 (Abstract 42-LB).

* 3 ml x 200 enheter/ml = 600 enheter. Räcker 50 dagar vid 12 enheter/dag – 12 enheter x 50 dagar = 600 enheter. Före första användning: förvara i kylskåp (2°C – 8°C).¹ Under användning: förvara inte i kylskåp och inte vid temperaturer över 30°C.¹ Tresiba® FlexTouch® 200 E/ml är hållbart i upp till 8 veckor (56 dagar) under användning.¹

Tresiba® (insulin degludek), Rx, (F), ATC-kod: A10AE06. Injektionsvätska, lösning 100E/ml. Injektionsvätska, lösning 200E/ml.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Samtidig användning av pioglitazon. Byte från andra insulinpreparat. **Förpackningar:** Tresiba® FlexTouch® 100E/ml 5x3 ml förfylld injektionspenna, Tresiba® FlexTouch® 200E/ml 3x3 ml förfylld injektionspenna Tresiba® Penfill® 100E/ml 5x3 ml cylinderampull. SPC uppdaterad 07/2015. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se.

Subventioneras vid typ 1-diabetes. Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.



Tresiba® – duration i över 42 timmar.²

**SÄNKER
BLODSOCKET.
JÄMNT, STABILT
OCH MED FLEXIBILITET.¹**



changing
diabetes®

At Novo Nordisk, we are changing diabetes.
In our approach to developing treatments,
in our commitment to operate profitably
and ethically and in our search for a cure.

TRESIBA®
insulin degludek

Allmänläkare och läkekonst

Vår tidsperiods förnuft domineras av teknik och matematik, vetenskapens grundpelare. De som inte är vid hälsa behöver i sin första kontakt i vården läkare med både vetenskapligt formad kunskap och specifikt människoorienterad färdighet. Begreppet läkekonst bär den idé som praktiskt omsatt kan göra vård effektivare, människor friskare och allmänläkare mer nöjda med sig själva.

Att beskriva allmänmedicinen som specialitet är inte helt lätt. Traditionellt förväntas en specialist kunna mycket om ett visst kunskapsfält, ju snävare avgränsat desto skarpare spetskunskap. Allmänläkare har att tolka och förstå både hur människor mår och hur en faktisk sjukdom stör deras hälsa. Vi är mest effektiva om vi ser patienten som person och oss själva som specialister på läkekonst samt försiktiga med att ty oss till konventionellt framtagna standardvärden.

"Läkekonst kräver insikt i ett nytt, filosofiskt grundlagt, medicinskt praktiskt tankelandskap."

En patients närvaro bottnar inte sällan i svårighet att komma tillrätta med sin hälsostörning, ibland ett personligt grundlagt, existentiellt predikament. Då kan patienten omedvetet med kroppen (smärta, yrsel med mera) uttrycka den livssituation som han eller hon inte har ord för. Kroppen talar. (Jämför gråt! Ska tårar behandlas eller ses? Smärta? Yrsel? Klumpkänsla? "Stress"?). Öppet sökande, inläggande, maieutisk (förlösande) hållning kan skapa resonans i mötet. Utan motsvarande hållning kan jag som läkare drivas att söka enbart fysiskt grundad förklaring till upplevd hälsostörning.

"Läkekonsens relativa värde går inte att visa, varken för oss själva eller för andra. Konst är omätbar och därmed svårtillgänglig för vetenskapsmän."

När vi ser lårbensfraktur eller akut buksmärta är vår vetenskapligt kartlagda kunskap särskilt användbar. Verkligheten, som vi ser den, stämmer då överens med kartans symboler. Diagnos, rätt behandling och kafferast öppnar sig. Men läkekonst är mer än att med skarp precision tillämpa medicinskt tekniska metoder och medel.

Konsten att förlösa hälsa kräver kunskap om mänsklig kvalitet (av kval). Med kval upprätthåller vi alla vår balans mellan särskildhet och delaktighet i livsvärlden. Den vaksamhet djur

riktar mot naturen har vi under vår evolution utvecklat att rikta också mot oss själva. Vår grundångest visar oss likt en kompassnål att vi fullföljer vår en gång anlagda, personliga inriktning. Om vi misslyckas ökar vår självkontroll. Ångesten blir patologisk. Kompassnålen börjar fladdra. Risken är då att vi läkare inte är eller agerar så att patienten finner det lönt att själv (den enda som vet) förlösa de drag som gör att jämvikt återskapas mellan den givna världen och förställningen om den.

Läkekonst kräver insikt i också ett nytt, filosofiskt grundlagt, medicinskt praktiskt användbart tankelandskap. Varje individ erövrar själv sin värld och formar sig som originell person. Vi allmänläkare kan med omdöme avstå från att göra något och i stället se. Vara!

Genuin dialog, äkta samtal, närhet, blickkontakt, ömsesidigt utbyte av känslor och tankar, gör att patienten kan öppna sig, se mening i och finna det lönt att sätta egna förlösande ord på sin onda upplevelse. Handlar hälsostörningen om faktisk organskada eller ångestmildrande försök att se symtom som ursäktande förklaring till upplevd oförmåga att vara sig själv? Svar på frågor av detta slag når vi bäst om vi låter oss vägledas av mer än vetenskapligt utformade rörelsemönster.



Olle Hellström
Distriktsläkare

Vårdcentralen Jakobsgrändarna, Borlänge
olle.hellstrom@ltdalarna.se

**WONCA EUROPE CONFERENCE
COPENHAGEN - DENMARK
15 - 18 JUNE 2016**

PUT AN X IN YOUR CALENDAR

**Abstract submission is open
until 15 January 2016**

 **FAMILY
DOCTORS**
with heads and hearts

WONCAEUROPE2016.COM



Tankar i tiden av Mogens

Bästa vän och kollega!

Tankar vid datorn en söndag 2015-03-15.

Det talas så mycket om "mera utbildning och fortbildning", så sent som i dagens morgon-nyheter i radio. Det finns kring kompetensutveckling som bekant många nivåer som blandas i hop och likaledes många former som också förväxlas.

Professionell utveckling kräver såväl praktisk handledning i dialog med en mera erfaren som teoretiska studier, kompletterade med föreläsningar, statistisk insamling och bearbetning. Därvid söks likheter och formas program som utformas för människor och djur likt ingenjörens projekt, som vore vi likformade. Därtill kompletterat av en överdriven tro på att allt ska lösas i frihet, likhet och broderskap, allas lika värde o.s.v.

Utveckling sker genom utövandet av en uppgift, ett arbete i praktiken, kanske med en god teoretisk bakgrund, men framför allt med en/ flera stödjande lärares praktiska kunnande och erfarenhet.

Allmänläkare är vi, när vi, efter att ha gått genom olika utvecklingsskeden, praktiserar vår läkargärning, som främst är inriktad på enskilda människors unika bakgrund och utveckling. När vi har vunnit erfarenhet genom nyfikenhet och praktik, genom att studera det samhälle med utbildning, praktik och service, som omger oss och de resurser, som står till vårt förhållande. Och sist, men inte minst, vår förmåga att förstå, lyssna och leva in oss i de mänskliga och mångdimensionella, unika sammanhang som vi möter i vår praktik.

Allt detta kräver att vi i vårt yrke har ett kontrakt med våra s.k. patienter om att vara deras personliga läkare, som innebär att vi finns där, de behöver oss, tillgängliga och personliga. Och när de återkommer, när ett problem ska följas upp, eller ett nytt problem kräver hjälp och stöd, alltså i kontinuitet. Det är viktigt, när ett akut besök ska följas upp, en utredning ska stämmas av och övergå i en behandling, som ska följas upp. Kalla det inte kontroll. Det är kontroll, om det är organisationens behov att behålla och tjäna pengar på att behålla sina kunder.

Den professionella utveckling som jag här beskriver, kräver inte kurser, kongresser, föreläsningar.

Det som krävs är reflekterad yrkespraktik.

Fackliga organisationer värnar om anställningsförhållanden som ger status och pengar – löner, traktamenten etc., avkopplande "utbildning" betalt av andra och utan lönebortfall.

Mogens Hey (83) är ursprungligen från Danmark. Till Höör och Skåne kom han i mitten av 70-talet. Han har varit djupt involverad i DLF och SFAM, där han särskilt ägnat sig åt fortbildningsfrågor, och han har varit examinator. Under sin karriär har han även varit chefsläkare i Mellanskånska sjukvårdsdistriktet i Skåne län och studierektor för allmänmedicindelen av grundutbildningen vid universitetet i Lund.

Allmänmedicin är ett medicinskt område som främst är praktik, ett område som lärs och utvecklas inom yrket under handledning.

Handledning värd namnet kräver tvåsamhet, en handledare, en erfaren kollega, och en oerfaren kollega i det praktiska, som ska utvecklas inom professionen till att klara självständigt ansvar inom yrket.. Som yrkesutövande finns två dimensioner vid sidan om den "personliga", nämligen "hantverket", de generella dragen, och "konsten", de individuella förutsättningarna.

Att förvalta konsten kräver närhet, intuition, personligt bemötande. Att träna in den allmänmedicinska konsten borde kunna inledas under medicinska studerandes praktik knutna till personliga, erfarna allmänläkare, med deltagande i alla deras möten med enskilda människor och med uppföljande insatser i kort och långt perspektiv. Att följa allmänläkares arbete med hela registret av hjälpsamt medarbetare, och den enkla teknik som finns på plats samt med stöd av lokala instanser, såsom socialförvaltning, barnomsorg och skola och inte minst kommunal hemservice och äldreomsorg. Hos allmänläkaren ska förmågan tränas att behålla insatserna till människor som individer i en mångfacetterad värld.

Träning av blivande specialister måste utgå från den yrkesmiljö som är specialistens. Den ska kunna kompletteras med träning av specifika rutiner, som kopplas till apparater och kemiska analyser. "Specialiseringstjänstgöring" (ST) måste ske under år av arbete i specialistområdets praktik kompletterat med inslag av träning, under personlig handledning, i bruk och värdering av apparater och kliniska metoder. Och inte genom att som löneslav under månader ensamt utföra "tråkiga" rutinuppgifter hos en ström av patienter, som inte kan följas upp eller vars behandling inte kan utvärderas. Det är inte allmänmedicin att utföra s.k. forskning genom att samla in och följa upp statistik om inte det är ett personligt arbete som utgår ifrån förståelsen av människors individuella levnadshistoria.

Uppdraget som allmänläkare är omfattande både i bredd och i längd och bör därför, om det utförs av kvalificerade specialister, betinga en lönesättning som är i klass med professorers och rektorers, politikernas och höga politiska tjänstemäns. Men... det bör givetvis också ställas krav på den som söker anställning som allmänläkare, att de har nödvändiga personliga kvalifikationer, sociala, administrativa kliniska, tekniska.

I detta år 2015 borde det kunna göras en inventering av hur uppställda kriterier förekommer och följas upp, utvärderas och utvecklas. Brister måste identifieras och praktiskt åtgärdas. Inget bör sopas under mattan, "det är synd om", "det ger inte status".

Läs! Läs mera! Läs annat!! Prata med dina vänner! Kommentera gärna!

Mogens Hey
Pensionerad allmänläkare
Lund
mogens.a.hey@gmail.com



Att följa eller inte följa

Reflektioner kring en avhandling om följsamhet till behandlingsrekommendationer

Som allmänläkare står vi dagligen inför förskrivningsögonblickets komplexitet, balanserar mellan den önskade effekten och den potentiella faran och upplever samspelet mellan förskrivare och patient, där individens unika egenskaper väger tungt i det slutgiltiga beslutet. Beslutsstöd på både nationell och lokal nivå utformas och uppdateras årligen för att optimera förskrivningen av läkemedel och det saknas absolut inte kunskap bland allmänläkarna om det. Men hur följs rekommendationerna och hur kan man påverka allmänläkarnas beteende och attityder?

Som lättentusiasmerad nybakad specialist 2009 och fascinerad av variationen av fokusområden inom allmänmedicin började jag jobba med Strama, skrev en uppsats om läkemedelsbehandling hos äldre, anslöt så småningom till Läkemedelsrådet i Skåne och fördjupade mig i läkemedelsfrågor. Nyfikenhet om området och inspiration från starka förebilder förde mig in på forskningens spår och arbetet resulterade i en avhandling: *"Drug therapy – a challenge in primary care. Assessment of different*

methods that influence GPs' adherence to guidelines" [1], som jag försvarade i november 2014 vid Lunds Universitet.

Avhandlingens innehåll

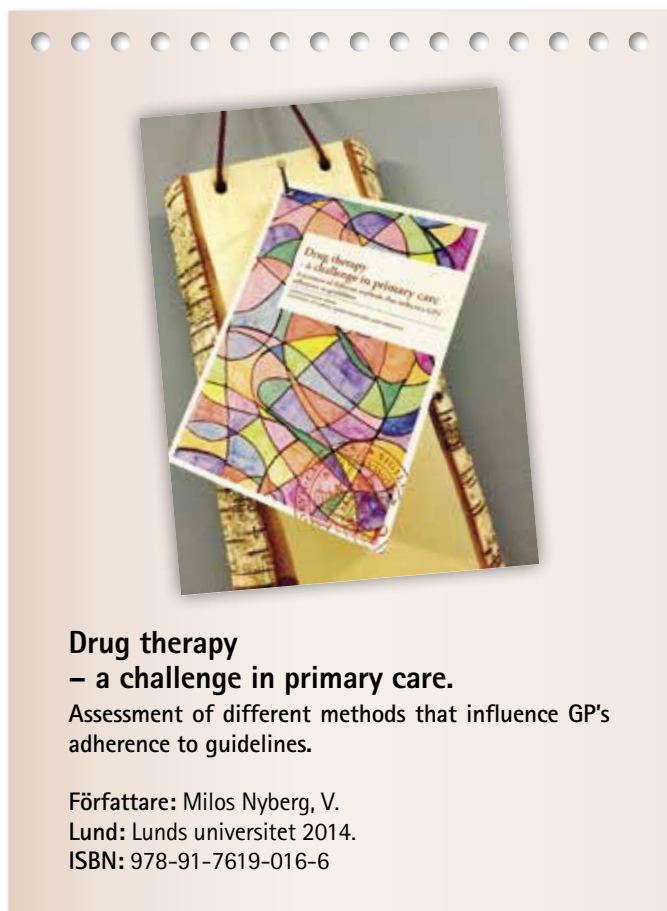
Avhandlingen fokuserar på två områden som hör till allmänläkares vanligaste arbetsuppgifter, men där stora patientsäkerhetsproblem också har uppmärksammats: läkemedelsbehandling av multisjuka äldre och förskrivning av antibiotika mot okomplicerade luftvägsinfektioner.

En randomiserad kontrollerad studie av apotekarledda läkemedelsgenomgångar med fokus på potentiellt olämpliga läkemedel för äldre utfördes för 369 multisjuka äldre patienter [2] med 182 patienter i interventionsgruppen och 187 i kontrollgruppen. I interventionsgruppen minskade antalet patienter som använde potentiellt olämpliga läkemedel och även totalantalet läkemedel.

En retrospektiv tvärsnittsanalys av läkemedelslistorna hos alla de 369 patienterna med fokus på fallriskhöjande läkemedel [3] visade att de behandlades med 11,8 läkemedel i snitt, att en stor andel (87 %) använde fallriskhöjande läkemedel och att 17 % hade drabbats av allvarliga fall senaste året. Det fanns samband mellan antalet fallriskhöjande läkemedel, totalantalet läkemedel och allvarliga fallskador.

I syfte att minska förskrivningen av antibiotika mot okomplicerade luftvägsinfektioner i primärvården gjordes en randomiserad kontrollerad studie med två frågeformulär utformade enligt kognitiva beteendeteorier [4]. Frågeformulären har utvecklats i experimentella studier av en grupp brittisk-kanadensiska forskare men aldrig provats i den kliniska vardagen. 19 skånska vårdcentraler deltog med 162 allmänläkare och cirka 180000 listade invånare. I interventionsgruppen, som fått formulär där de skulle reflektera över sin förskrivning av antibiotika, minskade antalet antibiotikarecept signifikant för åldersgruppen 0-6 år, men det var ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp i genomsnitt för patienter av alla åldrar.

Slutligen gjordes en kvalitativ studie med fokusgrupper för att studera allmänläkarnas attityder gentemot evidensbaserade lokala behandlingsrekommendationer (Skånelistan) [5]. De viktigaste nyckelfaktorerna i förskrivningen var dels patientsäkerheten, dels tilliten till evidensbaserade rekommendationer, där patientsäkerheten ansågs vara viktigare än följsamheten till rekommendationer. Informationen till patienten under besöket ansågs vara av centralt värde. Alla intervjuade allmänläkare upplevde brist på tid för att informera sig samt svårigheter att hantera patienter med läkemedelslistor från flera förskrivare. Läkemedelsreklam riktad direkt till allmänheten upplevdes också som ett problem. Ekonomiska styrmedel uppfattades både som en barriär och en motiverande faktor vad gäller följsamhet till behandlingsrekommendationer.



Drug therapy – a challenge in primary care.

Assessment of different methods that influence GP's adherence to guidelines.

Författare: Milos Nyberg, V.
Lund: Lunds universitet 2014.
ISBN: 978-91-7619-016-6

Reflektioner

Avhandlingen visar att tvärprofessionellt samarbete kan bidra till att optimera äldres läkemedelsbehandling i primärvården. Att titta på patientens läkemedelslista med olika ögon, exempelvis att använda apotekarens farmakologiska kunskaper som tillskott till läkarens kliniska blick, kan vara en styrka, men samtidigt måste apotekarens roll i läkemedelsgenomgången ställas i relation till det kliniska resonemanget i den slutgiltiga bedömningen. Förmåga till samarbete över yrkesgränser och kompetensområden är en viktig aspekt av vårt arbete och måste utnyttjas som en källa till en säkrare vård. Den holistiska synen på patienten kan dock i många fall leda till att vi väljer att göra avsteg från rekommendationer och vårdprogram, och där är dialogen viktig mellan professionerna.

"Är läkekonst balansen mellan evidensbaserad kunskap och individanpassad vård, att ha tunnelseende med ena ögat och helikopterperspektiv med det andra?"

En insikt jag fick är att den stora boven i dramat om olämpliga läkemedel hos äldre verkar vara psykofarmaka (sömnmedel, anxiolytika, neuroleptika). Men frågan är mångfacetterad. En gammal människa kan skadas av psykofarmaka, bli omtöcknad, tappa blodtryck och muskeltonus, och falla. Å andra sidan kan den äldre också skadas om psykofarmaka sätts ut för snabbt. Läkemedelsgenomgångarna ledde inte till att färre patienter behandlades med fler än tre psykofarmaka, däremot till en signifikant dosminskning i interventionsgruppen. Den korta uppföljningstiden som kan vara oundviklig när man studerar sköra äldre, kan dock göra effekten svårvärderad. En svaghet med vår studie, i likhet med övrig litteratur, är att det saknas utfallsmått som gäller livskvalitet.

Att ändra forskrivningsbeteende är svårt. Det krävs flera typer av utbildningsinsatser som behöver riktas både till förskrivarna och till allmänheten. Interventioner baserade på kognitiva beteendeteorier är en ny spännande metod som manar läkarna att reflektera kring sitt eget förskrivarmönster. Begrepp som "självtyllit", "upplevd beteendekontroll" och "förväntade konsekvenser" kan ha stor betydelse i hur vi beter oss i patientmötet. Genom att förstå dessa mekanismer kan vi också påverka inläringen och åstadkomma en beteendeförändring. Området är ännu väldigt lite utforskat men mycket spännande. I Storbritannien har man till exempel använt liknande instrument för att minska onödig provtagning i primärvården.

De intervjuade allmänläkarna beskriver en attitydförändring över tid gentemot evidensbaserade riktlinjer. Numera har man en starkare tilltro till rekommendationer framtagna av professionen som alternativ till informationskampanjerna ledda av läkemedelsindustrin för 10-15 år sedan. Tidsbesparingen med enkla och tydliga riktlinjer beskrivs som en stor vinst mitt under den stressade patientmottagningen med en lång "att-läsa-när-jag-har-en-stund-över"-lista.

Till skillnad från andra europeiska länder är inte den svenska allmänläkaren en "gate-keeper", utan patienter söker fritt olika vårdgivare, både allmänläkare och organspecialister. Bristen på gemensam läkemedelslista gör det lättare att sätta in än att sätta ut läkemedel och svårt att ifrågasätta andra förskrivares ordinationer. Olika journalsystem, såväl mellan slutenvård och primärvård, som mellan hemsjukvård och primärvård, komplicerar ytterligare. Dosdispensering kan underlätta och ger en samlad läkemedelslista, synlig i realtid för alla vårdgivare, men ordinationer ifrågasätts ändå inte regelbundet och kan fortsätta länge trots ändrad indikation eller risk för interaktioner. Dessutom det ibland vara enklare att ge ett lugnande piller än att ifrågasätta bristen på personal eller utbildning inom äldreomsorgen.

Så var går gränsen mellan fundamentalism och finkänslighet? Mellan slavisk följsamhet till riktlinjer och medvetna avsteg för patientens bästa? Är läkekonst balansen mellan evidensbaserad kunskap och individanpassad vård, att ha tunnelseende med ena ögat och helikopterperspektiv med det andra?

Efter att ha forskat om metoder som ökar följsamhet till behandlingsriktlinjer kan jag sammanfatta mina insikter så här: "I think you'll find it's a bit more complicated than that". Det är också titeln på den senaste boken skriven av Ben Goldacre, brittisk läkare och mediafigur, EBM-korsriddare och min nya förebild [6].



Veronica Milos Nymberg
Vårdcentralen Laröd
veronica.milos@med.lu.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. Milos Nymberg, V. Drug therapy – a challenge in primary care. In Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2014:87. (<https://lup.lub.lu.se/search/publication/4729585>)
2. Milos V, Rekmann E, Bondesson A, et al: Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs Aging* 2013, 30(4):235-246
3. Milos V, Bondesson A, Magnusson M, et al: Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatr* 2014, 14:40
4. Milos V, Jakobsson U, Westerlund T, et al: Theory-based interventions to reduce prescription of antibiotics—a randomized controlled trial in Sweden. *Fam Pract* 2013, 30(6):634-640
5. Milos V, Westerlund T, Midlöv P, et al: Swedish general practitioners' attitudes towards treatment guidelines – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2014 Dec 16, 15(1):199
6. Goldacre, Ben. *I Think You'll Find It's a Bit More Complicated Than That*. London: Fourth Estate, 2014. (ISBN 978 0 00 746248 3).

Kan individualiserad vård och registermedicin förenas?

Diskussionen om kvalitetsregisters bristande möjligheter att mäta vårdkvalitet har pågått i snart tio år. Individualisering är svårt att kvantifiera och har inte blivit någon kvalitetsfaktor. En ny lärobok om nationella kvalitetsregister saknar helt kritiska referenser. Svenska Läkaresällskapet har med sitt projekt "En värdefull vård" visat att det är professionen som med sitt omdöme avgör och ska axla kvalitetsfrågorna. Individualisering och läkaretik är det basala.

Mitt intresse för saken startade med konflikten mellan påbjuden läkemedelsförskrivning och individualiserad vård. Sådana behandlingsimperativ som de farmaceutiska multinationella bolagen får läkare att internalisera, understödda av köpta eller aningslösa forskare och ekonomiskt medberoende specialist-sammanslutningar. Till och med industrimannen Lars Werkö blev under sina senare decennier en skarp kritiker av bristande evidens i nationella vårdprogram och generella rekommendationer och av "disease mongering" [1].

Patienters lagstadgade rätt till full information och delaktighet, formulerad i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen och förtydligad i nuvarande patientlagen, hade inte något starkt genomslag i läkemedelsförskrivningen vid vårdcentraler och vid en medicinklinik. Det konstaterade Kjell Lindström och jag i en studie i Jönköping 2002 [2]. Läkare gör vad de tror är lege artis, vad andra läkare gör, och är sällan kritiska till behandlingsrekommendationers relevans för den enskilde patienten. De frågar sällan vad patienten med sin bakgrund tycker.

Steg till registermedicinens likartade problem var inte stort när kardiologers HIA-register granskades 2007. Kjell och jag påpekade att "vi ser hur tidigare väsentligen friska äldre lämnar kardiologikliniken med fyra till sex olika läkemedel som de aldrig varit med om att diskutera värdet av. Ofta är läkemedlen inte symtomlindrande utan ges utifrån en statistisk modell, med höga värden för NNT (number needed to treat). I resonemanget om behandlingens för- och nackdelar har den äldre personen aldrig fått delta." Vi sammanfattade att modern medicin drivs av andra krafter, nämligen processtänkande och mer eller mindre tillförlitlig evidens för hur diagnoser ska skötas, allt överordnat patientens vilja [3].

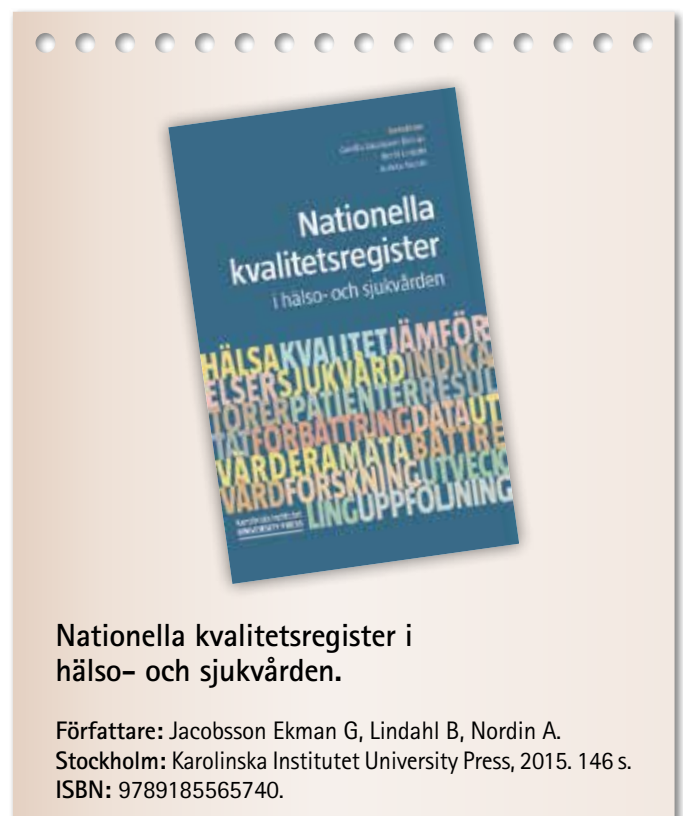
Vi lyfte fram kardiologernas "goda ambition att via register öka den systematiska kunskapen om den bästa vården av också äldre, ibland med många sjukdomar – men nuvarande register räcker inte. Registren behöver utvecklas och även inkludera mått på att man har individualiserat vården på ett optimalt sätt, d.v.s. att man använt god läkekonst." [4].

Har så skett nu, snart tio år senare? Knappast! Individualisering har inte blivit någon kvalitetsfaktor och kardiologerna låtsades i ett färskt replikskifte [5, 6, 7] inte om konflikten mellan registerresultat, index för påstådda kvalitetsskillnader sjukhus emellan och individualiserad vård. Registermedicinen har fått ett sådant grepp över företrädarna för subspecialiteter och blivit ett sådant mäktigt verktyg att tillskansa sig resurser att

devisen "patienten i centrum" mest gäller i högtidstalen. Inget tyder på att det är annorlunda i de övriga 100-talet nationella kvalitetsregistren.

Det som startade den mångåriga debatten i läkarkåren var frågan "Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet?" [8]. Svaret på den frågan är "nej" eller "bara delvis". Många av vårdens områden kan inte mätas och vårdens djupaste mening kan inte kvantifieras, bl.a. individualiseringen och stora delar av patient-mötets interaktioner. Men i praktiken agerar registerföreträdare, administratörer och politiker som om svaret är "ja".

Trosvissheten speglas i en ny lärobok om Nationella kvalitetsregister [9]. Endast författare som arbetar med och för kvalitetsregister får vara med. Inte en enda oppositionell röst tillåts granska registren. Boken saknar helt kritiska internationella referenser [t.ex. 10] och nämner inte ens den Cochrane-översikt [11] som funnit att kvalitetsregister omsatta i öppna jämförelser saknar evidens vad gäller det centrala syftet, att förbättra vården. Boken tar heller inte upp den omfattande debatten i Läkartidningen sedan 2008. Endast Kjell Asplund och Fredrik Westander problematiserar några frågor kring registeranvändningen.



Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården.

Författare: Jacobsson Ekman G, Lindahl B, Nordin A.
Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2015. 146 s.
ISBN: 9789185565740.

Självklart borde ett separat kapitel handlat om den kliniska verkligheten; hur läkaren uppmanas/tingas agera för att nå mål i kvalitetsregistren och att detta ofta går på tvärs med individualisering och de rättigheter till information och delaktighet i behandlingsval som patienten har. Det är skrämmande att ett universitet med sina sanningskrav på vetenskap och undervisning levererar en så undermålig produkt och att nya generationer läkare får en så ensidig bild av sitt kommande yrke. För att låna en formulering av Olle Hellström på Ordbyte: "Medicinsk vetenskap har krympt den själfulla människan till ett torrt russin av teknik och mätbarhet".

"Jag är emot sådant som försvårar individualiseringen och det som tränger ut läkekonsten."

Ändå rör sig jorden en smula i förhållande till solen. Det är komiskt när akutsjukhusens företrädare, som i så många sammanhang identifierar sig med registermedicinen, plockar fram kritiken mot registerjämförelser när den kan användas till försvar för den egna verksamheten. Som svar på en studie, som visar att svenska akutsjukhus har lägst produktivitet i Norden, framhävs att hälsoekonomer har svårt att inse vad kvalitet inom vården egentligen innebär: "Läkarna och sjuksköterskorna producerar inte produkter på en fiktiv marknad, de ger vård och det är svårt att mäta kvaliteten i den. Kvalitet i vården är mycket mer än parametrar som kan mätas (till exempel dödlighet 30 dagar, utskrivning, eller förekomst av återinskrivningar). Empati, bemötande, lyhördhet med mera kan inte mätas så lätt. Vill svenska folket att läkarna i akuten arbetar fortare som robotar i bilfabriken utan att bry om bemötande och empati?" [12]. Tack för den insikten! Även om jag inte vet om detta är hela förklaringen till den påstått låga produktiviteten.

Jag är emot sådant som försvårar individualiseringen och det som tränger ut läkekonsten. Förenklade jämförelser utifrån s.k. kvalitetsmål kan vara nästan lika illa som kopplingen till ekonomiska incitament; värst är kombinationen. Registermedicinen har spritt löje över medicinsk vetenskap när man plockat in icke-evidensbaserade mål som låga HbA1c – oberoende av t.ex. ålder och diabetesduration, LDL-kolesterol och prematura blodtrycksgränser. En viss tillnyktring har skett under senare år med mer individuella målnivåer. Men fortfarande tror sjukvårdsbyråkrater att läkare sköter sina patienter bättre med ekonomiska morötter kopplade till surrogatvariabler som gäller hela grupper.

Min uppfattning är att inga ekonomiska utfall ska kopplas till den enskilde patienten. Det har otvivelaktigt varit en besvikelse att se hur många i läkarkåren som medvetet eller omedvetet styrs av pekuniära krafter i stället för av medicinska sakskäl och etik. Med det rymliga samvete, eller okritiska förhållningssätt, som tycks finnas i stora delar av kåren är det synnerligen viktigt att systemen utformas så att inte manipulation, egen ekonomisk vinning eller oriktig verksamhetshävdelse kan ske.

Jag glädjes åt att Svenska Läkaresällskapet tagit på sig den mantel som Åke Thörn tidigt i debatten efterlyste; att det är

professionen som med sitt omdöme avgör och ska axla kvalitetsfrågorna! [13] Där är individualisering och läkaretik det basala. Arbetsgruppen En Värdefull Vård har presenterat sitt förslag [14] där bland annat prestationsersättning och bonusar kopplade till medicinska mål avfärdas, och där i huvudsak kapitation viktat efter ålder och CNI (Care need index) föreslås bli primärvårdens ersättningsmodell. Modeflugan Värdebase-rad vård/ersättning – NPM:s efterföljare – genomskådas och rambudget förordas för sjukvården som helhet.

Blir dessa förslag verklighet finns anledning till hopp; i framtiden kan till patientens båtnad individualiserad vård och registermedicin förenas!



Bengt Järhult
"Distriktsläkare i Ryd"
Vårdcentralen i Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Jäv saknas.

Referenser:

1. Werkö L. Sjukdomsbegreppet och läkemedelsbehandling. I: Läkemedelsboken 2011–2012. Uppsala: Läkemedelsverket; 2011
2. Järhult B, Lindström K. Läkemedelsförskrivning – ett patriarkalt eller demokratiskt beslut? Jönköping, 2003; Primärvårdens FoU-institut 2003:3
3. Järhult B, Lindström K. Hjärtinfarktregister och läkekonst-kan de förenas? Läkartidningen 2007;104:2248-9
4. Järhult B, Lindström K. Läkekonst är att individualisera vården. Läkartidningen 2007;104:2262
5. Thörn Å, Järhult B. Dags för förnyad diskussion om kvalitetsregistrens roll. Läkartidningen 2015;112:DFDC
6. Jernberg T et al. Seriös diskussion om kvalitetsregister välkomnas. Läkartidningen 2015;112:DFSS
7. Thörn Å, Järhult B. Dags att diskutera vetenskapens kärna och kvalitets-kriterier. Läkartidningen 2015;112:DHUT
8. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen 2008;105:3452-5
9. Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014
10. Tyrer P. From the Editor's desk. Br J Psychiatry. 2011;199:84. doi: 10.1192/bjp.199.1.84
11. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, et al. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organizations. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (11):CD004538
12. Islam MS. Rehnbergs råd stöds inte av forskningen. DN Debatt 9/7 2015
13. Thörn Å. Kvalitet – en fråga för professionens omdöme. Läkartidningen 2009;106:1494-5
14. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En Värdefull Vård. Remiss 2015 06 26

AllmänMedicin informerar

Nystarta kulturstafetten!

Skriv en krönika med kulturanknytning och lämna stafettpippen till din kollega! chefredaktor@sfam.se

Så lyfter allmänmedicinen i Sydost

Allmänmedicinskt kunskapscentrum Kronoberg (AMK) anordnade i april 2015 de första Kostadagarna, något man hoppas blir en tradition (se sidan 44). Programmet var brett och belyste allmänmedicinsk verksamhet både ur biomedicinskt, filosofiskt och psykologiskt perspektiv.

Hálf dán Pétursson, ST-läkare i allmänmedicin i Göteborg med doktorsexamen från Trondheims universitet, talade om "Riktlinjer för kardiovaskulär prevention – frälsare eller förtryckare?". Hálf dán gav en svindlande exposé över nytta och risker med preventiva åtgärder, som tränger allt längre in i normalpopulationerna och gör de flesta av oss till potentiella pillerätare på relativt lösa grunder. Vidare gav han en roande beskrivning av "vulgär-cochreanismen" dvs. en hållning där evidenspyramiden görs till en nästan metafysisk ordning med ett "gudsöga" i toppen, som övervakar att vi alla är följsamma mot senaste evidens. Alla subspecialister i sina isolerade "silos" är fullt upptagna av egna specialproblem och lösningar, utan känsla för de övergripande hälsofrågorna (det gemensamma isberget). Som allmänmedicinare måste vi våga titta över kanten på dessa trånga silos och våga tänka större.

Hálf dán föreläsning följdes av en uppskattad mentometer-session under ledning av kollegan Ulf Eriksson från Karlskrona. Deltagarna fick ta ställning till en rad påstående inom det kardiovaskulära evidensfältet. Diskussionen blev livlig och Ulf hade god hjälp av kardiologen Olle Bergström från Växjö och Hálf dán själv.

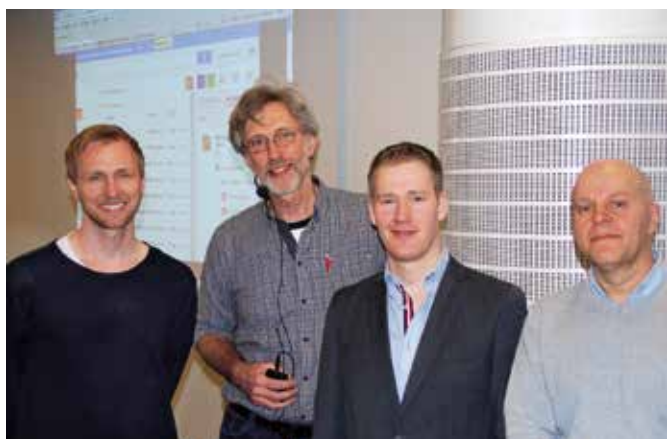
Filosofen Sofia Kjellström talade om individers förmåga att själva ta ansvar för sin hälsa. Hon hänvisade både till egna studier och amerikanska teoretiker, som visat att ganska få individer har nått den grad av "mognad" som krävs för att individuellt kunna översätta och tillämpa vårdens hälsobudskap. Djupare insikter om människors förmåga och begränsningar att styra sina egna liv är nödvändiga för framgångsrikt förebyggande arbete.

Under rubriken "Var börjar floden" talade psykologen Annette Nilsson om bakgrunden till den ökade psykiska ohälsan ►►



Maria Yngvesson visar hur vi lyfter allmänmedicinen i Kronoberg.

Foto: Anders Eriksson



Per Nilsson från organisationskommittén samt föreläsarna Ulf Eriksson, Hálf dán Pétursson och Olle Bergström.

Foto: Anders Eriksson



Studierektor Anna-Lena Köhlin framför glaskonst i Kosta.

Foto: Anders Eriksson



Ur vimlet vid middagen: Sofia Olsson från Kronoberg och Lena Wendeler från Blekinge.
Foto: Anders Eriksson

i samhället. Från sin egen primärvårdspraktik gav hon exempel på hur "friheten" från fasta normer, prestationskrav och ständig rädsla för att misslyckas har gjort världen till en osäker plats för människan i det postmoderna samhället. Osäkerheten skapar ångest för egen hälsa och identitet. Annette vävde omsorgsfullt

in diktцитat av Tranströmer och samhällstänkare i sin mycket insiktsfulla presentation.

På trivsamt värmäländska ledde specialisten i klinisk kemi Göran Schedvin ett seminarium om självtester, diagnostik och etik. Hur ska vi inom vården hantera alla prover som patienten själv låter utföra på en kommersiell marknad? Kunderna på "självtestmarknaden" kommer snabbt att bli fler framöver. Vad får det för konsekvenser för diagnostik, behandling och läkarroll? Vår beredskap på området är inte lysande idag.

Dagen avslutades med att kollegan Sara Holmberg ledde ett seminarium där ST-läkare fick presentera sina vetenskapliga arbeten. Det var ingen rusning till scenen av presentationshungliga ST-läkare, men flera intressanta arbeten presenterades. För framtiden räknar vi med att detta blir ett stående och tungt vägande inslag i Kostadagarnas program.



Christer Petersson
Avgående koordinator
Allmänmedicinskt kunskapscentrum,
Kronoberg
christer-p@telia.com

Annons

Lokala vårdprogram hushållar med primärvårdens resurser

Det finns en ökande efterfrågan på primärvård men våra resurser kommer sannolikt vara de vi har nu. Decennier med återkommande primärvårdsreformer har trots politisk entusiasm haft blygsamma effekter. Genom att utarbeta lokala vårdprogram på vårdcentralen och samarbetsmodeller med aktörer utanför vårdcentralen kan en bättre hushållning med befintliga resurser ske.

Det finns ett antal problemområden i primärvården som ständigt uppmärksammas och diskuteras:

- Primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvården är för liten i relation till förväntningar och de krav som ställs.
- Det finns en stor brist på specialister i allmänmedicin inom läkarkåren.
- Alltför arbetsuppgifter förs över till primärvården utan samtidigt tillskott av resurser för att lösa uppgifterna.
- Tillströmningen av patienter känns tidvis övermäktig.
- Andelen multisjuka äldre patienter ökar och tar alltmer av primärvårdens tid och resurser i anspråk.
- Gränserna för vad som kan betraktas som primärvårdens uppdrag och patienter är oklara.

Listan över problem kan bli hur lång som helst men leder inte fram till några problemlösningar. Så vad gör vi? Fortsätter att beskriva problemen eller arbetar med de förutsättningar vi har?

Som ledningsgrupp vid Kallinge vårdcentral började vi för några år sedan fundera över hur vi skulle lägga upp verksamheten. Trots att vårdcentralen senaste åren har varit relativt välbemannad med erfarna allmänmedicinska specialister var problemen i stort samma som för många andra vårdcentraler. Patienttillströmningen föreföll närmast oändlig, läkare och även sjuksköterskor klagade på att "fel" patienter bokades upp. En stor del av våra resurser användes till mer eller mindre nödvändiga kontroller och bedömningar. Patienternas efterfrågan på vård, mer eller mindre relevant, styrde vår verksamhet.

En arbetsgrupp, med representanter från all personal, bildades och har sedan varit navet i förändringsarbetet.

Efterfrågan och resurser

Initialt i förändringsarbetet definierade vi ett antal grundläggande förutsättningar, basala för den fortsatta processen;

- Primärvård är en professionell verksamhet vars åtagande måste regleras och styras av de som är verksamma i primärvården.
- Patienterna skall fördelas så att rätt problem hamnar hos rätt profession.
- Omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar skall vara strukturerat och patienterna skall vara välinformerade om sina sjukdomar.
- Mottagningens gränser sätts dels av tillgänglig personal och dels av vilka medicinska problem vi kan ta hand om.
- Befolkningens förtroende för primärvården skapas genom ett professionellt och tydligt åtagande.

Ett av primärvårdens problem är att dess

åtagande i stor omfattning bestäms av andra än de kliniskt verksamma i primärvården. Politiker på lokal och central nivå, slutenvård, Försäkringskassan, kommunala institutioner m.fl. har mer eller mindre tydligt uttalade förväntningar på vad primärvården skall åstadkomma. Efter vårdvalsreformen framtonar en bild av att patienterna har all makt och rätt att söka för vad, och när, man vill.

Det behövs ingen längre erfarenhet av klinisk verksamhet i primärvården för att inse att detta är ohållbart och inte professionellt ur medicinsk synvinkel. Verksamheten måste utgå från vilka resurser som finns tillgängliga.

En tidig kritik mot den s.k. vårdvalsreformen var att den var alltför läkarcentrerad. I takt med att även distriktssköterskornas roll förändrats finns en uppenbar risk för att patienter hamnar "fel". En viktig princip måste vara att patienterna får träffa den som är bäst lämpad för att lösa problemet – vilket inte alltid är läkaren. Det finns intressanta erfarenheter av s.k. task shift som i princip innebär att

Kallinge primärvårdsområde

Kallinge är en gammal bruksort, tidigare dominerat av Kallinge gjuteri, Djupafors pappersbruk och F17-flygflottilj. Nu finns enbart flygflottiljen kvar. Kallinge ligger tre mil från Karlskrona och en mil från Ronneby. Primärvårdsområdet sträcker sig till Smålandsgränsen och har 13 300 invånare. 7 600 är listade på vårdcentralen som drivs av Landstinget Blekinge.

Bemanningen består av sex läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens, en ST-läkare och 1-2 AT-läkare. Dessutom ett tiotal distrikts- och mottagningssköterskor, undersköterskor, biomedicinska analytiker, och en barnpsykolog. Sjukgymnaster och kuratorer delas med Ronneby och Bräkne-Hoby vårdcentral i ett gemensamt rehabcenter i Ronneby.



Kroniska diagnoser

- Hypertoni
- Hypothyreos
- Astma
- KOL
- Kronisk benign smärta
- Artros
- Psykisk ohälsa
- Alkohol- och läkemedelsberoende
- Ångest
- Demens
- Prostataproblem
- Anemi hos äldre
- Utredning vid malignitetsmisstanke

hela ansvaret för vissa avgränsade medicinska uppdrag överförs till andra än läkare – inte för att ersätta läkare utan för att uppdragen kan utföras av andra med bibehållen medicinsk kvalitet.

Samverkan – även över gränserna

Helhetssyn och samverkan är sedan länge grundbegrepp i primärvården. Tyvärr har begreppen med tiden blivit mer diffusa och intetsägande. Vad menar vi med att ha en helhetssyn på patienten? På vilket sätt samverkar vi med andra runtomkring oss?

Vi har på tidigt stadium av vårt förändringsprojekt sammanställt en förteckning över viktiga samarbetspartners. Nästa steg är träffar för att utarbeta gemensamma samarbetsmodeller. Vi har speciellt in-

tesse för bl.a. slutenvård, psykiatri, kommunens familjerådgivning, Beroendeenheten, Svenska kyrkans diakoni-verksamhet samt samarbetsprojekt vid Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

Att primärvården samverkar med andra enligt ovan är inget unikt eller nytt. Det viktiga är att man lokalt kommer överens om hur samarbetet skall utformas.

Kroniska diagnoser och problemområden

En stor andel av primärvårdens patienter har en eller flera kroniska diagnoser. Till detta skall läggas ett antal problemområden som ofta återkommer (anemiutredning av äldre patienter, utredning vid misstänkt malignitet, kronisk benign värk m.m.). När vi granskade ett antal patientfall noterade vi att diagnostiken i vissa fall var något osäker och utredningsgången inte målinriktad.

Ett större problem var att behandling, uppföljning och information till patienterna varierade stort och inte sällan styrdes av enskilda patienters egna initiativ. Det var inte ovanligt att patienter sökte sig till distriktssköterskemottagningen för blodtryckskontroller varje månad eller oftare. Samtidigt finns det knappast någon medicinsk indikation för så täta kontroller.

Tillsammans i arbetsgruppen valde vi ut några av de vanligaste kroniska diagnoserna och problemområden (se faktabeskrivning). De diagnoser och problemområden vi valde är de där vi noterat stora skillnader mellan hur olika läkare hanterar dessa. Skillnaderna leder till osäkerhet hos övrig personal och ineffektivt omhändertagandet.

För varje diagnos har vi sedan tillsammans diskuterat hur diagnostik och behandling skall utformas, vad som ska journalföras samt inte minst arbetsfördelningen vid omhändertagandet.

Sedan tidigare finns arbetsmodeller efter samma principer för till exempel diabetes. Genom att arbeta efter samma modell även för andra kroniska diagnoser blir arbets- och ansvarsfördelning tydligare, något även ger tryggare och bättre patientkontakter. Vi har satsat mycket på att informera patienterna ingående om sin sjukdom och hur denna skall omhändertas. Vilket ansvar har patienten och vad ligger på oss som vårdgivare?

I utformningen har vi utgått från tidigare kända nationella och internationella

behandlingsprogram och aktuell kunskap. Det viktiga är att denna kunskap förankras i den kliniska verksamheten och styr vårt arbete.

"Det måste bli ett gemensamt intresse att vårdcentralens arbetsmiljö blir så bra som möjligt och att vår bild utåt blir förtroendeingivande."

Sammanfattning

Det är ett omfattande och långvarigt förändringsarbete vi påbörjat. Hittills har vi arbetat med att avgränsa och bestämma vad som skall ingå i förändringsarbetet. Viktig information har samlats och värdefulla kontakter har knutits. Ett samlat dokument håller på att sammanställas och skall sedan förankras hos all personal genom att vi presenterar och arbetar med 2-3 diagnoser åt gången. Arbetsmodellen behöver prövas och finslipas.

Det viktiga är att vi gemensamt arbetat fram modellen och är överens om dess utformning. En annan viktig målsättning har varit att all personal ser det som meningsfullt att genomföra ett förändringsarbete. Något som bidrar till detta är att arbetsuppgifter och ansvar fördelas på hela personalen vid vårdcentralen.

Det måste bli ett gemensamt intresse att vårdcentralens arbetsmiljö blir så bra som möjligt och att vår bild utåt blir förtroendeingivande. Vår verksamhet måste bygga på de resurser vi har och även utnyttjas på ett sätt som vi upplever som meningsfullt och, inte minst, är överens om.



Christer Olofsson

christer.olofsson@ltblekinge.se

Jäv saknas.

Christer Olofsson

- Arbetar kliniskt på Kallinge vårdcentral i Blekinge
- Ledamot i Svenska Distriktsläkarförbundets styrelse och redaktör för Distriktsläkaren
- Ordf. i Blekinge Läkarförbund
- Ordf. i Provinsialläkarstiftelsen
- Medicinsk rådg. i Kallinge, Ronneby & Bräkne-Hoby primärvårdsområde
- Författare/medförfattare till ett tiotal böcker om Försäkringsmedicin, Primärvård, Diagnostik, Allmänmedicinens juridik

Nationellt system för primärvårdens kvalitetsdata

Arbete med att ta fram ett nationellt kvalitetsregister för primärvården har pågått sedan 2012. En utvärdering 2014 visade att ett traditionellt register inte är optimalt. I stället skapas ett system för lokalt förbättringsarbete där man utgår från lokala data och också skapar möjlighet till jämförelse med aggregerade data. Drygt 100 kvalitetsindikatorer har tagits fram och testas nu i befintliga journalsystem. Professionellt engagemang krävs för att ge kvalitetsuppföljningen innehållsmässig kvalitet och praktiskt genomslag.

Allmänläkare strävar att göra sitt arbete så bra som möjligt, att ge sina patienter den vård som de behöver, enligt den evidens som finns och med hänsyn till patientens alla olika hälsoproblem och egna önskemål. För att följa sitt eget arbete krävs att data från våra journaler sammanställs och återförs. Idag är det på de flesta håll svårt att få fram sådana data och det finns få nationella data om kvaliteten i primärvårdens arbete. Allmänläkare behöver, tillsammans med andra medarbetare i primärvården, ha inflytande över vilka mått som tas fram, hur de presenteras, tolkas och används. Få landsting har system för systematiskt kvalitetsarbete. Arbete med kvalitetsförbättring utifrån egna data ingår sällan i vårdcentralernas schemalagda arbete.

En arbetsgrupp har de senaste åren finansierats av Nationella Kvalitetsregister för att ta fram kvalitetsindikatorer för primärvård i syfte att starta ett nationellt primärvårdsregister [1, 2]. Drygt 100 kvalitetsindikatorer finns, förankrade i SFAM och Distriktssköterskeförbundet.

Under 2014 utredde kansliet för Nationella Kvalitetsregister arbetet. Den särskilda statliga satsningen på kvalitetsregister löper till och med 2016 och fortsatt finansiering är oklar. Att bygga upp ett primärvårdsregister kräver betydande arbetsinsatser och kostnader, vilket man inte kan garantera. Ett register över primärvårdspatienter skulle bli väldigt stort oavsett vilka patienter som inkluderas. Då finns juridiska och etiska frågor



NATIONELLA KVALITETSREGISTER

som behöver hanteras. I andra europeiska länder, bland annat Danmark och England, har stora primärvårdsdatabaser ifrågasatts.

Kansliets bedömning var att ett traditionellt kvalitetsregister inte ska startas men att data om kvaliteten i primärvård med användbar återkoppling behövs på flera nivåer [3]. Det förslag som vi nu hoppas blir verklighet illustreras av figur 1.

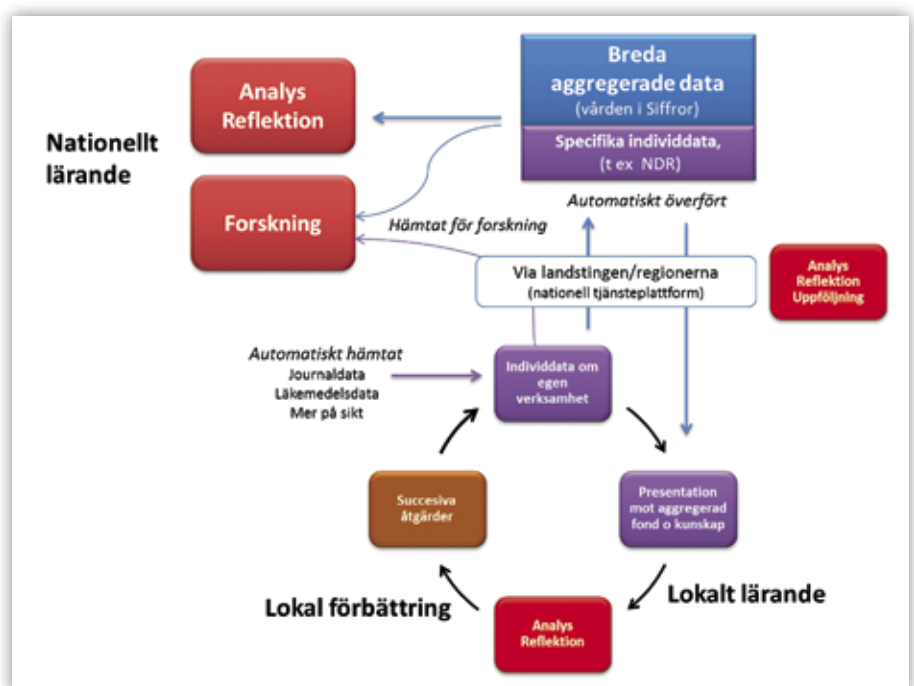
Lokalt förbättringsarbete utgångspunkt

Det lokala förbättringsarbetet har sin utgångspunkt i lokalt tillgängliga data. Individdata hämtas från patientjournalerna, direkt eller via uthämtningssystem som t.ex. Medrave. Ett brett spektrum av aktuella uppgifter på individnivå kan tas

fram och ligga till grund för uppföljning, lärande och förbättringsarbete i "realtid". Här ska "jag på min vårdcentral" kunna identifiera högriskpatienter bland diabetiker (som de med högt blodtryck eller de som inte varit på återbesök), se hur jag följer Stramas rekommendationer för antibiotikabehandling, vilken kontinuitet jag erbjuder de kroniskt sjuka och hur jag handlägger patienter med samsjuklighet. Som jämförelse finns aggregerade data från andra enheter i regionen och nationellt.

Det finns inga juridiska problem så länge uppgifterna hanteras lokalt där de genererats. Det är en del av den uppföljning som varje vårdgivare ska göra.

De lokalt framtagna indikatorerna sammanställs (aggregeras) och presenteras



Figur 1

för jämförelse med lokala data. Aggregerade data ska presenteras på en nationell webbplats, förslagsvis "Vården i siffror", en web-plats inom SKL som presenterar data från Öppna jämförelser och befintliga kvalitetsregister. En nationell webbplats som löpande hämtar in lokala data och återkopplar aggregerade data skulle bli till hjälp för det lokala lärandet. Dessutom kan den på sikt bidra till att felaktiga data/registreringar uppmärksammas och rättas till.

Professionellt engagemang en nyckelfråga

Det professionella engagemanget är en nyckelfråga för att ge kvalitetsuppföljningen innehållsmässig kvalitet och praktiskt genomslag. De uppgifter som tas fram kan användas i flera sammanhang, men engagemang, legitimitet och praktiskt användbara lösningar måste säkras genom professionellt engagemang och inflytande.

Den temporära professionsbundna styrgruppen är ett steg för att säkra ett sådant engagemang. Den är bildad av fyra av primärvårdens professionsorganisationer (SFAM, Distriktssköterskeförbundet, Fysioterapeuterna och Svensk förening för arbetsterapi) och fortsatt finansierad av styrgruppen för Natio-

nella kvalitetsregister. Nu pågår samtal mellan kvalitetsregistersatsningen och den nya kompetensgrupp för primärvård som SKL etablerat (sid 27) om hur det fortsatta arbetet ska läggas upp och finansieras.

Nationellt fastställda indikatorer och definitioner är en förutsättning för jämförelser. De indikatorer som ingår i standarden bygger på primärvårdsprofessionell kompetens och är utvalda och specificerade för att kunna testas praktiskt i anslutning till de vanligaste journalsystemen. De testas i befintliga journaldatabaser i de stora regionerna och i Jönköping, där mångårig erfarenhet finns med uttag av strukturerade journaldata. För kvalitetsindikatorer rörande infektioner i primärvården görs motsvarande arbete under ledning av Folkhälsomyndigheten och Strama. Frågor som ska besvaras är: Vilka uppgifter kan på tillräckligt enkelt och säkert sätt hämtas ur befintliga journalsystem? Vilka ytterligare specifikationer behövs för att ge tydlighet?

Riktlinjer för den lokala återkopplingen ska skisseras. Arbetsgruppen har kontakt med leverantörerna av möjliga uthämningsverktyg. Landsting och regioner behöver bygga upp en stödstruktur för att underlätta förbättringsarbete utifrån lokala data och arbetsgruppen

kommer sammanställa aktuell evidens för vilka insatser som behövs.

Primärvårdens forskning är eftersatt och därför finns ett stort behov att beforska primärvårdens patientgrupper och verksamhet. Ett traditionellt kvalitetsregister ger stora möjligheter till forskning, men vi bedömer att en nationell bas med aggregerade data kommer att kunna vara en viktig utgångspunkt. Forskningen kan sedan drivas vidare med hjälp av individdata. Vi är övertygade om att kvaliteten av journaldata förbättras när data presenteras och används lokalt och att det kan påverka journalsystemen att hjälpa till att data struktureras, vilket också underlättar forskning.

Vi hoppas att detta arbete blir utgångspunkt för en nationell standard för kvalitetsindikatorer och kvalitetsarbete i primärvården, där fortsatt samarbete med SFAM och de andra professionsföreningarna kommer att ha avgörande betydelse.

Referenser:

1. Eckerman I. Nationellt system för förbättring i primärvården. AllmänMedicin 2013;1:47-48
2. Månsson J. Nationellt Primärvårdsregister (NPR) – vårt verktyg för kvalitet och forskning. AllmänMedicin 2013;3:10-12
3. Berg, Sören. Kvalitetsdata i primärvården. Lägesrapport 2015-03-24. Nationella kvalitetsregister 14/2906.

Malin André
docent, forskningssamordnare
för primärvården, Uppsala
malin.e.andre@gmail.com

Ulrika Bjarre
projektledare INKA-primärvård,
Stockholms läns sjukvårdsområde

Jan Hasselström
ordförande i expertråd allmänmedicin,
FPU-ledare, Akademiskt primärvårdscentrum,
Stockholm

Eva Arvidsson
forskningsledare,
Primärvårdens FoU-enhet,
Futurum, Jönköping

Jörgen Månsson
professor, ledamot av Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning och Nationella kompetensgruppen för primärvård, sjukhuschef Carlanderska sjukhuset, Göteborg

Magnus Kåregård
medicinsk rådgivare,
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning,
Region Skåne

AllmänMedicin informerar

Hur är utsikten genom ditt fönster?

Fler bidrag behövs!
Skicka en högupplöst bild med några förklarande rader till chefredaktor@sfam.se.



AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder. Skicka till chefredaktor@sfam.se.



Nationell kompetensgrupp för primärvård

Nationella kompetensgrupper

Nationella kompetensgrupper ingår i den nationella strukturen för kunskapsstyrning och bidrar till att de övergripande målen för denna nås nationellt, regionalt och lokalt:

- En kunskapsbaserad och mer jämlik hälso- och sjukvård
- En snabbare och mer likvärdig tillgång till nya effektiva läkemedel
- Effektivare resursutnyttjande
- Förbättrat samarbete och samordning nationellt, regionalt och lokalt

Ledamöterna är utsedda av landsting/regioner att företräda sjukvårdsregionerna och sprida arbetet. Exempel på nationella programråd är astma-KOL-vård och diabetesvård. SKL är samordnare för arbetet.

Nationella kompetensgrupper kopplas till regiongruppen i Nationella Samverkansgruppen för Kunskapsstyrning (NSK) och programrådsstrukturen [1]. NSK etablerades 2008 för att öka samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. En bred sammanslutning med olika aktörer står bakom: hälso- och sjukvårdsregioner, SKL, Socialstyrelsen, SBU, TLV, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

Behovet av en nationell expertgrupp för primärvård med bred interprofes-

sionell kompetens och förankring hos huvudmännen blev tydligt under 2014. Primärvården är ett prioriterat område för utveckling, i synnerhet för kroniska sjukdomar.

Under 2015 har en sådan kompetensgrupp bildats, med primärvårdskunniga representanter från de olika sjukvårdsregionerna och under ledning av SKL. Till kompetensgruppen finns en professionell referensgrupp där SFAM:s styrelse är representerad genom Karin Träff Nordström. Allmänmedicinsk kompetens har också knutits till SKL genom Ulrika Elmroth som sedan 17 augusti arbetar 75 % med uppdraget.

Arbetsuppgifter

Kompetensgruppens uppdrag är att stödja de nationella utvecklingsprojekten och bidra med expertkunskap. Gruppen ska identifiera och prioritera kommande nationella insatser samt koppla relevanta insatser till de nationella programrådets arbete. Samspelet ska säkras mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvårdssystemet.

Kompetensgruppen bör i ett första steg fokusera på vården för personer med kronisk sjukdom. Därmed avgränsas arbetet till sådan verksamhet som vård/hälsocentral, rehabilitering och hemsjukvård. I ett senare skede kan ytterligare delar av primärvården inkluderas.



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**

Den nationella kompetensgruppen tillsätts av landstingen som huvudmän, men kompetensgruppens arbete kommer främst att vara inriktat på stöd och utveckling för vårdgivare, såväl privata som offentliga.

Planerade insatser 2015

Användarvänliga behandlingsrekommendationer

Det finns en ambition att utveckla användarvänliga behandlingsrekommendationer för primärvården, utifrån erfarenheter från Stockholm och Jönköping med Viss.nu och Fakta. Ett förarbete för hur behandlingsrekommendationer kan tas fram nationellt ska göras under 2015. Förarbetet bygger på tre delar:

- Hur ska en organisation av experter och professioner se ut för att ta fram och förvalta innehållet i behandlingsrekommendationer?
- Hur ska behandlingsrekommendationerna kopplas till teknisk infrastruktur för att kunna användas i journalsystem och/eller kunskapsstöd till primärvården?
- Under 2015 finansierar staten detta arbete. Hur ska arbetet finansieras från 2016?

Uppföljning inom primärvård

Under 2014 genomfördes en "gap-analys" av resultat för patienterna med kronisk sjukdom i primärvården [2].

Det är dels en jämförelse av data och dels en intervjustudie. Resultaten och slutsatserna presenterades i mars 2015. Det finns nu en etablerad kontakt med personer som tar ut statistik i landstingen kring dessa frågor, vilket behöver vidareutvecklas under 2015. Under 2015 kommer en fortsättning att ske på flera sätt utifrån slutsatserna, exempelvis fortsatt erfarenhetsutbyte kring uppföljning och analys av patientresultat i primärvården.

Ledamöter i nationell kompetensgrupp primärvård (augusti 2015)

Christina Mörk	Allmänläkare	Uppsala/Örebro
Per Axelsson	Fysioterapeut	Uppsala/Örebro
Sten Tyrberg	Allmänläkare	Södra regionen
Håkan Larsson	Allmänläkare, primärvårdschef	Norra regionen
Irene Svenningsson	Sjuksköterska	Västra regionen
Jörgen Månsson	Allmänläkare, professor	Västra regionen
Patrik Glasberg	Primärvårdsstrateg	Sydöstra regionen
Per Karlsson	Allmänläkare	Sydöstra regionen
Jan Hasselström	Allmänläkare	Stockholm/Gotland
Annicka Hedman	Arbetssterapeut	Stockholm/Gotland
Lars Berge-Kleber	Vice ordförande	Handikappförbunden
Anders Olauson	Ordförande	EuropeanPatientsForum
Bodil Klintberg	Samordnare	SKL

Det interprofessionella arbetet och patientens medskapande i vården bör vara viktiga utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Behovet av en arbetsgrupp med bas i professionerna är stort.

Under 2015 kommer arbetet att fokusera på att ta fram förutsättningar för att utveckla lokal återkoppling för professioner och verksamheter och andra målgrupper (sid. 25). Sättet ger även möjligheter att aggregera data på andra nivåer genom att det utgår från nationellt enhetliga system som bygger på nationella standards.

Exempel på planerade insatser under 2015:

- Justering och vidareutveckling av de framtagna ca 100 kvalitetsindikatorerna (kräver god förankring i professionerna).
- Förbättrad koppling mellan de patientgruppsspecifika nationella kvalitetsregistren och primärvården, så att hela vårdkedjan kan följas, utifrån

de ca 100 indikatorerna till patientgruppsspecifika register (kräver god förankring i professionerna).

- Skapa förutsättningar för visning av de ca 100 indikatorerna via nationella grunddatatjänster (kräver operativa experter på IT och statistik).
- Skapa konsensus för strukturerad vårddokumentation för att skapa förutsättningar för visning av indikatorerna via nationella grunddatatjänster (kräver god förankring i professionerna).

Innovationsprojekt i primärvården

Nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården ska främjas genom att utgå från patienternas behov med kompetenser kring t.ex. vårdlogistik, tjänsteinnovation etc. En vårdcentral i varje sjukvårdsregion ska involveras och projektet ska designas så att spridning av erfarenheterna underlättas. Projektet har smeknamnet "Flip i primärvården" då de bygger på idéerna med *flipping healthcare* och inspiration

från Institute for Healthcare Improvement, IHI.



Jörgen Månsson

Sjukhuschef, Carlanderska sjukhuset
Professor, Enheten för allmänmedicin, Sahlgrenska akademien
jorgen.mansson@carlanderska.se

Referenser:

1. <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/programradensorganisation/nationell-samverkansgrupp.1817.html>
2. <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/primarvard.5977.html>

Annons

Järnbrist och hjärtsvikt

Hjärtsvikt är trots modern behandling fortfarande ett tillstånd med hög sjuklighet och dödlighet samt mycket låg livskvalitet. Studier pekar på att järnbrist i sig, med eller utan anemi, kan vara negativt för dessa patienter och att behandling för detta kan förbättra framför allt livskvalitet men även sjukhusinläggningar. Ännu saknas dock tydligt stöd i svenska och internationella riktlinjer.

Bakgrund

Hjärtsvikt är en folksjukdom där prevalensen i olika undersökningar uppskattats till ca 2 % med en uttalad ökning i högre åldrar [1]. I 50-årsåldern är förekomsten ca 1 % för att stiga till över 10 % vid 80 år. På en normalstor vårdcentral med 2 000 listade patienter per distriktsläkare innebär det cirka 40 patienter per lista. På sjukhus är hjärtsvikt den vanligaste inläggningsorsaken för patienter över 65 år. En tredjedel av hjärtsviktpatienter på sjukhus har nydebuterad, outredd eller utredd, eller inte tidigare behandlad hjärtsvikt. En majoritet har återkommande försämrad eller kronisk hjärtsvikt [2].

En stor del av hjärtsviktpatienterna har hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfaktion, HFREF (Heart failure with reduced ejection fraction) eller så kallad systolisk hjärtsvikt. Studier har pekat på att förekomsten i befolkningen av nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion utan symtom är lika stor som förekomsten av symtomgivande hjärtsvikt [3]. Till detta kommer en stor grupp med klinisk hjärtsvikt och bevarad EF (bevarad systolisk funktion), så kallad diastolisk hjärtsvikt eller med modernare terminologi HFPEF (Heart failure with preserved ejection fraction) [4].

Hjärtsvikt har hög dödlighet [5] och är förenad med stora kostnader, de uppskattas till 2–3 % av den totala sjukvårdskostnaden i Sverige [6, 7]. Hjärtsvikt utgör tillsammans med höftfrakturer, stroke och hjärtinfarkt de mest vårdtunga och kostsamma diagnoserna inom den somatiska slutenvården [8].

Det finns god evidens för behandling av framför allt HFREF där basbehandling med RAS- och betablockad utgör grunden för att sedan kompletteras med mineralreceptorantagonister och medicinteknisk behandling (CRT) [9]. För HFPEF är evidensen magrare även om observationsstudier pekat på att RAS- och betablockad kan vara av värde. Viktigt här är optimal behandling av grundorsaker och övriga sjukdomar [9].

Trots stora framsteg inom behandlingen kvarstår det faktum att hjärtsvikt fortfarande utgör ett stort problem med hög sjuklighet och dödlighet, stora kostnader och lidanden för patienterna.

Anemi och hjärtsvikt

Anemi är en vanlig komorbiditet vid kronisk hjärtsvikt där förekomsten varierar med övrig komorbiditet som njursjukdom, KOL och diabetes. Prevalensen har beräknats till mellan 10 och 60 %. Förutom att den varierar beroende på övriga sjukdomar komplicerar anemin även den kroniska hjärtsvikten tillsammans med dessa [10]. Genesen till anemin kan variera. En central mekanism kan vara njursvikt där en nedsatt produktion av erytropoetin kan leda till anemi. Även andra orsaker som

effekter av kronisk systeminflammation, negativa effekter av RAS-blockad på hemoglobinnivåerna samt utspäningseffekter med hemodilution har diskuterats [10].

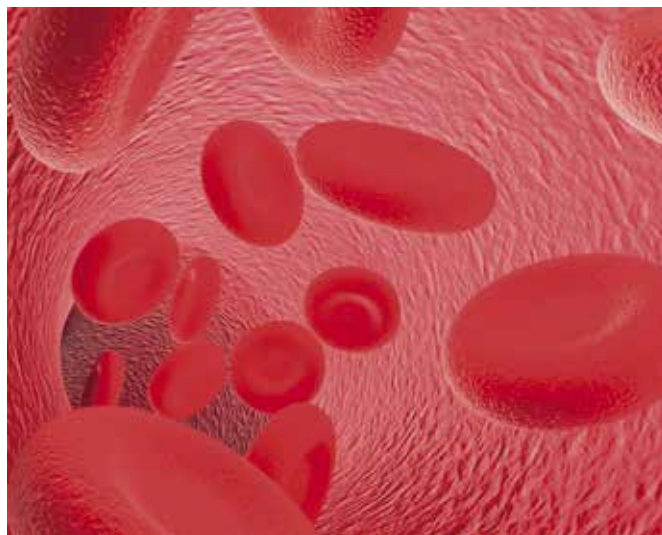
Eftersom anemi i sig komplicerar en kronisk hjärtsvikt och en sannolikt vanligt förekommande uppkomstmekanism är erytropoetinbrist har det varit naturligt att försöka behandla med just erythropetin vid detta tillstånd. Studier har dock inte givit något belägg för att detta skulle löna sig [11]. Då det alltmer klarnat att järnbrist i sig (med eller utan anemi) kan påverka hjärtsvikten har uppmärksamheten till stor del även riktats mot detta område.

Järnbrist och hjärtsvikt

Järn behövs för tillverkning av hemoglobin och myoglobin och utgör en viktig del av cellernas energiproducerande system, bland annat i mitokondrierna. På flera sätt påverkas därför cellandning och fysisk prestationsförmåga vid järnbrist och det är lätt att inse att detta kan vara mycket negativt för en patient med hjärtsvikt. Epidemiologiska undersökningar visar att järnbrist är vanligt vid hjärtsvikt och förekommer i vissa undersökningar i så hög grad som 50 % [12], med eller utan anemi. Förekomsten ökar dessutom med graden av hjärtsvikt mätt som NYHA-klass, i det mildaste stadiet NYHA 1 runt 40 % för att sedan öka till ca 60 % i NYHA-stadium 4 [12]. Järnbrist är dessutom en starkare prediktor för mortalitet än anemi [12] och påverkar också negativt livskvaliteten [13]. I utredningssammanhang kan det vara värt att påminna om att lågt Hb är slutstadiet vid järnbrist som alltså kan föreligga långt innan dess.

Behandlingsstudier

Några behandlingsstudier med intravenöst järn har utförts med intressanta resultat. I den så kallade FAIR-HF studien gavs intravenöst järnkarboximaltos alternativt placebo till patienter



se.fotolia.se



Författaren, Björn Eriksson, på 3 000 meters höjd. I bakgrunden Matterhorn.

med kronisk hjärtsvikt samt järnbrist med eller utan anemi. Man fann inget positivt utfallsmått vad gäller dödlighet eller sjukhusinläggningar, men däremot klara förbättringar avseende livskvalitetmått enligt vedertagna måttinstrument samt på gångtest, detta oberoende av eventuell anemi [14]. En annan studie på liknande patienter med kronisk hjärtsvikt och som behandlades med järnkarboximaltos alternativt placebo kunde också visa förbättring avseende gångtest och livskvalitet men nu också en minskning av antal inläggningar på sjukhus p.g.a. försämrade hjärtsvikt [15].

Dessa studier är således utförda med intravenöst järn. Huruvida även peroral behandling kan fungera är än så länge ofullständigt utrett. Det skulle krävas relativt stora doser peroralt järn vid sådan behandling med välkända biverkningar som eventuell påföljd. Intravenös behandling med moderna preparat är å andra sidan en tämligen säker behandling [16]. Vidare kan

man notera att några säkra långtidseffekter ännu inte finns undersökta samt att det är oklart om patienter med HFPEF också kan ha nytta av järnbehandling.

Guidelines

I Europeiska kardiologföreningens riktlinjer för hjärtsvikt från 2012 rekommenderas att man även bör överväga mätning av ferritin för att detektera järnbrist. Man fastslår också att man kan överväga järnbehandling vid järnbrist men rekommendation i form av behandlingstrappor med mera saknas ännu [9].

Björn Eriksson

Biträdande verksamhetschef, Gustavsbergs vårdcentral
Doktorand, Institutionen för NVS, Karolinska Institutet
bjorn.eriksson@sll.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. Zarrinkoub, R., et al., *The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden*. Eur J Heart Fail, 2013. 15(9): p. 995-1002.
2. Shafazand, M., et al., *Survival trends in men and women with heart failure of ischaemic and non-ischaemic origin: data for the period 1987-2003 from the Swedish Hospital Discharge Registry*. Eur Heart J, 2009. 30(6): p. 671-8.
3. McDonagh, T.A., et al., *Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population*. Lancet, 1997. 350(9081): p. 829-33.
4. Redfield, M.M., et al., *Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic*. JAMA, 2003. 289(2): p. 194-202.
5. Stewart, S., et al., *Population impact of heart failure and the most common forms of cancer: a study of 1162 309 hospital cases in Sweden (1988 to 2004)*. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2010. 3(6): p. 573-80.
6. Ryden-Bergsten, T. and F. Andersson, *The health care costs of heart failure in Sweden*. J Intern Med, 1999. 246(3): p. 275-84.
7. Agvall, B., et al., *Cost of heart failure in Swedish primary healthcare*. Scand J Prim Health Care, 2005. 23(4): p. 227-32.
8. Landsting, S.k.o., *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. 2011.
9. McMurray, J.J., et al., *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC*. Eur Heart J, 2012. 33(14): p. 1787-847.
10. Tang, Y.D. and S.D. Katz, *Anemia in chronic heart failure: prevalence, etiology, clinical correlates, and treatment options*. Circulation, 2006. 113(20): p. 2454-61.
11. Swedberg, K., et al., *Treatment of anemia with darbepoetin alfa in systolic heart failure*. N Engl J Med, 2013. 368(13): p. 1210-9.
12. Klip, I.T., et al., *Iron deficiency in chronic heart failure: an international pooled analysis*. Am Heart J, 2013. 165(4): p. 575-582 e3.
13. Enjuanes, C., et al., *Iron deficiency and health-related quality of life in chronic heart failure: results from a multicenter European study*. Int J Cardiol, 2014. 174(2): p. 268-75.
14. Anker, S.D., et al., *Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency*. N Engl J Med, 2009. 361(25): p. 2436-48.
15. Ponikowski, P., et al., *Beneficial effects of long-term intravenous iron therapy with ferric carboxymaltose in patients with symptomatic heart failure and iron deficiency*. Eur Heart J, 2015. 36(11): p. 657-68.
16. Bailie, G.R., et al., *Hypersensitivity reactions and deaths associated with intravenous iron preparations*. Nephrol Dial Transplant, 2005. 20(7): p. 1443-9.

Jämförelse av kvaliteten på waranbehandlingar i primärvården och på AVK-mottagningen i Jämtlands län

Waranbehandlingar i Sverige sköts dels från specialiserade antikoagulantikliniker och dels från primärvården. I en studie av kvaliteten på waranordinationerna i Jämtlands län fann man att kvaliteten var lika bra från hälsocentralerna som från AVK-mottagningen i Östersund. Det saknades dock enkla sätt för kvalitetsuppföljning av waranbehandlingar i primärvården i Jämtlands län.

Waranbehandlingar i Sverige sköts dels från specialiserade antikoagulantikliniker, dels från primärvården. Socialstyrelsen skrev i sina nationella riktlinjer om hjärtsjukvård 2008 att peroral antikoagulantabehandling av centraliserad typ gav större patientnytta än decentraliserad vid arytmier [1]. Man baserade detta bland annat på en systematisk översikt från 2006 som visade bättre resultat avseende tiden inom terapeutiskt intervall vid specialiserade antikoagulantikliniker (time in therapeutic range, TTR, 65,6 procent) jämfört med "community care" (TTR 56,7 procent) [2]. Två studier från norra Sverige har tidigare jämfört kvaliteten på waranbehandlingar från primärvården och från sjukhusen och då inte funnit någon skillnad [3, 4].

I Jämtlands län sköts waranordinationer dels från AVK-mottagningen vid Östersunds sjukhus och dels från hälsocentralerna. Cirka 1 000 patienter följs på AVK-mottagningen och i primärvården uppskattningsvis 800 - 1 000 patienter utifrån att det på Krokoms hälsocentral med ett upptagningsområde på ca 10 000 personer är cirka 70 patienter.

Jag ville undersöka om kvaliteten på waranordinationer skilde sig mellan hälsocentralerna och AVK-mottagningen. Jag ville också undersöka om det rör sig om olika patientgrupper som ordinerar Waran på hälsocentralerna och på AVK-mottagningen.

Metod

För att bedöma kvaliteten på waranbehandlingarna används ofta måttet TTR. Det finns olika metoder för att beräkna TTR och de har alla sina för- och nackdelar. Numera används oftast Rosendaals metod [5]. Man antar att det är en linjär förändring mellan två på varandra följande INR-värden (international normalized ratio) och kan då beräkna procent av total persontid som ligger inom terapeutisk intervall.

Jag valde att använda en annan metod där man beräknar andelen terapeutiska INR-värden genom att ta kvoten mellan antalet INR-värden inom terapeutiskt intervall och totala antalet värden under samma tid. En fördel med denna metod är att den är enkel att beräkna. Nackdelar är att den påverkas av hur tätt man tar prover på patienten och att den inte tar hänsyn till hur lång tid patienten har ett visst värde och inte heller om ett prov avviker mycket eller litet från det terapeutiska intervallet.

För att få information från hela Jämtlands län bad jag enhets-

cheferna på alla hälsocentraler skicka kopior på alla sina aktuella waranlistor till mig. Jag gick igenom alla INR-värden under tremånadersperioden 2010-09-01 till 2010-11-30 och räknade ut TTR. För att jämföra primärvården med AVK-mottagningen bad jag att få uppgifter om deras TTR från journalsystemet Journalia. Resultaten för de två grupperna jämfördes sedan. Indikationsdiagnos, ålder och kön registrerades också från waranlistorna. Från AVK-mottagningen fanns uppgifterna redan registrerade i deras årliga kvalitetsuppföljning.

Terapeutiskt intervall definierades som INR 2,0–3,0, vilket numera är vedertaget att använda vid alla waranindikationer och används i studier. När INR-intervallet var tydligt uttryckt som något annat utgick jag ifrån det; till exempel användes ofta högre värden vid klaffproteser och ibland lägre värden vid risk för blödningar.

Patienter som påbörjade eller avslutade behandling under perioden räknades med, även om de alltså inte stått på Waran under hela tremånadersperioden. Med andra ord räknades även uppstarter in i beräkningen liksom avsiktligt låga INR-värden i samband med till exempel kirurgiska ingrepp. Hur detta registreras skiljer sig åt mellan olika studier varför en exakt jämförelse mellan resultat på TTR mellan olika studier är svår att göra.

Om flera diagnoser angivits valde jag ut en huvuddiagnos enligt följande prioriteringsordning; klaffprotes, venös tromboembolism, förmaksflimmer och övrigt. Denna prioriteringsordning hämtade jag från en svensk waranstudie från 2007 [4].

Resultat

Primärvården

I Jämtlands län finns 30 hälsocentraler varav 29 är läkarbemannade. Av dem är 25 landstingsdrivna. Fem drivs i annan regi varav två öppnade så sent som i december 2010. Således fanns 27 hälsocentraler som ordinerade waranbehandling under 2010. Jag fick waranlistor från 23 av dessa och registrerade uppgifter om patienternas kön, ålder, behandlingsindikation för Waran och INR-värden under perioden 2010-09-01 till 2010-11-30.

Sammanlagt registrerades 830 patienter med waranbehandling med mellan 11 och 64 patienter per hälsocentral. Totalt togs 3 587 INR-prover under den aktuella tidsperioden, vilket blir i snitt cirka 4,3 prover per patient under tre månader. Medelvärdet för alla INR prover var 2,4. Antalet prover inom terapeutiskt intervall var sammanlagt 2 379 och andelen terapeutiska prover var således 66,3 procent enligt metoden andel prover inom terapeutiskt intervall. Variationen mellan hälsocentralerna var från 54 till 86 procent.

För 786 patienter fanns kön angivet och av dessa var 345 (44 procent) kvinnor och 441 (56 procent) män. (Två hälsocentraler hade inte angivit kön). Den absolut vanligaste behand-

lingsindikationen var förmaksflimmer; 542/830 (65 procent). På andra plats kom venös tromboembolism, det vill säga djup ventrombos eller lungemboli: 196/830 (24 procent). 43/830 (5 procent) hade klaffprotes och 49/830 (6 procent) hade övriga indikationer som stroke, perifera trombos, koagulationsrubbningar mm. Majoriteten av patienterna, 78 procent, var över 70 år och hela 41 procent var över 80 år. Endast 1 procent var under 50 år.

AVK-mottagningen

Under 2010 hade AVK-mottagningen sammanlagt 1 070 patienter inskrivna under någon period av året. Vid årets slut 2010 fanns 927 aktuella patienter och av dem var 372 (40 procent) kvinnor och 555 (60 procent) män. Totala antalet INR-prover som togs under året var 18 133 vilket i snitt blir 17 prover per patient och år eller 4,2 prover per patient och tremånaders period. Antalet prover inom målvärdet/terapeutiska intervallet var 10 400.

Åldersfördelningen uttrycks som antal personer under 50 år och antal över 80 år. Det var 8 procent under 50 år och 25 procent över 80 år.

AVK-mottagningen får i sin statistik TTR uttryckt på två sätt, dels som tid inom terapeutiskt intervall (enligt Rosendaal) och dels som andel prover inom terapeutiskt intervall. TTR för helåret 2010 avseende tiden inom terapeutiskt intervall var 72,9 procent och andelen prover inom terapeutiskt intervall 57,4 procent.

Även på AVK-mottagningen var den absolut dominerande behandlingsindikationen förmaksflimmer med 57 procent av diagnoserna. På andra plats kom venös tromboembolism med 24 procent. Klaffproteser motsvarade 16 procent och 3 procent utgjordes av övriga diagnoser.

I jämförelse med primärvården har AVK-mottagningen en större andel patienter med hjärklaffproteser och primärvården en större andel med förmaksflimmer (figur 1). AVK-mottagningen har också en större andel yngre patienter (figur 2).

Diskussion

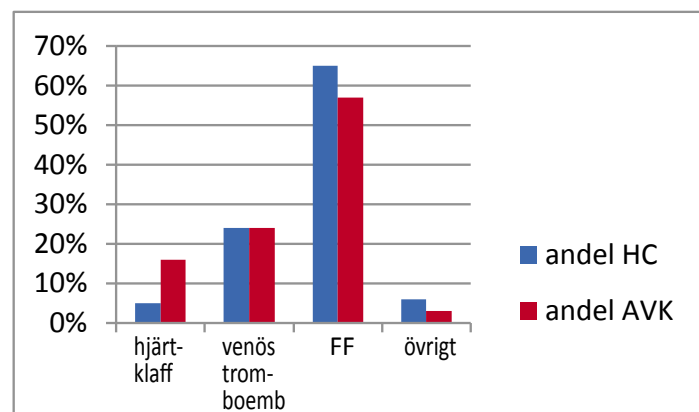
Huvudsyftet med projektet var att undersöka kvaliteten på waranordinationerna i primärvården och jämföra den med kvaliteten på waranordinationerna på AVK-mottagningen. För

Waranlistan.

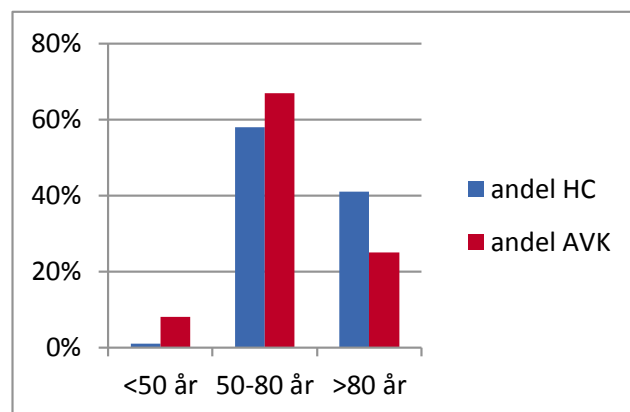
att mäta kvaliteten använde jag måttet TTR som är ett vedertaget kvalitetsmått i litteraturen. TTR kan som jag beskrivit tidigare räknas ut på två olika sätt och jag valde metoden andel INR-prover inom terapeutiskt intervall. Andelen prover inom terapeutiskt intervall var 66,3 procent i primärvården och 57,4 procent på AVK-mottagningen. Ett Chi-2-test visar att skillnaden mellan grupperna är signifikant, $p < 0,001$.

Nästa fråga blir om dessa resultat kan jämföras. En styrka i undersökningen är att de två jämförelsegrupperna är stora med 830 patienter i den ena gruppen och 1 070 patienter i den andra. Tyvärr var det fyra hälsocentraler som inte skickade mig några waranlistor trots att de var positiva till att delta i undersökningen. Jag bedömer att det bortfallet var slumpartat på grund av att ingen avböjde aktivt och har ingen anledning att tro att det speglar någon särskild skillnad i waranordination.

Kvaliteten i primärvården mättes under tre månader medan AVK-mottagningens resultat är beräknade på ett helt år. Hur denna skillnad skulle kunna påverka resultatet är svårbedömt, men jag kan inte se att det skulle påverka resultatet åt något håll.



Figur 1: Behandlingsindikationer för Waran i primärvården och på AVK-mottagningen.



Figur 2: Åldersfördelning för waranpatienter i primärvården och på AVK-mottagningen.

I övrigt har jag använt samma typ av beräkning som AVK-mottagningen har i sin statistik, det vill säga att alla nyinsättningar och alla avsiktligt låga INR-värden i samband med kirurgiska ingrepp räknas med.

Behandlingsindikationerna skiljer sig på så sätt att AVK-mottagningen har en större andel patienter med hjärklaffproteser medan primärvården har en större andel patienter med förmaksflimmer. För båda grupperna gäller dock att förmaksflimmer är den vanligaste indikationen och venös tromboembolism kommer på andra plats. Det är svårt att se någon anledning till att själva behandlingsindikationen ska påverka kvaliteten på waranordinationerna. AVK-mottagningen har en större andel yngre patienter än primärvården. Möjligen kan man tänka sig att de yngre patienterna har sämre compliance, men samtidigt kan de äldre patienterna oftare vara multisjuka med större risk för läkemedelsinteraktioner med Waran.

Slutsats

Kvaliteten på waranbehandling i primärvården i Jämtlands län är inte sämre än vid AVK-mottagningen i Östersund. Kvaliteten står sig också bra i jämförelse med andra svenska och internationella undersökningar. Detta ger stöd för att man kan fortsätta sköta waranbehandligar i primärvården. Dock kvarstår problemet att det i nuläget inte finns något enkelt sätt för kvalitetsuppföljning av waranbehandlingar i primärvården i Jämtlands län. Sedan denna studie genomfördes har datorprogram för waranordinationer utvecklats. Om de införs även i primärvården i Jämtland skulle det ge möjlighet till enklare uppföljning.



Ina Asklund
Krokoms hälsocentral, Krokoms
ina.asklund@regionjh.se

Handledare:
Jan Håkansson och Thomas Ljung
Krokoms hälsocentral

Jäv saknas.

Referenser:

1. Arytmier – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008
2. van Walraven C, Jennings A, Oake N, Fergusson D, Forster AJ. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and meta-regression. *Chest*. 2006; 129(5):1155-66.
3. Jansson JH, Westman G, Boman K, Nilsson T, Norberg B. Oral anticoagulant treatment in a medical care district – a descriptive study. *Scand J Prim Health Care* 1995;13: 268-74.
4. Wallvik J, Sjalander A, Johansson L, Bjuhr Ö, Jansson JH. Bleeding complications during warfarin treatment in primary healthcare centres compared with anticoagulation clinics. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 123-128
5. Rosendaal, FR, Cannegieter, SC, van der Meer, FJ, Briet, E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thromb Haemost*. 1993; 69(3):236-9.



*Ina Asklund får sitt diplom av Karin Lindhagen på kongressen 2015.
Foto: Ingrid Eckerman*



AllmänMedicin gratulerar

Ina Asklunds ST-projekt vann pris som Årets uppsats för specialistexamen 2015. Motiveringen löd: "En vetenskapligt välgjord uppsats med ett tydligt allmänmedicinskt innehåll. Studien jämför kvaliteten på waranbehandlingar vid primärvårdens mottagningar och sjukhusets och visar på både svårigheter och möjligheter att göra en sådan bedömning utifrån primärvårdsperspektiv. Uppsatsen ger klart svar på den ställda frågan. Den är välskriven och lätt att förstå."

AllmänMedicin informerar

Svensk Läkarförening för Habiliteringsmedicin

Vi är en läkarförening (olika specialiteter) med intresse för personer med utvecklingsstörning. Vi försöker förbättra omhändertagandet av dessa patienter i sjukvården. Basen är ju Primärvården även för personer med funktionsnedsättningar, men tyvärr lever vi inte alltid upp till god vård.

Kan vi hjälpa varandra (och patienterna) och gemensamt göra något? Är det någon inom SFAM som är speciellt intresserad av området funktionsnedsättning?

Kontakta: Malin Nystrand, specialist i allmänmedicin,
Närhälsan Lövgärdet, Angered
malin.nystrand@vgregion.se

Mitt liv som ordlös

En kväll i mars 2010 var han på ön tillsammans med hustrun, i deras insnöade hus, för att vila och skriva sina minnen. Han tog sin kvällsmedicin för att slippa få flimmer. Klockan tre vaknade han, hostade och ville sätta sig upp men kroppen lydde honom inte, trots ideliga försök. Hustrun vaknade, men han kunde inte svara. Hon tände lampan och förstod att det inte stod rätt till. Hon skyndade till hans sida för att hjälpa honom. På sina bekymrande frågor fick hon inte några svar. Han kunde inte svara eller resa sig upp och föll varje gång han försökte. Hon bad honom att ligga ner på vänster sida och satte en kudde som ryggstöd. "Jag ringer 112."

"I honom själv kunde han prata och förstå samtal i några minuter."

Han hörde henne prata. Han var inte rädd, han kände sig lycklig och ansvarslös som ett barn. Helikoptern kom snabbt och sjukvårdspersonalen undersökte honom. Han hade förlorat talförmågan, hade högersidig pares och kunde inte förflytta sig. Han behövde omedelbar diagnos. Helikopterfärden till sjukhuset var som att vila i en skön vagg. Vid undersökningen fann de proppar i vänstersidan av hjärnan men eftersom läkarna inte visste när han hade fått dem kunde de inte ge trombolyt. Ansvarig läkare ringde hustrun och rådde henne uttryckligen att hon, så snart som hon kunde, skulle vara hos maken. När han skulle förstå vad som hade hänt kom hans svåraste stund. Det var den egna rehabiliteringsförmågan som gällde. Mediciner fanns inte.

Han kunde inte prata. Den högersidiga paresen vände efter några dagar och blev mindre. På frågor kunde han svara ja och nej och han kunde svara på uppmaningar. Han såg skyltar men begrep inte orden. Han var som i en bubbla, ensam men inte rädd. Hans fru var där och översatte omgivningens signaler och hans svar.

Logopeden diagnostiserade att hans

produktiva språkförmågor var borta. Han hade svårt att se och uttrycka rumsliga, tidsmässiga och storleksmässiga relationer. Men han kunde känna igen sina barn. Efter fyra dagar fick han Waran och flyttades till en annan avdelning, urologi. Där fick han sporadiska besök av neurologen. Han blev en satellitpatient på grund av överbeläggning.

Han ville ha en bok men kunde inte uttrycka vilken. Hans hustru valde en fågelbok (Erik Rosenberg: Fjället och myren) som han älskade men nu inte kunde läsa. Med sin nyfikenhet kunde han efter en vecka tyst läsa ett stycke på tio rader i boken och fick känsla av sammanhang. Han började arbeta med olika bokstäver för att förstå, skriva och uttala dem. Han trodde sig uttrycka sig med ord men han förstod inte att omgivningen måste tolka hans utsagor, som var enstaka ord eller två. I honom själv kunde han prata och förstå samtal i några minuter. Han sov mycket – tröttheten var uttalad. Nyfikenheten på språket fanns men ljudböcker var han inte intresserad av, ville hellre

försöka läsa själv än att bli underhållen. När han kunde röra sig uppe flyttade de honom till en rehabiliteringsklinik.

"Han trodde sig uttrycka sig med ord men han förstod inte att omgivningen måste tolka hans utsagor."

Attacker av flimmer och fladder hade varit hans vardag under tio år. Mer än femton gånger hade han varit på akuten för att elkonvertera hjärtat och det fortsatte efter hans stroke. Flimret var som två boaormar som brottades i hans thorax. Läkarna förskrev mediciner men ville inte ge honom pacemaker, rytmrubbningen skulle bli mer svårstyrd då. Han hade svårt att klaga, han visste inte hur man gjorde, även om flimret tog bort väsentlig del av hans livskvalitet. När han

Presentation av Kaj Norrby finns i AllmänMedicin 2-2015 sid 24.
Sedan Kaj återfick språket har han gett ut två böcker:



En läkares väg till sig själv.

Författare: Norrby K. Gigan.
Förlag: Förlaget Tyngdpunkten 2015. 270 s.
ISBN: 978-91-9823-830-3.

**Optimerat ledarskap
för vårdpersonal.**

Författare: Hallgren O, Norrby K.
Förlag: Studentlitteratur 2015. 152 s.
ISBN: 978-91-4409-536-3.
Se recension i AllmänMedicin 4-2015.

inte hade flimmer eller fladder gjorde medicinerna honom låg, illamående och långsam. Han var inte sig själv.

"Med pacemakern började ett nytt liv."

Efter stroke stammade han, var långsam att prata och därigenom också att tänka, och vid samtal glömde han bort vad han ville säga. När han tänkte efter för sig själv förstod han att den låga hjärtfrekvensen under dagtid förklarade segheten. Den ännu lägre frekvensen på natten utlöste hans mardrömmar och flimmer. Många gånger under två år bad han läkarna om att få pacemaker. Betablockare som skydd mot flimmerattacker kunde han ta själv men pacemakern behövde han få hjälp med för att få skydd mot för låg puls. Och så blev det till slut.

Äntligen lyssnade de på honom. Först måste han gå igenom ablatio på höger förmak för att slippa fladdret. Efter två månader gick han igenom en HIS-ablatio på vänster sida för att bemästra flimret. Operationen tog nästan fyra timmar. Efter ytterligare en månad fick han pacemakern. När han hade haft den i tre timmar fick han igen sin energi, sin klartänkheter och sin gamla röst. Hjärnan fick tillbaka sin cirkulation och tio år av flimmerattacker var över. Biverkningarna av medicinerna var plötsligt borta.

Han kunde återhämta språkminnet. Ett halvår efter pacemakern kunde han fortsätta skriva boken om sin ungdom, skrivandet som hade avbrutits av hans stroke. Med pacemakern började ett nytt liv.

Kaj Norrby
Pensionerad allmänläkare
Stockholm
kaj.norrby@telia.com



Kaj Norrby med hustrun Ingmar.

Foto: Ingrid Eckerman

Annons

Sara Trobäck valde musiken före läkaryrket

Hur gör man om man är intresserad av läkaryrket, men känner att man är född till musiker? Redan som fyraåring ville Sara Trobäck spela fiol, och även om medicinen var ett alternativ tog kärleken till musiken över. Nu är hon förste konsertmästare i Göteborgs Symfoniker.

När Sara Trobäck var fyra år och bodde i Fjugesta utanför Örebro hade hon en önskedröm: att få lära sig spela fiol. Och det fick hon, men inte förrän hon fyllt fem. Hon har älskat fiolen alltsedan dess.

– Mina föräldrar är inte musiker men de älskar klassisk musik. Min högsta önskan när jag var fyra var att få en fiol och få lära mig spela på den. Mamma gav till slut efter, och vi reste in till Örebro för att jag skulle få lyssna när en grupp äldre barn övade i en Suzukiskola. När jag var fem fick jag äntligen börja spela för en fiolpedagog, och hos honom gick jag i många år. Och det kändes helt rätt.

För fyraåringen var det dock inte innehållet i musiken som lockade, utan snarare rörelsen, sättet att frambringa toner i en fiol.

– Jag minns att jag tyckte det såg så fint

ut när andra spelade fiol. Hur gör man för att kontrollera sina rörelser? Hur vet man när det är dags att vända stråken? Det som fascinerade mig då var hantverket. Idag är det den musikaliska upplevelsen som är det viktiga för mig.

Tidigt intresse för människokroppen

Som barn satt hon ofta och bläddrade i böcker om människokroppen. Uppe på vinden i föräldrahemmet låg fortfarande en bunt teckningar av organ och celler som hon ritade som barn.

– Jag tyckte människokroppen var intressant och hade en parallell dröm om att bli läkare. Men jag måste ju välja, och då tänkte jag att läkare och amatörmusiker, det kanske skulle fungera. Men att vara yrkesmusiker och amatördoktor, det går ju inte. Och det var yrkesmusiker jag ville bli.

När bestämde du dig?

– Det kan jag inte säga. Det rullade på med den ena musikskolan efter den andra. Och det blev roligare och roligare att fördjupa sig i musiken, och så är det för mig än idag. Musiken, den är... gigantisk!

Kan du uppleva det vackra i musiken när du själv spelar?

– Jag *måste* lägga hela min själ i musiken, det är en förutsättning. Samtidigt måste jag tänka på tekniken. Jag är oerhört självkritisk, närmast perfektionist. Det gör att jag tänker på varenda stråkväxling, hör vartenda litet skrap och märker minsta lilla intonationsfel.

"...läkare och amatörmusiker kanske skulle fungera. Men att vara yrkesmusiker och amatördoktor, det går ju inte."

En konsertmästare måste också lyssna in de övriga instrumenten i orkestern. I kammarmusiken är det inte så svårt, men i en symfoniorkester krävs att man har många "känslspröt" ute.

– Ett på dirigenten, ett på klarinettisten som spelar i bakgrunden, ett på rytmen, ett på noterna. Ibland blir jag så fokuserad att det känns som om hjärnan skulle spricka.

Sara Trobäck spelar på en *Guadagnini*, en fiol tillverkad omkring 1750. Den är ett lån från Järnåkerfonden¹.

– Den är för dyr för att jag ska kunna köpa den. Men jag skulle ha svårt att spela på något annat instrument. Lånekontraktet förlängs varje år, och det vore en sorgens dag om fonden skulle vilja ha tillbaka den, för jag spenderar mycket tid med den och jag har hittat en alldeles egen röst i instrumentet. Det goda hantverket gör att man kan uttrycka fina nyanser och klanger.



Sara Trobäck.

Foto: Gösta Eliasson

¹ Järnåkerfonden bygger på donationer av Erik Järnåker och förvaltas av Kungliga Musikaliska Akademien. Fonden förfogar över ett stort antal stråkinstrument av hög kvalitet, vilka ställs till framstående svenska musikers förfogande.

Har du haft några besvär av att spela?

– Violinister brukar få problem med axlar, nacke och rygg, men hittills har jag inte drabbats. Efter första graviditeten fick jag ont i tummen, den hakade upp sig när jag skulle spela. Det visade sig vara Morbus de Quervain och jag fick kortison och diklofenak och rådet att sluta amma. Efter en tid gick det över.

Har du funderat på varifrån musiken kommer?

Den frågan ställde Ingmar Bergman en gång i radions sommarprogram och han fick många svar från lyssnarna. Några ansåg att musiken kommer från Gud, andra hävdade att den är en del av människan, precis som språket.

– Musik kommer från dem som har skrivit den. Men de stora tonsättarna måste ha varit mer än människor, för hur vore det annars möjligt att skriva så överjordiskt som Mozart gjorde, eller Sjostakovitj, eller Richard Strauss?

– Ta en röd blomma. Vi kan efterlikna naturen och göra konstgjorda blommor och färga dem röda. Men vi når aldrig upp till naturens skönhet. De stora tonsättarna har märkligt nog skapat musik som är fullkomlig, något som egentligen borde ligga utanför den mänskliga förmågan.

Gillar du att spela allt, även "svår" nutida musik?

– Nej, inte alls. Det händer ofta att jag

Sara Trobäck

Ålder: 37 år

Uppvuxen i: Fjugesta, utanför Örebro

Familj: Två söner, 6 och 8 år

Bor i: Göteborg

Arbete: Förste konsertmästare i Göteborgs Symfoniker (GSO). Ingår i kamarmusikgruppen Trio Poseidon.

Om att öva: "När jag studerade övade jag 3-5 timmar om dagen. Med två barn får man vara glad om man kan klämma in en övningstimme då och då."

Om GSO: "Det är en helt fantastisk orkester. Man känner sig som del av en stor familj."

spelar verk som jag inte tycker om. För mig är en del av den nutida musiken inte musik, utan ljudinstallationer. De verkliga genierna, Mozart, Bach, Tjajkovskij, Sjostakovitj till exempel, är ganska få. De musikaliska genier vi spelar idag är inte så många fler än för tvåhundra år sedan.

Vad händer i framtiden?

– Musiken utvecklas ständigt och många vill gå nya vägar. Hade vi inte gjort det, så hade vi möjligen haft Mozart men troligtvis inte Mahler. Jag tror inte att musiken kommer så värst mycket längre med ljudinstallationer.

Nu åker Göteborgs Symfoniker på en omfattande turné till Kina. Det blir spelningar i Peking, Macau och Shanghai.

Orkestern har världsrykte och förväntningarna är höga. Applåderna kommer säkert att bli både många och långa.



Gösta Eliasson

Ordförande, SFAM:s utbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Sara Trobäck.

Foto: Gösta Eliasson

Hej där, Göran Sjönell!

Om onödigheter inom allmänmedicinen

Du är ju med i "Onödiga gruppen", vad är det för något?

– Det är en arbetsgrupp som tillsattes vid SFAM:s fullmäktigemöte 2013 efter en motion från SFAM-Östergötland. Kollegorna Saskia Bengtsson och Josabeth Hultberg hade tidigare skrivit en artikel i Läkartidningen om onödig sjukvård med inspiration från den amerikanska rörelsen Choosing Wisely. Motionärerna ville att SFAM:s styrelse skulle ta initiativet att utarbeta en evidensbaserad fempunktslista över onödiga eller skadliga åtgärder.

– Fullmäktige antog motionen och styrelsen tillsatte en grupp med mig som ordförande. Vi ville hitta de mest onödiga, dvs. de minst evidensbaserade åtgärderna. Det blev dussintals att välja mellan. SFAM ansåg sig dock inte kunna finansiera arbetet. Men den stiftelse som driver AT-stämman gav oss ett litet bidrag så att vi kunde träffas.

Vilka kriterier hade ni när ni valde ut onödiga åtgärder?

– Vi utgick från vår egen praktik och de kunskaper vi hade om den aktuella forskningsfronten. Det hela började med ett seminarium på Köpenhamns universitet tillsammans med professor Susanne Reventlow, docent John Brodersen och Lotte Hvas i Nordic Risk Group. Så småningom kunde vi ena oss om sju åtgärder med särskilt låg evidens (se rutan med "Onödiga listan").

Hur har reaktionen från omvärlden varit?

– Många positiva och rätt få negativa synpunkter. Vi fick respons från en mängd allmänläkare i landet som tackade oss och sade att det här är precis vad de känner och tycker, och att de nu har något att visa upp i lokala diskussioner med sina huvudmän.

Listan har ju valsat runt i media. Har politikerna reagerat?

– Nej inte direkt, men listan har nog väckt en del funderingar. I Stockholm har delar av kvalitetssäkringssystemet för vårdval ändrats. Jag kan tänka mig att man inspirerats av vår rapport, för en del av "onödigheterna" på vår lista var med tidigare, och



Göran Sjönell talar på nordiska kongressen.

Foto: Gösta Eliasson

nu har de tagits bort.

– De flesta kritiska röster har gällt vår åsikt om åtgärden "Fysisk aktivitet på recept", FaR. Man menar att vi dömer ut evidensen för effekterna av fysisk aktivitet. Men då har de inte förstått vad vi menar. Vi säger inte att de positiva effekterna av fysisk aktivitet saknar evidens. Vi säger att FaR som åtgärd för att åstadkomma en ökad och regelbunden fysisk aktivitet saknar evidens. Och då är det ju väldigt ologiskt att landstingen belönar vårdcentralerna efter antal utskrivna FaR.

Vad vill ni uppnå med "Onödiga listan"?

– För det första vill vi uppmärksamma patienter och allmänhet på att det förekommer åtgärder i svensk hälso- och sjukvård som inte är evidensbaserade och som därför bör betraktas som onödiga.

– För det andra vill vi stödja kollegor, t.ex. de som inte vågat säga att de är emot rutinmässig registrering av hälsodata på alla patienter. För den åtgärden finns det ingen evidens alls. Onödiga listan är ett försök att stödja kollegor som vill påverka de byråkrater som styr sjukvården.

Göran Sjönell's CV

- Legitimerad läkare 1972
- Specialist i allmänmedicin 1978
- Disputerade i socialmedicin 1984 om väl utbyggd primärvårds effekter på akutsjukvård
- Husläkare vid Kvartersakuten Matteus 1979–2010 och vid Kvartersakuten Mörby Centrum 2010 ff
- Primärvårdschef i Centrala Stockholm 1982–1994
- Distriktsläkare/projektledare för husläkarreformen i Stockholm 1978–1982
- Husläkare i Radio Stockholm 1980–85
- Husläkare i TV4 1993–2006
- Ordförande i SFAM 1982–1985
- President i WONCA 1995–1998
- Utredde Familjemedicinska Institutet (FAMMI) 2000–2001 och var dess direktör 2002–2005
- En av grundarna av Nordic Risk Group 2005, är nu styrelseledamot
- Sakkunnig i Europarådet 1984–88
- Medlem i Statens medicinetiska råd (SMER) 1998–2004

"Onödiga gruppen"

Ted Gustavsson	ST-läkare
Birgitta Hovellius	professor emeritus
Josabeth Hultberg	forskarstuderande
Carl Edvard Rudebeck	professor
Göran Sjönell	med dr (ordförande)

– För de tredje är det ju så, att när du skriver ett vanligt recept känner du evidensen för såväl verkningar som biverkningar. Om du skriver ut FaR saknar du kunskap om vad du egentligen förskriver. Är löpning bättre än cykling och simning? Användning av FaR är oärligt och paternalistiskt. I stället borde vi ägna oss åt att vårda patientrelationen.

Har SFAM drivit den här frågan?

– Starten var lyckad, men man snubblade på upploppet och missade målsnötet. SFAM borde ha tagit beslut om att föreningen står bakom gruppens slutsatser. Men vid SFAM:s kongress i Västerås 2014 valde styrelsen och fullmäktige att inte ta ställning. Vår utredning lades till handlingarna som ett "diskussionsunderlag". Det var väldigt tråkigt, för det var just ett ställningstagande från SFAM som lokalföreningen i Östergötland hade efterlyst i sin motion.

– Men det har nog inte funnits något under det här året som gett SFAM mer uppmärksamhet i press, radio och TV. SFAM får ett starkare varumärke om dess medlemmar öppet ifrågasätter onödiga saker de gör i sin egen vardagspraktik. Det tycker jag man ska vara stolt över.

"Onödiga listan"

- 1 Avstå från hälsoundersökningar av friska!
- 2 Avstå från behandling med antidepressiva läkemedel vid lindrig depression!
- 3 Spara bilddiagnostiken vid demens till de patienter som har nytta av den!
- 4 Undvik att journalföra levnadsvanor!
- 5 Onödigt att läkemedelsbehandla mild hypertoni hos lågriskindivider!
- 6 Undvik opportunistisk screening för osteoporos!
- 7 Fysisk aktivitet på recept är onödigt och paternalistiskt!

"Onödiga gruppens" diskussionsunderlag finns på:
<http://www.sfam.se/blog/onodiga-eller-skadliga-atgarder-i-svensk-allmanmedicin-ett-diskussionsunderlag/>

Hur tänker du dig framtiden? Blir det fler listor?

– Det har kommit ett förslag från levnadsvanorådet att införa ett permanent "Evidensutskott" inom SFAM med uppgift att reagera när man inför nya metoder och åtgärder som saknar evidens. Det förslaget tycker jag SFAM ska arbeta vidare med.

Gösta Eliasson
Ordförande, SFAM:s fortbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



In memoriam:

Ylva Johansson



Ylva Johansson, Sundsvall, förlorade kampen mot sin svåra sjukdom i april, 71 år gammal. Hon efterlämnade maken Ulf och de tre barnen Åsa, Eva och Oskar med familjer.

Ylva Johansson var en fantastiskt engagerad allmänläkare med ett stort intresse för sina patienter. Hon var också en enastående handledare och lärare för unga läkare. Hon månade om att de skulle få god handledning för att kunna utveckla sin fulla möjlighet att bli kloka, kunniga och uthålliga läkare. Hon var en viktig person för att utveckla både specialistexamen i allmänmedicin och Mitt-i-ST, en nydanande avstämning under specialistutbildningen, för att hjälpa den unga läkaren och handledaren att uppmärksamma vad som behövde stärkas på vägen mot specialistbeviset.

Under några år drev hon examenskansliet i Sundsvall, och under de år då Fammi (Familjemedicinska institutet) fanns deltog hon i arbetet där.

I allt detta arbete var Ylva uthållig och uppmuntrande. Hon har belönats av SFAM som Årets handledare och som Årets lejon, båda mycket välförtjänta.

Vi saknar: - Ylva i arbetet med examen och Mitt-i-ST.

- Ylvas klokskap och uthållighet.

- våra samtal med Ylva, professionellt och privat.

- vår vän Ylva.

Bibbi Breitholtz, Boden, Ulf Måwe, Umeå
Marja-Riitta Pitkänen, Sundsvall
Margareta Troein Töllborn, Lund
margareta.troein@med.lu.se

"Livet er ikke det værste man har, og om lidt er kaffen klar."

Ur "Svantes lykkelige dag" av Benny Andersen. Ylva brukade ta upp sången under kurserna för kompetensvärderare.

Läs intervjun med Ylva Johansson i *AllmänMedicin* 1-2014, sid 39.

Almedalen 2015

– ett spretigt koncentrat av aktuella frågor

Almedalsveckan – plötsligt svämmas lilla Visby över av människor, tält, skyltar, banderoller. Hamnen fylls av olika flytetyg. Förutom att varje sovplats är uthyrd till överpris så används varje tänkbar mötesplats. Solen strålade obarmhärtigt från en klarblå himmel, men på kvällen var det behagligt att sitta vid stranden och se solen långsamt sjunka ner i havet.

Förutom skola, vård- och omsorg var hållbar utveckling ett uttryck som återkom oupphörligen. Klimat, vatten, mat, energi...

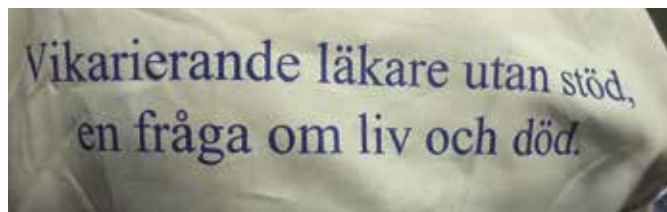


Foto: Ingrid Eckerman

Sjukvården

Läkarorganisationerna var aktiva liksom SKL, Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Leading Health Care, Forum för Valfärd, Dagens Medicin och Läkartidningen. Karin Träff Nordström fick springa snabbt mellan seminarierna.

Rapporterna "Patientansvarig läkare – för en bättre läkar-kontinuitet" och "Stabil läkarbemanning är avgörande för kontinuitet och vårdkvalité i primärvården" presenterades av Sveriges Läkarförbund.

Svenska Läkaresällskapet diskuterade värdefull vård och värdebaserad vård. I seminariet om läkares fortsatta kompetensutveckling deltog Gösta Eliasson, SFAM. "Det hälsofrämjande samhället" handlade om tobak, alkohol och samhällsplanering. Läkares viktiga roll som opinionsbildare framhölls.

SKL diskuterade jämlik vård och de professionella vårdorganisationerna diskuterade jämlik hälsa.



Krisen i Västerbottens primärvård diskuterades av Anders Ekholm, Anders Sylvan, Göran Stiernstedt och Karin Träff Nordström. Foto: Camilla Sandin

Styrning efter behov eller efterfrågan, vinster i välfärden, samvetsklausul, digital välfärd och hälsoklyftor var andra ämnen under veckan.

Hållbar utveckling och hälsa

Klimatet var allestädes närvarande. Läkarförbundets arbetsgrupp för miljö och hälsa tillsammans med SYLF och Läkare för Miljön presenterade sina tankar om läkares ansvar inför kommande policyprogram.



Sofia Rydgren Stade, psykiater i Skåne, och Sofia Lindegren, underläkare på kvinnokliniken, Danderyds sjukhus. Foto: Ingrid Eckerman

Maten vi äter diskuterades på många ställen. Sjukhusläkarna m.fl. hade ordnat ett seminarium om sjukhusmat. SLU presenterade den nya och hälsosamma maten: skalbaggar, fjärilar, bin, getingar, myror, gräshoppor, syrsor. Enligt FAO är detta en lösning på proteinbrist och ett steg mot mer hållbar livsmedelsproduktion. Det är vi i västerlandet som måste gå före eftersom vår matkultur tenderar att påverka andra delar av världen.

Östersjön och hållbar utveckling behandlades på Briggen Tre kronor. Östersjöns vatten är förorenat av bland annat antibiotika, mikroplast och kemikalier. Eftersom Nordeuropas grundvatten är alltmer förorenat kan vi komma att behöva Östersjön som dricksvattenkälla i framtiden.

"Nano i nöd och lust" diskuterade riskerna när de nya nanomaterialen vi använder dagligen sprids i miljön via framför allt avloppsvatten.

Andra globala frågor var "planet boundaries", dvs. de gränser Gaia (jordens ekosystem) satt upp och som Johan Rockström brukar tala om; klimatet; kärnkraft och kärnbränsleavfall; AP-fondernas oetiska investeringar.



Foto: Ingrid Eckerman

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Samma syltburk, ny utsikt!

”Det är inte hur sylten smakar som är det viktiga, det är hur burken ser ut!” All personal på vårdcentralen sitter samlad och lyssnar andäktigt till dessa visdomsord från ledningskontoret. Själv tänker jag att det nog är dags för en ny frisyra, en bättre investering än fortbildning. Tänk att så många offentliganställda, under så lång tid, fattat så lite.

Kanske borde vi ha anat något när patienterna blev vårdkonsumenter, landstingen koncerner, arbetsplatserna resultatenheter och närsjukvårdschefen i Halland fick titeln affärsområdesöverläkare?

Jag har nu hunnit arbeta ett år i Uppsala läns landsting efter mina sju år i Region Skåne. Det finns en del skillnader, men de absurda effekterna av sjukvårdens förvandling från värdefull samhällsresurs till köpcentrum är inte en av dem. De vindarna verkar ha blåst med samma kraft i hela landet och tagit med sig dagis, skolor och äldreboenden av bara farten. Både min nya mottagning och vår kommunala förskola här i Uppsala har på fullaste allvar budgeterade avkastningskrav.

En glad överraskning efter flytten blev journalsystemet Cosmic. Med dess rykte var jag beredd på det värsta, men det fungerar bra. Jag vill aldrig igen vara utan en journal delad med slutenvården. Omedelbar tillgång till anteckningar, undersökningar, lab och läkemedelslistor ger kvalitet och patientsäkerhet och sparar tid och pengar. Jag är övertygad om att den ömsesidiga respekten för varandras yrkeskunnande ökar.

De delade journalerna innebär en utmärkt möjlighet att skicka specifika elektroniska frågeremisser till konsulter på sjukhuset som kan ge ett råd utan att träffa patienten. Även per telefon upplever jag att sjukhusets konsultverksamhet fungerar bättre här. I Malmö var det ofta ingen svarade eller man tvingades vänta länge vid sin telefon på att bli uppringd.

Sämre är tillgången till KBT-terapeuter. I Region Skåne var väntetiderna korta vilket besparade många patienter lidande, diagnoser och antidepressiv medicin. Anledningen var att vi kunde remittera fritt inom rehabiliteringsgarantin. Här måste allt gå via vårdcentralens psykolog eller kurator.

På min vårdcentral i Malmö (en grön ö) lyckades vi hålla målet om ca 1500 listade per heltid. Här är det betydligt fler.

Å andra sidan straffades vi där hårt när patienter hänvisades till kvälls- och helgmottagningen. Här görs det när dagens tider är slut. För mig är det därför lättare att komma hem i tid här även om jag tycker bättre om Region Skånes tanke att enheten själv bör kunna ta hand om dem med primärvårdsproblem som söker dagtid.

Frånsett dialekten är patienterna annars sig lika. Här är det nästan lika många med finländskt påbrå som antalet med dansk anknytning i Malmö.

Fortbildningen är i Uppsala koncentrerad till två heldagar per termin, och de dagar jag varit med har uppslutningen varit stor. Den gemensamma lunchen och fikarasterna ger möjlighet att lära känna kolleger och att utbyta erfarenheter. I Malmö var det spridda halvdagar då få kom, uppskattningsvis knappt var tionde distriktsläkare. Så krävdes det också att man med framförhållning själv bokade av i sin tidbok. Även de år jag jobbade i Dalarna hade vi heldagar, ett mycket bättre och trevligare koncept.

På det hela taget är min arbetsdag här i Uppsala ganska lik den jag hade i Malmö med trevliga, kunniga och engagerade kolleger på båda ställena. Den mest påtagliga skillnaden är utsikten. I stället för trafikbruset på Nobelvägen blickar jag nu ut mot Uppsalas stolthet!



Fredrik Settergren

Samariterhemmets vårdcentral, Uppsala
fredrik.settergren@lul.se

Jäv saknas.



Uppsala slott från författarens fönster.

Foto: Fredrik Settergren

Personnytt

Årets distriktsläkare i Jämtland-Härjedalen

SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) och DLF (Distriktsläkarföreningen) i region Jämtland-Härjedalen har delat ut priset »Årets distriktsläkare«.

Till pristagare har utsetts Eje Åhlander och Susanne Karling, båda verksamma som distriktsläkare vid Kälarne hälsocentral sedan 2004. I motiveringen framförs att de får priset för många års hängivet arbete som allmänläkare i glesbygden – vilket varit ovärderligt för befolkningen och för landstinget – kombinerat med utvecklingsintresse och pedagogisk förmåga.



Socialutskottets ordförande heter numera Emma Henriksson (KD)

Almedalsveckan lider mot sitt slut. På ett utombuscafé, strax intill den scen där partiledarna håller sina populära Almedalstal, möter jag socialutskottets nya ordförande, Emma Henriksson. Hon är statsvetare, kristdemokrat och riksdagsledamot och bor med sin familj i Nacka. Är det något hon brinner för så är det för politik, särskilt för sociala frågor.

Under Almedalsveckan har Emma Henriksson medverkat i inte mindre än arton seminarier, de flesta om vård och omsorg. Och det hon säger bör man ta på största allvar, för i höstas tog hon över ordförandeskapet för riksdagens socialutskott efter Anders W Jonsson (C).

Nedärvt politiskt engagemang?

För att komma in i riksdagen krävs politiskt engagemang. Varifrån kommer då Emma Henrikssons intresse för politiken? Inte från föräldrarna i alla fall, de var inte politiskt aktiva. Men en tid efter att hon påbörjat sin politiska karriär dök en tänkbar förklaring upp.

– Jag fick då veta att både mormor och morfar hade varit aktiva som politiker i Västerbotten. En för Moderaterna och en för Socialdemokraterna.

Emma Henrikssons politiska medvetenhet började på allvar då hon var 18 år. Det var då första dottern föddes, och som ung mamma blev hon snart varse att hon tillhörde en minoritet som saknade trygghet.

– Samhället är ganska tryggt för den som tillhör genomsnittet och det är lätt att skapa bra system för dessa. Men genomsnittet skapas ju av en massa människor som är olika, och ju längre bort



Emma Henriksson (KD).

Foto: Gösta Eliasson

från medianen man finns, desto mer otrött är det samhälle vi lever i. Jag tycker att våra välfärdssystem ska vara bra för *alla*.

Det är tydligt att det var den utsatta situationen som ledde till att Emma Henriksson blev politiker.

– Jag såg ju hur dåligt föräldraförsäkringssystemet fungerade för mig som ung förälder och ville förändra det. Inte för min egen skull, utan för att andra inte skulle behöva hamna i samma situation som jag.

Vad är ett utskott?

När regeringen lämnat en proposition till riksdagen hamnar den alltid först i ett utskott. Det gäller även de motioner som riksdagsledamöterna skriver.

Efter beredning av ett ärende avger utskottet ett betänkande med förslag till riksdagsbeslut. Utskotten har också möjlighet att själva lämna förslag till riksdagen. I utskottens uppgifter ingår också att följa upp riksdagens beslut och granska hur de genomförts.

Socialutskottet har 17 ledamöter och bereder ärenden som rör hälso- och sjukvård, barnomsorg, äldre och funktionshinder samt åtgärder mot missbruk och andra sociala frågor. Ordförande är Emma Henriksson (KD) och vice ordförande Veronica Palm (S).

Källa: Riksdagen

Raka svar

Din föregångare ville ha recertifiering av sjukvårdspersonal. Vill du?

– Nej.

Hur kan man öka antalet allmänläkare?

– Vi behöver fråga oss vad vi behöver göra för att allmänläkarna ska stanna på sin vårdcentral och inte bli stafettläkare.

Vilka är "vi"?

– Det är en ledningsfråga. Allmänläkare vill kunna ge god vård. Får man inte det söker man sig till annat.

Vill du se fler äldrevårdcentraler?

– Jag tycker idén är bra. Men det ena får inte utesluta det andra. En äldre person kan ibland ha behov av geriatrisk och ibland av allmänmedicinsk kompetens.

Vinster i vården är OK

Så glider samtalet in på sjukvårdspolitik, ett område Emma Henriksson verkar känna sig hemma på. Hon börjar med att kalla diskussionen om vinstförbud för "förödande".

– Naturligtvis ska vi värna skattebetalarnas pengar. Men det är precis lika illa när pengarna går till slöseri som när de går till "ohemula" vinster i skatteparadis. Och förresten är det där med skatteparadis bara myter, vi har skatteavtal med de flesta länder idag.

Om ett företag går in och driver en verksamhet på ett bättre sätt med mindre resurser får man nöjdare patienter och nöjdare personal. Och blir det ett visst överskott är det ju grunden för företagsamhet, menar hon.

– Jag är inte rädd för vinster utan för förluster. Många verksamheter som drivs på ett dåligt sätt skapar förluster. Företag med förlust försvinner, men landstingsenheter som bedriver dålig vård kan tillåtas fortsätta år efter år, trots förlust.

Här kommer vi in på vårdvalssystemen. Om landstingen blev skickligare på att beställa vård skulle det inte gå att göra ett dåligt jobb och samtidigt gå med vinst, säger hon.

– Idag är det få beställare som lever upp till detta ansvar. De ägnar sig åt att skapa egna system i varje liten del av landet i stället för att lära av varandra.

Nej till nationellt primärvårdssystem

Så långt som till att föreslå ett nationellt primärvårdssystem vill inte Emma Henriksson gå. Men hon kan tänka sig ökad statlig styrning av slutenvården.

– Vi ser att det finns ett sådant behov. Men för primärvårdens del har vi gjort bedömningen att det behövs mer av gemensam syn, mer gemensamma riktlinjer, mer samarbete och mer enhetlighet i vårdgarantin, utan att det för den skull måste lyftas upp till statlig nivå.

Efter Almedalen väntar förhoppningsvis några sommarlediga veckor för Emma Henriksson innan riksdagsarbetet återupptas i höst.



Gösta Eliasson
Ordförande i SFAM:s utbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Annons



Allmänmedicinskt kunskapscentrum Kronoberg

Primärvården i Kronoberg har en god fortbildningstradition med kontinuitet sedan början av 1980-talet. När Vårdvalet etablerades 2009 kom plötsligt en tredjedel av primärvården att drivas i privat regi. Det ställde nya krav, inte minst på fortbildningen, som höll på att tappas bort i vårdavtalen. Det nyinrättade Allmänmedicinskt kunskapscentrum Kronoberg (AMK) driver frågor om utbildning, forskning och vårdens innehåll och kvalitet.

Den nya situationen med vårdvalet gav upphov till intensifierade diskussioner i en liten grupp kollegor om möjligheten att etablera ett allmänmedicinskt kunskapscentrum som skulle omfatta alla personalgrupper i hela vårdvalet. Under 2012 började planerna ta form genom en skrivelse till dåvarande vårdvalschefen och sedermera regiondirektören. Reaktionen var omedelbart positiv från chefen. Efter snabbt utredande föreslog denna inrättandet av ett *Allmänmedicinskt kunskapscentrum Kronoberg (AMK)*, som utöver utbildningsfrågor och forskning också skulle driva frågor om vårdens innehåll och kvalitet.

"Vårdvalet ställde nya krav, inte minst på fortbildningen, som höll på att tappas bort i vårdavtalen."

AMK etableras

Under 2013 inrättades så ett kunskapscentrum med uppgift att driva utvecklingen av framtidens primärvård inom ramen för Vårdval Kronoberg. AMK skulle fungera som ett samlat forum för handledning, utbildning, fortbildning, kvalitetsutveckling och forskning för hela länet. Dessutom var tanken att man skulle fungera som en kvalificerad samtalspartner gentemot specialistsjukvård och den egna ledningen i frågor som berör vårdprogram och arbetsfördelning mellan primärvård och specialistsjukvård.

En styrgrupp inrättades. Den kom att bestå av representanter för vårdvalsledningen, för verksamhetschefer från offentlig och privat vård samt studierektor och utbildningskoordinator.

En specialist i allmänmedicin fick huvudansvaret för frågor om vårdens kvalitet och omfattning. Han var nära kopplad till vårdvalsledningen och blev ordförande i styrgruppen. En annan specialist i allmänmedicin blev koordinator för utbildning och forskning. Han fick till sin hjälp en utbildningssekreterare som till professionen är distriktssköterska.

I relation till de storslagna visionerna var personalresurserna små, men tack vare ett välfungerande FoU, en stabil studierektorsfunktion och en etablerad utbildningsgrupp ändå inte helt orealistiska.

Utbildningsgruppen

Utbildningsgruppen inom primärvården i Kronoberg har fungerat utan avbrott sedan minst 35 år. I gruppen finns representan-



Organisationskommittén med Gunilla Schön, Oscar Lindfors, Sara Holmberg och Per Nilsson.
Foto: Anders Eriksson

ter för alla personalgrupper i vården. Ordförande och praktisk samordnare för den gruppen blev nu utbildningssekreteraren i AMK. Alla representanter fick ett par timmar i veckan avsatta för att jobba med utbildningsfrågor. En utbildningskalender inrättades efter modell från AMC i Östergötland. En relativt rymlig budget gjorde det möjligt att genomföra ett omfattande utbildningsprogram.

Övrig utbildning och forskning

Utbildningsgruppens uppdrag är utbildning av den egna personalen inom vårdval Kronoberg. Men AMK har ambitioner att organisera regional utbildning, nationella kurser och konferenser och dessutom att i samarbete med FoU Kronoberg genomföra klinisk forskning inom primärvården. På alla dessa punkter har vi kommit igång och även slutfört en rad aktiviteter. Ett större forskningsprojekt kring konsultationens betydelse har startats tillsammans med Blekinge Kompetenscentrum och några länder i Östersjöregionen. Dessutom har inrättats tre forskar-ST i allmänmedicin. Syftet är att stimulera intresset för forskning och att öka den vetenskapliga kompetensen inom primärvården i regionen. Vi tror också att en lokalt forskningsanknuten primärvård kan bidra till en stimulerande arbetsmiljö.

"Gemensam regional fortbildning är ett sätt att stärka kvalitet och identitet inom allmänmedicinen."

Regionalt samarbete – exemplet Kostadagarna

Gemensam regional fortbildning är ett sätt att stärka kvalitet och identitet inom allmänmedicinen. I april i år genomförde därför AMK ett gemensamt internt för allmänläkare och ST-lä-



kare i Kronoberg, Kalmar och Blekinge. Internatet ägde rum på det nya glashotellet i Kosta, som ligger geografiskt väl till för alla parter. Inte mindre än 144 kollegor deltog i tvådagarsinternatet som var organiserat enligt en modell som tillämpats av Örebro-Värmland under många år.

Det är knappast någon överdrift att säga att premiären blev en succé med bra föreläsningar, interaktiva seminarier och intensivt samtalande i korridorer och vid matborden. Tanken är att göra Kostadagarna till en tradition i Sydostregionen. Kalmar har redan tagit på sig rollen som arrangör i april 2016.

Planering

Kostadagarna planerades och genomfördes av en liten grupp yngre kollegor i Kronoberg (se foto) under ledning av Gunilla

Schön, nytilträdd studierektor. Gruppen hade lyckats skapa ett starkt program med goda föreläsare som presenterade allmänmedicinska kärnfrågor. Läs mer på sidan 21!



Christer Petersson

Avgående koordinator
Allmänmedicinskt kunskapscentrum,
Kronoberg
christer-p@telia.com

Fortbildning i Region Örebro Län

I Örebro har vi sedan ett antal år förbättrat arbetet med fortbildning och samtidigt fått med primärvårdsledningen. Vi har försökt hitta nya sätt för fortbildning även om de traditionella sätten är vanligast.

Sedan många år är de så kallade distriktsläkardagarna basen för vår fortbildning. Fyra dubblade heldagar avhålls i Örebro som ligger centralt. Utbildningen vänder sig i första hand till distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin men även AT-läkare och underläkare är välkomna. Utbildningen erbjuds såväl landstingsdrivna som privata vårdcentraler. Självkostnadspris gäller, i de flesta kaffekostnaden då vi använder egna lokaler. Ibland

köper vi in utbildningar till exempel från Kursdoktorn, och då blir kostnaden en annan.

I tjugo år har jag arbetat som distriktsläkare i Nora. Jag är sedan cirka tio år fortbildningssamordnare och sedan tre år en av två chefläkare för primärvården.

När jag tog över fortbildningsansvaret hade man under några år försökt bedriva fortbildningen på ett sätt som inte riktigt lyckats. Det första blev att återskapa utbildningsgruppen och distriktsläkardagarna i gammal form, vilket visade sig vara mycket uppskattat. Dagarna är förutom fortbildning ett viktigt socialt forum, där man får träffa kollegor från hela länet.

En anledning till att man tog bort dagarna var att man inte ville ha katedrala föreläsningar utan använda nyare pedagogik. Med så många som 50-60 personer per gång är detta svårt. Vi har provat andra varianter med symtomteman som diarré, dyspné och huvudvärk. I plenum har vi dragit fall, äkta och konstruerade. Sedan har man lottats till grupper på 6-7 personer så man träffar kollegor från andra enheter. Efter gruppdiskussionen blir det återsamling. Först ger en erfaren allmänläkare sin syn på saken och därefter en organspecialist. På ovan nämnda teman var det en gastroenterolog, en lungmedicinare/allmän invärtesmedicinare och en neurolog. Samtidigt får audi-



Svampen i Örebro.

Foto: Sven Röstlund



Sven Röstlund är även dockteaterspelare.



toriet komma med frågor och förslag.

Detta har varit mycket uppskattat inte minst av organspecialisten. Svårast har varit att få tag på erfaren allmänläkare som vill/vågar stå upp framför sina kollegor. Vid ett tillfälle, då en föreläsare lämnade återbud med kort varsel, använde vi en halvdag för gruppdiskussioner om knepiga fall, dock tyvärr utan någon stordiskussion eller sammanfattning. En annan gång diskuterades i grupper "det bästa med att vara distriktsläkare". Det blev en positiv diskussion med många förslag.

Vi är en grupp på åtta personer som träffas fyra gånger per år under en sen, förlängd lunch med stans bästa utsikt från Svampen, vattentorn tillika utsiktspunkt. Där planerar vi distriktläkardagarna och andra utbildningsaktiviteter. Vi har tagit fram en kompetensutvecklingsplan för distriktsläkare som accepterats av såväl primärvårdsledning som distriktsläkarföreningen (se faktaruta nedan).

Vår utbildningsgrupp har representanter från de olika länsdelarna samt en representant vardera för ST-läkarna, SFAM och DLF. Undertecknad representerar ledningen. Det är en bra och konstruktiv konstellation med många förslag och bra diskussioner.

Vi har även fått till praktisk utbildning tillsammans med Kliniskt träningscenter

på Universitetssjukhuset. På våra önskemål har de ordnat praktiska övningar i till exempel bortagande av nevus, rektoskopi och fria luftvägar. Utan att vi önskat det ingick även lumbalpunktion. Man har lokaler, utrustning och kan ordna bra instruktörer från sjukhuset. Läkarna har varit cirka sex per grupp som cirkulerar mellan stationerna. Tankar vi har i utbildningsgruppen framöver är att ta bort främmande kropp i öga, näsa och öra, att använda ögonfräs, att stoppa näsblödning samt koniotomi. Personalen på kliniskt träningscenter är mycket trevliga och tillmötesgående. De verkar mest se problem som något som ska lösas. Dessutom tar de inget betalt.

Tillsammans med våra studierektorer har vi haft utbildning i olika bedömningsinstrument för en mindre grupp på cirka femton personer. Det vill säga hur man kan bedöma ST och AT-läkare med till exempel strukturerad sit-in, kollegial bedömning och så kallad 360 graders preview.

Konsultationsbiten har vi diskuterat en hel del. Det finns kurser på flera dagar som kostar multum. Nu har vi föreslagit universitetet att vi ska få hjälp med utbildning i konsultationsteknik. Vi handleder ju studenterna på läkarlinjen i Örebro som gör stora delar av sin VFU i primärvården, vilket tar mycket tid och

möda. Universitetet har man varit positivt och fortsatta förhandlingar kvarstår.

En bra inspiration för fortsatt arbete är nätverket för fortbildningssamordnare, skapat av Gösta Eliasson, där man kan få nya idéer för den framtida fortbildningen.

Slutligen tycker jag att vi haft en bra dialog med primärvårdsledningen. Kompetensutvecklingsprogrammet har utbildningsgruppen tagit fram, delvis genom att "knycka" från andra och sedan modifiera det. Distriktsläkarföreningen har godkänt det och primärvårdsledningen har tagit det som ett styrande dokument. Dokumentet har tagits upp på flera utbildningsdagar och presenterats på primärvårdsledningsmöte så alla distriktsläkare och chefer ska känna till det. Dokumentet är vällovligt i sin skrivning men tyvärr är verkligheten en annan i läkarbristens tidevarv. Det är inte lätt att ta sig eller få ledigt för utbildning, trots att alla vet hur viktigt det är. Dokumentet ger ändå möjlighet till en god kompetensutveckling. Hälsovalsenheten har med kompetensutveckling som ett av sina kvalitetsmål, men inga pengar är knutna till detta mål.

Sven Röstlund

Fortbildningssamordnare, Region Örebro Län
Chefläkare, Nora VC
sven.rostlund@regionorebrolan.se

Kompetensutveckling för läkare inom Primärvården Örebro Län

Överenskommelse mellan SFAM, DLF och primärvårdsledningen (sammanfattning)

Bakgrund

Fortbildning av läkare i Primärvården är av stor vikt ur patientsäkerhets- och kvalitetssynpunkt då verksamheten till stora delar är kunskapsbaserad. Fortbildning och utveckling är basala delar av verksamheten. Fortbildning ska ske kontinuerligt och på flera sätt.

Ansvar

Den enskilde läkaren ansvarar, tillsammans med verksamhetschefen, för sin fortbildning/kompetensutveckling.

Kompetensutvecklingsplan

I samband med utvecklingssamtal med ansvarig chef utarbetas en kompetensutvecklingsplan som ska dokumenteras.

Denna följs upp och revideras årligen. Såväl chef som anställd ansvarar för plan och uppföljning.

Dokumentation och återkoppling

Fortbildning så som kurser, konferenser, hospitering med mera ska dokumenteras och det man lärt sig ska återföras till den egna verksamheten/vårdcentralen.

Omfattning

En rimlig tid för fortbildning är 10 % av arbetstiden (4 timmar/arbetsvecka för heltidsarbetande läkare). Antalet utbildningsdagar bör vara 10 per år för heltidsarbetande läkare. Man ska ha en bra bredd i sin fortbildning.

Fortbildningsaktiviteter

Fortbildning kan ske på flera olika sätt:

- det dagliga arbetet
- artiklar och litteratur
- medsittning med och av kollegor
- läkarmöten där patienter, vårdriktlinjer, vetenskapliga artiklar med mera diskuteras
- utvecklingsdagar med vårdcentralen
- hospitering på annan enhet eller klinik
- FQ-grupper
- interna och externa kurser
- konferenser
- forskning och utvecklingsarbete



En reseberättelse:

Pre-doc i Sydney eller vabbruari i Löddeköpinge?

I mitten av januari 2015 – precis innan influensan slog ut stora delar av personalen på vårdcentralen – tog jag med mig min familj till Sydney för att tillbringa två månader som doktorand på George Institute for Global Health i Sydney, Australien.

I vanliga fall delar jag min arbetstid mellan distriktsläkararbetet på vårdcentralen i Löddeköpinge och doktorandarbetet på Centrum för Primärvårdsforskning (CPF) i Malmö. På CPF arbetar jag med min avhandling "Yoga som behandlingsform i primärvården" med fokus på yoga som behandling mot högt blodtryck.

"Som de flesta allmänläkardoktorander är jag medelålders och har hunnit skaffa familj, husdjur, bil och hus. Tanken att åka iväg på en post-doc för ett par år i ett annat land har känts som ett omöjligt oöverstigligt projekt."

Som de flesta allmänläkardoktorander är jag medelålders och har hunnit skaffa familj, husdjur, bil och hus. Tanken att åka iväg på en post-doc för ett par år i ett annat land har känts som ett omöjligt oöverstigligt projekt. När möjligheten att åka iväg för två månader dök upp kändes det som en rimlig tid och en spännande utmaning.

Familjen, min man och våra två döttrar 8 och 10 år, fick åka med på egen bekostnad. Skolan beviljade ledighet under förutsättning att min man bedrev "homeschooling" med döttrarna



Hela familjen på Bondi Beach: Martin, Moa, Asta och Clara.

– troligen den största utmaningen under hela resan!

Vi bodde i ett litet, välutrustat townhouse i en stadsdel på promenadavstånd från universitetsområdet och city.

George Institute för Global Health i Sydney (GI) är rankad som en av de tio främsta forskningsinstitutionerna i världen avseende vetenskaplig impact (SCImago Institutions Rankings (SIR) World Report 2011, 2012, 2013 & 2014). Syftet med min resa var att få erfarenhet av att arbeta i en internationell forskningsmiljö.

Kontaktperson och mentor på GI var John Chalmers som är senior director på GI i Sydney. John Chalmers har en enastående meritlista för grundforskning och klinisk forskning på hypertoniområdet och är en av institutets grundare. Vi hade viktiga veckomöten där John gav värdefull feedback och hjälpte mig komma över de hinder som alltid dyker upp under forskningen. De mötena var avgörande för att arbetet skulle fortskrida i den takt som det gjorde.

Till Sydney hade jag med mig material för två av de delarbeten som ska ingå i avhandlingen, och jag hade inför resan varit i kontakt med två medarbetare på GI angående samarbete kring ytterligare två vetenskapliga arbeten.

Det första av delarbetena, en studie om yogas inverkan på



John Chalmers.

Foto: George Institute



"Home schooling".

Foto: Martin Wolff



Sydneys universitet.

Foto: Moa Wolff

metabola och inflammatoriska parametrar, blev klar och väntar på publikation. Jag arbetade också med data från en stor yoga-interventionsstudie vintern 2013-2014 i Skåne. Vid databearbetningen hade jag stort stöd av en statistiker på GI. Också det arbetet resulterade i en artikel som väntar på publikation. Delar av resultatet presenterade jag på Nordic Congress of General Practice i Göteborg i juni 2015.

En av dem jag hade kontakt med inför resan var Anne Tiedemann, sjukgymnast och docent på GI som bedriver forskning om fallprevention och balans. Hon planerade en systematisk review om yoga och balans och erbjöd mig att delta i arbetet. Under en vecka arbetade jag med artikelgranskning och dataextraktion, och jag upplevde att det gav mig viktig erfarenhet av att snabbt kunna läsa och hitta väsentliga delar i en vetenskaplig artikel.

"Forskningsmässigt var min vistelse väldigt fruktbar."

Den andra personen var Emma Heeley som – förutom att vara livräddare på Bondi Beach med många spännande haj-historier på lut – är epidemiolog och docent på GI med forskningsfokus på prevention och behandling av stroke och kranskärslsjukdom. Hon erbjöd mig att analysera opublicerade data från "Australian hypertension and absolute risk study – AusHEART", en tvärsnittsstudie på drygt 5000 australiensiska primärvårdspatienter. Vi påbörjade arbetet med att samman-

Kortare pre-doc-vistelser (2-6 månader) vid en utländsk institution med hög kompetens inom doktorandens forskningsfält är ett nytt koncept som startades av Nationella forskarskolan i allmänmedicin. Det är en del av den "internationalisering" som man strävar efter att erbjuda doktoranderna utöver föreläsningar och seminarier med internationella föreläsare. Hitintills har tio doktorander från forskarskolan varit iväg till vitt skilda platser, bl.a. Pretoria, Edinburgh, Phoenix, South Hampton, Sydney och Auckland.

ställa en artikel och har fortsatt kontakt per mejl för att fullfölja arbetet.

Dessutom deltog jag i GI:s onsdagsseminarier. Där avhandlades bl.a. "Hypertension in Bangladesh", "China Salt Substitute and Stroke Study" och "Evidence based deprescribing in old age". Diskussionsvägarna gick höga och studierna som presenterades nagelfors relativt hårt (med mina svenska mått mätt).

Forskningsmässigt var min vistelse väldigt fruktbar. Att dessutom få uppleva en annan kontinent med familjen, den australiensiska sommaren, salta havsbad med enorma vågor, spännande djur och växter, Trollflöjten på Sydney-operan och att få släppa stora delar av livspusslet hemma i Lund kändes som en stor förmån och har gett familjen minnen för livet.

Allt detta möjliggjordes först och främst tack vare de kontakter med GI i Sydney som Lars Hjalmar Lindholm på nationella forskarskolan i allmänmedicin har erbjudit.

Jag riktar också ett stort tack för de ekonomiska bidragen för resa, boende och lön till: Medicinska fakulteten i Lund, Svenska Läkaresällskapet, Nationella forskarskolan i allmänmedicin, Ekhagastiftelsen och Södra Sjukvårdsregionens doktorandanslag.



Moa Wolff

Doktorand, fru och mamma
Löddeköpinge vårdcentral
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Malmö, LU
moa.wolff@nordwolff.de

AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes!

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



Annons



Utblick i Europa – en SFAM:are på vift

EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) är en av WONCA:s underavdelningar som sysslar med utbildning på grundnivå, specialiseringsutbildning och fortbildning av specialister. Organisationen bildades 1992 och dess mål är ”to foster and maintain high standards of care in European general practice by promoting general practice as a discipline by learning and teaching”.

Sedan starten har organisationen kommit att bli en av Europas största vad gäller personligt medlemskap med över 700 medlemmar i 40 medlemsstater. Alla lärare inom läkarutbildning på olika nivåer kan vara medlemmar. Vad som definierar en ”lärare” är inte enkelt eftersom medlemsländernas utbildningsorganisationer är så olika. I de flesta av Europas länder är t.ex. AT integrerad i grundutbildningen och specialistutbildningen en akademisk affär.

Det uppdrag man skall fylla som specialist i allmänmedicin varierar betydligt. I Europas utkanter remitterar men merparten av sina patienter, och utrustningen på vårdcentralerna kan variera mellan land och stad. I många länder är de flesta läkare på vårdcentralerna inte specialister i allmänmedicin utan unga läkare som just kommit ut från sin grundutbildning. Av Turkiets 22 000 allmänläkare är bara drygt 2 000 specialister i allmänmedicin. I många länder handhar allmänmedicin över huvud taget inte barn. Detta gäller även Tjeckien – men på jourtid dyker de upp.

Av EURACT:s betalande medlemmar är elva svenskar – vilket är lite sorgligt. Nog kunde varje lärosäte ha en representant. Detta sorgliga faktum delas med övriga nordiska länder, UK, Nederländerna och Tyskland samt Frankrike, där specialiteten allmänmedicin är mycket ung, som totalt har klassat ut sig och inte är med i EURACT.

Visst har Nordeuropas länder det rätt bra – våra utbildningar är t.o.m. bra – men vi kan inte leva isolerade i ett Europa som utvecklas snabbt. Vi vill gärna att utvecklingen sker på ett sätt som vi själva önskar. I diskussionerna i EURACT om vilka ”nya” tekniker som bör involveras tappar man ibland kärnan i vårt arbete med en god personcentrering och konsultationsteknik. Det är först den sista femårsperioden som ”patientcentrering” nämnts i många länders sjukvårdslagar. Man tog

upp det i EURACT under mitt första möte i Tallin – en fråga som jag knappt förstod utan såg som en självklarhet. Att lära oss ultraljud utan en god samtals teknik och en patient som är delaktig gör oss *inte* till bättre allmänläkare.

Vad gör vi?

Vad gör vi då, två gånger per år, under intensiva möten i udda hörn av Europa? Prag var ovanligt centralt – i höst blir det Sarajevo och förra året var vi i Albanien och Makedonien.

I januari fick vi klart *The EURACT Performance Agenda of General Practice/Family Medicine*, en genomarbetad skrivelse med Stefan Wilm som editor. Baserad på WONCA:s definition av allmänmedicin och allmänmedicinens uppdrag samt *EURACT's Educational Agenda* är skriften en handbok i *assessment* och bedömning av klinisk kompetens.

Detta är ett av de områden där vi svenskar har mycket att lära av Europa. I vår nya målbeskrivning för allmänmedicin poängteras vikten av klinisk bedömning av våra ST-läkares kunskaper. Som studierektor kan jag inte nog understryka betydelsen av detta. Stefan Lindqvists utredning av nya läkarutbildningen framhåller också vikten av ständigt pågående utvärdering av studenternas kunskaper.

Under de år jag varit vår representant i EURACT har vi arbetat med hur man utser utbildningsvårdcentraler och handledare (*Selection of GP/FM Trainers/Practices and Implementation of Specialist Training in GP/FM*) och hur man definierar olika nivåer av kompetens hos våra lärare – från *Novice to Expert* (*Framework for Continuing Educational Development of Trainers in GP/FM in Europe*).

Det senare håller nu på att utvecklas till en databaserad certifiering av lärare inom Europa på *Competent* och *Expert* nivå som kommer att lanseras i höst. Man kan då ansöka om att bli certifierad som kompetent eller expertlärare inom Europa. För expertnivån kommer även forskning att krävas.

Vi har försökt definiera vad en ST skall göra under sin *hospital post*. Spår av olika svenska landstingsmodeller finns även om vi kommit längre.

Vi har fått en inbjudan av EGPRN, WONCA:s vetenskapliga del, att tillsammans definiera hur mycket utbildning och



Foto: www.euractprague2015.com/photogallery



Foto: www.euractprague2015.com/photogallery



Janco Kersnik med sin medalj. Foto: www.euractprague2015.com/photogallery

praktisk kunskap inom FoU som skall krävas i en ST-utbildning. Vårt program i Södra Älvsborg, Västra Götalandsregionen, finns med som ett exempel som är praktiskt tillämpbart. I Belgien har man lagt sig på en generell och högt syftande mastersnivå och i vissa länder rör man inte alls vid området.

Hur arbetar vi?

Vi jobbar i olika grupper: Grundutbildning, specialistutbildning, fortbildning och kongressverksamhet samt IT. I grupperna tar vi fram dokument för en gemensam strategi i Europa. I *task groups* tar vi hand om ett mer generellt ämne. Vårt arbete

med certifiering av lärare hör dit. Under ett par möten har vi försökt hitta principer för en examen i allmänmedicin som gäller hela Europa, men där står vi fortfarande för långt från varandra. En sådan grupp har, på uppdrag av WONCA, bidragit till definitionen av allmänmedicin.

Vi har en hemsida som innehåller alla de nämnda skrifterna (www.euract.eu). Den kommer snart att läggas under WONCA:s hemsida.

Ett annat sätt att ta till sig ny kunskap och lära sig kritiskt tänkande är att under ledning av våra vetenskapligt skolade kolleger delta i Journal Club. Inför mötet läser man ett antal artiklar, någon förbereder en kort presentation och sedan diskuterar man innehåll och upplägg. Ett enkelt och roligt sätt som väl lämpar sig för t.ex. FQ-grupper.

Vi ligger långt framme i Sverige i våra tankar runt utbildning, och det är alltid roligt att berätta – men inte så väl vad gäller fortbildningen. Jag ser fram mot ett planerat utökat samarbete mellan SFAM:s råd för utbildning, fortbildning och kompetensvärdering.

Vårt möte i april 2015 fick ett tråkigt avslut. Två dagar efter hemkomsten insjuknade vår president professor Janco Kersnik i en massiv hjärtinfarkt och avled 17 maj. I samband med april-mötet hade han hedrats av Tjeckiska medicinska fakulteten med en medalj för sina insatser för att utveckla allmänmedicinen i Öst- och Centraleuropa – då full av energi och glädje. Så lite vi vet. Han ledde arbetet i EURACT 2010-2015.

Jag ser fram emot mötet i Sarajevo i början av oktober. Att vara med om det europeiska samarbetet kräver mycket av både mig och SFAM – men det är viktigt att vi är en aktiv del i den utveckling som sker. Vi har mycket att ge men också mycket att ta emot.

Eva De Fine Licht

Studierektor
Studierektorsenheten Södra Älvsborg,
Västra Götalandsregionen
Närhälsan Floda vårdcentral
eva.de_fine_licht@vgregion.se



SFAM informerar

Who will be the next Editor-in-Chief of the Scandinavian Journal of Primary Health Care?

A new Editor-in-Chief for the Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) will be appointed as soon as possible.

The new editor will head an editorial group appointed by the Nordic societies for general practice (Danish College of General Practice, Finnish Association for General Practice, Icelandic College of Family Physicians, Norwegian College of General Practice, Swedish Association of General Practice). The SJPHC is owned by the Nordic Federation of General Practice and uses Informa Healthcare as publisher.

The SJPHC is a leading journal within general practice and family medicine research. It is peer-reviewed, has open access and a journal citation index of 2.3. Manuscript handling is electronic and web-based.

The Editor-in-Chief must have ambitions and visions regarding medical publishing and be highly familiar with research in general practice. Experience

with peer review and ideally also with editorial work is important. The editor is responsible for editorial decisions, organization of editorial work, strategic planning and budgeting. The budget includes salaries for part-time jobs in the editorial office.

Colleagues interested in the position of Editor-in-Chief of the SJPHC are hereby invited to contact us. We also welcome nominations made by others, on the condition that the candidate suggested has agreed to the nomination.

For more information please contact the Chairman of the Nordic Federation of General Practice, Gisle Roksund, mail: gisle.roksund@gmail.com, or the current Editor-in-Chief Peter Vedsted, mail: p.vedsted@feap.dk. Please indicate your interest in the post or the name of your candidate as soon as possible to Gisle Roksund, mail: gisle.roksund@gmail.com.





Röster från Kongressen 2015



Esperanza Diaz, allmänläkare från Bergen. Forskar om hälsa hos invandrare och har haft en samnordisk workshop om konsultationen tillsammans med Jan Helge Larsen.

Hur gick det? – Vi kände inte alls varandra från början, utan bara via mail, men det gick jättebra.

Vad tycker du om kongressen? – Det är ett otroligt spännande program och väl organiserat, men 1 400 människor, det är nästan litet för stort för mig.



Signe Flottorp, allmänläkare från Oslo. Forskar sedan 10 år om implementering av riktlinjer.

Varför är du här? – En kollega skulle talat på ett symposium här, men han fick förhinder, så jag tog över.

Vad tycker du om kongressen? – Den är en viktig mötesplats, både för kliniker och forskare. Själv är jag ganska målinriktad mot mitt eget forskningsområde när jag väljer symposium.



Jan de Maeseneer, allmänläkare och chef för avdelningen för allmänmedicin vid universitetet i Gent, Belgien. Som inbjuden keynote lecturer höll han på onsdagen en föreläsning om hur primärvården måste förändras för att möta nya krav i samhället.

Vad tänker du om den nordiska kongressen? – Intressant. De nordiska länderna leder kvalitetsutvecklingen inom allmänmedicinen. Men allt är inte optimalt. Att bocka av kvalitetsindikatorer, till exempel, ger inte bättre vård, det är läkarens närvaro hos patienten och befolkningen som betyder något.

Vilka sessioner har du gått på? – Jag har varit på en workshop och så har jag tittat på posters. De ger mig en bild av var de nordiska länderna står när det gäller kvalitet och forskning. I eftermiddag medverkar jag i en debatt med sjukvårdsministern om bland annat kontinuitet.



Maarit Nevalainen, allmänläkare sedan 15 år i Mäntsälä och klinisk lärare i Helsingfors.

Vad tycker du om kongressen? – Den uppfyller med råge alla mina förväntningar. Jag har gått på sådant som jag tror jag kan få nytta av som lärare. Jag var också på ett seminarium om diabetes. Det fick mig att fundera på hur jag själv gör, och jag kommer nog att ändra på en del rutiner nu.

Vad har du för planer för idag? – Jag brukar planera in några seminarier i förväg. Om de är bra, så stannar jag kvar och lyss-

nar, men om det inte intresserar mig går jag till något annat. Jag räknar också med att träffa nordiska kollegor och få tillfälle att diskutera hur man löser problem i olika länder.



Jonas Thorgersen, allmänläkare i Naestved, Danmark, sedan tre år.

Varför är du här? – För att kongressen ligger i Göteborg – dejlig by! För det andra vill jag veta vad som rör sig inom nordisk primärvård. Och för det tredje att socialisera. Det är spännande att träffa så många nordiska kollegor.

Vilka sessioner har du varit på? – Mest har det blivit stora föreläsningar, bland annat keynote lectures. Idag var jag på ett seminarium om personcentrerad medicin med bland annat Linn Getz och Lotte Hvas.

Har dina förväntningar blivit uppfyllda? – Ja, jag har lärt mig en hel del. Och så har jag fått se Göteborg!



Helena Gedeberg, gör sitt fjärde år som ST-läkare på vårdcentralen Näsby i Kristianstad.

Varför är du här? – En äldre kollega på vårdcentralen uppmuntrade mig. Jag hade jättehöga förväntningar, mer än jag brukar.

Har dina förväntningar infriats? – Ja, framförallt känner jag att jag tillhör en grupp av specialister och ST-läkare, att jag är en del av den. Det gör man på vårdcentralen också, men här är gruppen så mycket större och omfattar olika länder. Jag har kunnat höja blicken och fått inspiration.

Vad betyder det? – Att jag inser att allmänmedicin inte bara handlar om mitt lilla kontor på vårdcentralen, utan att den är något större. Man förstår allmänmedicinens kärna bättre och kan känna sig stolt.

Tänker du försöka förmedla detta till dina kollegor där hemma? – Det kan bli svårt, det handlar ju om en känsla. Hade det bara handlat om en kurs i osteoporosbehandling hade det varit lättare. Men värdet av att delta i kongressen tror jag är betydligt större än av en osteoporoskurs.



Gösta Eliasson
Ordförande, SFAM:s fortbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN | 3–4 december 2015

Två fullmatade dagar på årets tema: Morgondagens vård och hälsa – utmaningar och möjligheter.



Medicinska Riksstämman på Stockholm Waterfront – läkarnas närmaste mötesplats för fortbildning.



NYHETER!

**Fritt inträde för
SLS medlemmar**
(vid anmälan senast den 15/11)
Inigningsföreläsning med Mary
Durham, Kaiser Permanente.
ST-kurser med intyg
och examination.

LÄKARNAS MÖTESPLATS FÖR KUNSKAP & UTVECKLING

Över 80 programpunkter | Fort- och utbildning över specialitetsgränserna | Branschutställning

Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**

3–4 december, Stockholm Waterfront

 /medicinskariksstamman

 #rix2015

 www.riksstamman.se

Arrangör:



Mediapartner:

**Dagens
Medicin**

Partners:



 Socialstyrelsen



Folkhälsomyndigheten



Lipus har granskat och godkänt
denna kurs. www.lipus.se





En nordisk allmänmedicinsk kongress – vad innebär det?

En nordisk kongress, med 1 600 deltagare, är en hisnande upplevelse. Alla borde få uppleva den! Här kommer några korta illustrerade axplock ur chefredaktörens upplevelser.



GP Love Song: Allsång av hjärtans lust på stor fest.

GP love song

Mel: Pomp and circumstances
by Edward Elgar
Text: Anna Holst

GPs walk together
In pragmatic research
Experts on complex courses
Checking what really works.

GPs walk together
Through storms and despair
Through joy and achievements
Always essence is there:

GPs to the people
Give sustainable care
GPs are the diamonds
In the jungle of care.
Always with patient in center
Every issue we bear:

GPs are the diamonds
Solving things without knife
Sorting vital from trivia
Brave, realistic and wise:
Health isn't absence of illness
Health is fullness of life.

Alla foton till denna artikel: Ingrid Eckerman



Fantastiska föreläsare, bl.a. Margrét Ólafía Tómasdóttir, Jan de Maeseneer, Bente Prytz Mjølstad, John Brodersen och Josabeth Hultberg.



Stort och brett vetenskapligt program, här representerat av Palle Mark Christensen.

Olika trender men få visioner

Jag uppfattade olika "key note"-föreläsningar (Linn Getz, Simon Griffin, John Brodersen, Jan de Maeseneer, Merete Mazarella, och Margret Olafia Thomasdottir) som trendsparningar om big data, patienten som person eller individ. Registrering av alltmer data, screening, statiner, telemedicin och IT-utveckling, multimorbiditet, patientens egen värdering av sin hälsa. Finansiella kriser och absurd styrning av ersättning.

Vad blir vår roll i allt detta? Vilka nya krav ställs på oss? Finns möjliga allianser? Hur kommer det att påverka våra konsultationer, vår specialitet?

Några riktigt bra visioner om vår framtida roll kunde jag inte se även om det fanns antydningar.

Det är stor skillnad att beskriva vad som verkar ske och att ha en utvecklad vision av vart vi vill sträva, inte mot det som varit utan framåt.

Peter Olsson, Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com





Långväga besök: från Archangelsk...



...och Storbritannien.

Presstopp från Norge

Marit Hermansen, f.d. ordförande för Norsk forening for allmenmedisin, har, som den andra allmänläkaren någonsin, valts till president för Den norske legeforening. Allmän-Medicin önskar lycka till!



Utställningar: Samma sjukvård...



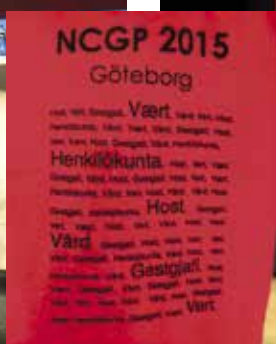
...olika perspektiv.



Möten, möten och åter möten...



Very important persons: Kongressgeneral Bernd Sengpiel, sjukvårdsminister Gabriel Wikström och ordförande Karin Träff Nordström.



Viktiga volontärer som jobbade hårt.





Många belöningar vid kongressen!



Kongressen i Västerås 2014 belönad

Svensk Allmänmedicinsk kongress 2014 uppmärksammades vid en högtidlig tillställning på Stadshotellet i Västerås den 4 juni 2015. SFAM Västmanland tilldelades då ett diplom undertecknat av stadsfullmäktiges ordförande Anders Teljebäck och landshövding Håkan Wählstedt för insatsen som lokal "mötesambassadör".

Vid SFAM:s fullmäktigemöte i Göteborg den 15 juni 2015 överlämnades diplommet till Heléne Swärd på SFAM:s kansli, som gjort avgörande insatser för kongressens genomförande. Diplommet ska hängas upp på SFAM:s kansli i Stockholm som en ständig påminnelse om ansvaret för nuvarande och alla kommande styrelser för SFAM att säkerställa att en årlig svensk allmänmedicinsk kongress arrangeras.



Tack till Karin Lindhagen

Vid utdelningen av diplommet till de ny-examinerade allmänläkarna riktades ett speciellt tack till Karin Lindhagen från Niklas Lehtipalo, ST-studierektor inom primärvården i Göteborg.

"Karin genomgick specialistexamen och diplomerades 1991 och har varit en av Sveriges tongivande studierektorer. Hon har gjort otaliga uppskattade värderingar. Sedan 1990-talet har hon varit tilltagande oersättlig i sitt arbete att hålla ihop specialistexamen genom sitt klokskap och sin kommunikationskraft. På senare år har hon varit ansvarig för samordningen av specialistexamen på uppdrag av SFAMs kompetensvärderingsråd. Där hanterar hon med elegans såväl hemsida som instruktionstexterna till specialistexamen. Karin kan som ingen svara på alla frågor kring specialisttjänstgöringen i allmänmedicin och specialistexamen i allmänmedicin."



Årets avhandling

Stefan Jansson fick årets pris för sin avhandling "A Longitudinal Study of Diabetes Mellitus: With Special Reference to Incidence and Prevalence, and to Determinants of Macrovascular Complications and Mortality".

Forskningsrådets motivering löd: "Stefan Jansson har i epidemiologiska studier med basen i svensk primärvård från 1970-talet samlat världsunika longitudinella data om personer med diabetes typ 2. Avhandlingen ger värdefull kunskap om diabetesförekomst, incidens och nyttan av god behandling för att minska morbiditet och mortalitet. Screening av symptomfria personer för att tidigt upptäcka diabetes tycks inte minska morbiditet och mortalitet jämfört med klinisk upptäckt."

Läs mer om Stefan och avhandlingen i AllmänMedicin 2-2014!



Årets examinander

AllmänMedicin vill speciellt gratulera årets alla glada examinander! Vi hoppas på glada bidrag till tidningen!





Nordiska forskningspriset till John Brodersen

Nordiska forskningspriset i allmänmedicin 2015 ur Magda och Svend Aage Frierichs minnesfond (100 000 danska kronor) gick till John Brodersen, Danmark.

"The prizewinner has a long experience from general practice, teaching family

medicine and doing research. His research has covered a wide spectrum of family medicine: overmedicalisation and overdiagnosis, quaternary prevention, evidence based medicine, effect of screening, psycho-social consequences of screening, medical ethics

and prevention. He master both quantitative and qualitative research methods and has developed the skills of statistic psychometric validation of questionnaires.

His research is very important today, but will be even more in the future. His ideas are controversial, but his relentless efforts to curb with what he sees as an increasing tendency for modern medicine to promote preventive practices that inflict unforeseen harm to healthy people. This combined with his highly rigorous research has brought him supporters, but also many enemies. He has met more resistance than most other GP researchers, but he is not giving up. From a young irritating and critical GP-researcher, he has now risen to become an authority with a world-wide impact on medical thinking through his scientific publications in BMJ, the Lancet and other international journals with a high impact."



Skaraborg vann medlemstävlingen

SFAM Skaraborg hade ökat sitt medlemsantal mest. Anneli Vinensjö fick en "gratisbiljett" till kongressen.



Paper of the year

Scandinavium Journal of Primary Health Care (SJPHC) delar ut Paper of the Year Award. Priset för 2013 gick till Holgeir Skjeie, Norge, och priset för 2014 till Maarit Nevalainen, Finland.

Läs mer i AllmänMedicin 2-2015!



Årets lejon: Sonja Modin



Sonja Modin har under många år oförtrutet arbetat för att utveckla primärvårdens och allmänläkarens roll i hemsjukvården. Arbetet i SFAM:s råd för för sköra äldre i primärvården har ofta skett i samarbete med andra sektioner och yrkesföreningar och lett till ett omfattande studiematerial på rådets hemsida. Sonja har på olika sätt också varit aktiv i dialogen med olika myndigheter i arbetet för att förbättra vården för mest sköra äldre och lagt grunden för det utvecklingsarbete som måste intensifieras under de kommande åren.

Text och foto:
Ingrid Eckerman



Årets handledare: Jean Ilia

Jean Ilia beskrivs som lugn och tålmodig av sin ST-läkare. En ST-läkare som i många år arbetat som allmänläkare i ett annat land. Ett land med annan kultur och ett annorlunda sätt att arbeta. Genom mycket stöd och uppmuntran har hans ST-läkare vuxit in i den svenska allmänläkarrollen.

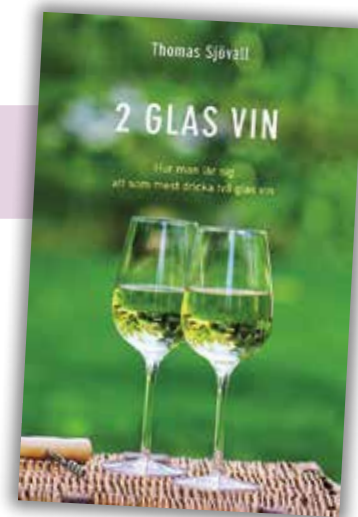
Nominerad av Muhammed Al Hussoni, Aleris vårdcentral Järva, Stockholm som fick hämta diplommet åt sin handledare.

SFAM informerar

Ska SFAM gratulera?

Uppmärksamma dina kollegor på hemsidan och i tidningen! Skicka information samt foto i hög upplösning till chefredaktor@sfam.se.

Sjövall, Thomas. 2 glas vin. Hur man lär sig att som mest dricka två glas vin. Stockholm: Författares bokmaskin 2015. 96 s. ISBN 978-91-6377-433-1.



Recension 1:

En handbok till läkare för eget bruk

Många kommer att känna igen sig i denna lilla bok som återger hur författaren funnit en väg att ta kommandot över sin egen alkoholkonsumtion. Ett av nyckelcitaten i boken lyder: *"Svaret på frågan varför just nu? För mig är det att det känns ohälsosamt och oklokt att efter femtiofem år med alkoholen ännu inte vara den helt styrande. Jag känner ingen skam, men mindre konsumtion vore skönt."*

Efter att ha läst fakta om alkoholen finner författaren till sin glädje att absolutism inte är en nödvändighet för att ha kontroll över sin alkoholkonsumtion. Befrielsen över att inte behöva totalt avstå från det goda vinet utlöser energi och upptäckarglädje att finna en väg till ett måttligt drickande.

Författaren gör upptäcktsfärden till ett projekt att skriva *"2 glas vin – Hur man lär sig att som mest dricka två glas vin"*. Vi kan följa resultatet i en charmig handbok med en blandning av fakta, egna upplevelser, egna reflektioner och citat från forskare och filosofer. Boken får ytterligare liv genom de många kluriga illustrationerna som talar till känslan och stimulerar läsarens egna funderingar.

Det är en lästlät och sympatisk bok med en öppen beskrivning av författarens egna erfarenheter utan att bli patetisk eller självutlämnande. Författaren lyckas vara tydlig när det gäller alkoholens nackdelar utan vara skuldbeläggande.

Författaren, med förflutet som matematiklärare, visar sin pedagogiska skicklighet när han med hjälp av kulram och olikfärgade siffror hjälper läsaren att beräkna hur många två glas vin alltid är.

Boken avslutas med en fem sidor lång lista på skäl och svepskäl till att dricka ett glas eller fler i alla möjliga och omöjliga sammanhang. Jag tror många normaldrickare och riskbrukare uppskattar igenkännandets humor.

Genom sin mänskliga ton kan boken fungera som en inspirator till ett lagom drickande för vinälskande läkare. Samtidigt kan det vara en handbok för läkarens patienter. Det finns en hel del som vi läkare kan lära oss när det gäller att inta en attityd till problemet alkohol som fungerar bättre i det komplicerade samtalet om alkohol med våra patienter.



Jonas Sjögreen
Senior allmänläkare, Västerås
jon.sjogreen@gmail.com

Recension 2:

En problematisk bok om minskat drickande

Där vinet går in går vettet ut" – ett gammalt ordspråk som Thomas Sjövall inte diskuterar i sin bok *"2 glas vin. Hur man lär sig att som mest dricka två glas vin"*.

Boken är lästlät och skriven på ett sorglöst sätt. Vi får följa Thomas Sjövalls väg från för mycket vindrickande till att han håller sig till två standardglas vin på 12,5 cl per gång. Det är vad som gäller för män. Hur mycket kvinnor kan dricka får vi till att börja med inte veta.

En miljon svenskar dricker så mycket att de befinner sig på en risknivå för hälsan. En del i riskzonen kommer att utveckla ett alkoholberoende. Sjövalls genomgång av de sjukdomar som kan följa på för mycket alkoholdrickande är överskådlig och lättförståelig. Det är nyttig läsning för dem som inte mår bra av sitt drickande.

Boken grundar sig på att Thomas Sjövall inte vill avstå från vin. Som ett projekt i sina ansträngningar börjar han skriva denna bok. Han har läst artiklar om att alla inte behöver bli nykterister utan med nya behandlingsmetoder kan minska alkoholkonsumtionen.

Det är det bekymmersamma med Sjövalls bok. Han problematiserar inte att en del som dricker för mycket triggas av själva alkoholen så att det uppstår ett behov, begär eller längtan efter att åter uppleva den härliga avslappningen eller den förhöjda livskänslan efter ett par glas vin. Det är inte möjligt för en del – eller många? – att dricka två glas. En diskussion av den frågan, inte minst lite mer kunskap, skulle behövas i en bok som handlar om att dricka begränsat. Frågan är mer komplex än Thomas Sjövall gör den till. Nu lämnas tveksamma i sticket.

Det är lockande för många människor att släppa ansvaret efter att ha läst en bok om att nästan alla kan lära sig att dricka mindre. Sjövall påpekar att för cirka en procent gäller nolltolerans. De måste sluta dricka helt eller gå under. Han menar att de allra flesta problemdrickarna kan lära sig att dricka mindre och må bättre. Hur agnarna ska skiljas från vetet diskuterar han inte. Förrädiskt är att man kan få för sig att detta är väldigt lätt, och att vem som helst klarar det själv.

Sjövall menar att det är när jag själv känner att mitt drickande inte är okej, att jag dricker mer alkohol än som är bra för mig – det är då jag ska ta itu med drickandet.

I hans berättelse ingår att skriva boken ”2 glas vin” som ett led i att dricka mindre. Om det är ett tips till alla som dricker för mycket skulle det bli en förfärlig massa böcker.

Andra problem är att han för in begrepp utan att förklara

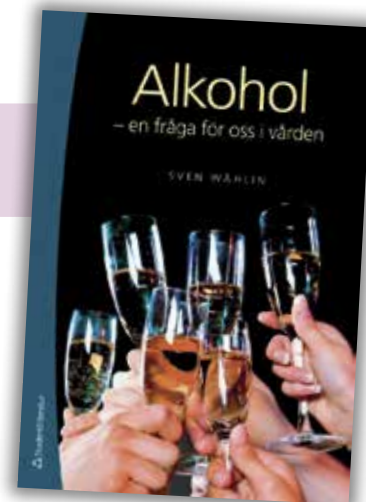
dem förrän längre fram. Han nämner t.ex. AUDIT-begreppet utan att förklara det. Om man inte känner till det blir läsningen förvirrad. Förmodligen gäller det den som läser boken eftersom grundförutsättningen är att hen just börjat fundera över sitt drickande. Denna bok är möjligen det första man läser i detta ämne efter att ha fått den rekommenderad av en primärvårdsläkare.

Agneta Berglin
Journalist, chefredaktörsgörande
Stockholm
berglin.agneta@gmail.com



Wählin, Sven. *Alkohol – en fråga för oss i vården*.
Studentlitteratur 2015, andra upplagan. 335 s. ISBN 978-91-4410-453-9.

En självständigt tänkande expert om alkohol



Lagom till semestern får jag denna genomarbetade (andra upplagan) och välskrivna bok om alkohol.

Författaren är allmänmedicinare som arbetar på Berouendecentrum i Stockholm. Ämnet är känsligt och vi har alla vårt eget förhållande till denna uråldriga drog. Etymologin med arabiskans ”fint pulver” var nytt för mig.

Det moderna begreppet ”beroende” av olika grad förklaras och motiveras med epidemiologiska studier. Upp till en tredjedel av oss i västerlandet uppfyller någon gång under vår levnad kriterierna för beroende. Den ofta goda prognosen betonas. Många konkreta råd ges om hur frågan kan väckas på ett patientcentrerat sätt. Skam är en vanlig fallgrop. ”Paternalism är vår arvedel” inom vården.

Fokus ligger på milt och måttligt beroende. En aspekt jag saknar i boken är negativa effekter av intervention från vården. Den goda avsikten är att minska skadligt bruk. Om prognosen för spontan förbättring är statistiskt god är det viktigt att vården inte i välmening försämrar den.

Skilnaden mellan olika frågeformulär för egen värdering, t.ex. AUDIT, och diagnostiska kriterier i DSM-5 eller ICD-10 är viktig.

Moderna metoder och verktyg i samtalet och hur en förändring av levnadsvanor kan gå till diskuteras med ett enkelt språk som lättar upp det tunga ämnet.

Total nykterhet eller avhållsamhet är sällan motiverat. Författarens fru, psykoterapeut, som länge lärt ut kontrollerat drickande, nämns i inledningen.

De ord vi använder är viktiga och författaren argumenterar för en städning i terminologin. Missbruk, alkoholism, klientel och medberoende är begrepp som ifrågasätts i resonerande avsnitt.

Biomarkörerna har utvecklats och förfinats genom åren. ASAT, ALAT, GT, CDT, PEth tar vi mest i körkortsärenden. EtG och EtS har vi ännu inte använt. De olika markörernas mekanismer förklaras kortfattat. Möjligen saknar jag kostnadsangivelse för analyserna. Sådant kan dock variera över tid och olika laboratorier. Farmaka mot sug och återfall – Antabus, Naltrexon och Akamprosats – presenteras kortfattat och nedtonat.

Algoritmen för ”promillekollen” skiljer mellan könen p.g.a. olika andel kroppsvatten och presenteras i farmakologiavsnittet.

Hypoteser för alkoholens skadliga mekanismer vid olika sjukdomar är omfattande och beskrivs utförligt. Alla kroppens ►►

organ påverkas. Detta kan vara viktigt att kunna förklara för att öka motivationen att dra ner på skadligt bruk.

Att upp till tio procent av cancer hos män orsakas av alkohol var nytt för mig.

Alkohol under graviditet kan resultera i uttalade funktionsnedsättningar, fetalt alkoholsyndrom.

Argument framförs för alkoholfria operationer på samma sätt som för tobak.

Idrottsrörelsens ambivalens – det var ju där man lärde sig festa för längesedan – kritiserar.

Berättigad kritik framförs mot gällande lag om anmälnings-skyldighet vid alkoholberoende och körkort. De flesta beroende är omdömesgilla förare. Lagen är föråldrad och fungerar inte.

Referenser anges i slutet av varje kapitel men inte i texten. Jag märker att det irriterar mig när jag inte är överens med författaren. Jag hade t.ex. velat se referensen direkt om evidens för FaR.

En hel del kontroversiella frågor berörs i boken. Ofta presenteras olika ståndpunkter neutralt eller diskuteras värderingar och begrepp ur olika synvinklar. Det gäller till exempel den eviga frågan om huruvida måttlighetsdrickande är hälsobefrämjande.

Jag uppfattar författaren som något så ovanligt som en självständigt tänkande expert på levnadsvanor som faktiskt lyssnar till argument och evidens.



Läs recensionen av första upplagan i AllmänMedicin 4-2013!

När det gäller frågan om vi ska screena alla patienter, om journalföring av alkoholanamnes och om målrelaterade ersättningar för registrering av levnadsvanor verkar inte processen riktigt fullgånge. I boken benämns detta som "problematiskt". Varför inte ta steget fullt ut och avråda? Är det en kvardröjande attityd från en hurtfrisk patriarkal folkhälsoentusiast?

Knutet till boken är en mycket användbar, genomarbetad och pedagogisk interaktiv webbplats med övningsuppgifter, sammanfattningar, länksamlingar. Tyvärr fungerade den dock inte för iPhone och iPad!

Tänk vad modern pedagogik kan underlätta instudering där läsaren väljer vilka delar som passar. Vettigt i övningsuppgifterna är att felaktigt svar meddelas direkt, för att undvika onödig energikrävande felinläring.

Länkarna (kamrat-stöds-organisationen) som tidigare i Jokkmokk var en mycket viktig samarbetspartner vid tyngre beroende nämns inte.

Kommer jag då att ändra mitt arbetssätt efter läsningen av boken? Ja kanske något, i samverkan med min entusiastiska mottagningssköterska.

Om det påverkar reflektioner om eget bruk under min semester återstår att utvärdera. Skål!

Peter Olsson

Jokkmokk

peter_olsson@hotmail.com



Att lära och utvecklas i sin profession. Red. Biguet G, Lindquist I, Martin C, Pettersson A. Studentlitteratur 2015. 215 sidor. ISBN 9789144092454.

Praktiskt om professionell utveckling

Vad krävs för att utvecklas i sin profession? Förr talade man om att åka på kurs och lyssna på föreläsningar. Men synen på lärande har förändrats. Problembaserat, interaktivt och reflektivt lärande med vardagsarbetet som den givna utgångspunkten har ersatt inlärande av kunskaper hämtade från universitetens bokhyllor. Inom grund-, vidare- och fortbildningen talar vi numera om kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, om livslångt lärande och om kontinuerlig professionell utveckling.

"Att lära och utvecklas i sin profession" tar upp det teoretiska underlaget för professionell utveckling, men framförallt är boken en konkret och praktiskt användbar beskrivning av den process vi kallar professionell utveckling.

Författarna är fysioterapeuter med omfattande akademiska meriter som låtit en socionom, en sjuksköterska, en psykolog och en läkare skriva egna kapitel. Boken inleds med en utmärkt teoretisk genomgång av ämnet och ger, med stöd i referenser till pedagogikens förgrundspersoner, argument för kontinuerligt lärande och reflektion i vardagen. Den följs av konkreta beskrivningar av hur konceptet kontinuerlig professionell utveckling kan förverkligas i praktiken. Bland metoderna som nämns finns egenreflektion, interprofessionellt lärande, utveckling genom feedback, kollegiala reflektionsgrupper och utveckling genom förbättringsarbete.

Boken är ett värdefullt nytillskott till nuvarande litteratur och har fördelen att inte uppehålla sig mer än nödvändigt på



det teoretiska planet. Även om flera av författarna är fysioterapeuter har boken en tydlig tvärprofessionell ansats som gör den relevant för bland annat läkarprofessionen. Kapitlet "Att utvecklas genom att reflektera tillsammans i grupp" har exempelvis kopplingar till allmänmedicinska FQ-grupper, och i boken finns nya infallsvinklar på reflektion i grupp.

Författarnas avsikt har varit att skapa ett praktiskt och konkret korrelerat till det i mångas ögon abstrakta begreppet professionell utveckling och det har de lyckats med. För allmänmedicinens

vidkommande kan boken varmt rekommenderas till AT- och ST-handledare, studierektorer, fortbildningssamordnare och alla professionella som är intresserade av praktiskt utformade verktyg för att åstadkomma professionell utveckling.

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Allmänläkarpraktikan – Gastroenterologi och anemi. Red Hedin K, Löndahl M. Studentlitteratur 2013. 99 sidor. ISBN 978-91-44-07194-7

Bra stöd vid utredning av mage och blod



Allmänläkarpraktikan – Gastroenterologi och anemi" ingår i serien "Allmänläkarpraktikan" som riktar till läkare inom allmänmedicinsk verksamhet. Redaktörer för serien är allmänläkaren Katarina Hedin och endokrinologen Magnus Löndahl. Denna bok är skriven av specialister i allmänmedicin och gastroenterologi. Detta är optimalt för att få med allmänspecialistens vårdcentralsfokus men samtidigt ta del av sjukhusspecialistens fördjupade kunskaper.

Innehållsförteckningen tar upp det som behövs för att man lätt ska kunna slå upp diagnos eller prov man vill utreda. Exempel: "Kapitel 5"/"Leversjukdomar"/"Leverprover"/"Bilirubin". Kapitlen är indelade efter organ och tar upp handläggning vid både symtom (diarré) och sjukdom (IBD) – alltså på sätt som patienten ofta presenterar sig på vårdcentralen, vissa med symtom och vissa med känd sjukdom. Boken inleds innan organkapitlen med ett kapitel på fyra sidor som kort och koncist förklarar matspjälkningens fysiologi.

Boken är tydligt skriven med god hjälp vid utredning. I till exempel kapitlet om diarré framgår det i punktform viktiga anamnestiska uppgifter och varför man ska fråga om det, till exempel "tidigare bukoperationer eller strålbehandling? (bakteriell överväxt)". Därefter kommer ett stycke om grundläggande utredning innefattande rektoskopi och ett antal prover, även detta i punktform men med några efterföljande kommentarer om till exempel celiaki-prov och F-kalprotektin. Efter detta bör man kunna placera in diarrén i någon av grupperna infektion, inflammation, malabsorption, tumörmisstanke eller motilitetsrubbing. För varje av dessa ges förslag på hur man går vidare med eventuellt prov eller kontakt med framför allt gastroenterolog.

Det är tydligt vad som är primärvård och sjukhusspecialistvård. När till exempel ämnet "lätt stegrade transaminaser

utan symtom" tas upp framgår det klart vilka prover som tas i primärvården och när gastroenterolog ska konsulteras. Jag har själv haft nytta detta kapitel. Det framgår vilka diagnoser jag inte bör missa och således vilka prover jag bör ta.

Bra bilder, lagom stor text och bra schematiska översikter (till exempel vid utredningsgång vid förhöjt ALP). Det passar för den som vill snabbt och enkelt kunna slå upp det viktigaste som behövs vid utredning inom primärvården. I boken finns till och från insprängt små faktarutor med viktiga saker att tänka på, till exempel "Alarmsymtom vid buksmärtor".

Texten är lättförståelig och begrepp som jag inte stöter på så ofta i allmänmedicinen förklaras enkelt. Genomgången av exempelvis leversteatos och steatohepatit är enkel och kortfattad där jag får det jag behöver kunna inom allmänmedicinen. Vill man fördjupa sig finns ju internetmedicin.se och andra.

Sammanfattningsvis ger boken väl uppdaterad utredningsgång vid gastromedicinska åkommor och anemi på ett välstrukturerat och kortfattat sätt som är enkelt att ta till sig. Framför allt är den bra när man sitter på mottagningen och snabbt behöver slå upp i boken då en patient går iväg för provtagning och man vill kontrollera om man behöver komplettera med något prov. Trots att den är ganska tunn så känns den som om den innehåller mycket fakta.

Jag skulle rekommendera boken till mina ST-kollegor och jag antar att även färdiga specialister i allmänmedicin skulle ha nytta av den.

Petter Jacobsson

ST-läkare

Närhälsan Stora Höga vårdcentral

petterjacobsson@yahoo.se



Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?
Redaktör: Ragnar Levi. Utgivare: SBU (Statens beredning för medicinsk
utvärdering) 2014. 240 s. ISBN 978-91-8541-374-4



En bok som kan ge mer kritiska patienter

SBU har gett ut en svensk version av den brittiska förlagan *Testing treatments*. Boken avser att vara en vägledning till patienter med hänvisning till den nya patientlagen, som syftar till att stärka patientens ställning (SFS 2014:821).

Med Ragnar Levi som redaktör beskrivs ett kritiskt förhållningssätt till hur medicinsk forskning bedrivs, vilka åtgärder som är välgrundade, vilken osäkerhet som finns i medicinsk vetenskap med mera. Språket i boken är tillrättalagt för att kunna läsas även av den som är obehövad i medicinsk terminologi.

Med pedagogiska resonemang förklaras begrepp som randomisering, systematisk översikt och grundläggande statistiska termer. Även de etiska frågor som reglerar medicinsk forskning och praktik belyses. Särskilt betonas vilka fallgropar som finns i medicinsk forskning, som ofta försummas när resultat presenteras av entusiastiska forskare eller ekonomiska intressen. Ett flertal exempel ur den medicinska historiens mindre ärorika insatser – Neurosedyn, Vioxx, östrogenboomen under 1990-talet med flera illustrerar de misstag som en alltför okritisk medicinsk forskning och praktik gjort sig skyldig till. Intressant är hur synen på behandlingen av bröstcancer skiftat de senaste decennierna.

Ett kapitel om problematiken med screening förtjänar att lyftas fram. Det som intuitivt ter sig angeläget – att hitta allvarlig sjukdom på ett tidigt stadium – måste vägas mot problemen med överdiagnostik och överbehandling som oundvikligen

följer med screening. Denna fråga är högaktuell, då allt fler sjukdomar föreslås för screeningverksamhet.

Även om bokens målgrupp i första hand är de patienter, som önskar veta mer om hur forskning bedrivs och behandlingsrekommendationer utformas, bör den få spridning till medicinjournalister, forskare och alla som intresserar sig för kritisk analys av den medicinska världen. Om bokens tankegångar vinner mark kan vi förhoppningsvis få litet mer distans till entusiastiska forskare och mer återhållsamhet i den sensationsjournalistik som vi så gott som dagligen kan ta del av i media.

Om boken når sin målgrupp – de intresserade och upplysta patienterna – får vi allmänläkare och våra kollegor inom andra specialiteter räkna med att få mer ifrågasättande av våra åtgärder. SBU förtjänar en stor eloge för denna insats i folkbildningens tjänst.

Boken kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida www.sbu.se eller beställas från SBU för det facila priset av 50 kr.

Jan Håkansson
Krokoms hälsocentral
Ordförande i SFAM.L (läkemedelsrådet)
jan.hakansson@regionjh.se



4:E NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

MALMÖ 15–16 MARS 2016
www.palliativ2016.se

pc | PALLIATIV
UTVECKLINGS
CENTRUM


Nationella Rådet för Palliativ Vård

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Facklig sekreterare
Knut Meidell
knut.meidell@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Marit Lindberg
marit.lindberg@sfam.se

Övriga ledamöter
Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Kristofer Mollberg
kristofer.mollberg@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Lennart Holmquist
l.holmquist@telia.com

ST-rådet
Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin
sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvane frågor
Mette Barth
m.barth@halsomedicinscenter.se

IT-rådet
Anne Björk
annebjork@gmail.com

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@sjostadsdoktor.se
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

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

NäSTa – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Kontakt:
Maria Lütkeberg
marialutkeberg@hotmail.com

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethage
jens.wiethage@lio.se

Infektioner i primärvården
Sigvard Mölstedt
sigvard.molstad@med.lu.se

Internationella kontaktpersoner

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

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

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

Vasco da Gama Movement
vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkmar.se

Nordic Federation of General Practice/APS
www.nfgp.org
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Nordiska kongressen
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

JÄMTLAND
Jan Håkansson
jan.hakansson@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Christina Ledin
christina.ledin@liv.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Karin Salomonsson-Wohlin
karin.salomonsson.wohlin@lul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Magnus Falk
magnus.falk@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkmar.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

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

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Eva Zembron Björk
eva.zembron-bjork@skane.se
www.sfamnv.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Anna Sternby
anna.sternby@yahoo.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med 4 nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513 (Print)

ISSN 2001-8169 (Online)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Layout

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

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Illustratör

Katarina Liliequist

katli@telia.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

David Svaninger

david.svaninger@dlf.se

Tryck

ÅkessonBerg, 2015

www.akessonberg.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se



Utgivningsplan för 2015

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	12.10	16.11	14.12	Medicinskt oförklarade symtom Nervsystemet och hormonerna

Utgivningsplan för 2016

1	11.1	17.2	14.3	Vård av kroniker - mer än lärande (prel)
2	21.3	27.4	23.5	Europeisk allmänmedicin
3	22.8	28.10	24.10	Teman: Se www.sfam.se/ allmanmedicin, utgivningsplan
4	17.10	23.11	19.12	Teman: Se www.sfam.se/ allmanmedicin, utgivningsplan

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.

Beställningsformulär på www.sfam.se/allmanmedicin "för kursgivare"

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

Eva Norell, utbildningschef

eva.norell@sfam.se

Tel: 0708-52 39 56

Kompetensvärdering i ST

mittist@sfam.seexamen@sfam.se

Johanna Johansson

kurs- & konferenskansli, webmaster

johanna.johansson@sfam.se

Tel: 08-23 24 01

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se och klicka på Ordbyte

 Kalendarium
Länkar via www.sfam.se/kalendarium

2015

Oktober

Studierekonferens

19-20.10 Tällberg

Wonca Europe, 22-25.10, Istanbul

November

GP update, 12.11 Växjö

Nationella kvalitetsdagen

26.11 Stockholm

December

Medicinska riksstämman

3-4.12 Stockholm

Juni

Wonca Europe, 15-18.6 Köpenhamn

September

ST-dagarna, 14-16.9 Kalmar

2017

SFAM:s kongress 26-28.4 Karlstad

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:

Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:

www.scandinaviandelegation.dk

2016

Januari

Kompetensvärderingskurs

18-20.1 Nyköping

April

Idéseminarium, 28-29.4 Stockholm

Fullmäktigemöte, 29.4 Stockholm

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

Kursdoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAMs kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se

Nationella kurser i allmänmedicin

i samarbete med SFAM.



Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.

chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se

Annons