

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2015 ÅRGÅNG 36



**Medicinskt oförklarade symtom
inklusive nervsystemet och hormonerna**

- 2 **Ett modigt ledarskap i hälso- och sjukvården**
Karin Träff Nordström
- 3 **Att vara flykting**
Ingrid Eckerman
- 3 **Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2016**
- 4 **Nya sfam.se**
Roland Koch och Eva Norell
- 5 **En Värdefull Vård – en viktig rapport**
Ingrid Eckerman
- 6 **Debatt: Oacceptabelt remissförfarande**
Stefan Wallmark, Maria Truedsson, Birgit Breitholtz, Meta Wiborgh och Kristofer Mollberg
- 8 **Pseudodiagnoser i konflikt med vården**
Mats Reimer
- 10 **Att möta patienter med symtom utan medicinska fynd – några tips och trix**
Petra Widerkrantz
- 12 **Att lägga handen på det onda stället – ett viktigt verktyg inom läkekonsten**
Ingrid Eckerman
- 14 **Somatisering – ett radikalt nytänkande**
Herman Holm
- 17 **Funktionella somatiska symtom – en diagnos som kan accepteras av patienten?**
Jörgen Malmquist
- 19 **Neuros – en diagnos för symtom som inte kan mätas**
Maria Björk
- 22 **Myalgisk encefalomyelit: På väg från medicinskt oförklarad tillstånd till medicinsk sjukdomsmodifierande behandling?**
Per Julin
- 25 **Diagnostiskt centrum för snabbare diagnos**
Emelie Stenman och Jan Sundquist
- 27 **Köksbordet som vårdideologi**
Jesper Poucette
- 29 **Säker läkemedelsanvändning i primärvård: Resultat av pilotprojektet – nu startar omgång 2!**
Sara Modig
- 32 **Hälsoprofil – pedagogiskt hjälpmedel och prognostiskt verktyg**
Lars-Göran Persson och Hans Lingfors
- 35 **Från Hälsoprofil till Hälsokurvan – vad hände sedan?**
Hans Lingfors och Lars-Göran Persson
- 37 **Tvårprofessionellt arbete skapar nya synsätt**
Viveca Gyberg, Linda Mellbin och Lars Rydén
- 41 **Alexander Jan Öberg – tonsättaren som vill bli allmänläkare**
Gösta Eliasson
- 43 **Läkemedel och miljö på nationell och internationell nivå**
Ingrid Eckerman
- 44 **Kompetensutveckling med SFAM**
Ingrid Eckerman
- 46 **Studentledd utbildningsmottagning vid Gustavsbergs akademiska vårdcentral**
Annika Pettersson, Annika Eriksson, Ulrica Wedholm, Helena Almer, Karoline Kolaas, Maria Fröberg och Erik Hedman
- 49 **Medvind för SPUR och Lipus nya VD**
Gösta Eliasson
- 50 **Primärvård i Barcelona: likt och olik**
Anna Sternby, Tanja Olsén, Hans Belfrage, Martina Grösch, Malin Svensson, Beatrice Segerstein Aske, Lars-Olof Nilsson och Caroline Schön
- 52 **Nationella forskarskolans uppstartsdagar 2015**
Ingrid Eckerman
- 55 **WONCA Europe kommer til København!**
Peter Vedsted och Roar Maagaard
- 56 **Från glesbygden: Det var en gång...**
Anna Falk
- 57 **Recension: Nyttig handbok för ST-läkare**
Kristian Gjessing
- 58 **Recension: Underhållande kritik av saknad evidens**
Veronica Milos Nymberg
- 59 **Recension: "Optimerat ledarskap" kräver att man leder sig själv**
Annika Larsson
- 60 **Recension: Fem rapporter om primärvården**
Ingrid Eckerman
- 61 **Recension: Användbar app om injektionskonst**
Bo C Bertilson och Eva Helde
- 62 **Recension: En ambitiös bok om medicin på webben**
Anne Björk
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 4

Bilden togs i jämtländska fjälltrakter. Mötet med djur var helt oväntat. Vi stannade bilen och njöt av det fridfulla ögonblicket: kyla, vita ytor, renar och frihet. Jag var lycklig.

Nu jobbar jag i Helsingborg, vårdcentralen Drottningshög. Region Skåne! Men planerar att till våren komma tillbaka till Jämtland.

Jag hoppas ta flera bilder framöver då jag fått mitt svenska körkort i vår och har mer frihet att åka till fjälls.



Magdana Simonia
magdasimonia@gmail.com

Ett modigt ledarskap i hälso- och sjukvården

Veckan som gick var jag inbjuden till ett seminarium på Fysioterapi 2015 på temat "Hur får vi ett nytt modigt ledarskap i svensk hälso- och sjukvård?" Det gav mig anledning att fundera närmare på vad jag menar med ett modigt ledarskap, oavsett om det gäller att leda en ideell förening, en verksamhet eller ett arbetslag på vårdcentralen.

Viktigast är modet att alltid sätta patienternas behov först. Allt av värde i hälso- och sjukvården skapas i mötet mellan patient och vårdgivare. Chefer, administrativ personal och andra aktörer har som främsta arbetsuppgift att skapa förutsättningar för vårdpersonalen att göra sitt jobb så bra som möjligt. Inte alltid så lätt i en kultur fylld av traditioner, detaljstyrning och kolliderande direktiv, men icke desto mindre nödvändigt. För att styrsystem ska drabba patienten krävs att de styr fel samt att chefer och medarbetare, mot bättre vetande, låter sig styras fel.

Dagens och morgondagens hälso- och sjukvård kräver också ett mod att föra dialog och involvera. Det gäller medarbetare men också patienter och närstående. Dessutom behöver vi samtala med politiker, landstingstjänstemän och myndighetspersoner. Endast då kan vi hitta de lösningar som vi så väl behöver i en framtid med många utmaningar, på senare tid utökad med ytterligare en i form av den tilltagande strömmen av flyktingar som kommer till Sverige och som behöver vård och hälsoundersökningar.

Slutligen krävs mod att acceptera att vi inte kan göra allt vi vill och att hushålla med våra gemensamma resurser. Ambitionerna är med rätta höga i Sverige som har ett av världens bästa sjukvårdssystem, väntetider och bristande samordning till trots.

Det är min absoluta övertygelse att vi med de resurser vi har kan göra mer om vi organiserar oss mer utifrån patientgruppens behov än läkarspecialiteter och vårdnivåer. Vi behöver gå från roll till relation. Vi skulle också frigöra tid till patienterna om vi äntligen finge IT-system som hjälper i stället för skapar merarbete. Men vi behöver också tänka annorlunda.

Jag har vid ett par tillfällen besökt Gambia och stödjer sedan något år en landsortsklinik där. När jag var där första gången hade de inte haft vatten på två år på denna kombinerade vårdcentral och förlossningsklinik. Nu har de rinnande vatten, wc och dusch och är oerhört nöjda och tacksamma. På frågan hur de kan vara så nöjda när de har så lite, fick jag svaret "Vi jämför oss alltid med dem som har det sämre men i Europa jämför ni er med dem som har det bättre och är därför aldrig riktigt nöjda."

Jag tror det ligger mycket i det och i Sverige som redan är så bra jämför vi oss ofta med hur det "borde" vara i den perfekta världen. Självklart ska vi sikta högt och ständigt sträva efter att förbättra våra verksamheter. Det motsäger dock inte att man kan vara nöjd med att göra det bästa man kan med det man har för stunden.

I skrivande stund är jag särskilt nöjd med att nya sfam.se närmar sig lansering med stormsteg. Varmt tack till alla som bidragit på olika sätt i detta arbete! Nu lyfter vi allmänmedicinsk fortbildning till nya höjder och jag hoppas vi ses i olika diskussioner på Forum.

Karin Träff Nordström
Ordförande i SFAM
Hedersmedborgare i Besse, Gambia
ktn@sfam.se



AllmänMedicin informerar

Rättelse

AllmänMedicin 2-2015, sid 5: Naturligtvis var det Karolinska Institutet, närmare bestämt Sektionen för allmänmedicin vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), som bjöd in till de allmänmedicinska lärosätenas möte i Stockholm 19-20 mars.

Att vara flykting

När ni läser detta hoppas jag vara i Bhopal, Indien. Efter nästan sex år har jag blivit lovad visum – och att få komma in i Indien. Senast blev jag, trots visum, hemskickad med vändande plan. Jag var på svarta listan.

Mina upplevelser i Indien har gett mig perspektiv på att vara flykting. Mötet med Indien och gamla stan i Bhopal präglas av att allt är annorlunda. I trafiken gäller andra regler. Man äter med fingrarna. Toa och dusch är en annan standard. Dofter, smaker, ljud – allt är annorlunda. Nästan ingen talar engelska. Man är utlämnad.

Vid ett av de första besöken var jag trött och småsjuk. Jag tänkte då – om det händer någonting hemma, krig eller jordbävning, så jag måste stanna kvar här, i gamla stan, för alltid – hur kommer jag att känna det? Jag insåg att jag skulle bli deprimerad.

Att bli hemskickad från Delhi var ovän-

nat. Jag fick aldrig träffa den som fattade beslutet. Jag förstod inte varför jag behövde vänta – förrän jag plötsligt blev uppmanad att gå tillbaka till planet. Jag blev enormt uppriven. Då tänkte jag på de flyktingar vi sätter på flyget tillbaka till katastrofen – till förföljelse och fattigdom, till ett liv på gatan eller kanske i fängelset, i vissa fall en säker död.

Jag är oerhört stolt över hur unga svenskar tar emot flyktingar i Stockholm. Transitflyktingarna, som inte tas om hand av migrationsverket, möts vid tåget, får information, vatten, lite mat. De som behöver träffar läkare. Sedan får de skjuts till något boende. Där finns renbäddade madrasser, kalsonger, strumpor, toalettartiklar, mat. På migrationsverkets största boende bedrivs okonventionella "studiecirklar" av alla slag. Själv har jag börjat en ny karriär som "svensklärare".

Sverige står inför en stor förändring med alla blivande nya svenskar. Kanske får vi en underklass igen. Sprickorna i vårt välfärdssystem har tidigare synts i skolan men syns nu även i sjukvården. Många av de nya kan bli goda resurser i sjukvård och omsorg. Men har vi råd att utbilda dem och sedan anställa dem till hyggliga löner?

Något slut på dagens folkomflyttningar kan jag inte se. Vi måste vara beredda på att ta emot fler och fler. Ni, mina kollegor, får ännu mer att göra med nya patientgrupper, nya sjukdomar, nya arbetssätt, samtidigt som ni blir allt färre det närmaste årtiondet.

Det kommer att krävas flexibilitet, mod att gå emot beställaren, mod att prioritera enligt hälso- och sjukvårdslagen. Jag tror



Min "syster och bror" julafton 2003.

att man kan få större delen av befolkningen att acceptera prioriteringarna – om man går ut och informerar ordentligt.

Ingrid Eckerman
chefredaktör@sfam.se



Den muslimska nationaldräkten i Bhopal. Schalén är flera meter lång och klänningen når till fotknölärna.

Bhopalkatastrofen 3 december 1984 är världens största industriolycka. 43 ton giftiga gaser från en kemisk fabrik spreds över den sovande slumbefolkningen. 8 000 dog första veckan, ca 100 000 fick permanenta skador. År 1994 var jag ledamot av International Medical Commission on Bhopal. Det ledde till årliga besök och att jag blev "adopterad mormor". Bhopal blev ämnet för min uppsats för master of public health, och år 2004 gavs min bok *The Bhopal Saga* ut i Indien.
Läs mer: www.eckerman.nu

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2016

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till idéseminariet 28-29 april.

Plats: Bergendal Meetings, Landsnoravägen 110, Sollentuna
Tid: Fredagen den 29 april kl 13.30-15.30.

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast 28 februari 2016.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) från den 29 mars.

Välkommen önskar Karin Träff Nordström, Ordförande

Nya sfam.se

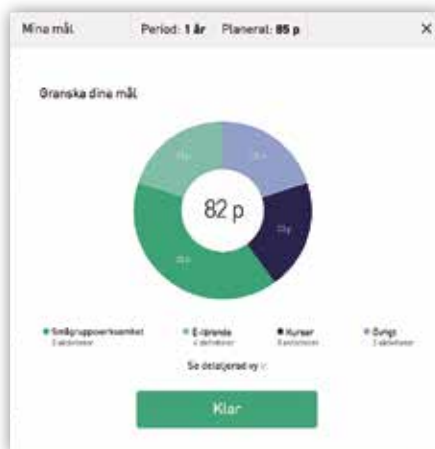
I skrivande stund pågår betatest av nya sfam.se. Om allt fortsätter enligt plan är den nya hemsidan i drift när den här artikeln är publicerad.

Nya sfam.se består av föreningens hemsida och portalen Lärande och utveckling. Portalen är ett sätt att tillgodose det stora intresset för fortbildning som finns bland allmänläkare. Här ska man snabbt och enkelt kunna hitta det man söker. Portalen kommer att innehålla allt från kurser och böcker till webbutbildningar och metoder för kollegialt lärande. Nya sfam.se ska underlätta och motivera till lokal fortbildning.

Genom att stärka allmänläkarnas fortbildning ökar möjligheterna att ge bra vård till bland annat den växande gruppen patienter med kroniska sjukdomar.

Planera och genomföra fortbildning

På utbildningsportalen finns möjlighet att planera och dokumentera sin utbildning genom ett poängsystem. Här kan allmänläkare följa upp sin utbildning och arbeta mot tydliga mål. Ett liknande poängsystem används redan i Norge, och nu genomför vi ett pilottest av det i Sverige.



Innehåll

Innehållet på nya sfam.se är i hög grad beroende av att många vill dela med sig av sina egna goda exempel. Hemsidan och portalen är bara en plattform. Innehållet måste vara relevant i allmänläkarnas vardag.

Nya sfam.se bygger på en gedigen undersökning av vad olika allmänläkare söker. Den nya hemsidan har fokus på

Innehållet i nya sfam.se

Redaktionen tar tacksamt emot tips på innehåll!

Exempel: Underlag för FO-grupp, bra e-lärande, kurser, seminarier, böcker.

När det gäller visst innehåll samarbetar vi med tidskriften **AllmänMedicin**: Bokrecensioner, app-recensioner, artiklar om lyckade utbildningsprojekt.

Vi har möjlighet att bearbeta material med utformning, språkkrättning, layout m.m.

fortbildning – det syns i design och märks i innehållet.

Målsättningen har varit att göra så mycket bra material som möjligt tillgängligt för alla som vill ha det, även om man inte känner till SFAM:s organisation.

Utvärdering av poängsystemet

Poängsystemet ska utvärderas i ett pilottest under cirka tre månader. Vi hoppas därför att många vill pröva det och lämna sina synpunkter.



Roland Koch

Redaktör för Lärande och utveckling på sfam.se
ST-läkare, Klinte vc, Gotland
roland.koch@sfam.se



Eva Norell

Chef för Fortbildningsenheten
Projektledare för nya sfam.se
eva.norell@sfam.se

AllmänMedicin informerar

Ska AllmänMedicin gratulera?

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



En Värdefull Vård – en viktig rapport

Sedan många år har läkare i olika sammanhang uttryckt sin olust inför hur sjukvården utvecklats under 2000-talet. Våren 2013 publicerade DN en artikelserie om sjukvården av Maciej Zaremba. Nu tog diskussionen om "New public management" fart i alla medier. Två unga läkare gjorde ett upprop som på några dagar undertecknades av ett tusental läkare. Svenska Läkaresällskapets etikkommitté arrangerade en mycket välbesökt tisdagssammankomst. En arbetsgrupp tillsattes för projektet "En värdefull vård" med syfte att analysera hälso- och sjukvårdens utveckling de senaste åren.

Arbetsgruppen består av sex läkare från olika specialiteter, var och en representerande enbart sig själv. En av dem är den seniora allmänläkaren Jonas Sjögren. I referensgruppen finns Fredrik Settergren från Uppsala, förutom representanter för bl.a. nätverket Gemensam välfärd, SBU, SYLF, SLS och Läkemedelsverket.

Uppdraget från SLS nämnd var att bidra dels till en förändring av sjukvårdens strukturer förenlig med bl.a. läkarkårens etiska regler, dels till utveckling av läkarkårens professionella identitet.

Inför Almedalsveckan 2015 lanserade arbetsgruppen sin rapport En Värdefull Vård. Den presenterades i en samman-



En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum
Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp. En Värdefull Vård.
Remiss 150626.

fattning (25 sidor) och ett huvuddokument (135 sidor) och skickades ut på bred remiss. Svarstiden var angiven till strax efter sommaren men förlängdes senare.

I rapporten poängteras primärvårdens betydelse för ett gott sjukvårdssystem. Enligt uppgift var enigheten härom stor

i arbetsgruppen. Många allmänläkare har reagerat mycket positivt på rapporten.

SFAM:s styrelse läste huvuddokumentet innan de skrev sitt preliminära svar. Styrelsen ställde sig bakom många av de värderingar som lyfts fram men var också kritisk till rapporten som sådan. Detta skickades dels till SLS nämnd för kännedom, dels till SFAM:s lokalföreningar och råd för att inhämta deras synpunkter inför det definitiva svaret. Det ovanliga förfaringssättet har debatterats bland SFAM:s medlemmar. En debattartikel, kompletterad med styrelsens kommentar, finns på sid. 6.

När detta skrivs finns rapporten, sammanfattningen och det preliminära remissvaret på SFAM:s hemsida. När detta läses finns styrelsens slutgiltiga remissvar på hemsidan, liksom de synpunkter som råd och lokalföreningar skickade in.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Ur sammanfattningen

Rapporten från arbetsgruppen En Värdefull Vård består av ett huvuddokument och ett sammanfattande dokument. Målsättningen är att bidra till en gemensam diskussion om vårdens styrning och organisation, grundläggande värderingar, målsättning och ansvar.

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 universitets- sjukvårdsområden, 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 harmonieras
6. det personliga ansvaret i hälso- och sjukvården stärks
7. obligatorisk fortbildning för alla specialitetsläkare införs
8. övergripande reformer av hälso- och sjukvården utvärderas systematiskt

Därutöver anser vi 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.

SFAM informerar



SFAM:s styrelse 2015

Bakre raden från vänster:
Kurt Meidell, Karin Träff Nordström,
Ulrika Elmroth, Kristofer Mollberg.

Framre raden:
Anna Nager, Marit Lindberg, Åsa Niper.



Oacceptabelt remissförfarande

Projektet En Värdefull Vård presenteras på sid. 5.

I juni 2015 publicerade Svenska Läkarsällskapet dokumentet ”En värdefull vård”. En grupp representanter för olika specialiteter, utsedda av Läkaresällskapet, gick noggrant igenom problem i svensk sjukvård och gav förslag på hur man skulle kunna komma tillrätta med dem. I dokumentet poängteras bland annat allmänmedicinens och en välfungerande primärvårds roll för hur övrig sjukvård skall kunna fungera effektivt.

Detta dokument har gått på remiss till många instanser i samhället inklusive SFAM. SFAM:s styrelse har skrivit ett förslag till svar på remissen och detta förslag har skickats ut till lokalföreningarna och råden för att vi medlemmar skall kunna lämna våra synpunkter. En synbarligen föredömlig demokratisk process. Det är utmärkt att medlemmarna tillfrågas när viktiga remisser ska besvaras när det dessutom, som denna gång, finns gott om tid för ett sådant förfarande. Svaren skulle vara styrelsen tillhanda senast den 30 september.

Under tiden som vi i SFAM Norrbotten utformade vårt svar blev vi varse att SFAM:s styrelse redan i slutet av augusti hade skickat sitt utkast till remissvar till Läkaresällskapets styrelse för kännedom.

Detta har gjort oss mycket förundrade. Vi ifrågasätter starkt styrelsens handlande. Vad är meningen? Var det verkligen en

enig styrelse som stod bakom svaret? Varför inväntar inte styrelsen de svar från medlemmarna som inkommer inom den stipulerade tiden? Kommer styrelsen överhuvudtaget att läsa och ta hänsyn till medlemmarnas svar?

För oss är förfarandet helt oacceptabelt.

Vi tycker också att styrelsen skulle ha flaggat tydligare för EVV på hemsidan.

Mail till lokalföreningarna och råden räcker inte, dessutom i semestertider då det är lätt att det tappas bort. Istället för att lägga informationen som en nyhet som med automatik hamnar allt längre ner i nyhetslistan och försvinner från startsidan kunde man ha låtit en av de nio rutorna innehålla information om EVV och remissbehandlingen. Avspeglas styrelsens negativa inställning till EVV även på detta sätt?

Vi är mycket missnöjda med styrelsens hantering av remissen och kräver förklaring.

Stefan Wallmark
Ordförande, SFAM Norrbotten
Björknäs HC, Boden
stefan.vallmark@nll.se

Birgit Breitholtz
Björknäs HC, Boden

Maria Truedsson
Senior allmänläkare
Hortlax HC, Piteå

Meta Wiborgh
Senior allmänläkare
Bergnäsets HC, Luleå

Alla är mångåriga aktiva medlemmar i SFAM

Styrelsens svar

Stefan Vallmark m.fl. ställer i sin debattartikel ett antal frågor till SFAM:s styrelse vilka vi här besvarar.

Som debattörerna själva skriver har vi i styrelsen valt att skicka ut EVV på en bred remissrunda i föreningen, just därför att det är en omfattande och viktig rapport med hög allmänmedicinsk relevans.

Eftersom styrelsens utkast lades ut på hemsidan för alla medlemmar att läsa var det också fritt tillgängligt för andra intresserade. Därmed kändes det naturligt att med direkt kommunikation informera Läkaresällskapets VD, nämndsordföranden samt Jonas Sjögren om hur arbetet med remissvaret inleddes samt redogöra för hur den fortsatta interna processen kring EVV såg ut. Att detta väckt farhågor om att vi i styrelsen försökt föregripa eller kringgå den interna remiss-processen kan vi bara beklaga.

Vad som är en rimlig nivå på informationsöverföring kan man alltid diskutera. Att EVV-remissen skickades direkt till lokalföreningar och råd samt lades upp som en nyhet på hemsidan kändes i detta fall fullt tillräckligt. Hur vi bäst och mest effektivt sprider information i föreningen är en återkommande fråga för styrelsen, självfallet finns utrymme för förbättring.

I debattartikeln nämns också ”styrelsens negativa inställning till EVV”. Att vi i styrelsen är negativa till EVV är dock en

sanning med modifikation. Vi har sett EVV som ett välkommet och viktigt initiativ och har också i vårt utkast ställt oss bakom mycket av det som skrivs i rapporten, särskilt i kapitel 3. Samtidigt har vi tydligt kritiserat en hel del både när det gäller process, form och innehåll.

Vi var i styrelsen eniga kring vårt utkast till remissvar. Vi var också helt eniga i att remissen behövde skickas ut brett i föreningen för att alla intresserade skulle få möjlighet att yttra sig. Vi har i styrelsen lagt åtskilliga timmar/dagar på att enskilt sätta oss in i och i grupp diskutera EVV-rapporten. När detta skrivs lägger vi ytterligare omfattande tid på att läsa och sammanställa den återkoppling vi fått internt.

Vi kan försäkra medlemmarna att alla synpunkter kommer läsas, läsas igen och tas hänsyn till. Det betyder inte att det slutgiltiga remissvaret gällande EVV kommer att göra varje enskild SFAM-medlem helt och hållet nöjd. Därtill finns det en alldeles för stor mångfald av åsikter och uppfattningar i vår förening. Och det är naturligtvis precis så det ska vara.

Styrelsen genom Kristofer Mollberg
kristofer.mollberg@sfam.se

Fortsätt gärna debatten i Forum på sfam.se!



Kort genmäle

Styrelsens svar ger lite nyspråkskänsla:

– SFAMs styrelse är inte negativa till EVV, de tycker bara att arbetet ska läggas ner!

– Ett remissvar utan att invänta medlemmarnas synpunkter är naturlig direkt kommunikation, inte att föregripa eller kringgå!

Och vad menar styrelsen med ”en alldeles för stor mångfald av åsikter och uppfattningar”?

Våra farhågor kvarstår!

Stefan Wallmark

Ordförande, SFAM Norrbotten
Björknäs HC, Boden
stefan.vallmark@nll.se

Birgit Breitholtz

Björknäs HC, Boden

Maria Truedsson

Senior allmänläkare
Hortlax HC, Piteå

Meta Wiborgh

Senior allmänläkare
Bergnäsets HC, Luleå

Fortsätt gärna debatten i Forum på sfam.se!

SFAM informerar

Vem vinner medlemstävlingen 2015?

Vilken förening kan skicka någon
till WONCA Europe 2016?



WONCA EUROPE CONFERENCE 15-18 JUNE 2016 • Copenhagen • Denmark

Annons

Pseudodiagnoser i konflikt med vården

Medicinskt oförklarliga symtom är mycket vanliga i primärvården, men även bland patienter som söker på sjukhusens akutmottagningar och de som remitteras för en second opinion hos organspecialist. Erfarna läkare är bra på att utesluta tecken till allvarlig sjukdom, men få av oss är duktiga på att ta hand om patienter vars symtom inte verkar bero på somatisk sjukdom.

I många fall räcker det lugnande beskedet att vi inte funnit någon sjukdom. En del patienter har svårt att slå sig till ro med det beskedet, och några blir rent av arga om läkaren nämner psykosociala faktorer stora betydelse för hur hjärnan tolkar kroppens signaler. Besvikna patienter som söker sig utanför den etablerade vården kan lätt hamna i olika pseudodiagnoser. Vilka som är på modet skiftar med tid och rum.

Yngre medborgare har friska tänder utan amalgam, och unga verkar få abstinenssymtom om de inte är uppkopplade. Det är nog skälen till att amalgamsjuka och elöverkänslighet har en dalande popularitet. Dessa två gränande patientföreningar har efter hand insett hur lika deras upplevda symtom är. Ett sista ambitiöst försök att komma fram i media var det gemensamma HET-projektet där Elöverkänsligas Riksförbund och Tandvårdsskadeförbundet sammanställde en rapport med titeln "Är de verkligen sjuka?" [1].

Sjuka-hus-sjuka och "multipel kemisk känslighet" är två andra pseudodiagnoser som för en tynande tillvaro, och de mer paranoida nätverk som hävdar att myndigheterna besprutar oss med "chemtrails" lär aldrig växa sig stora. Men det finns några nya pseudodiagnoser som ökar i popularitet i flera västländer: påstått kroniska infektionssjukdomar samt hormonbrister som inte kan påvisas med vanliga laboratorieprover.

"Kronisk borrelia"

Äkta borreliainfektion är ganska vanligt. Symtomen kan komma smygande och många patienter har inte noterat fästingbettet. När det dessutom kan ta över en månad innan blodserologin blir positiv är det inte konstigt att en del borreliadiagnoser fördröjs. Å andra sidan kan borreliainfektion ofta självläka. Vid enbart allmänna symtom, som trötthet och ospecifika smärtor, är en positiv serologi ofta falskt positiv på grund av gamla kvarstående antikroppar. Misstänker man neuroborrelios bör det bekräftas med en LP [2].

Om diagnosen ibland är svår så är behandlingen mer okomplicerad. Rätt antibiotikum i några veckor läker ut infektionen. Även vid en borreliainfektion som pågått mycket länge, som akrodermatit, räcker det med tre veckors behandling. Symtom orsakade av vävnadsskada och inflammation kan kvarstå även sedan bakterierna är döda, men att ge ytterligare antibiotika ger inte bättre resultat. Det är rådande konsensus bland infektionsläkare i alla länder.

Men det finns ett parallellt medicinskt universum, med egna mottagningar, privata laboratorier och egna konferenser. Dessa "Lyme Literate Doctors" har en hängiven skara supporters, och i USA har de lyckats få många politikere öra. "Chronic Lyme Disease" är en diagnos på modet. Många patienter får dessutom

höra att de inte bara har borrelia. I regel påstås patienterna ha ytterligare kroniska fästingburna infektioner: babesia, bartonella, anaplasma, toppat med mykoplasma och twar.

Diagnosen "kronisk borrelia" ställs ibland genom icke-validerade labtest [3], ibland bara på läkarens bedömning av patientens rapporterade symtom. I patientforum på nätet är det vanligt att deltagarna ställer diagnos på varandra, tipsar om behandling och säljer läkemedel. Det är få läkare i Skandinavien som tillhör denna subkultur. En norsk läkare har blivit deslegitimerad [4] efter felaktig diagnostik och extrem antibiotikaföreskrivning, och en svensk läkare granskas av IVO av samma skäl.

Svenska och norska patienter som tror sig ha svårbehandlade fästingburna infektioner reser till Helsingfors, Gdansk, Pforzheim eller Augsburg. På hemmaplan har de svårt att hitta läkare som vill skriva ut den cocktail som kan innehålla minocyklin, azithromax, artemisin, plaquenil, metronidazol och till och med tbc-medlet rifampicin. I tillägg rekommenderas i denna miljö ofta alternativmedicin med t.ex. naturläkemedel, kosttillskott, IR-bastu eller "frekvensmedicin".

Pseudodiagnosen "kronisk borrelia" blir lätt självuppfyllande: om patienten upplever bättring av behandlingen bekräftar det diagnosen, medan en försämring tolkas som en herxheimer-reaktion där döende spiroketer släpper ut toxiner. Andra vanliga myter är att borrelia kan överföras mellan människor vid samlag eller från gravid kvinna till hennes foster, och att blodtransfusioner medför stor risk att överföra fästingburna smittor. (Den sistnämnda myten är inte totalt grundlös. Man har i andra länder haft fall där babesia överförts via transfusion, och bärare av denna hos människa sällsynta sjukdom behöver inte ha symtom.)

"Målet är att nå de tveksamma som ännu sitter på gårdsgården och inte hamnat i en internetbubbla där medlemmarna prenumererar på en bild av verkligheten som inte stämmer med vårdens."

Patienter med "kronisk borrelia" verkar vara av tre sorter. Några har nog verkligen haft äkta borreliainfektion men tolkar felaktigt restsymtomen som kvarstående infektion. Andra har i sökandet efter ett svar på medicinskt oförklarliga symtom mer av en slump hamnat i just denna diagnos. De kunde lika gärna landat i andra diagnoser som kroniskt trötthetssyndrom eller i pseudoendokrinologi.

Den mest tragiska gruppen med "kronisk borrelia" är de med svåra obotliga neurologiska sjukdomar som inte vill acceptera den allvarliga diagnos de fått av sjukvården. Både i Norge och Danmark har patienter som enligt läkarna har ALS gått ut i media och hävdat att det istället är borreliainfektion som orsakar

deras symtom. De har önskat att få mer antibiotikabehandling.

Pseudoendokrinologi

Andra pseudodiagnoser som byggt en gemenskap på nätet är "hypotyreos typ 2" och dess lillebror "trötta binjurar". Det är möjligt att det finns enstaka patienter med äkta hypotyreos som behöver tillägg av T3 för att må bra, men det har inte stöd i meta-analyser av de randomiserade studier som gjorts. De grupper av äkta hypotyreospatienter som kommer i konflikt med vården har kvarstående symtom trots att proverna visar god effekt av behandling med T4. Ofta blir de inte heller hjälpta av tillägg med T3, och de önskar då behandling med "naturliga" hormoner, preparat baserade på torkad sköldkörtel från svin.

En del grupper med sköldkörtelpatienter samlar också dem som enligt vården inte alls har hypotyreos, men de anser sig ha "hypotyreos typ 2". De upplever symtom som liknar hypotyreos, och även som TSH är helt normalt påstås de ha hormonbrist perifert, "på cellnivå". Det finns en del läkare i USA, Sverige och Finland som ställer denna diagnos enbart på anamnes och sedan förskriver hormoner till patienter som inte har brist.

Andra kan få den lika dåligt underbyggda diagnosen "trötta binjurar" och behandlas med kortikosteroider. Socialstyrelsen agerade 2012 och förbjöd företaget Scandlab att erbjuda prover som påstods kunna påvisa binjuresvikt via salivtest och hypotyreos genom att mäta T3 i urin. När oroliga endokrinologer i Läkartidningen kritiserade Scandlab [5] för dessa ovetenskapliga tester var det fyra svenska och en finsk läkare som ryckte ut till labbföretagets försvar [6].

Patientgrupper stödjer varandra

Internet för människor med gemensamma intressen samman, på gott och ont. I Facebook-grupper och andra nätföra kan likasinnade ge varandra tips och stöd, med det kan lätt skapas en bubbla av groupthink där bara information som passar gruppens världsbild når in. I en del patientföra kan man se patienter som skrämmer upp varandra genom amatördiagnostik av beskrivna symtom eller bilder som laddats upp. Ibland säljer man läkemedel till varandra och peppar gruppmedlemmar

att kräva ovetenskapliga behandlingar av läkaren, gärna med körspärrplockade vetenskapliga artiklar som argument.

Det är svårt att bemöta patientgrupper som hamnat i konflikt med vården. Att argumentera med bergfast övertygade aktivister hjälper föga. Bättre är att via media föra ut den vetenskapsbaserade medicinens syn, så som endokrinologerna lyckades med i fallet Scandlab. Målet är att nå de tveksamma som ännu sitter på gårdsgården och inte hamnat i en internetbubbla där medlemmarna prenumererar på en bild av verkligheten som inte stämmer med vårdens.



Mats Reimer
Barnläkare
Barn- och Ungdomsmedicin
Mölnlycke
reimer@telia.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Är de verkligen sjuka? Beskrivning av elöverkänsliga och tandvårdsskadade i samhället. Slutrapport från HET-projektet 2008. http://www.hetprojektet.info/rapporter/Slutrapport_Ar_de_verkligen_sjuka.pdf
2. Borrelia, artikel på Internetmedicin av professor Lars Hagberg. <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=107>
3. Patrick DM et al. Lyme Disease Diagnosed by Alternative Methods: A Phenotype Similar to That of Chronic Fatigue Syndrome. *Clin Infect Dis.* (2015) 61 (7): doi:10.1093/cid/civ470
4. <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/>
5. Calissendorff J et al. Trötthet och pseudodiagnostik. *Läkartidningen* 2011 nr 14. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16126/LKT1114s810_811ny.pdf
6. Munsterhjelm K et al. Salivkortisoltest kan påvisa binjureutmattning. *Läkartidningen* 2011 nr 21. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16560/1196_1198.pdf



Svenska
Läkaresällskapet

Boka in!

Den 2 februari 2016
En heldag med
tema prevention,
övervikt och
fetma.



PREVENTION - STATE OF THE ART 2016

Välkommen till en dag som sammanfattar var forskningen står.

Den 2 februari 2016.

Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

MER INFORMATION & ANMÄLAN www.sls.se

HUR KAN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH
SAMHÄLLET FÖREBYGGA ÖVERVIKT & FETMA?



Att möta patienter med symtom utan medicinska fynd – några tips och trix

Patienter med symtom där man inte gör några medicinska fynd är vanliga i primärvården. På min mottagning är de vanligaste symtomen smärtproblematik, men även yrsel, trötthet och ospecifik ångest kan följa samma mönster. De tips och trix som jag förmedlar här fungerar för mig för det mesta. Kanske finns läsare med andra erfarenheter, kanske är de självklarheter för många – och kanske några har nytta av att läsa det.

Jag har själv lärt mig mycket av att gå bredvid och observera kollegor, både yngre och äldre, och har försökt samla på mig beteenden som verkar fungera. Steget till att sedan verkligen använda mig av det jag sett har inte varit helt enkelt men videoinspelningar har hjälpt. Att se sina egna ovanor och hur patienterna reagerar på dessa är en nyttig form av självvärdering även om det tar tid att vänja sig vid sin egen röst.

Första besöket

Lyssna och ställ ”dumma” frågor. Vilka förkunskaper har patienten? Vilka undersökningar är redan gjorda? Varför gjorde man dom? Vad visade dom? Varför fortsätter patienten söka? Vilka förklaringar har patienten fått tidigare? Det är bra att patienten förklarar sin bild även om du också läst tidigare läkares tolkningar om där finns några. Tidsförloppet kan vara viktigt men också vilseledande eftersom minnet inte håller sig till kronologisk ordning och fakta utan blandar friskt med intryck, känslor och tolkningar.

Finns inget tidigare och symtomen är nytillkomna har du ett guldägg – bara patientens egna tankar och erfarenheter inblandade!

Om patienten verkar orolig bör du fråga vad patienten själv tror är det värsta som kan hända eller vara förklaringen. Tänk själv på det men dämpa din egen ångest med en god dos sannolikhetslära och förmedla vad som är vanligast i första hand.

Om patienten tänker cancer blir det dumt att inte prata om det, gärna som något som ska uteslutas. Ibland vill patienten bara veta att symtomet är ofarligt och behöver inget mer från sjukvården medan andra absolut vill ha behandling och söker diagnos enbart för att kunna få rätt sådan. Vissa vill bara ha ett intyg eller stöttning i en jobbig period i livet utan förväntningar på vare sig utredning eller behandling.

Värdet av kroppsundersökning

Försök hinna med ordentlig kroppsundersökning så snart som möjligt, särskilt när det börjar bli komplicerat. Du behöver inte få svar på allt före utan kan fråga vidare om de fysiska delarna samtidigt som du undersöker så blir bilden ofta klarare kring vad som känns och när.

Det händer att jag frågar patienten om jag missat undersöka något som hen tror är viktigt eftersom jag kan vara lite tankspridd ibland. Studenterna får ofta lära sig att dela upp besöket i olika delar där undersökningen är skild från samtalet, säkert bra i början av karriären men resursslöseri senare. Patienter litar mer på dig om du klämmer och känner ordentligt kopplat till det aktiva lyssnandet.

Kom dock ihåg att kronisk smärta brukar medföra kraftig sensitisering. Att ringa in värsta smärtan ger ofta bättre förståelse och tydligare undersökningsfynd än att gå rakt på.

Osorterade tips

- Yrsel blir bättre av att provoceras.
- Patienten ska själv utforska istället för att undvika.
- Sängliggande mer än 8 timmar och stillasittande mer än 45 minuter i sträck är dåligt för det mesta.
- Idrottaren känner kanske inte frakturen förrän efter tävlingen.
- Att göra något viktigt eller roligt är smärthämmande på gott och ont.
- Vissa människor klarar inte ta paus före uppgiften är klar oavsett hur ont det gör.
- Att medge sin okunskap inger förtroende om det görs på rätt sätt: med betoning att just detta vet jag inte, underförstått att jag är säker på allt annat jag sagt. Lättare att göra för en erfaren än en oerfaren.
- Symtomdagbok! Bara fel i akutsituationer.
- Många tror det är farligt att sova mindre än 8 timmar per natt. Trötthet utan sömnbrist botas inte av fler timmar i sängen. Aktivitetsbrist, kronisk smärta och depression är vanligare orsaker till trötthet än anemi och hypotyreoos.
- Sjukskrivning är en behandling med potential att skada. Skaderisken ökar betydligt redan efter fyra veckors frånvaro från arbetet, tidigare om orsaken är ångest.
- Tuggummituggande och käkledsbesvär förklarar ofta huvudvärk men patienten tänker hjärntumör.
- Förhöjt blodtryck är ofta mer oroande för patienten än för doktorn.
- Aktiv expektans botar många.

Provtagning är också en påtaglig undersökning men ger merarbete och riskerar minska förtroendet för kroppsundersökningens värde även om det självklart måste göras ibland. Hb är mitt favoritprov hittills men syrgasmättnad kommer på andra plats.

Gör sammanfattning

Om ingenting talar för allvarlig sjukdom där det är bråttom försöker jag känna in vad det är för sorts person jag har framför mig.

Som läkare är man upplärd att kategorisera och diagnostisera. Det kommer automatiskt för de flesta så jag brukar fundera vidare på det spåret. Även kategorier som personlighetstyp, ADHD och autismspektrum, övergrepp, PTSD, annorlunda hem och jobbfaktorer liksom missbrukshistorik kan förklara mycket i symtombilden. Press hemma att sköta föräldrar, barn, städning samtidigt med krav från samhället att ha heltidsjobb

"Sedan är vi förbi problemet med tudelningen somatik – psyke och kan förhoppningsvis på allvar prata om möjligheter till förändring."

sätter sig ofta i kroppen både som yrsel och smärta.

Ibland är utlösande faktorn istället att barnen flyttar hemifrån och livet förlorar enligt vissa sin mening härav. Dålig ekonomi spelar definitivt roll men kan vara sekundärt. Sjukdomsvinst kan finnas men är ändå ganska ovanligt så länge det inte är tal om sjukskrivning eller beroendeframkallande medel.

Det är bra att hinna med en sammanfattning och ha uppföljningen inplanerad innan man skiljs åt för att bespara dig själv och annan personal onödiga telefonsamtal. Om du inte har åtgärd eller behandling att föreslå går det alldeles utmärkt att komma överens om att du ska läsa genom journalen, prata med kollega eller annan resursperson till nästa besök istället för att krysta fram något onödigt så länge det akut farliga kan uteslutas.

Återbesök och behandling

Börja gärna med en sammanfattning av förra besöket och det ni kommit överens om. Det är ofta bra att det gått några veckor. Ni kan då se om symtomen är försämrade, oförändrade eller till och med förbättrade om du lyckats förmedla lugn första

besöket. Vanligare är att ni gjort någon utredning som nu inte visat några förklarande fynd. Det farliga är därmed uteslutet och det vanliga alltmer troligt. Säg det och låt patientens tankar ta plats. Mer utredning kan bli aktuell men syftet med utredningen är bra att prata om även nu.

Något i grundutbildningen som kan förbättras är träning att starta behandlingen tidigt, dvs. att använda oss själva som behandlande redskap. Mimik, kroppsspråk, tonläge och ord tillsammans spelar roll. Med behandling menar jag åtgärder som gör patienten friskare, sådant som startar läkningsprocessen. Ofta behövs förändrade tankemönster och beteendjusteringar som komplement till läkemedel och det är patienten själv som främst ska komma till insikt för att kunna tillfriskna.

Många behandlingar kan påbörjas utan diagnos, särskilt när det farliga är uteslutet. Minskad hälsoångest och att ändra försämrande beteende redan efter första besöket kan vara möjligt även om det är svårt att forska på. Öppna för att kropp och själ hänger ihop. Psyket är också kemi men går att påverka med beteenden. Att gradvis föra in det tankesättet i patientmötet leder långt.

Fråga om patienten vill veta mer eller bara vill ha behandling. Om hen kräver quickfix utan förståelse brukar jag vägra med motivation att behandlingen kräver egen aktivitet och utforskande. Visa gärna bilder på området som krånglar. Det finns bra anatomiatlaser på internet men de gamla anatomiböckerna är snyggare. De flesta har dålig inblick i hur människokroppen fungerar och ser ut. Att ha färdiga bilder gör också att läkaren slipper hålla namn och detaljer i huvudet.

Jag brukar ofta peka ut amygdala som en struktur viktig för känslorna och kopplingar till hormonerna via hypothalamus ner till hypofysen. Det är självklart inte en komplett förklaringsmodell men ingen har hittills ifrågasatt den. Sedan är vi förbi problemet med tudelningen somatik – psyke och kan förhoppningsvis på allvar prata om möjligheter till förändring. Att hormoner påverkar känslorna tvivlar ingen på underligt nog!



Petra Widerkrantz
Enhetschef

Vårdcentralen Lunden, Malmö
widerkrantz@gmail.com

 Chefredaktören citerar...

Vad är hälsa annat än ett labilt jämviktstillstånd med dålig prognos?

*Merete Mazzarella (författare, professor i litteraturvetenskap vid Helsingfors universitet),
Allmänmedicin 2/2002 s 215.*

Att lägga handen på det onda stället – ett viktigt verktyg inom läkekonsten

Av inläggen på SFAM:s diskussionslista att döma är ett av de svåraste problemen hur vi på bästa sätt ska hjälpa patienter med symtom eller ohälsoproblem där vi inte misstänker somatisk åkomma eller medicinsk diagnos.

Oviljan till medikalisering av symtomen är generell. Det diskuteras hur man ska begränsa undersökningar, framför allt om patienten redan genomgått utredning. Vikten – eller oviktigheten – av ett genomtänkt humanistiskt perspektiv genomsyrar inläggen medan den kliniska undersökningen tycks oviktig.

I detta nummer av AllmänMedicin ger Petra Widerkrantz ger praktiska tips om hur man kan gå tillväga med sin patient (sid 10). Hon poängterar värdet av kroppsundersökning. Jörgen Malmquist skriver om hypervigilans, överdriven bevakning, där man har en stark uppmärksamhet på sinnesintryck från den egna kroppen och gärna uppfattar dem som onormala (sid 17).

"Denna fysiska kontakt, med läka-rens händer på patientens lidande kropp, eventuellt förstärkt med enkla labprov, utgör grunden för en allians."

Patienten söker med kroppsliga symtom – ont i magen eller huvudet, yrsel, trötthet, hjärtklappning mm. Det är här hen har sin uppmärksamhet, kanske livrädd att det är något allvarligt, att hen snart kommer att dö en plågsam död eller att symtomen snart kommer att medföra svårt funktionshinder. Hen kan tro att allt som förvärrar symtomen kommer att påskynda död eller öka handikappet.

Med patientens bild för ögonen blir det självklart att i första hand undanröja farhågorna. Rädslan blockerar nervsystemet, ögon och öron tar inte emot information.

Läkaren, som är ganska säker på att här finns ingenting farligt somatiskt, har ofta kvar en skärva av osäkerhet. Den ger en tvetydig signal till patienten – kanske ändå finns det en farlig sjukdom. Läkaren måste bemästra sin egen osäkerhet utan att medikalisera eller dra stora sjukvårdsresurser.

Konsultationen

En konsultation inleds ofta med att patienten berättar om sina föreställningar, farhågor och förväntningar. Läkaren behöver också information om vem patienten är – sociala förhållanden, tidigare sjukdomar etc.

För att visa intresse, medkänsla och för att patienten ska

känna sig sedd och trodd bör läkaren sedan "lägga handen på det onda stället". Det gäller oavsett om där finns misstanke om somatisk bakgrund eller ej.

En klinisk undersökning ger stora mängder information som bearbetas i hjärnan. "Luktformågan" förbättras, det blir lättare att skilja ofarligt från farligt. Läkaren känner sig mer säker och den signalen går fram till patienten.

Enkla kliniska undersökningar är att utesluta grav anemi i ögonlock och nagelbäddar, att utesluta klaffel genom att lyssna på hjärtat (och på lungorna när man ändå är där), att känna på pulsen, att titta på tungan. Ta tag i artros handen, böj på fingrarna och palpera lederna. Undersök höftens rörelseförmåga. Titta på hur patienten rör sig, hur ryggen betar sig när hen går, hur hen sätter sig på stolen. Palpera igenom buken och glöm inte lymfkörtelstationerna. Ju noggrannare desto bättre!

Ett orienterande neurologstatus kan utföras på mindre än tio minuter och utesluta hjärntumör, MS eller annan neurologisk sjukdom. Efter ett sådant känner sig patienten välundersökt och läkaren övertygad. MR blir plötsligt onödig. Fusklappen från 1986 låg alltid i min bröstficka.

Kunskaper i ortopedisk medicin, framför allt undersökningsteknik, är mycket användbara. Att hitta den onda punkten kan få berg av rädsla falla bort från patientens axlar. Kan man



Illustration: Katarina Liljequist

Ingrid Eckerman, sedan 2012 chefredaktör för AllmänMedicin, började sin läkarutbildning 1963. P.g.a. barn blev studierna försenade. Hon blev med.lic. först 1972 och fick göra en halv AT vilket blev avgörande för hennes yrkesval. Psykiatri blev ett år på Maria ungdomspol i Stockholm. Allmänmedicinens halvår gjordes hos dr Buga i Handen. Därefter vidtog ett antal sjukhusplaceringar och FV-kurser innan hon 1977 fick sitt diplom i "allmänläkarkompetens". Efter tre år på Bollmora vårdcentral i Tyresö blev hon distriktsläkare på Ektorps vårdcentral i Nacka.

År 2001 avlade hon master of public health på Nordiska hälsovårdshögskolan. Ämnet var gaskatastrofen i Bhopal, Indien, 1984.

Åren 1997–2008 kallade hon sig "folkhälsohälsoläkare" i Nacka och arbetade fram ett koncept för primärvårdens arbete med patienternas levnadsvanor.

En äldre dam uppfattade vi som "SVBK" (svider värker bränner- käring). Hon hade ont, klagade, satt ensam i sin lägenhet och vägrade sociala kontakter. AT-läkaren fick ta henne på sedvanligt återbesök. Han uppfattade en annan valör i hennes klagande och hittade en skelettmetastas från thyreoidea-cancer. Efter behandling ställdes hon på låg dos morfin och hembesöken blev riktigt trevliga.

En medelålders man sökte för värk till vänster i bröstet upp mot axeln. Jag hittade en tendinit i axeln och en kortisoninjektion tog bort symtomen. Vid återbesöket hade han med sig en jättestor rökt ål. Han hade trott sig ha angina pectoris.

Vårdcentralen var ny och vi fick många patienter som gått hos "praktiker på stan". Mannen bad mig i dörren om recept på värktabletter som han i många år fått av sin förra läkare. Jag beslöt mig för "ingen förskrivning utan undersökning". När jag såg honom avklädd och kompletterade med symtom och arbetsbeskrivning stämde det inte. Han hade en uttalad hypothyreos!

dessutom ge adekvata och auktoritativa råd om kroppshållning eller tånjning eller dra en nackspärr till akut förbättring stiger man i patienternas aktning.

Ett ryggont behöver inte vara psykosomatiskt för att det finns problem på arbetsplatsen eller riskkonsumtion av alkohol. Men adekvat bedömning kräver avklädd och välundersökt patient. Bo Bertilson beskriver i AllmänMedicin 2-2013 hur han gör ett fullständigt status på 14 minuter. Därefter kan han ställa diagnos och ge patienten inte bara lindring utan också bekräftelse.

Denna fysiska kontakt med läkarens händer på patientens lidande kropp, eventuellt förstärkt med enkla labprov, utgör grunden för en allians. Patienten litar på läkaren. Nu kan vi närma oss patienten med förslag om vad som kan ha medfört symtomen – om de skapar mening i livet, utgör skydd mot kravet på svåra ställningstaganden eller är en "normal" reaktion på alltför stora påfrestningar i vardagen.

Som allmänläkare behöver man alltså ha god medicinsk, anatomisk och psykologisk kompetens. Ett spännande och utmanande yrke där man alltid har utrymme för kompetensförbättring.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@nacka.se



Annons

Somatisering – ett radikalt nytänkande

Somatisering – somatiska symtom utan att man kan påvisa ett objektivt underlag – är en utmaning för alla praktiserande läkare, inte minst inom primärvården. Artikeln lyfter fram ett nytt och, menar författaren, mer framgångsrikt sätt att betrakta denna problematik.

Från psykosomatik till somatisering

När jag gick läkarutbildningen talades det mycket om psykosomatik. Med det förstod man att psykiska problem kunde ge upphov till olika kroppsliga symtom och sjukdomar. Franz Alexander (1891-1964) var en ungersk-amerikansk psykoanalytiker som intresserade sig mycket för dessa tillstånd. Han nämns i samband med de klassiska ”psykosomatiska sjukdomarna”. Tanken var att omedvetna konflikter gav upphov till en rubbad homeostas som på sikt, beroende på var man hade sin akilleshäla, kunde ge upphov till sjukdomar som reumatoid artrit, ulcerös kolit, hypertoni, tyreotoxikos, duodenalsår och koronarsjukdom [1].

"Att i alla dessa fall ha fokus på det dysfunktionella beteendet kan leda till framgång både i bemötande, behandling och tillfrisknande."

Med tiden skedde en utveckling från detta synsätt med tydliga sjukdomar eller allvarliga funktionsrubbnings till tillstånd där man inte kunde se något sådant.

Psykosomatik hamnade i bakgrunden och termen somatisering gjorde entré [2]. Vid somatisering har man symtom utan att man kan påvisa skada eller allvarlig funktionsrubbing. Stress kom i fokus, framförallt den lågradiga kroniska stressen, som ser ut att ha stor negativ inverkan på vår HPA-axel och påverkar en lång rad kroppsliga funktioner.

Somatisering utmärks ofta av en ospecifik bild med smärtor, trötthet och funktionsrubbnings muskelo-skeletalt, mage-tarm och/eller hjärta-kärl. Förekomsten av somatisering inom primärvården varierar i olika undersökningar. I en ofta citerad dansk studie av Per Fink [3] fyllde trettio procent av 191 konsekutiva patienter inom primärvård kriterierna för diagnosen ”Odifferentierat somatoformt syndrom” enligt DSM IV: att man under minst sex månader eller mer ska ha haft ett somatiskt symtom som vållat lidande eller funktionsnedsättning men där man inte kunnat hitta någon underliggande organisk orsak.

Dessa patienter är inte bara en stor del av dem som söker hjälp. De förbättras heller inte på den insatta farmakologiska behandlingen. Då de har fortsatta besvär tror de sällan på lugnande försäkringar. De återkommer ofta till mottagningen – inte sällan som akut sökande.

"Möjlighetsmottagningen"

I Malmö startades 2012 en tvåårig försöksverksamhet där man med ett så kallat multimodalt angreppssätt erbjöd denna grupp en mångfasetterad utredning och behandling. Det hela finansierades av medel från FINSAM. FINSAM står för ”Finansiell samordning” där arbetsförmedling, försäkringskassa, landsting och primärkommun var och en har avsatt pengar för utveckling av kunnskap och ökad samordning.

Vi fick beviljat att genomföra ett tvåårigt pilotprojekt. Ett team bestående av distriktsläkare, psykiater, sjukgymnast, psykolog/psykoterapeut och arbetsterapeut startade upp på Fosietorps vårdcentral som har cirka 15 000 listade patienter. Till teamet var knuten regelbunden medverkan från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Vi kände oss övertygade om att detta skulle bli en succé och satte därför ribban högt för vilka som skulle tas emot. De fick inte ha mer än 180 dagars sammanhängande sjukfrånvaro det senaste året och de skulle ha en anställning med en arbetsgivare som har sitt rehabiliteringsansvar kvar; detta för att ett i möjligaste mån få rehabiliterbara patienter och inte som så många andra försöksverksamheter bli ett ställe dit man snabbt remitterar dem med absolut sämst möjligheter.

Trots våra goda föresatser fungerade varken våra grundläggande idéer eller angreppssätt. Visst hade vi patienter och det blev en del solskenshistorier. Men totalt sett hade vi på tok för få patienter vilket förvånade oss.

"Jag är sjuk"

– "Vi hittar ingen sjukdom"

Ett grundläggande svårt metodologiskt problem var att man vid de somatoforma syndromen ska diagnostisera *frånvaron* av somatisk sjukdom. Detta ställer det vanliga diagnostiska tänkandet på huvudet och har säkert bidragit till att dessa diagnoser i liten utsträckning används i kliniken. Det är lättare att diagnostisera närvaron av något än frånvaron av detsamma.

Patienter har ofta under lång tid sökt för diverse, ofta ospecifika, symtom. De har träffat många medarbetare och gått igenom många undersökningar utan att man kan kunnat hitta underliggande orsaker till de subjektivt upplevda och ofta plågsamma symtomen. Vi känner alla till bilden och ser med en gång ett antal patienter för vår inre syn.

"Trots våra goda föresatser fungerade varken våra grundläggande idéer eller angreppssätt."

En förhärskande tanke har varit att se det hela som någon form av psykisk störning, en sårbarhet, felställd termostat, överaktiv HPA-axel osv.; att det någonstans finns en psykisk problematik som tar sig dessa uttryck. I ICD 10 finns ett dussintal



Ofta så:

- Har patienten ospecifika symtom
- Beskriver dessa mer specifikt än de med kroppsliga sjukdomstillstånd
- Är helt upptagna av sina symtom
- Negerar ofta helt psykisk etiologi, lidande, problem

Fig 1: En somatiserande patient utmärks ofta av ovanstående.

Illustration: Herman Holm



Fig 2: Sammanfattning av svårigheterna med somatiserande patient. Doktorn känner sig osäker – är det något jag missar – något som patienten ofta avläser. Om han bestämmer sig för att det inte är somatiskt – blir det "psykiskt" – patienten känner sig missförstådd. Illustration: Herman Holm

somatoforma syndrom som är insorterade i anslutning till ångestsyndrom och stressrelaterade åkommor.

Detta blev det största hindret. De flesta av de patienter som fick erbjudande till vår mottagning var inte intresserade av psykiater eller psykoterapeut och knappt av sjukgymnast. - Jag har ont i magen – huvudet är det inget fel på.

Där stod vi med våra goda föresatser.

Ett annat spår

Med flera patienter gjorde vi en *funktionell beteendeanalys*. En del av analysen utgjordes av en "vardagsrevision" som är ett instrument framtaget i Lund [4]. Denna analys utfördes av teamets arbetsterapeut och blev en ingång till att se hur patientens symtom grep in och påverkade vardagen.

Patienterna reagerade ofta negativt att bli uppfattade som att ha "psykiska besvär". Däremot hade de inga svårigheter att beskriva hur deras symtom påverkade deras liv. Det var inte heller svårt att diskutera deras problem i beteendetermer. Majoriteten hade utvecklat olika former av beteenden som de själva kunde se både fördjupade deras problematik och om inte fördjupade så låste fast dem.

Det visade sig också i många fall vara en klar framgång att sätta överenskomna graderade mål för att förändra det dysfunktionella beteendet. Vi arbetade här efter modell "Goal Attainment Scaling" (GAS) [5]. Ofta handlade det om att sakta gradvis öka sin fysiska aktivitet som hos flertalet var mycket låg.

Flertalet patienter var också mycket fokuserade kring sina kroppsliga symtom – här kom tekniker med defokusering och acceptans in, men de fick användas med stor fingertoppskänsla.

Det hela fick oss att kritiskt granska våra utgångspunkter

om att vi skulle möta en grupp med mer eller mindre uttalade psykiska problem till att hellre se det och behandla det som ett dysfunktionellt beteende. Tveklöst hade flera av dem en psykisk problematik. Många uppfyllde kriterierna för något ångestsyndrom eller depression. Detta var också något som kunde diskuteras, men ofta först efter ingången att se deras somatiska symtom som en beteendestörning.

Internationell utveckling – DSM 5

Under samma tid som vårt projekt pågick arbetade en expertgrupp inom American Psychiatric Association med att ta fram nya kriterier för somatoforma syndrom till DSM 5. När dessa publicerades 2014 visade det sig att de helt bytt spår både i terminologi och synsätt från DSM IV. Kriterierna i DSM 5 är följande (vår översättning):

- Ett eller fler somatiska symtom som ger betydande påverkan i dagligt liv*
- Två av följande:*
 - *Hög nivå av hälsorelaterad ångest*
 - *Oproportionerlig orol/upptagenhet*
 - *Ägnar mycket tid och energi åt dessa symtom eller sin oro.*
- Kroniskt förlopp > 6 månader*

Det radikala i denna nu giltiga diagnostik (åtminstone i USA) är att man helt tagit bort kravet på att det ska saknas kroppslig förklaring till symtomen. Detta innebär att även patienter med kroppslig sjukdom som har de beskrivna kriterierna uppfyller de diagnostiska kraven.

Det ligger ett stort arbete bakom förändringarna i DSM 5 där detta nya tillstånd "somatic symptom disorder" etablerats.

Slutrapporten Möjlighetsmottagningen 2012-2013 kan beställas från författaren via mail eller laddas ner via www.finsamimalmo.se/download/mojlighetsmottagningen-slutrapport

Bakgrunden och resonemangen är att somatoforma syndrom tidigare har varit en uteslutningsdiagnos – när man inte funnit objektiva kroppsliga underlag – och att detta har misslyckats. En diagnos även inom detta svåra område tjänar på att bygga på positiva fynd – vad föreligger, vad kan observeras och beskrivas [6].

Att som utgångspunkt ha så kallade ”funktionella symtom” har av flera orsaker inte fungerat [7]. Somatoforma diagnoser används högst olika av olika läkare [8]. I bakgrundsarbetet till DSM 5 finns beskrivningar och argument för att positiva fynd leder till säkrare diagnostik än det tidigare obligatoriet att påvisa frånvaron av underliggande objektiva fynd. Studier har visat att sättet man diagnostiserat somatoforma syndrom enligt DSM IV och ICD-10 är instabilt [9].

Ett radikalt nytänkande

Det är ett dilemma att cirka 20 – 30 procent av de patienter som söker inom primärvården inte har objektiva fynd som kan förklara deras tillstånd. Ett symptom vid somatisering kan visa sig i många olika former. Självklart ska även i framtiden en noggrann sjukdomsberättelse och riktade medicinska undersökningar genomföras.

Våra erfarenheter samt den kunskapsutveckling som skett talar för att diagnostik och behandling av denna grupp patienter måste revideras. Vi konstaterar att vi själva inte hade befriat oss från det grundläggande synsättet att somatiserande är kroppsligt friska individer med psykisk skörhet.

Vi tycker oss tydligt se den väldiga potential som finns i att istället se detta komplex som en beteendestörning vars orsaker kan variera högst väsentligt. Detta innebär också att patienter med en tydlig somatisk sjukdom med olika kroppsliga symtom, där patienten utvecklat en ond cirkel av oproportionerlig oro och upptagenhet av sina symtom, kan inkluderas. Att i alla dessa fall ha fokus på det dysfunktionella beteendet kan leda till framgång både i bemötande, behandling och tillfrisknande.

Det är jämfört med det bemötande, beteende och behandling denna patientgrupp får idag ett radikalt nytänkande. Det

kommer sannolikt att ta lång tid innan det slår igenom.

Våra erfarenheter efter dessa två år talar dock tydligt för att just här finns den kärna till framgång vi själva kunnat se i de fall där behandlingen har lyckats.



Herman Holm
Överläkare
Psykiatri Skåne, Malmö
herman.holm@skane.se

Jäv saknas.

Referenser

1. Alexander, Franz et al. 1948 *Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Cause and Treatment of Vegetative Disturbances*. New York: Ronald Press.
2. Malmquist, Jörgen. Somatisering – en viktig orsak till svårbegripliga symptom-bilder *Läkartidningen* Nr 51–52 2001 Volym 98 5852-55.
3. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*. 1999 Jul-Aug;40(4):330-8.
4. Eklund M. et al, Ny struktur på vardagen - en hjälp vid stressrelaterad ohälsa; *Läkartidningen* 2011;36:1688-90.
5. Turner-Stokes L., Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide, *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 362–370.
6. Voigt K. et al, Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 68, Issue 5, Pages 403-414, May 2010.
7. Kroenke K. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations: *Psychosomatics*, 2007.
8. Rief W. et al. Stability of somatoform symptoms – Implications for classification. *Psychosom Med* 2007;69:864-869.
9. Simon GE. et. al. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:90-95.

Nominering till 2015 års Allmänläkarvän

Ta chansen och nominera en person som Du anser gör sig förtjänt av ovanstående epitet.

Svenska Distriktsläkarföreningen instiftade för några år sedan ett hederspris kallat **Årets Allmänläkarvän**.

Mottagaren skall vara en person, som genom sitt agerande och renommé stärker bilden av svensk primärvård och oss distriktsläkare. Det kan mycket väl vara en distriktsläkare, men inte nödvändigtvis. Man kan nominera vem som helst, till och med sig själv.

Juryn består av styrelsemedlemmar och personer från lokalavdelningarna. Juryns beslut kan inte överklagas.

Sista nomineringsdag är 31 januari 2016.

Förslaget skickas till: Helena Grönbacke, Svenska distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm, Fax 08-10 31 44 eller per mail till helena.gronbacke@slf.se

Hederspriset kommer att delas ut i samband med DLFs fullmäktigemöte den 15 april 2016.



Funktionella somatiska symtom

– en diagnos som kan accepteras av patienten?

”Funktionella somatiska symtom” betecknar symtom som har somatisk karaktär men som efter undersökningar inte övertygande kan ges en förklaring i form av ett somatiskt (organiskt, fysiskt, biologiskt) sjukdomstillstånd. Symtomen beror på en funktionsstörning i ett eller flera organsystem, och är inte orsakade av någon påvisbar onormal biologisk process av strukturell eller biokemisk natur.

Två synonymer finns. *Symtombaserade tillstånd* framhäver att diagnoserna i gruppen baserar sig enbart på symtom, det finns inga tillhörande objektiva fynd. *Medicinskt oförklarade symtom* är ett annat uttryck som förekommer.

De tre begreppen har en gemensam värdefull egenskap: de uttalar ingen läsning till somatisk-biologisk eller psykosocial orsaksuppfattning.

Några termer

Somatisering

Termen har en förklarande innebörd: psykosociala problem har givit upphov till symtom av kroppslig karaktär, problemen har blivit ”förkroppsligade”. Om processen somatisering uttrycks som en diagnos får man *somatiseringsyndrom*. Den diagnosen finns i ICD:s psykiatriska kapitel och gäller enbart mycket avancerade problem: multipla, återkommande och föränderliga kroppsliga symtom med en duration på minst två år.

Somatiseringsyndrom är sällsynt inom primärvården (och även inom psykiatri), medan enstaka och konstanta symtom som bedöms vara orsakade av somatisering är mycket vanliga. I de allra flesta fall är somatisering inte alls en onormal psykisk process utan ett reaktionssätt som förekommer hos nästan alla människor men hos de flesta bara helt tillfälligt: ”Jag har haft huvudvärk hela dagen för jag kan inte låta bli att tänka på min tenta i morgon.”

Begreppet somatisering är helt acceptabelt, men som del av diagnostiktermer är det inte behövligt inom andra verksamheter än psykiatri.

Psykosomatiska symtom

Det här uttrycket bygger på begreppet *psykosomatiska sjukdomar* som har en svag kvarlevnad i följande form: ”Psykosomatiska sjukdomar är sådana somatiska sjukdomar där psykiska faktorer är av betydelse för personens upplevande av sjukdom.” Den välgrundade invändningen är: Vid vilka allvarliga och/eller långvariga sjukdomar är psykiska faktorer *inte* av betydelse? Det är omöjligt att avgränsa ”psykosomatiska sjukdomar” som en grupp, och uttrycket ”psykosomatiska symtom” är alltför vagt för att vara av betydelse.

Bodily distress syndrome

Detta begrepp lanserades av en dansk grupp 2010 grundat på en statistisk undersökning av symtom som bedömdes vara funktionella [1]. Hos 250 av 1000 patienter i deras studie identifierades

en kombination av symtom som benämndes *bodily distress syndrome*. Det inkluderade alla patienter med fibromyalgi och kroniskt trötthetsyndrom samt flertalet med irritabel tarm eller smärtsyndrom.

Tänkbara orsakssamband

- Att symtom av somatisk karaktär ofta finns vid *ångestsyndrom* och depression är välkänt. Att det finns ett orsakssamband framgår i många fall av att de somatiska symtomen försvinner eller lindras när den psykiska störningen går i regress. Om somatiska symtom visar sig ha sin orsak i ångest eller depression kan de benämnas funktionella, men termen ”medicinskt oförklarade” är missvisande.
- En uppfattning är att somatiska symtom *alltid* har en somatisk orsak. Om läkaren inte har funnit en sådan orsak innebär det enligt den här åsikten att patienten inte är ”tillräckligt utredd”. Men vad är ”tillräckligt” i dagens sjukvård med dess enorma utbud av diagnostiska möjligheter? Man kan hålla med de tre akademiskt verksamma allmänmedicinare som yttrade [2]: ”Vill man som allmänläkare undersöka alla tänkbara orsaker till ett besvär ger man sig i kast med en omöjlig uppgift.”
- Andra anser att det är onödigt, till och med felaktigt, att försöka göra skillnad mellan psykiska och somatiska orsaker till symtom/sjukdom. De söker stöd i synen på människan som en helhet där kropp och själ (psyke) inte kan åtskiljas. Detta synsätt kan leda fel i praktiskt medicinskt arbete [3].
- En orsaksfaktor värd att överväga är *psykosociala påfrestringar* som kan leda till upplevelse av vad som på engelska kallas *distress*. Begreppet *distress* har likheter med stress men är bredare. Det står för betryck, nödläge, trångmål, bedrövelse, belastning, bitterhet och negativ självbild. Till bakgrundsfaktorer hör tragiska livshändelser, motgångar, besvikelser, konflikter, hög arbetsstress, vantrivsel med arbetet, relationsproblem och ekonomiska problem.
- En ytterligare tankelinje är *sensorisk överkänslighet*. Många anser sig vara överkänsliga i någon mening: för lukter, för ljud eller i huden. Förutom svårigheter att tåla sinnesintryck från omvärlden förekommer att personen har en mycket stark

Jörgen Malmquist är internmedicinare och har arbetat som sjukhusläkare. Sedan ett tjugotal år är han verksam som medicinsk författare. Han har bland annat arbetat för Nationalencyklopedin som redaktör och skribent. Han intresserar sig särskilt för funktionella somatiska syndrom och omdiskuterade sjukdomsbegrepp.

uppmärksamhet på sinnesintryck från den egna kroppen, till exempel hjärtverksamheten eller tarmarnas arbete. Den psykologiska termen för detta är *hypervigilans* ("överdriven bevakning"). Signaler från den egna kroppen uppfattas som onormala. Hypervigilans i kombination med distress kan tänkas vara en viktig orsak till funktionella somatiska symtom.

- *Attribution* innebär att patienten anser att en viss yttre faktor är orsaken till symtomen. Klassiska exempel är amalgamfyllningar och elektromagnetiska fält. Tillskott från senare år är bland annat kemikalier. Ständiga skräckfyllda tankar på dessa upplevda skadefaktorer blir en komponent i distress som medverkar till att symtom uppstår.

Att möta sin patient

Patientens uppfattning

Patientens uppfattning om yttre orsak till symtomen kan inte alltid godtas av läkaren. Patientens uppfattning måste givetvis respekteras. Men det medför naturligtvis inte automatiskt att läkaren instämmer i uppfattningen. Här finns en konfliktkälla.

Symtomen

Symtomen i sig är däremot *inte* ett problem. Om en person uppger sig ha vissa symtom så gäller detta, oavsett hur man ser på förklaringen till att symtomen uppstår. Det finns förstås ett undantag: en person kan lögnaktigt uppge sig ha vissa symtom.

Utredningen

En patient med långvariga funktionella somatiska symtom kan upprepade gånger begära ytterligare diagnostiska åtgärder som han har läst om på Internet, exempelvis på en webbplats som drivs av en stödförening för personer med en viss symtombild.

Om läkaren bedömer att ångestsyndrom eller depression inte är grundproblemen kan hon anse att det är patientens upplevelse av distress som är den väsentliga orsaken, även om det inte går att bevisa ett sådant samband. Patienten kan ha berättat om många levnadsproblem, men sådana har de allra

flesta människor. Dragkampen om utredning kan bli långdragen och svår. Det finns alltid några allvarliga sjukdomar kvar att "utesluta".

Diagnosen

Om man säger till patienten att hon har medicinskt oförklarade symtom kan det uppfattas som negativt. Det är diskutabelt att ge en patient ett besked som helt och hållet bygger på vad en eller flera läkare *inte* har funnit. Dessutom blir det paradoxalt om läkaren sedan försöker förklara hur symtomen kan tänkas ha uppstått.

Uttrycket "symtombaserat tillstånd" uppfattas nog som intetsägande. Om patienten får upplysningen att hon har funktionella symtom, vilket förklaras närmare, accepteras det antagligen av de flesta.



Jörgen Malmquist

Höllviken

jorgen.malmquist@telia.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010;68:415-26.
2. Mattsson B, Lundh C, Svenberg K. Vad allmänmedicin kan lära den blivande läkaren. *Läkartidn* 2002;99:4170-75.
3. Malmquist J, Petersson C. Psyket som försvann – eller Helhetssynen som plattade till patienten. *Läkartidn* 2005;102:2640-45.

SFAM informerar

SFAM:s Utbildningsprenumeration



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 faktiliteratur.

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 SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

SWEDISH ASSOCIATION OF GENERAL PRACTICE

sfam.se

Neuros – en diagnos för symtom som inte kan mätas

Symtom som inte kan mätas men ändå kräver behandling har alltid funnits inom medicinens sfär. I artikeln diskuteras diagnosen neuros, en diagnos som under 1950-talet ofta användes för diffusa symtom i Sverige. Neurosen förstods som orsakad av konstitutionell svaghet, och behandlingen var inriktad på att få patienterna att orka arbeta trots detta.

Neurosen: svåråmätbara symtom i folkhemssverige

Sömnsvårigheter, diffus värk, svårigheter med koncentrationen, ont i huvudet, hjärklappning. Och, inte minst, trötthet. Symtom som dessa tycks i bland utgöra samtidens gissel. I dag kopplas de ofta samman med stress – den snabba ökningen av sjuktalen vi sedan 2010 utgörs till största delen av det vi i dag kallar psykisk ohälsa.

Svåråmätbara och diffusa symtom har genom historien kopplats samman med samhällseliga och kulturella förhållanden. Att tala om och förklara det svåråmätbara är också att ställa diagnos på samhället. Historien erbjuder tyvärr inga enkla svar på hur dagens problem ska hanteras, men väl sätt att tala om och hantera svåråmätbara symtom som sätter vår egen tid i perspektiv. I det följande är det 1900-talets andra hälft som finns i centrum, med särskilt fokus på det 1950-tal som i dag ibland framhålls som själva motsatsen till det tidiga 2000-talets stress-sjuka samhälle.

I ett litet häfte med titeln *Jag är så nervös, doktorn!* från 1954 beskriver läkaren Per Flordh huvudvärk, magproblem, hjärklappning, nervvärk och muskelvärk som symtom som framkallade av ”nervösa orsaker” [1]. Vardagsbeteckningen ”nervositet” och den diagnostiska beteckningen ”neuros” utgjorde vid denna tid en paraplybeteckning för nästintill alla typer av svåråmätbara symtom. Neuros betraktades i början av 1900-talet som en neurologisk sjukdom, en förklaringsmodell som övergavs till förmån för en psykologisk då den förmodade vävnadsskadan aldrig kunde lokaliseras.

Diagnosen neuros eller psykoneuros definierades i en välkänd handbok 1944 som ”funktionella nervlidanden utan känd anatomisk förändring, ett samlingsnamn för dels huvudsakligen psykogena nervlidanden med allmänna symtom ss. hysteri, neurasteni, lindrigare psykos, psykoneuroser, dels lokala nervlidanden ss. yrkesneuroser, t.ex. skrivkramp l. organneuroser” [2]. Slutsatsen kan därmed tyckas enkel: i dag talar vi om stress och psykisk ohälsa, tidigare användes beteckningen neuros och nervositet för samma sak. Dock finns anledning att problematisera den bilden med ytterligare frågor. Vilka patienter ansågs särskilt benägna att drabbas av nervösa symtom, vilka fick en neurosdiagnos, och hur bemöttes de i termer av attityd och terapi?

Läkare med makt och möjligheter

Läkarkåren var ense om att ungefär 5 – 10 procent av befolkningen hade en ”nervös läggning” eller var ”konstitutionellt

bräckliga”. Värt att notera är att denna nervöst lagda patientgrupp sällan tillskrevs några ytterligare karaktäristika: man diskuterade alltså inte explicit kvinnor, lågutbildade, landsbygdsbor eller unga som särskilt drabbade. I stället fanns den konstitutionella bräckligheten i fokus med frågan om hur denna patientgrupp kunde behandlas och hjälpas till hälsa, arbete och en fungerande vardag.

I ett större perspektiv kan denna inställning förstås i relation till hur man såg på samhället och medborgarnas roll under 1950-talet. I dag förknippas 1950-talet ofta med folkhemmet, ibland som tänkt svunnen guldålder där alla hade arbete, mamma var hemma med barnen och livet var lättare än nu.

Läkarperspektivet, undersökt via journaler från Sabbatsbergs sjukhus medicinkliniker, berättar om en mer pragmatiskt orienterad hållning. Där synliggörs en inställning präglad av möjligheten att inter文enera i patientens miljö och omständigheter. I ett fall får en patient direkt från sjukhuset, genom läkarens försorg, hjälp med att byta arbetsuppgifter och omplaceras på det företag där hon arbetar [3]. Rent praktiskt gick det hela till så att läkaren helt sonika ringde upp patientens chef, i sig en illustration av den status läkarrollen medförde.

”Precis som 1950-talets neurospatienter och neurosterapier berättar om samhället och människan vid tiden berättar vår tids diagnoser och terapeutiska möjligheter om samhället och människan i dag.”

I ett flertal fall ombesörjs direkt från sjukhuset, eller via den så kallade Psykiatriska hjälpbyrån, vistelse på vilo- eller konvalescenthem. Vilohemmen var en under 1950-talet väl etablerad del i vårdstrukturen. Deras funktion var att erbjuda lättare sjukvård, konvalescentvård men inte minst miljöombyte och vila. Patienter med knappa resurser fick hela kostnaden betald, och för kvinnor med omsorgsansvar fanns också möjlighet att få barn tillsyn under vilohemsvistelsen ordnad i offentlig regi.

Diagnosen neuros, en samlingsbeteckning eller slaktratt beroende på vilket perspektiv man anlägger, kan å ena sidan tyckas skuldbelägga patienten i bemärkelsen att den konstitutionellt nervösa patienten beskrivs som svag och otillräcklig. Å andra sidan fanns en vårdstruktur som var orienterad mot att praktiskt stötta och avlasta dessa patienter. Läkaren hade bara en diagnos att tillgå, men desto större befogenheter och möjligheter att i terapeutiskt syfte förändra patientens livsomständigheter.

Samtidigt fanns hos neurospatienterna på Sabbatsberg en kluven inställning till diagnosen neuros och de kopplingar till psyket diagnosen innebar. Vissa patienter accepterade diagnosen beredvilligt och menade sig själva se samband mellan vissa omständigheter och symtomen de upplevde. Andra godtog motvilligt diagnosen, gick med på avlastande åtgärder som vilohemsvistelser eller barnomsorg i terapeutiskt syfte, men avböjde bestämt vidare samtal eller remiss till psykiatriker. Vissa patienter vägrade helt enkelt gå med på att deras värk, hjärtbesvär eller trötthet kunde vara av nervös natur. Bland neurospatienterna på Sabbatsberg under 1950-talet synliggörs alltså en inställning till psykiskt uppkomna symtom som lever vidare också i dag: uttryck som ”det är bara nerverna” vittnar om en hierarki där objektivet mätbar och därför implicit ”verklig” sjukdom värderas högre än psykisk.

”Vården av 1950-talets neurospatienter tydliggör hur den outtalade premissen var att samhället bar ett ansvar för att tillgodose också dessa behov hos en grupp som identifierats som bräcklig eller svag.”

Fler diagnoser, färre sociala insatser

Vid en jämförelse mellan 1950-talet och nutiden finns dock en markant skillnad i hur medicinen och samhället bemöter den patient som avvisar en psykologisk tolkning av symtomen. Patienter som vägrade acceptera en neurosdiagnos under 1950-talet hamnade i en svår situation. Diagnosen neuros var inte förhandlingsbar, och det existerade inga alternativ: om inte prover och undersökningar indikerat somatisk diagnos betraktades detta utfall som slutgiltigt. Gränsen var knivskarp: somatisk diagnos eller neuros.

Den terapeutiska arsenalen var konstruerad i linje med detta. Omplacering, stöttande och avlastande sociala insatser som

Björk, Maria. **Problemet utan namn?** Neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980. Avhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 2011. 306 sid. ISBN: 978-91-554-8079-0.

hemhjälp, barnomsorg, vilohemsvistelser och ”psykoterapi” (en term som vid denna tid i princip betydde rådgivande och stöttande samtal med allmänläkare, då psykologer som yrkeskategori ännu inte fanns inom vården och det rådde brist på psykiatriker) syftade till att behandla just neuroser och i förlängningen till att hjälpa patienten leva med sin konstitutionella bräcklighet. Med andra ord: för de patienter som vägrade acceptera medicinens tolkning av symtomens natur fanns inget medicinen kunde göra.

Med historien som raster blir vår tids gränslinjer, teoretiska och praktiska vårdstrukturer och begränsningar tydliga. En första skillnad som tydliggörs handlar om läkarrollen och läkarens manöverutrymme. 1950-talets läkare hade makt. Denna makt har ofta problematiserats, men för neurospatienterna fanns också fördelar. En fördel, ur patientens perspektiv, är att läkaren hade mandat och möjligheter att göra konkreta förändringar i patientens livssituation. Patienten behövde inte själv administrera många olika vårdinstanser.

En andra aspekt som kan betraktas både som positiv och negativ handlar om vårdens struktur och om medicinens ansvarsområden. I dag anses vila och återhämtning vara individens ansvar, oavsett om denna individ är skör eller robust till sin personlighet. Vården av 1950-talets neurospatienter tydliggör hur den outtalade premissen var att samhället bar ett ansvar för att tillgodose också dessa behov hos en grupp som identifierats som bräcklig eller svag.

Kritiken mot denna samhälleliga/medicinska ambition att ”lägga livet till rätta” och betrakta individer som kuggar i samhällsmaskineriet blev skarp under 1960- och 70-talen. Sedan dess har mycket skett: neurosdiagnosen är i princip avskaffad,



Neurotikerna, som de kallades, ansågs utgöra mellan fem och tio procent av befolkningen och en betydande del av de patienter som sökte allmänläkare. Ur Gunnar Lundquist, *Vår nervhälsa* (1952), Thulebolagens skriftserie.

den mångfald psykiska och somatiska symtom den omfattade har fått nya diagnostiska namn. ME, utmattningssyndrom, fibromyalgi, IBS och inte minst det luddiga begreppet stress utgör endast några. Bakom diagnoserna syns en ny verklighet, för läkare såväl som för patienter. I dag har medicinen, på ett övergripande plan, blivit mer ödmjuk: den skarpa tvärsäkerhet som karaktäriserade den vid 1900-talets mitt är borta.

Ur patienternas perspektiv är förändringen ett tveeggat svärd. Å ena sidan innebär fler och mer varierade diagnostiska möjligheter att det gamla stigma mellan psykiskt och somatiskt luckrats upp. Å andra sidan innebär många av de nyare diagnoserna en ny sorts diagnoskategori där förhoppningarna knyts till en tänkt somatisk orsak vars mekanismer antas kunna klarläggas med mer forskning.

Medicinens terapeutiska möjligheter har dock inte expanderat i takt med diagnoserna, snarare tvärtom: fokus har krympt, närmre den enskilda patienten och den enskilda diagnosen. Precis som 1950-talets neurospatienter och neurosterapier berättar om samhället och människan vid tiden berättar vår tids diagnoser och terapeutiska möjligheter om samhället och människan i dag. Viloheimmens tid är förbi, medicinen som disciplin och läkaren som professionell aktör har nya, mer specialiserade och mindre samhällsorienterade, roller. Neurosen under 1950-talet

illustrerar att dessa roller inte är naturgivna: i framtiden kommer vi att se andra sätt att hantera det svårsmätbara, både inom medicinen och i samhället i stort. Neurosen påminner dessutom om möjligheten, eller risken, att medicinen inte heller för vår tids nya diagnoser hittar någon somatisk orsak.



Maria Björk

Fil.dr. i idé- och lärdoms historia
Tema Q, Linköpings universitet
maria.bjork@liu.se

Referenser

1. Per Flordh, Jag är så nervös, doktorn! (Stockholm, 1954) s. 11.
2. Wilhelm Wernstedt, Medicinsk terminologi, s. 329.
3. Maria Björk, Problemet utan namn? Neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980 (Uppsala, 2011), s. 62.

Annons

Myalgisk encefalomyelit:

På väg från medicinskt oförklarat tillstånd till medicinsk sjukdomsmodifierande behandling?

Personer med myalgisk encefalomyelit (ME) eller post-viralt trötthetssyndrom, också kallat chronic fatigue syndrome (CFS), beskriver en extrem fysisk och mental utmattning i kombination med sjukdomskänsla. Studier pågår med potential att förvandla ME från "ett oförklarat medicinskt tillstånd" till en diagnos där det finns specifik sjukdomsmodifierande behandling. Redan nu kan vi inom sjukvården dock göra stor skillnad för ME-patienterna genom att erbjuda seriösa utredningar, korrekt diagnostik enligt moderna kriterier, information om diagnosen, symtomlindrande behandling och stöd i att hantera en oftast kronisk och kraftigt funktionsnedsättande sjukdom.

Det svenska begreppet "kroniskt trötthetssyndrom" är missvisande, och ME/CFS ska inte blandas ihop med isolerad ökad sömnhet/sömnsvårigheter. Kardinalsymtomet i moderna diagnoskriterier är den ansträngningsutlösta försämringen som kvarstår över 24 timmar efter ansträngning, s.k. post-exertional malaise (ansträngningsrelaterad sjukdomskänsla).

Vad som orsakar ME är oklart. En majoritet av de drabbade har haft en kraftig bakterie- eller virusinfektion och efter det aldrig återhämtat sig även om själva infektionen har läkt ut. Långtidsstudier av hela befolkningsgrupper har visat att det finns ett tydligt samband mellan flera olika infektionssjukdomar och risken att utveckla ME [1].

Begreppet ME myntades på 1950-talet. Det har sin bakgrund i flera epidemiska utbrott under 1900-talet av en poliomyelit-liknande sjukdom med svår trötthet, influensakänsla och muskelsvaghet, men där man inte kunde finna någon orsak till sjukdomen.

Myalgisk encefalomyelit är en beskrivning av den typiska sjukdomsbilden, men man har saknat tydliga biologiska bevis

för att en inflammation faktiskt föreligger i nervsystemet. Avsaknaden av biomarkörer på individnivå har bidragit till att diagnosen har varit omstridd, och historiskt har de diagnostiska kriterierna inkluderat många patienter med andra diagnoser som t.ex. depression eller stressrelaterat utmattningssyndrom.

Idag finns en mer pragmatisk syn på diagnosen som en kriteriebaserad uteslutningsdiagnos. Bra sammanställningar har tagits fram internationellt av internationella vetenskapliga föreningen för ME (IACFSME) [2] och norska socialstyrelsen (Helsedirektoratet) [3]. I Sverige finns råd kring utredningsgång publicerade på viss.nu [4].

Idag finns i Sverige, vad författaren känner till, tre specialistläkarmottagningar som arbetar enligt dessa riktlinjer vid misstänkt ME [5, 6, 7]. ME-mottagningen på Neurologiska rehabiliteringskliniken i Stora Sköndal [5] har startat sommaren 2015 enligt Stockholms läns

landsting nya vårdval för ME/CFS [8].

Epidemiologi

Enligt internationella studier varierar prevalensen mellan 0,1–0,6 % beroende på vilka kriterier som används. Vissa källor anger upp till 2,6 % prevalens för ME/CFS. Personer som drabbas är oftast i åldern mellan 20–40 år med kvinnlig dominans, cirka 6:1. Den totala mängden av drabbade i Stockholms län motsvarar cirka 4 000 patienter och i USA cirka 1 000 000.

ME/CFS förekommer också hos barn och ungdomar, där sambandet med insjuknande i akut infektionssjukdom ofta är tydligt, särskilt körtelfeber (EBV). Sjukdomen är ofta långvarig – över många år. Studier har visat att endast cirka tio procent av patienterna med ME/CFS tillfrisknar helt. Hos många patienter sker en viss förbättring över tid. Prognosen förefaller vara bättre för barn och ungdomar.



www.fotolia.se

Diagnostik

ME är en uteslutningsdiagnos och därför är det ytterst viktigt att utesluta andra behandlingsbara tillstånd innan diagnosen ME ställs. När ett tydligt samband mellan infektion och insjuknande saknas är det särskilt viktigt med en noggrann differentialdiagnostik.

Det finns symtomnämntliga vissa likheter mellan ME och stressrelaterat utmattningssyndrom (utbrändhet). Den väsentliga skillnaden är att vid utmattningssyndrom ska omgivningsfaktorer, stark stress, ha funnits minst sex månader före insjuknandet. Den starka stressen ses som den väsentliga orsaken till patientens funktionsnedsättning, och den influensaliknande bilden med ansträngningsrelaterad försämring som kvarstår över 24 timmar saknas.

"Alltmer forskning talar för att ME är en autoimmun sjukdom."

ME klassificeras som en neurologisk sjukdom enligt Världshälsoorganisationen WHO (ICD G93.3). Benämningen är där post-viral trötthet eller benign myalgisk encefalomyelit. Tröttheten och sjukdomskänslan ska ha kvarstått i minst sex månader och har oftast en klar debut i samband med infektion.

Kännetecknande för sjukdomen är en nytillkommen och oförklarad trötthet/utmattning som inte går att vila bort. Besvären försämras av ansträngning och försämringen kvarstår i minst ett dygn. Andra symtom är sömnstörning, influensakänsla, feber/feberkänsla, muskelsmärta, neurologiska besvär, återkommande infektioner, autonoma symtom som hjärtklappning och ortostatism samt problem med koncentration och minne.

ME är en uteslutningsdiagnos som bygger dels på att patienten uppfyller specifika anamnes- och symtomkriterier, dels på att andra sjukdomar som kan ge liknande symtom är uteslutna. ME diagnosen har länge varit omstridd. Delvis olika kriterier har använts, och pågående forskning kommer säkert leda till något modifierade kriterier i framtiden. De diagnoskriterier som mest använts kliniskt för närvarande är de s.k. Canada-kriteri-

erna som även om de har vissa brister är relativt strikta och f.n. rekommenderas av HelseDirektoratet och IACFSME.

Behandling

Det finns ännu ingen farmakologisk eller psykologisk behandling som har visat betydande effekt vid ME.

Det går inte att träna sig frisk från ME/CFS. Har man efter en noggrann utredning fått diagnosen ME är det viktigt att inte överanstränga sig. Det kan vara av värde för patienterna att få hjälp av sjukgymnast eller arbetsterapeut för att hitta en lämplig nivå.

Långvariga funktionsnedsättningar kan leda till omfattande och stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan eller svårigheter att fullfölja skolgång liksom att klara dagliga verksamheter och personlig omvårdnad.

Det är viktigt att man får tillgång till en bra kontakt och dialog med vård och myndigheter så att man kan få konkret bedömning, hjälp och stöd avseende till exempel möjligheter för återgång till arbete, att fullfölja skolgång, dagliga aktiviteter i hemmet med mera. En kurator kan vara ett viktigt stöd i sociala frågor och i kontakten med myndigheter.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara en hjälp att lära sig handskas med den begränsade vardagen. I många fall handlar det om att försöka acceptera den livsförändring som skett samtidigt som man fortsätter att sträva efter en ökad livskvalitet.

Symtomlindrande läkemedel mot nedstämdhet, smärta och sömnsvårigheter kan vara av värde. Behandling med höga doser av vitamin B12, särskilt i injektionsform, eventuellt i kombination med folsyretabletter, har baserats på klinisk erfarenhet och använts av vissa läkare under många år för patienter med ME/CFS. En del patienter upplever en förbättring, särskilt avseende koncentrations- och minnesproblem. Det finns dock inga vetenskapliga studier som fastslagit behandlingens effekter.

Forskning

Det har de senaste åren publicerats flera intressanta studier, flera från Skandinavien, avseende biomarkörer och medicinsk behandling. Redan tidigare har från Gottfries-mottagningen publicerats studier som visat effekt av vaccinering, ett vaccin som dock tyvärr inte längre finns

tillgängligt [9]. Svenska forskare har varit delaktiga i studier som på gruppnivå visat avvikelser i proteinuttryck i cerebrospinalvätska hos patienter med ME/CFS [10] och visat tecken på autoimmunitet i serumprover [11]. En liten men välgjord studie från Japan med positron emissions tomografi (PET) har visat ökad mikrogliaktivitet i hjärnan hos patienter med ME [12].

Mest uppmärksamhet har dock varit kring de behandlingsstudier som utförts av de Norska onkologerna Mella och Fluge och som visade effekt av b-cellshämmande behandling med den monoklonala antikroppen Rituximab [13, 14]. Nyligen har de i samarbete med en tysk forskargrupp visat att autoantikroppar mot beta-adrenerga och muskarina receptorer förekommer hos en del av patienterna med ME, och att sänkning av dessa antikropps nivåer korrelerar till respons av Rituximab-behandling [15].

Alltmer forskning talar för att ME är en autoimmun sjukdom. Den medicinskt inriktade forskningen på området är fortsatt fokuserad på biomarkörstudier samt fortsatta behandlingsstudier. I Norge pågår nu en större fas-3 studie av Rituximab [16] som beräknas vara klar 2017 och i Holland pågår en studie med Anakinra, en IL-1-antagonist [17].



Per Julin
Med.dr., överläkare
Neurologiska rehabiliteringskliniken,
Stora Sköndal
per.julin@ki.se

Jäv saknas.

Referenser

1. White PD. *What causes prolonged fatigue after infectious mononucleosis: and does it tell us anything about chronic fatigue syndrome?* J Infect Dis. 2007 Jul 1;196(1):4-5.
2. ME-CFS Primer Education (2014 revision). International Association for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. <http://>

- iacfsme.org/ME-CFS-Primer-Education/News/News-Related-Docs/2014/ME-CFS-Primer-for-Clinical-Practitioners-(2014-rev.aspx Hämtat 11.10.2015
3. CFS-ME. HelseDirektoratet. <https://helseDirektoratet.no/cfs-me> Hämtat 11.10.2015
 4. ME/CFS (Kroniskt trötthetssyndrom). VISS, Stockholms läns landsting. <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Nervsystemet-och-smarta/ME-CFS/> Hämtat 11.10.2015
 5. ME/CFS-mottagning, Stora Sköndal www.stora-skondal.se/varverksamhet/neurologiskrehabilitering/mecfsmottagning.4.7094d66714c5e4e34cceb24.html Hämtat 11.10.2015
 6. Gottfries Clinic <http://www.gottfriesclinic.se> Hämtat 11.10.2015
 7. Myalgisk Encefalomyelit (ME) G93.3. Gotahälsan <http://www.gotahalsan.se/sv/myalgisk-encefalomyelit/> Hämtat 11.10.2015
 8. ME/CFS-behandling och rehabilitering. Avtalsinformation, Vårdgivarguiden, Stockholms läns landsting <http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/vardval-stockholm/mecfs/> Hämtat 11.10.2015
 9. Zachrisson O, Regland B, Jahreskog M, Jonsson M, Kron M, Gottfries CG. *Treatment with staphylococcus toxoid in fibromyalgia/chronic fatigue syndrome--a randomised controlled trial.* Eur J Pain. 2002;6(6):455-66.
 10. Schutzer SE, Angel TE, Liu T, Schepmoes AA, Clauss TR, Adkins JN, Camp DG, Holland BK, Bergquist J, Coyle PK, Smith RD, Fallon BA, Natelson BH. *Distinct cerebrospinal fluid proteomes differentiate post-treatment Lyme disease from chronic fatigue syndrome.* PLoS One. 2011 Feb 23;6(2),
 11. Elfaitouri A, Herrmann B, Bölin-Wiener A, Wang Y, Gottfries CG, Zachrisson O, Pipkorn R, Rönnblom L, Blomberg J. *Epitopes of microbial and human heat shock protein 60 and their recognition in myalgic encephalomyelitis.* PLoS One. 2013 Nov 28;8(11):
 12. Nakatomi Y, Mizuno K, Ishii A, Wada Y, Tanaka M, Tazawa S, Onoe K, Fukuda S, Kawabe J, Takahashi K, Kataoka Y, Shiomi S, Yamaguti K, Inaba M, Kuratsune H, Watanabe Y. *Neuroinflammation in Patients with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis: An ¹¹C-(R)-PK11195 PET Study.* J Nucl Med. 2014 Jun;55(6):945-50.
 13. Fluge Ø, Bruland O, Risa K, Storstein A, Kristoffersen EK, Sapkota D, Næss H, Dahl O, Nyland H, Mella O. *Benefit from B-lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study.* PLoS One. 2011;6(10)
 14. Fluge Ø, Risa K, Lunde S, Alme K, Rekeland IG, Sapkota D, Kristoffersen EK, Sørland K, Bruland O, Dahl O, Mella O. *B-Lymphocyte Depletion in Myalgic Encephalopathy/ Chronic Fatigue Syndrome. An Open-Label Phase II Study with Rituximab Maintenance Treatment.* PLoS One. 2015 Jul 1;10(7)
 15. Loebel M, Grabowski P, Heidecke H, Bauer S, Hanitsch LG, Wittke K, Meisel C, Reinke P, Volk HD, Fluge Ø, Mella O, Scheibenbogen C. *Antibodies to β adrenergic and muscarinic cholinergic receptors in patients with Chronic Fatigue Syndrome.* Brain Behav Immun. 2015 Sep 21. pii: S0889-1591(15)30020-9. doi: 10.1016/j.bbi.2015.09.013. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26399744.
 16. B-lymphocyte Depletion Using Rituximab in Chronic Fatigue Syndrome/ Myalgic Encephalopathy (CFS/ME). A Randomized Phase-III Study. (RituxME) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02229942?term=rituximab+AND+ME&rank=1> Hämtat 11.10.2015
 17. Cytokine Inhibition in Chronic Fatigue Syndrome Patients (CiCFS). ClinicalTrials.gov, U.S. National Institute of Health <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02108210?term=anakinra+AND+CFS&rank=1> Hämtat 11.10.2015

Annons

Diagnostiskt centrum för snabbare diagnos

Diagnostiskt centrum (DC) på Centralsjukhuset Kristianstad är Sveriges första snabbspår för patienter med misstanke om allvarlig sjukdom utan organspecifika symtom. Patienterna remitteras till DC efter en första utredning i primärvården. Centrum för primärvårdsforskning utvärderar pilotprojektet och har bland annat undersökt primärvårdsläkares synpunkter via en enkät.

Diagnostiskt centrum (DC) i Kristianstad öppnade i oktober 2012, i projektform, på initiativ av Regionalt cancercentrum syd. Idén är hämtad från Danmark där man 2009 införde ett standardiserat vårdförlopp för patienter med ospecifika symtom och misstanke om cancer [1]. Alla patienter som remitteras dit passerar en filterfunktion med ett analyspaket samt ultraljud buk och lungröntgen, alternativt CT-undersökning av thorax, buk och bäcken. Om undersökningarna inte ger vägledning om fortsatt utredning remitteras patienten till "Diagnostiskt center", en specialanpassad enhet med snabb tillgång till relevant medicinsk expertis [2, 3].

Danmark har haft standardiserade vårdförlopp för specifika cancerformer sedan 2007. Vårdförloppet för ospecifika symtom initierades efter att studier visat att bara hälften av alla cancerpatienter i primärvården uppvisar alarmsymtom vid den initiala kontakten [4, 5]. Det implementerades nationellt 2012 och idag finns diagnostiska centrum i samtliga fem sjukvårdsregioner i Danmark [3, 6]. Den svenska DC-modellen påminner till stora delar om den danska.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården införs nu i hela Sverige med stöd av regeringen och SKL. Med i planeringen finns även vårdförlopp för cancermisstanke vid allvarliga, diffusa symtom [7]. Här kan DC-projektet i Kristianstad ses som en föregångare.

DC i Kristianstad, arbetsgång och struktur

Målgruppen för DC är patienter ≥ 18 år med ospecifika symtom som kan tyda på allvarlig sjukdom, till exempel cancer. Remisskriterierna, det vill säga de diffusa symptom som man rekommenderar vårdcentralerna att uppmärksamma, är inspirerade av den danska modellen [2, 3] (se ruta).

Remisskriterier för Diagnostiskt centrum i Kristianstad [8]

- Nyttillkommen uttalad oförklarlig trötthet
- Ofrivillig viktnedgång > 5 kg
- Nyttillkomna atypiska/oförklarliga smärtor/ledsmärtor
- Oklar långdragen feber
- Och/eller patologiska prover utan förklaring: SR, s-ALP, s-Ca, oklar anemi
- Misstänkt metastas med okänd primärtumör

Då en patient uppfyller remisskriterierna görs först en grundlig undersökning på vårdcentralen. Om det därefter råder oklarhet om diagnos bokas tid för lungröntgen och ultraljud buk. Röntgenremisserna märks med "DC-projekt" varvid tid för röntgenundersökning erbjuds inom tre arbetsdagar. Om läkaren finner en möjlig förklaring till symtomen fortsätter handläggningen i primärvården. Om specifik cancer misstänks remitteras patienten direkt till respektive patientprocess. Om rimlig diagnos däremot inte kan ställas remitteras patienten till DC. I samband med remiss till DC tas ett omfattande analyspaket vars svar skickas till DC:s läkare. Patienten kallas till läkarbesök på DC inom tre arbetsdagar och där görs sedan en utredning som inte ska överskrida 22 dagar till diagnos eller uteslutande av allvarlig sjukdom.

"Vi hoppas att de nya satsningarna görs i kontinuerlig dialog med primärvården och att lärdomar dras av utvärderingar från såväl Sverige som våra grannländer i utformningen av nya DC."

Utformningen av DC arbetades fram av en projektgrupp med representanter från både den specialiserade vården och primärvården. Allmänläkarkonsult-koordinatören i nordöstra Skåne hade och har alltjämt en viktig roll i informationen till vårdcentralerna, privata som offentliga. Det är projektgruppens uppfattning att mottagandet av DC har varit positivt i primärvården, men att det även har funnits skeptiska röster.

Före semestrarna 2015, 33 månader efter DC:s öppnande, hade 372 patienter utretts vid DC. Tjugo procent av dem hade fått en cancerdiagnos. Preliminära siffror i Danmark visar att cancerprevalensen vid motsvarande enheter ligger mellan tio och tjugo procent [3].

Andra vanliga diagnoser på DC var reumatiska sjukdomar, mag-tarmsjukdomar och infektioner. Hos tolv procent av DC:s patienter fann man igen sjukdom, de bedömdes vara friska.

Läkarenkät

Att fånga upp synpunkter från primärvårdens läkare tror vi ökar chanserna för ett väl fungerande vårdförlopp. Vi mejlade därför en enkät till läkarna vid 25 privata och offentliga vårdcentraler i DC:s upptagningsområde. Svarefrekvensen blev relativt låg (43 %) trots upprepade påminnelser, så vi kan inte dra för stora växlar på resultaten. Vi fick en fingervisning om hur DC fungerar ur allmänläkares perspektiv och även förslag på förbättringsmöjligheter.

Åttioåtta procent av dem som svarade ansåg att DC:s remisskriterier är adekvata. En fråga som har diskuterats i arbetet

med DC är att man saknar distriktsläkarens "magkänsla" bland remisskriterierna. Viktnedgång behöver inte vara oroande i sig, men en erfaren distriktsläkare kan känna på sig att det finns allvarlig sjukdom bakom. Tanken stöds av en studie från Danmark, som visade att distriktsläkarens "magkänsla" av allvarlig sjukdom tillhör de kliniska tecken som säkrast predikerar cancer [2]. Man skulle kunna tänka sig ett remisskriterium där allmänläkaren till exempel på en skala anger hur stor risk för cancer hen bedömer att patienten har. Arbetsgrupper får ta ställning till om det är en god idé i planeringen av framtida DC-enheter.

Förbättringsmöjligheter som nämndes var översyn av provtagningar och utredningsgång samt önskemål om mer information. En deltagare skrev: "Alternativet typ 'prioriterad utredning' via vc vore intressant för doktorn och bra för många pat som ligger mittemellan att behöva DC och alltför utdragen utredning via vc." Detta har man funderat på i den danska cancerstrategin och implementerar nu så kallade Ja-Nej-kliniker för patienter med vaga symtom som inte tyder på cancer, men där cancer inte heller kan uteslutas, "low-risk-but-not-no-risk". Vid Ja-Nej-kliniken håller distriktsläkaren själv i utredningen med direkttillgång till diagnostiska resurser utan att patienten behöver skrivas in på sjukhusklinik. Det är ett komplement till "Diagnostisk center" där cancermisstanken är högre [6].

Enkätdelegarna var överlag glada över DC. På frågan om de såg någon fördel för patienterna svarade 94 procent att de gjorde det och 92 procent såg även fördelar för egen del.

Referenser

1. Bislev LS, Bruun BJ, Gregersen S, et al. Prevalence of cancer in Danish patients referred to a fast-track diagnostic pathway is substantial. *Danish medical journal*. 2015;62.
2. Ingeman ML, Christensen MB, Bro F, et al. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer-a cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability. *BMC cancer*. 2015;15:421.
3. Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
4. Jensen H, Tørring ML, Olesen F, et al. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and

DC på frammarsch

Interesse för DC har varit stort i hela landet och systerorganisationer har redan etablerats i Malmö, Linköping, Norrköping, Motala och Södertälje. I Region Skåne har man nu beslutat om att inrätta tre DC som ska täcka hela regionen.

Vi hoppas att de nya satsningarna görs i kontinuerlig dialog med primärvården och att lärdomar dras av utvärderingar från såväl Sverige som våra grannländer i utformningen av nya DC.



Emelie Stenman
Arbets terapeut, MSc i biologi, PhD
Forskningskoordinator
emelie.stenman@med.lu.se



Jan Sundquist
Professor i allmänmedicin
Verksamhetschef

Båda Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne, Lunds universitet

Jäv saknas

registry study. *BMC cancer*. 2014;14:636.

5. Nielsen TN, Hansen RP, Vedsted P. [Symptom presentation in cancer patients in general practice]. *Ugeskrift for læger*. 2010;172:2827-31.
6. Vedsted P, Olesen F. A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis - the Danish three-legged strategy. *British journal of cancer*. 2015;112 Suppl 1:S65-9.
7. Regionala cancercentrum i samverkan. Standardiserade vårdförlopp i cancer vården. 4 maj 2015 [citerat 16 sep 2015] <http://www.cancercentrum.se/sv/Utvecklingsuppdrag/Varje-dag-raknas/Standardiserade-vardforlopp2/>
8. Region Skåne. AKO Skåne, Diagnostiskt centrum - remissgång. 4 sep 2015 [citerat 16 sep 2015] <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/ako-skane/#18238>

AllmänMedicin informerar

En dag på jobbet...

Hur såg din dag ut
– var det en vanlig dag,
eller en ovanlig?

Berätta, skicka bilder!
chefredaktor@sfam.se



AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

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



Köksbordet som vårdideologi

I hemsjukvården står köksbordet modell för mötet med patienten. Uppdraget är att förutse vilka åtgärder som är effektiva och rimliga och att få planeringen genomföras hos individen. Arbetet för läkaren underlättas av att komma närmare verkligheten. Samarbetet mellan yrkesgrupperna och ett personcentrerat arbetssätt ger trygghet för individen och närstående. Detta kräver hög kompetens hos de medverkande och att ledningen ser sin stödfunktion.

Alla känner vi till att det finns multisjuka, multisyktade eller sköra äldre. Braskande rubriker i nyhetsflödet om långa väntetider på akuten och gamlingar som fallit mellan stolarna. Ibland sägs dålig samordning vara orsaken och ibland sägs det bero på bristande resurser eller kompetens. Många gånger skylls det på slarv eller underlåtenhet.

Jag var frustrerad över att jag inte fick effekt när jag träffade dessa patienter på mottagningen. Jag hade papper från hemsjukvården med en problembeskrivning, en anhörig i rummet med ett annat problem och en patient som inte deltog i diskussionen. Det var ständigt svårt att få tag i hemsjukvården och de hade svårt att nå oss inom rimlig tid. Ur frustrationen

föddes en idé: tillsammans blir det lättare att göra rätt.

Jag är från min utbildning fostrad i att göra rätt, ta rätt medicinsk beslut utifrån rätt undersökningsresultat. Det personcentrerade arbetssättet i närvården innebär att det är viktigare att det blir rätt än att jag gör rätt. Jag har fått en annan inställning till mig själv som läkare och till mina patienter. Tillsammans innebär att vi arbetar i team. I ett team delar man på arbetet och ansvaret, man kompletterar och ibland ersätter varandra. Mitt bidrag till förändringen och förbättringen blir en del av flera.

Teamarbetet och den personcentrerade inställningen är grunden för köksbordet som arena. Där har jag lättare att förstå situationen och få kunskap om sjukdomar, dess konsekvenser och behandlingar, att få effekt i patientens liv.

"Det personcentrerade arbetssättet i närvården innebär att det är viktigare att det blir rätt än att jag gör rätt."

Praktiken

Teamet består av mig som mobil hemsjukvårdsläkare, den kommunala hemsjukvården, hemtjänsten och ibland biståndsenheten eller andra beslutsfattare. Kompetensnivån hos hemsjukvården är god: specialistutbildade distriktssköterskor med förskrivningsrätt, erfarna sjukgymnaster och arbetsterapeuter och undersköterskor i hemtjänsten/hemsjukvården.

Hemtjänsten är organiserad av kommunen. Närhälsans två vårdcentraler har varsin mobil hemsjukvårdsläkare två dagar per vecka. Arbetsdagen innehåller hembesök, undersökningsvar och planering. Medicinska frågor löses över meddelandehantering i journalsystemen, via telefon och via fax. Det är svårt att få till en digital kommunikation över huvudmannaskapsgränsen.



Stina 83 år har levt med kroniska smärtor hela livet. På grund av bristande närminne kan hon inte längre hantera sin smärta som därför försämrats. Hennes hemtjänstgrupp har fått utbildning i smärtrehabilitering för att stödja henne.

Lennart 91 år har svår hjärtsvikt och har nu fått besked om cancer i magen. Brytpunktssamtal hålls i hemmet och hela teamet engageras. Patienten med närstående kan i sin hemmiljö förstå konsekvenserna av de svåra sjukdomarna och ta beslut kring sin vård. Vårdplanen beskriver situationen och patienten avlider av hjärtsvikten i hemmets trygghet.

Jag tar inte med datorn på hembesöken. Tekniken fungerar trögt men framför allt hämmar den mötet med patienten. Att fälla upp locket på datorn för att starta journalsystemet känns som att sätta upp ett staket. Tekniken tar för mycket uppmärksamhet från mötet. Inför hembesöket skriver jag därför ut lab, journalinformation och sammanfattningar på papper. Även med pappersjournal får jag koncentrera mig för att inte fastna i journalen istället för att möta patienten.

Vårdplanen är patientens dokument

Dokumentationen inom teamet sker tyvärr i var sitt journalsystem (regionen respektive kommunen). Den gemensamma planeringen tillsammans med patienten är viktig. Vi skriver ner bedömningar och beslut både innan och efter att vården blivit palliativ. Inom vårdsamverkan Skaraborg har vi arbetat fram ett dokument, Medicinsk vårdplan, som vi standardmässigt använder. Den medicinska vårdplanen är ett resultat av en diskussion med patient och närstående och beskriver nuläget, möjligheter och avgränsningar av medicinska insatser. I den rent palliativa situationen använder vi samlingen "Trygghetsordinationer".



Lidköpings kommun har nästan 39000 invånare, ett akutsjukhus (Skaraborgs sjukhus Lidköping), tre vårdcentraler (två ingår i samverkan kring mobil hemsjukvårdsläkare), hemsjukvården och hemtjänsten i Lidköpings kommun. Området har landsbygdsprägel.

De flesta hembesök görs inom staden och 15 minuters resväg. Körtiden till hembesöken utanför centrala staden är kring 30 minuter.

I närvårdsområdet västra Skaraborg finns ett uppbyggt vårdsystem med specialiserat närsjukvårdsteam och palliativt team som också arbetar i individernas hem. Dessa utgår från sjukhuset och kan ses som specialistnivå för hemsjukvårdsläkaren.

Jag tycker alltid att det är en utmaning att skriva ner vad som diskuteras hemma hos patienten. Att vara kortfattad och tydlig utan att bli grym är en balansgång. Att vara tydlig med att det inte rör sig om etiska ställningstaganden, som att det inte är någon vits med att vårda någon så gammal, utan att det är en avvägning av risk och nytta. Jag upplever att patienterna och närstående väl förstår besluten om att inte skickas till sjukhus för alla akuta åkommor när de förstår vad som går att påverka och vad som kan göras hemma. Köksbordet är en förutsättning för att få till det nära mötet för att patienten och närstående ska förstå den grund som finns för min rekommendation till avgränsningarna i sjukvårdens insatser.

Det svåraste är inte att få patienten att förstå ställningstagandet utan att få sjukvårdens alla inblandade aktörer att följa överenskommelsen i den medicinska vårdplanen. Det är därför viktigt att planen finns där patienten finns, alltså i hemmet. Jag har haft patienter som för att sova tryggt lagt planen på sängbordet eller till och med på bröstkorgen när de lägger sig för att sova. Detta för att de inte ska behöva vakna på sjukhus endast för att någon som inte har kunskapen om överenskommelsen hittar dem medvetslösa och försvarslösa.

Erfarenheter från köksbordet

Jag har farit runt som mobil läkare i Lidköping i fyra och ett halvt år. Under åren har jag samlat på mig tankar kring vad som har betydelse för vår dagliga gärning.



Jesper Poucette på väg till köksbordet.

Foto: Sören Turesson/NLT

Kompetensen är central. För att mötas som självständiga personer i teamet krävs att alla inblandade har en grund- och specialistutbildning för sitt arbete. I teamet är det den svagaste länken som bestämmer styrkan. Jag ser specialistkompetens inom allmänmedicin respektive distriktssköterskekompetens som en självklarhet.

Samverkan i praktiken krävs både på ledningsnivå och i vardagssjukvården. Ledningen har ändrat inställning från "vad är mitt ansvar" till "vad kan jag bidra med". Att ledningen samverkar på riktigt är grunden för vår samverkan i vardagssjukvården. Ett exempel är att patienten direkt kan få ökad omvårdnad vid ett försämrat medicinskt tillstånd.

Samverkan är att jag inte konsulterar i

hemsjukvården utan att jag fikar ihop med hemsjukvårdens grupper, att jag deltar på arbetsplatsmöten och är med på utbildningar i den kommunala hemsjukvården, d.v.s. att jag som läkare arbetar inne i den kommunala hemsjukvården. Där man fikar har man sitt hjärta och ofta även sin hjärna.

Vårdens varierande tempon i olika delar av sjukvården är en utmaning i samverkan. På sjukhuset är planeringshorisonten ofta timmar till någon dag, på vårdcentralen är den vecka till månad och i hemsjukvården mitt emellan. Det innebär att en plan och beslut tagna i den ena situationen ofta är svåra att omsätta till vårdgrannarna. Utmaningen ligger i att genom den skrivna planen samordna besluten och arbetssättet så att vi får nytta av varandra.

Snabba skiften eller behov av akuta insatser när planeringen inte räcker till behövs sällan men ibland. Det har varit viktigare att svara i telefon för att ge råd än att kunna göra akuta hembesök. Det är viktigt att finnas tillgänglig för snabba svar under veckorna men det tycks räcka med den ordinarie jourverksamheten på kvällar, nätter och helger.

Kommunikation och dokumentation är centralt för planeringen och för att få effekt av planeringen. Det som inte är skrivet gäller inte och det som är skrivet gäller tyvärr inte alltid. Det finns stora förbättringspotentialer i det tekniska stödet för kommunikation och planering. Vi använder fortfarande papper för att få planeringen att gälla så stor del av dygnet som möjligt.



Hemma hos Elsa 90 år.

Foto: Sören Turesson/NLT

Läkemedel är bra men de är gifter. Kemikompetens, att förstå när man ska minska dos, sätta ut och värdera primär- och sekundärprofylax är central i läkemedelsbehandlingen av målgruppen. Teamets gemensamma uppföljning av effekt och bieffekt av insatta behandlingar samt möjligheten att ge mer avancerade ordinationer med flera alternativ ställer höga krav på både grundutbildning och delegation.

"Det svåraste är inte att få patienten att förstå ställningstagandet utan att få sjukvårdens alla inblandade aktörer att följa överenskommelsen i den medicinska vårdplanen."

Köksbordet får stå som modell för mötet med patienten som ska förstå, göra sig förstådd och omsätta medicinska råd till vardagen. Mitt arbete är mycket lättare hemma hos patienten då jag kan se hur det är i verkligheten. Jag har lättare att förstå och förklara och kan följa upp



Distriktssköterskan Marita får en avskedskram.

Foto: Sören Turesson/NLT

effekten av mina råd och min behandling.

Att försöka förutse vilka åtgärder som är effektiva och rimliga, att få planeringen göra avtryck i vardagen hos individen samt att utveckla kompetensen i teamet som helhet är grunden för vårt arbete inom hemsjukvården. Det som ger trygghet hos individen och närstående är att vi arbetar tillsammans.

Till sist är det fantastiskt tillfredsstäl-

lande att känna att vi kan göra skillnad. Att känna att förutsättningarna finns för att göra skillnad.

Tillsammans kring köksbordet.

Jesper Poucette
Närhälsan Ågårdsskogens vårdcentral,
Lidköping
jesper.poucette@vgregion.se

Jäv saknas.

Säker läkemedelsanvändning i primärvård

Resultat av pilotprojektet – nu startar omgång 2!

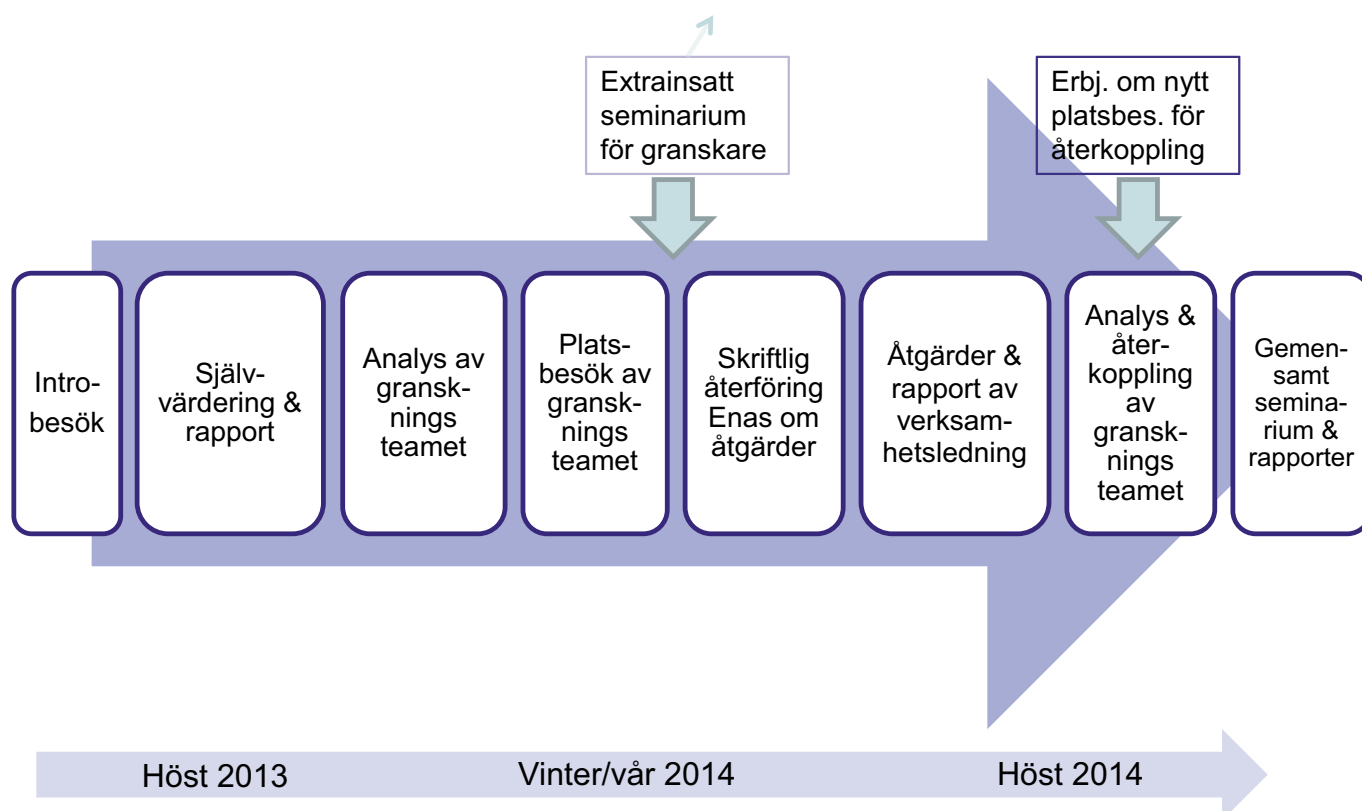
SEAM deltar i det nationella projektet "Säker Läkemedelsanvändning i Primärvård" i samarbete med fem andra yrkesorganisationer, Patientförsäkringen LÖF och SKL (se AllmänMedicin 1-2013). Målet med projektet, som riktar sig till verksamhetsledningarna för landets vårdcentraler, är att minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem. Fokus ligger på patientens användning av läkemedel, där rätt förskrivning relativt patientens samlade sjukdomsbild och förutsättningar att följa förskrivningen är grunden. Metoden är självvärdering och tvärprofessionell granskning. Pilotprojektet har nu genomförts och utvärderats. I försöksomgång två bjuds tre regioner in att delta mer aktivt i upplägget, så att metoden kan gå in under det ordinarie läkemedels säkerhetsarbetet och på så vis förhoppningsvis permanentas och spridas.

Bakgrund

Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste anled-

ningarna till att patienter skadas i vården. Primärvårdens verksamhet är central när det gäller äldres läkemedelsbehandling. Om inte behandlingen initieras här så förlängs den ofta här och därmed ligger ansvaret i primärvården. För att detta ska ske på ett säkert sätt krävs goda rutiner. Läkare måste hålla sig uppdaterade inom olika terapiområden och om vilka fysiologiska åldersförändringar som påverkar läkemedelsbehandlingen, och samarbetet måste fungera mellan patientens olika vårdgivare. Bristande kommunikation är en viktig anledning till att läkemedelsfel ofta uppstår i vårdens övergångar.

Inspiration till pilotprojektet kom från tre liknande projekt inom förlossningsvård, ortopedi och bukkirurgi. Dessa påvisade sammantaget klara förbättringsmöjligheter och ledde till bland annat nya/reviderade arbetssätt och rutiner, framtagande av nationella rekommendationer i vissa fall och en ökad medvetenhet om vikten av att riktlinjer följs av varje medarbetare.



Metod

Medverkande

Pilotprojektet har genomförts i samverkan mellan Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi och Apotekarsocieteten och med stöd av SKL och Patientförsäkringen LÖF. Yrkesorganisationerna har svarat för det medicinska innehållet, rekryterat och utsett experter och granskare. Den vetenskapliga utvärderingen har gjorts av Lunds Universitet, Centrum för primärvårdsforskning.

Projektupplägg

Pilotprojektet har omfattat tio vårdcentraler, varav fem har utgjort kontrollgrupp. Metoden består av självvärdering, extern granskning samt genomförande och uppföljning av åtgärder. Först granskade verksamheten (ledning och samarbetspartners) sina arbetssätt och rutiner och hur man säkerställer efterlevnaden till dessa. Detta gjordes med hjälp av ett självvärderingsinstrument som berör rutiner kring bl.a. korrekt information om patientens läkemedelsanvändning, välmotiverad och väl uppföljd läkemedelsbehandling, interaktioner, läkemedelsgenomgångar samt samarbete med specialistvård, kommunal sjukvård och apotek.

I nästa steg fick enheten stöd av ett tvärprofessionellt granskningsteam för diskussion om förbättringsåtgärder. Teamet analyserade svaren från självvärderingen och gjorde platsbesök innan en överenskommelse ingicks med verksamhetsledningen om lämpliga förbättringsåtgärder. Efter avsatt tid för genomförande skedde sedan uppföljning och utvärdering.

Resultat

De vetenskapliga utvärderingen omfattar deskriptiv rapport om förbättringsmöjligheter och genomförda åtgärder, kvalitativ analys av hur metoden upplevs på enheterna samt kvantitativ analys av till exempel polyfarmaci, interaktioner och läkemedel som klassas som olämplig för äldre.

Förbättringsmöjligheter och åtgärder

Ett stort antal förbättringsmöjligheter identifierades. Många var av grundläggande slag och det är uppenbart att gapet mellan önskvärt och aktuellt tillstånd är stort. En del av de identifierade förbättringsmöjligheterna togs tillvara i de åtgärdsöverenskommelser som ingicks. Dessa skulle inte vara mer omfattande än att de skulle vara möjliga att genomföra och redovisa inom ett halvår.

"Det är uppenbart att gapet mellan önskvärt och aktuellt tillstånd är stort."

Ett uppenbart förbättringsområde var att få bättre bild av patienternas faktiska läkemedelsanvändning, såväl receptbelagda som receptfria läkemedel och naturläkemedel. Åtgärderna handlade om rutiner för att utföra läkemedelsavstämning och ständigt hålla patientens läkemedelslista aktuell. Läkemedelsberättelser från sjukhuskliniker var ett anknytande förbättringsområde med förslag på återföring till sjukhuskliniker på

antal saknade och ofullständiga läkemedelsberättelser. I flera åtgärder efterlystes gemensam läkemedelslista, vilket även kräver gemensamt ansvar för uppdatering.

Ett annat förbättringsområde var att ”ge varje patient en rimlig chans att kunna sköta sin läkemedelsbehandling”. Åtgärderna handlade om att införa rutiner för att indikation respektive maxdos för vidbehovsläkemedel anges på varje recept, att varje patient får information med relevant information för varje läkemedel samt att distriktssköterska med patient går igenom vilka läkemedel som faktiskt används och hur.

Att förskrivares kompetens inom geriatrik och farmakologi säkras genom fortbildning var ytterligare ett framträdande förbättringsområde.

"Detta är ingen engångsinsats utan ett arbete som måste fortgå."

Drygt en fjärdedel av åtgärderna handlade om att uppnå en omfattning och kvalitet på enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sammantaget genomfördes drygt två tredjedelar av de överenskomna åtgärderna inom den överenskomna tiden, dock i varierande grad mellan de olika vårdcentralerna. Åtgärder som krävde samverkan med andra aktörer hade påbörjats inom projekttiden.

Upplevselser av medverkan i projektet

Totalt intervjuades 17 personer från deltagande vårdcentraler samt åtta granskare. Deltagande verksamhetschefer upplevde projektet positivt, både självvärderingen, som bidrog till självinsikt och nya rutiner, samt granskningen, som innebar omfattande engagemang i enhetens verksamhet. Många påpekade att ”detta är ingen engångsinsats utan ett arbete som måste fortgå”. Från både verksamheter och granskare lyftes projektets tvärprofessionella arbetssätt som något mycket positivt.

Granskarna upplevde arbetet givande, blev medvetna om säkerhetsrisker på sina egna enheter och tog hem idéer som omsattes i konkreta åtgärder. Granskarna kände att deras arbete bidrog till uppmärksamhet av säkerhetsbrister som verksamhetsledningen själv inte var medveten om.

Dessutom framkom förbättringsförslag för projektets vida-

reutveckling, bland annat förenkling av självvärderingsinstrumentet.

Uppföljning av läkemedelsförskrivning

Utvärdering pågår via statistik från läkemedelsregistret.

Erfarenheter från pilotprojektet i relation till liknande sjukhusprojekt

Avsevärt färre gemensamma rutiner och arbetssätt redovisades i vårdcentralernas självvärderingsrapporter än i sjukhuskliniker. Det kan tolkas som om verksamheten på vårdcentraler i större utsträckning än på sjukhus vilar på enskilda medarbetares individuella förmågor med mindre stöd av gemensamma, av ledningen fastställda rutiner.

Det är lika sparsamt på vårdcentraler som på sjukhuskliniker med systematisk uppföljning av i vilken grad medarbetarna följer fastställda rutiner och följaktligen också på återföring av sådana mätresultat till medarbetarna.

Kommande försöksomgång 2

Inför omgång två förbättras metoden genom att självvärderingsinstrumentet har reviderats med hänsyn till resultat och synpunkter från pilotprojektet. Granskningsproceduren kommer att förenklas och göras mer effektiv.

Cirka tjugo vårdcentraler från tre regioner (Region Skåne, Landstinget Sörmland samt Stockholms läns landsting) kommer att delta under 2016. Metoden prövas som en del i landstingens/regionens utvecklingsstrategier för säker läkemedelsanvändning och verksamhetsstöd till primärvården. Förhoppningen är naturligtvis att modellen visar sig effektiv och på sikt kan spridas till fler regioner.

Sara Modig

SFAM-representant i styrgruppen för
Säker läkemedelsanvändning i primärvård
Äldregeneral, Region Skåne
Tåbelunds vårdcentral, Eslöv
Avd. för allmänmedicin, Lunds Universitet
sara.modig@med.lu.se

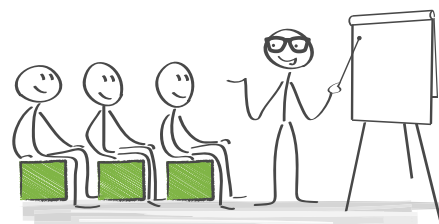


Jäv saknas.

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida "för kursgivare".



Hälsoprofil – pedagogiskt hjälpmedel och prognostiskt verktyg

Resultat från en långtidsuppföljning i primärvården i Habo

Hälsoundersökningar med mål att minska insjuknande i hjärt-kärlsjukdom (CVD) startade i den svenska primärvården på 1980-talet, bland annat i Västerbotten (Norsjöprojektet) [1] och i Skaraborg [2]. Syftet var framför allt att påverka levnadsvanor i positiv riktning. Ett hälsosamtal var den viktigaste åtgärden i flera av dessa hälsoundersökningar, ofta med någon form av pedagogiskt hjälpmedel för att åskådliggöra sambandet och storleken av riskfaktorer. Exempel är stjärnprofilen i Västerbotten och Hälsokurvan i Skaraborg [2, 3].

En föregångare till Hälsokurvan i Skaraborg var Hälsoprofilen som utvecklades i Habo [4, 5]. De tio riskfaktorer som ansågs mest betydelsefulla för hjärt-kärlsjukdom och cancer graderades i fyra eller fem nivåer.

I Haboundersökningen inbjöds alla män i kommunen som 1985 var 33–42 år till en gratis undersökning på eftermiddags- eller kvällstid med hälsosamtal med en sjuksköterska samt mätning enligt Hälsoprofilen. Undersökningen genomfördes under tre år. Av 757 inbjudna män kom 652 (86 %).

Med hjälp av Hälsoprofilen indelades deltagarna i en högrisk- och en lågriskgrupp. Högriskgruppen omfattade alla med minst en riskfaktor med riskpoäng 4 eller 5 förutom rökning och låg fysisk fritidsaktivitet samt alla med minst fyra faktorer med riskpoäng 3.

Övriga klassificerades som lågriskgrupp. Högriskgruppen bestod av 292 män och lågriskgruppen av 360 män.

Högriskgruppen bjöds in till läkarundersökning för förnyad genomgång av riskfaktorer, livsstilsförändringar och vid behov eventuellt ytterligare utredning och medicinering. Det fanns också särskilda interventionsprogram på vårdcentralen som rökavvänjning, avslappning, kostprogram och för motion samarbete med lokala idrottsföreningar. Sammanlagt 418 män rekommenderades någon form av preventionsprogram. Högriskgruppen inbjöds till en ny undersökning efter ett år.

Vilka kom inte till undersökningen?

Data om vårdcentralbesök samt registerdata från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialkontoret [4] samlades in för deltagarna och bortfallsgruppen. De 105 männen i bortfallsgruppen intervjuades alla per telefon. Bortfallsgruppen som helhet hade gjort fler besök på vårdcentralen, fler var sjukskrivna, arbetslösa, ensamboende och rökare. Det var också fler i bortfallsgruppen som var registrerade på socialkontoret och hade nykterhetsanmärkningar. Bortfallsgruppen kunde delas in i tre undergrupper:

- de som nyligen varit på en liknande hälsoundersökning
- de som var mer sjuka och var omhändertagna på vårdcentralen
- de som inte var intresserade

Hälsoprofilen i Habo

– ett pedagogiskt hjälpmedel vid hälsosamtal

Riskfaktorer: Ärftlighet, alkoholkonsumtion, rökning, fritidsmotion, stress, psykisk ohälsa, BMI, blodtryck, kolesterol.

Variabler som mättes: Vikt, längd, midja, stuss, blodtryck, blodfetter, blodsocker.

Enkätfrågor: Levnadsvanor (rökning, alkoholkonsumtion och fritidsmotion), ärftlighet, egna sjukdomar samt psykosociala förhållanden.

Den sista gruppen utmärktes av att fler var ensamboende och hade fler nykterhetsanmärkningar än de som deltog i hälsoundersökningen.

Vad hände på lång sikt?

För att undersöka vad som hänt med deltagarna på lång sikt följdes de upp individuellt efter i genomsnitt 24 år [6]. Det gjordes också en registeruppföljning med individuella data från Socialstyrelsens register efter i genomsnitt 26 år [7].

Uppföljningsstudien hade flera syften.

- Undersöka om den var genomförbar med ett högt deltagarantal i primärvården med stöd från en Fou-enhet.
- Studera långtidsförändringar i levnadsvanor och biologiska riskmarkörer.
- Studera självskattad hälsa vid uppföljningen i relation till riskgruppering vid start.
- Studera insjuknande i diabetes typ 2, morbiditet och mortalitet i hjärt- och kärlsjukdom (CVD) och cancer samt total dödlighet i definierade riskgrupper.
- Studera om riskgruppsindelning enligt Hälsoprofilen kunde förutsäga morbiditet och mortalitet i CVD och cancer.
- Studera vilka av riskfaktorerna som var mest betydelsefulla för utvecklingen av CVD, cancer och diabetes.

Metod

Hälften av lågriskgruppen och alla från högriskgruppen som deltog i ettårsuppföljningen bjöds in till en ny undersökning på vårdcentralen efter cirka 24 år. Av praktiska skäl fick de som inte längre bodde i Habo eller närliggande kommuner istället en postenkät och ombads göra egenmätningar av längd, vikt, midja och stuss. Vi fick också registerdata om antal fall av CVD,

cancer och död i högrisk-, lågrisk- och bortfallsgrupperna från Socialstyrelsen [6].

Uppföljning av individuella registerdata gjordes i genomsnitt efter 26 år [7]. I denna registerstudie gjordes nya riskgruppsindelningar efter riskpoäng i Hälsoprofilen i låg-, medel- och högriskgrupp, dels för de tre levnadsvanorna och dels för de tre biologiska riskmarkörerna blodtryck, kolesterol och BMI (Body Mass Index). Det gjordes också en motsvarande riskgruppsindelning baserad på summan av riskpoäng för levnadsvanor och biologiska riskmarkörer.

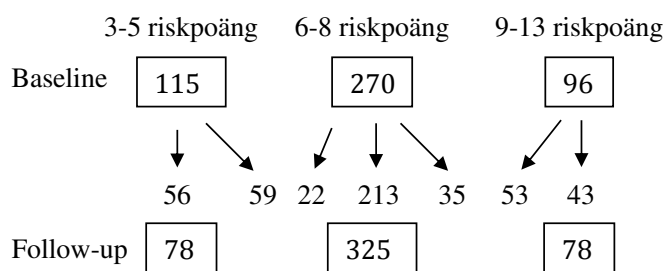
Resultat

Sammanlagt deltog 83 % av de inbjudna männen vid uppföljningen. I lågriskgruppen var deltagarantalet 88 % och i högriskgruppen 77 %.

Alla biologiska riskmarkörer utom diastoliskt blodtryck hade försämrats med åren. Rökning hade minskat kraftigt, både i lågrisk- och högriskgruppen. En del av männen hade förändrat sina levnadsvanor både till det bättre och till det sämre. (Se figur 1.)

Den självskattade hälsan anses vara en viktig prognostisk faktor [8, 9]. Männen fick skatta sin hälsa på en femgradig skala från utmärkt till dålig. Högriskgruppen skattade sin hälsa vid uppföljningen signifikant sämre än lågriskgruppen och gruppen med de bästa levnadsvanorna skattade sin hälsa bättre än gruppen med de sämsta levnadsvanorna.

Vid uppföljningen bedömdes matvanorna med formuläret



Figur 1: Summerade riskpoäng för livsstil (rökning, fritidsmotion och alkoholkonsumtion) vid baseline och uppföljning, antal män i de olika livsstilsgrupperna och hur många som har förflyttat sig mellan grupperna

”20 frågor om dina matvanor”, ett så kallat ”food frequency”-formulär [10]. De med hälsosamma levnadsvanor avseende alkohol, motion och rökning hade också bättre matvanor.

Av registerdata framgick att den ursprungliga högriskgruppen hade ett signifikant ökat antal fall av både CVD (odds ratio 2,10) och cancer (odds ratio 2,25) jämfört med lågriskgruppen. Bortfallsgruppen hade en signifikant ökat antal CVD-händelser (odds ratio 2,14) och en högre mortalitet (odds ratio 4,44) jämfört med lågriskgruppen. Andelen män som behandlades med farmaka för diabetes typ 2 var signifikant högre i högriskgruppen jämfört med lågriskgruppen. Flera resultat finns beskrivna [6].

Annons

Risk för hjärt-kärlsjukdom: Gruppen med lägst sammanlagd riskpoäng för levnadsvanor och biologiska riskmarkörer hade en signifikant lägre risk för CVD jämfört med gruppen med högst sammanlagd riskpoäng (odds ratio 0,34). Detsamma gällde grupperna med lägst riskpoäng för levnadsvanor respektive biologiska riskmarkörer (odds ratio 0,44 respektive 0,31). Av enskilda riskfaktorer var rökning och högt kolesterol förenat med signifikant ökad risk för CVD (odds ratio 2,54 respektive 2,15).

Risk för cancer: Gruppen med lägst sammanlagd riskpoäng för levnadsvanor och biologiska riskmarkörer hade också en signifikant lägre risk för cancer jämfört med gruppen med högst sammanlagd riskpoäng (odds ratio 0,34). Gruppen med lägst riskpoäng för enbart biologiska riskmarkörer hade en signifikant minskad risk för cancer (odds ratio 0,37). Ingen av de enskilda riskfaktorer som undersöktes hade någon signifikant ökad risk för cancer.

Risk för diabetes: Det var framför allt högt BMI som var en statistiskt säkerställd riskfaktor för diabetes (odds ratio 11,97 vid jämförelse BMI ≥ 30 mot < 25). Förutom BMI var rökning en signifikant riskfaktor för diabetes (odds ratio 2,35).

Fram till och med 2012 hade 69 av de ursprungliga 757 männen avlidit (9 %) [7].

Diskussion

Vi kunde visa att uppföljningsundersökningen gick att genomföra och vi fick ett högre deltagarantal än en liknande långtidsuppföljning av män i Norge. Där var männen vid start 40-49 år och deltagarantalet vid en 28-årsuppföljning var 62 % [11]. Vi känner inte till någon annan långtidsuppföljning av män i denna relativt låga åldersgrupp, organiserad och genomförd i primärvård.

Det mest positiva när det gäller utvecklingen av levnadsvanor var att rökningen vid uppföljningen hade minskat mer bland Habomännen jämfört med motsvarande åldersgrupp i Sverige enligt data från SCB. Andra långtidsuppföljningar av män som varit lite äldre vid undersökningens start har visat liknande förändringar av levnadsvanor och biologiska riskmarkörer [12, 13].

En senare framtagna metod att skatta risken för CVD är

SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) vilken beräknar risken att dö i CVD under en 10 års period [14]. SCORE bygger på riskfaktorerna ålder, kön, rökning, systoliskt blodtryck och kolesterol, och rekommenderas för användning både i Sverige och andra europeiska länder.

Det finns få exempel på instrument som skattar mortalitetsrisken för både CVD och cancer. Real Age-registret från USA baseras på självrapporterade data [15]. De data som Real Age bygger på liknar de data som finns i Hälsoprofilen. Vår uppföljningsstudie visar att Hälsoprofilen kan användas som prediktivt verktyg på gruppnivå för både CVD och cancer.

Enligt INTERHEART-studien kunde drygt 90 % av hjärtinfarktens förklarar av nio riskfaktorer, och av dessa finns sju med i Hälsoprofilen [16]. Midja-stuss kvot och matvanor finns inte med i Hälsoprofilen, men däremot i Hälsokurvan.

Sammanfattningsvis visar våra studier att en långtidsuppföljning med högt deltagarantal kan genomföras i primärvården. Visuella hjälpmedel som exempelvis Hälsoprofilen är användbara både som pedagogiskt hjälpmedel vid hälsosamtal och som prognostiskt verktyg.



Lars-Göran Persson
Med.dr.
lars-goran.persson@rjl.se



Hans Lingfors
Med.dr.
hans.lingfors@rjl.se

Båda Habo Vårdcentral och Primärvårdens FoU-enhet,
Futurum, Region Jönköpings län.

Jäv saknas.

Referenser

1. Förebyggande arbete: ett exempel från Norsjö. (Preventive health services-example from Norsjö municipality). Spri rapport 226: Stockholm: Nordtedts; 1987.
2. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, et al. Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:425-32.
3. Norberg M, Wall S, Boman K, et al. The Västerbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Glob Health Action*. 2010;3.
4. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, et al. A study of men aged 33-42 in Habo, Sweden with special reference to cardiovascular risk factors. Design, health profile and characteristics of participants and non-participants. *Scand J Soc Med*. 1994;22:264-72.
5. Persson LG, Lindström K. Hk 33- 42. Primärprevention vid hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo. *AllmänMedicin*. 1988;9:51-4.
6. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. Lifestyle, Biological Risk Markers, Morbidity and Mortality in a Cohort of Men 33 - 42 Years Old at Baseline, after 24-Year Follow-Up of a Primary Health Care Intervention. *Oppen Journal of Preventive Medicine*. 2015;5:92-102.
7. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. The possibility of lifestyle and biological risk markers to predict morbidity and mortality in a cohort of young men after 26 years follow-up. *BMJ Open*. 2015;5:e006798.
8. Bopp M, Braun J, Gutzwiller F, et al. Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS One*. 2012;7:e30795.
9. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68:107-16.
10. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of a pedagogic dietary questionnaire aimed for health surveys. *Scand J Nutr*. 1994;38:106-11.
11. Holme I, Tonstad S, Sogaard AJ, et al. Leisure time physical activity in middle age predicts the metabolic syndrome in old age: results of a 28-year follow-up of men in the Oslo study. *BMC Public Health*. 2007;7:154.
12. Clarke R, Breeze E, Youngman L, et al. Re-survey of the Whitehall study of London civil servants: changes in risk factors for cardiovascular disease during 29 years of follow-up. *J Cardiovasc Risk*. 2000;7:251-7.
13. Welin L, Adlerberth A, Caidahl K, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and the metabolic syndrome in middle-aged men and women in Gothenburg, Sweden. *BMC Public Health*. 2008;8:403.
14. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
15. Hobbs WR, Fowler JH. Prediction of mortality using on-line, self-reported health data: empirical test of the RealAge score. *PLoS One*. 2014;9:e86385.
16. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.

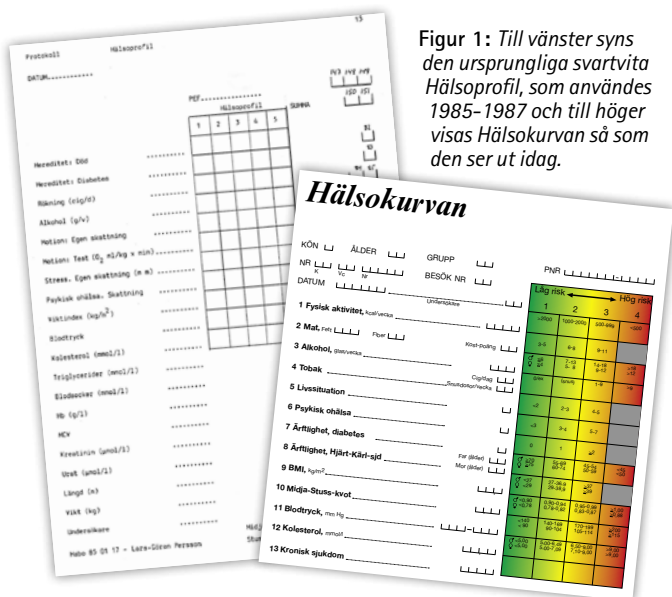
Från Hälsoprofil till Hälsokurvan – vad hände sedan?

I den här artikeln beskrivs hur "resan" för hälsoarbetet i Habo sett ut från den svartvita hälsoprofil, som beskrivits i föregående artikel (sid 32), fram till den färgglada Hälsokurva, som används i dag.

När vårdcentralen i Habo 1988 blev en utvecklingsenhet för primärvården i Skaraborg fick enheten i uppdrag att vidareutveckla den enkla grafiska svartvita hälsoprofil, som använts i Habo, till ett gemensamt koncept som kunde användas i hela länet.

I Hälsoprofilen hade de olika variablerna fyra eller fem risknivåer. I Hälsokurvan reducerades dessa till tre eller fyra nivåer utifrån risken att insjukna i hjärtinfarkt. Den pedagogiska effekten förstärktes med hjälp av färger från grönt (risknivå 1) via gult till rött (risknivå 4) (figur1).

Midja-stusskvot och matvanor, som inte fanns med i den ursprungliga profilen, lades till. Detta innebar att de nio faktorer, som senare visat sig kunna förklara 90 % alla hjärtinfarkter, finns med på profilen [1]. Flera av dessa är också riskfaktorer för cancer [2-4].



Figur 1: Till vänster syns den ursprungliga svartvita Hälsoprofil, som användes 1985-1987 och till höger visas Hälsokurvan så som den ser ut idag.

Hälsopedagogisk betoning

För mat och fysisk aktivitet togs separata formulär fram, som också dessa fick en hälsopedagogisk utformning [5]. Tanken med att försöka utforma hälsoprofil, mat- och motionsformulär på detta sätt var att de utöver att fungera som mätinstrument även skulle underlätta hälsosamtalen och stimulera patientens intresse för livsstilsförändringar.

För att optimera språk och design samarbetade vi med landstingets informationsavdelning och en reklambyrå. För att markera att det gjorts ganska omfattande förändringar ändrades namnet på Hälsoprofilen till Hälsokurvan.

Med stöd av kurvan genomförs ett personcentrerat hälsosamtal,

Fakta om Habo vårdcentral och hälsosamtal under 30 år

1979	Habo får en egen vårdcentral.
1985-1987	33-42-åriga män i Habo bjuds in till hälsosamtal med stöd av Hälsoprofil.
1988	Habo vårdcentral blir utvecklingsvårdcentral och får ansvar att utveckla Hälsoprofilen som blir Hälsokurvan.
1989-1998	30- och 35-åringar i hela Skaraborg bjuds av sin vårdcentral in till hälsosamtal med stöd av Hälsokurvan.
1998	Habo vårdcentral och utvecklingsenheten går över till Jönköpings län efter en folkomröstning 1997.
2010	Män som varit på hälsosamtal i Habo 1985-1987 återundersöks efter i genomsnitt 24 år.
2012	Alla vårdcentraler och BVC i Jönköpings län får i uppdrag att bjuda in sina listade invånare till hälsosamtal från 2012 det år det fyller 40, 50 och 60 år (från 2015 även 70 år) respektive förstagångsföräldrar när barnet är ett år.

tal, där syftet är att på ett positivt sätt stödja patienter till livsstilsförändringar som kan minska risken för hjärtkärlsjukdom. En arbetsgrupp föreslog att alla vårdcentraler skulle bjuda in både män och kvinnor till hälsosamtal vid 30 och 35 års ålder.

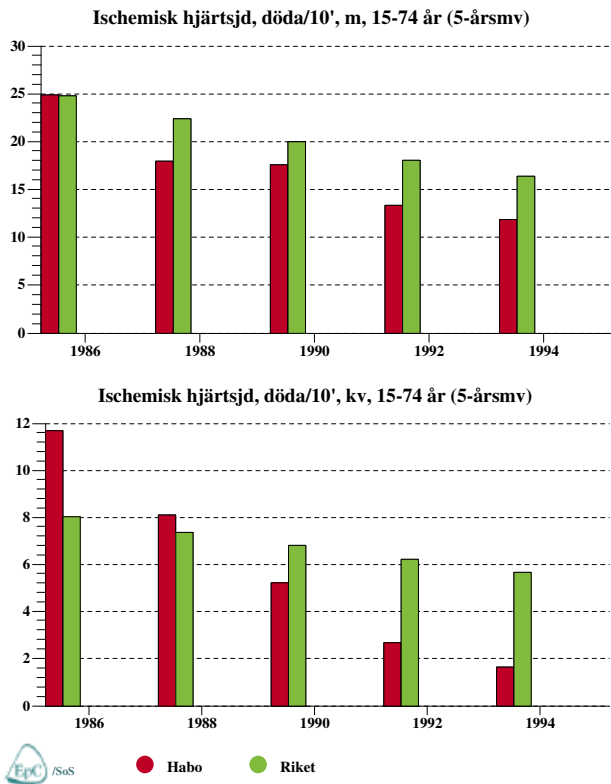
Innan start 1989 fick två eller tre sjuksköterskor och en läkare på varje vårdcentral utbildning i hur de kunde använda materialet och genomföra ett hälsosamtal. Läkarens roll var att fungera som stöd och remissinstans för sjuksköterskorna. Vi engagerade tidigt beteendemedicinsk kompetens både i grundutbildningen och i återkommande fortbildningsträffar.

Deltagande påverkas av kön, ålder och avgifter

De två första åren var hälsosamtalen kostnadsfria för patienterna. Intresset att tacka ja till inbjudan och komma på hälsosamtal var initialt stort. När alla vårdcentraler var i gång 1990 deltog 82 % av de 35-åriga kvinnorna och 70 % av de 35-åriga männen [6]. Intresset bland 30-åringarna var något lägre. När en avgift infördes sjönk deltagandet, men steg åter när avgiften sänktes. Utbildningsnivå hade ingen avgörande betydelse. Möjligen deltog de med allra längst utbildning (högskola eller universitet) i något lägre utsträckning.

Hälsokurvan utvärderad

Hälsosamtalen och Hälsokurvan har utvärderats i flera vetenskapliga artiklar och ingått i tre avhandlingar [5-13]. När fyra



Figur 2: Åldersstandardiserade femårsmedelvärden för död i hjärtinfarkt före 75 års ålder i Habo och Sverige 1984-1996 för män (överst) respektive kvinnor (nederst).

årskullar i en kommun som varit på hälsosamtal vid 35 års ålder följdes upp efter 2½ år hade 75 % förbättrat sina matvanor, 22 % slutat röka och andelen som hade låg eller ingen fysisk aktivitet minskat med 43 %. De som förbättrat sina levnadsvanor hade också förbättrat sina biologiska riskmarkörer med avseende på BMI, bukfetma och blodfetter [8].

I en jämförande studie med åtta kommuner i Skaraborgs län såg man en gynnsammare utveckling i fyra interventionskommuner vid uppföljning efter fem år med avseende på BMI, bukfetma, kolesterol, blodtryck, metabol profil och psykisk hälsa jämfört med referenskommunerna [9].

Hälsokurvan kan även vara ett hjälpmedel i det sekundärpreventiva arbetet med diabetiker och patienter som redan drabbats av hjärtinfarkt eller stroke. Den personal, som genomför hälsosamtalen i primärpreventivt syfte blir därmed också en värdefull resurs i det sekundärpreventiva arbetet. I Habo, där Hälsokurvan använts på detta sätt kombinerat med samhällsriktade åtgärder och primärpreventiva hälsosamtal för 30- och 35-åringar, minskade den åldersstandardiserade mortaliteten i hjärtinfarkt betydligt snabbare, både i jämförelse med hela Sverige och i jämförelse med likartade kommuner (figur 2) [10].

Svensk modell kartlagd

I Jönköpings län ingår det numera i vårdcentralernas uppdrag att erbjuda alla invånare riktade hälsosamtal med stöd av Hälsokurvan det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år. Dessutom ska BVC erbjuda alla förstagångsföräldrar hälsosamtal när barnet fyllt ett år.

De riktade hälsosamtalen har stora likheter med dem som

erbjuds i exempelvis Västerbotten och flera andra landsting [14]. De skiljer sig samtidigt åt i flera avseenden från många av de utländska generella hälsokontroller som nyligen utvärderats [15].

SBU gjorde 2013 en kartläggning av hur kostnadseffektiva hälsosamtal med inriktning på hjärtkärlsjukdom kan vara [16]. På uppdrag av Nätverket för Hälsofrämjande sjukvård (HFS) gjordes 2015 en genomlysning av svenska och internationella erfarenheter av riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal [17].

"För att kunna göra avtryck i folkhälsan är det enligt den preventiva paradoxen 'bättre att många med låg risk ändrar sig lite grand än att några få med hög risk ändrar sig mycket'".

I den svenska modellen *kombineras lågrisk- och högriskstrategi*, där *alla* deltagare får ett hälsosamtal med huvudfokus på *levnadsvanor* av betydelse för *hjärtkärlsjukdom*. För att kunna göra avtryck i folkhälsan är det enligt den preventiva paradoxen "bättre att många med låg risk ändrar sig lite grand än att några få med hög risk ändrar sig mycket". I den svenska modellen används också olika *grafiska hälsopedagogiska hjälpmedel* som Hälsokurvan hos oss eller Stjärnprofilen i Västerbotten som stöd i ett personcentrerat samtal, som genomförs *integrerat i den ordinarie verksamheten i primärvården i välbekant miljö av känd personal*. I den svenska modellen finns också ett *samordnat kompetens- och metodstöd* för att kvalitetssäkra arbetet.

Sammanfattningsvis är våra erfarenheter efter 30 år av hälsosamtal riktade mot hjärtkärlsjukdom goda. Ett fyrtiotal vårdcentraler i Östergötland och Jönköpings län deltar sedan 2012 i en forskningsstudie kallad "Livsvillkor Stress och Hälsa" (LSH) med Hälsokurvan som underlag för att lära mer om mekanismer för hjärtinfarkt vid stress och låg socioekonomisk status. Det pågår också ett utvecklingsarbete som syftar till att ta fram ett digitaliserat webbstöd för hälsosamtalen.



Hans Lingfors
Med.dr.
hans.lingfors@rjl.se



Lars-Göran Persson
Med.dr.
lars-goran.persson@rjl.se

Båda Habo Vårdcentral och Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Region Jönköpings län.

Jäv saknas.

Referenslista, se nästa sida. ►►

Referenser

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
2. Coyle YM. Lifestyle, genes, and cancer. *Methods Mol Biol*. 2009;472:25-56.
3. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. Lifestyle as risk factor for cancer: Evidence from human studies. *Cancer Lett*. 2010;293:133-43.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
5. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of a pedagogic dietary questionnaire aimed for health surveys. *Scand J Nutr*. 1994;38:106-11.
6. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of "Live for Life", a health promotion programme in the County of Skaraborg, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:277-82.
7. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, Bengtsson C, Lissner L. Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Jul;52(7):425-32.
8. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21:248-52.
9. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009;48:20-4.
10. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:28-32.
11. Persson Lars-Göran. Lifestyle oriented prevention programme within primary health care in Skaraborg, Sweden, with special reference to cardiovascular risk factors. Thesis. Göteborg: Göteborg University; 1997.
12. Lindström K. Methods for quality development on the primary health care structure. Thesis. Linköping: Linköping University; 2002.
13. Lingfors Hans. Prevention of ischaemic heart disease in primary health care. Experiences from a health promotion programme. Thesis. Göteborg: Göteborg University; 2003.
14. Norberg M, Wall S, Boman K, Weinehall L. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Global health action* 2010;3
15. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: *Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ* 2012; 345 e7191. doi: 10.1136/bmj.e7191. Review.
16. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Upplysningstjänst/populationsscreening-kostnadseffektivitet-riskfaktorer-hjärtkärtsjukdom/Hämtat 30.10.2015>
17. Hatt G, Hammelin V, Forsberg B, et al. Hälsoundersökningar/Hälsosamtal. En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter. Stockholm: Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting; 2015. p. 2-52.

Tvärprofessionellt arbete skapar nya synsätt

Samarbete med andra professioner kan ge möjlighet att se frågor i nytt ljus. I Södertälje 2014 samarbetade akademi, näringsliv, sjukvården, arbetsplatser, religiösa organisationer och idrottsorganisationer med en pilotstudie kring screening för hjärtkärtsjukdom och diabetes. Studien syftade till att undersöka om sättet vi tar kontakt med målgrupper påverkar svarsfrekvensen, vilka riskgrupper som identifieras samt kostnadseffektiviteten.

FN:s generalförsamling höll 2011 sin andra konferens om hälsa och sjukdom, denna gång med fokus på icke kommunicerbara sjukdomar som t.ex. hjärtkärtsjukdom, diabetes och kronisk obstruktiv lungsjukdom [1]. Dessa sjukdomar orsakar numera en stor och ökande andel av sjukdom och död i världen [2]. Sverige är inget undantag [3]. I en efter generalförsamlingens möte utarbetad FN-deklaration uppmuntrade man till tvärprofessionellt samarbete för att möta den enorma utmaning som förebyggande av icke-kommunicerbara sjukdomar utgör. En viktig poäng var att vården inte kan eller bör möta detta problem på egen hand [1].

Ett praktiskt exempel på hur ett sådant samarbete kan fungera är Forum för Välfärd (FfV) som bildades 2013. FfV är en politiskt obunden, ideell och tvärprofessionell organisation som består av en rad aktörer med kunskap och erfarenheter från akademi, näringsliv, sjukvård, myndigheter och fackliga organisationer [4]. Ambitionen är att bidra till en fördjupad diskussion, dialog och lyfta fram exempel på konkreta och genomförbara förbättringsarbeten inom prioriterade områden i svensk välfärd. Man valde att starta med projekt i anslutning till hälso- och sjukvården [4].

Vår forskargrupp som bedriver forskning inom området

diabetes och hjärtkärtsjukdom kontaktades av FfV då man önskade genomföra ett pilotprojekt inom just prevention av kronisk sjukdom. Hjärtkärtsjukdom är idag Sveriges vanligaste dödsorsak [5] och diabetes i sig är en stark riskfaktor för hjärtkärtsjukdom [6]. Båda tillstånden delar flera riskfaktorer med varandra som är vanligt förekommande i Sverige idag. Exempelvis är nästan hälften av befolkningen överviktiga eller feta [7-10]. För att förebygga diabeteskomplikationer som retinopati, nefropati, neuropati och hjärtkärtsjukdom är det viktigt att diabetes upptäcks [6]. Antalet svenskar med diabetes är idag omkring 400 000 och uppskattningsvis är ytterligare en tredjedel av de med diabetes inte identifierade och får därför inte den vård de behöver [6].

"Vi har lärt oss av varandra genom att komma med olika idéer och synsätt kring tillvägagångssätt och den praktiska utformningen."

Screening av diabetes valdes

Hur man ska förebygga kroniska sjukdomar är inte bara komplext utan dessutom ibland kontroversiellt. Det diskuteras bl.a. vilken roll vården ska ta i det förebyggande arbetet där olika ståndpunkter uttrycks både inom och utanför professionen [11].

I Sverige finns idag ingen samordnad screening för diabetes och hjärtkärlsjukdomar, men opportunistisk screening uppmuntras [12, 13]. Vi valde därför att närmare studera själva identifiering av högriskindivider och grupper för diabetes och hjärtkärlsjukdom. Pilotprojektets frågeställning utgick från tre faktorer: hypotesen att vårt sätt att ta kontakt påverkar svarsfrekvensen, vilka riskgrupper vi identifierar samt kostnadseffektiviteten.

Utgångspunkten var en i Finland praktiserad preventionsmodell som regelbundet används i stora folkhälsokampanjer där man screenar för diabetes. I Finland använder man i detta sammanhang ett väl validerat instrument, Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) [14]. I FINDRISC anger åtta viktade frågor om ålder, vikt, bukomfång, kost, fysisk aktivitet, ärflighet och tidigare höga glukosvärden risken att utveckla diabetes de kommande tio åren. Vid förhöjd risk rekommenderas provtagning och livsstilsåtgärder. Förutom att FINDRISC träffsäkert förutspår risken att utveckla diabetes uppskattar instrumentet dessutom med förhållandevis stor precision risken att utveckla hjärt-kärlsjukdom och total dödlighet under ovan nämnda tid [15].

Många aktörer

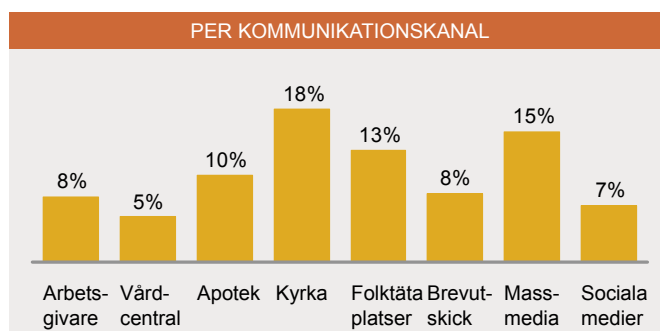
Pilotprojektet utfördes i Södertälje kommun. Där etablerades kontakt med olika aktörer för att spegla samhället i stort, bland dem vårdcentraler, arbetsplatser, fotbollsklubbar och religiösa samfund. Olika kontaktkanaler identifierades såsom massmedia, mail från arbetsgivare, brevutskick, apotek- och vårdcentraladministrerade frågeformulär, kampanjer vid fotbollsmatcher och på allmänna samlingsplatser samt i samband med kyrkobesök. Kanalerna är presenterade i Figur 1-3. Pilotprojektet tillämpade delvis aldrig tidigare provade kontaktsätt.

FINDRISC översattes till kommunens vanligast förekommande språk: svenska, finska, engelska, turkiska och arabiska. I samband med att individen fick sin risk presenterad gavs vid behov standardiserade råd om en hälsosam livsstil. Till individer identifierade med hög risk gavs information om behovet av provtagning. Medan man i Finland lämnar till individen att göra valet att gå till sin vårdcentral för provtagning eller inte var vi aningen mer ambitiösa och erbjöd dem med förhöjd risk gratis provtagning vid en speciellt inrättad provtagningscentral eller provtagningsbuss. Detta för att inte belasta primärvårdens provtagningsenheter.

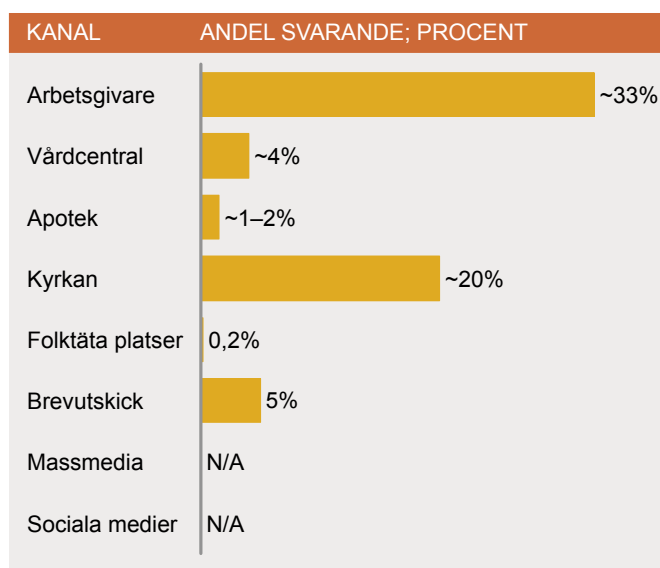
Undersökningen genomfördes under sex veckor maj-juni 2014. Genom att studera olika kontaktkanaler har projektet kunnat visa att det sätt vi väljer att kontakta individer spelar roll för vilken riskprofil vi kommer i kontakt med (figur 1), svarsfrekvensen (figur 2) och för kostnadseffektiviteten (figur 3). Viss försiktighet bör dock iaktas vid tolkning av resultaten eftersom det rör sig om en trots allt relativt begränsad pilotstudie.

En viktig observation är att när enkäten placerades i vårdcentralernas väntrum med enbart skriftlig information valde endast fyra procent att svara. När den istället delades ut av receptionisten för att sedan samlas in av annan vårdpersonal deltog tio procent. Siffran steg ytterligare till 22 procent om samma person både delade ut och samlade in enkäten.

Mest framgångsrik avseende svarsfrekvens var när arbetsplatsen involverades (figur 2). Individer med högst risk identifierades bäst via samarbetet med de syrisk-ortodoxa kyrkorna (figur 1).



Figur 1: Andel med förhöjd risk enligt FINDRISC fördelat på kommunikationskanal.



Figur 2: Svarsfrekvens fördelat på kommunikationskanal i pilotstudien

Kommunikationskanal	SEK
Folktäta platser	~2,300
Brevutskick	~2,000
Vårdcentral	~1,200
Kyrka	~1,000
Apotek	~900
Sociala medier	~700
Arbetsgivare	~100
Massmedia	~100
GENOMSNIITT	~660

Figur 3: Kostnad för att identifiera en individ med förhöjd risk fördelat på kommunikationskanal.

Det mest kostnadseffektiva sättet att identifiera en individ med förhöjd risk var via massmedia och arbetsplatser (figur 3). Det hörs ofta röster idag om att preventionsarbete ska utgå från vårdcentralerna. Kanske är det fel tillvägagångssätt.

Pilotprojektet har etiskt godkännande från Etiknämnd Nord. Forum för välfärd har erhållit ekonomiskt stöd för pilotprojektet från myndigheten Vinnova samt av Investor. Därutöver har Investor och McKinsey bidragit med arbetstid. Forskargruppen, där undertecknade ingår, samt Forum för välfärds styrelse har arbetat pro bono, dvs. bidragit med tid och kunskap helt utan ersättning.

Reflektioner

Vår reflektion kring dessa resultat är att det krävs stor eftertanke för att bäst nå de grupper som är i störst behov av folkhälsoinsatser då olika grupper i samhället nås på olika sätt och till olika kostnad. Även om man kan nå ett stort antal personer via exempelvis arbetsgivare är det inte säkert att man lyckas identifiera dem som har den högsta risken.

Vår förhoppning är att hälso- och sjukvården i större utsträckning än tidigare ser fördelarna och vinsterna med att samarbeta med olika aktörer så väl i en organisation som i projektgrupper. Det har varit roligt och givande att, med ömsesidig respekt för varandras olika kompetenser, arbeta med andra yrkeskategorier. Vi har lärt oss av varandra genom att komma med olika idéer och synsätt kring tillvägagångssätt och den praktiska utformningen. Det är en ofta uppmuntrad men tyvärr sällan genomförd korsbefruktnings. Samarbetet kan även ses som en viktig del i att stärka hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål; att hela befolkningen ska ha en god hälsa på lika villkor.

Under projektets gång har vår forskargrupp varit delaktiga i utarbetande av protokoll, genomförande av studien och sammanställning samt tolkning av resultaten. Insamlade data kommer att bearbetas ytterligare och sammanställas till ett par vetenskapliga publikationer som komplement till de populärvetenskapliga rapporter [16] som hittills redovisats.



Viveca Gyberg
Med.dr, ST-läkare
allmänmedicin
Kvartersakuten
Mörby Centrum
Post doc vid
Enheten för kardiologi
Karolinska Institutet
viveca.gyberg@ki.se



Linda Mellbin
Med.dr,
specialist i
internmed. o. kardiologi
Hjärtkliniken,
Karolinska US, Solna,
Post doc vid
Enheten för kardiologi,
Karolinska Institutet



Lars Rydén
Senior professor i
kardiologi
Enheten för kardiologi,
Karolinska Institutet

Referenser

1. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Tillgänglig: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf. Besökt 20151008. In:

2. Collaborators GBDRF, Forouzanfar MH, Alexander L, et al. (2015) Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*
3. Health Metrics and Evaluation (IHME) at the University of Washington. Global burden of disease. Country Profile Sweden. Tillgänglig: <http://www.healthdata.org/sweden> Besökt: 20151015.
4. Forum för välfärds hemsida. Tillgänglig: <http://www.forumforvalfard.se/om-oss>. Besökt 20151008.
5. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2014. Svergies officiella statistik. ISBN 978-91-7555-334-4. Tillgänglig: <https://http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19909/2015-8-1.pdf>. Besökt: 20151014.
6. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Sixth Edition. 2013. ISBN: 2-930229-85-3.
7. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, et al. (2001) Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England journal of medicine* 345: 790-797
8. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, et al. (2010) A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Hormone and metabolic research = Hormon- und Stoffwechselforschung = Hormones et metabolisme* 42 Suppl 1: S3-36
9. Folkhälsomyndigheten. Nationella Folkhälsoenkäten 2013: Tillgänglig: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/fler-har-fetma-och-overvikt/>. Besökt 20151014.
10. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364: 937-952
11. Närild M (2012) SFAM:s ordförande: Allmänläkare ska arbeta kliniskt. *Läkartidningen* 109: 1654-1656
12. Läkemiddelverket. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Rekommendation 5:2014. Tillgänglig: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Att_forebygga_aterosklerotisk_hjart-karlsjukdom_med%20lakemedel_behandlingsrekommendation.pdf Besökt: 20151014
13. Socialstyrelsen. Riktlinjer för diabetesvården 2015. Avsnitt riktad screening. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna/okadriskfortyp2-diabetes>. Besökt: 20151015.
14. Kengne AP, Beulens JW, Peelen LM, et al. (2014) Non-invasive risk scores for prediction of type 2 diabetes (EPIC-InterAct): a validation of existing models. *The lancet Diabetes & endocrinology* 2: 19-29
15. Silventoinen K, Pankow J, Lindstrom J, Jousilahti P, Hu G, Tuomilehto J (2005) The validity of the Finnish Diabetes Risk Score for the prediction of the incidence of coronary heart disease and stroke, and total mortality. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 12: 451-458
16. En rapport med rekommendationer från Forum för Välfärds Preventionspilot i Södertälje. 2015. Tillgänglig: <http://www.forumforvalfard.se/nyheter/en-rapport-med-rekommendationer-fran-forum-valfards-preventionspilot-i-sodertalje>. Besökt 151015.

SFAM informerar

Res till
WONCA-konferenser
med nordiska kollegor



www.scandinaviandelegation.dk

Annons

Alexander Jan Öberg

– tonsättaren som vill bli allmänläkare

Läkarstudenten och tonsättaren Alexander Jan Öberg är en upptagen man, sysselsatt som han är med en stor körkonsert om två veckor. Nyligen erhöll han ett välförtjänt stipendium från Musikens Hus Vänner i Uppsala.

Det började med dragspel på gehör i sjuårsåldern. Med tiden kom en gitarr in i bilden och det blev spelningar i olika band. Men det var på Norrköpings musikgymnasium som han upptäckte den klassiska musiken. Därefter följde konstnärlig kandidatexamen i komposition på Musikhögskolan i Malmö och dirigering vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm. Till skillnad från kamraterna, som kunde få pröva in både två och tre gånger kom han in på direkten.

– Utbildningen i Malmö är teoretisk med harmonilära, kontrapunkt, stämföring och väldigt mycket orkestrering. Denna något hantverksbetonade utbildning hade jag väldig nytta av när jag senare pluggade dirigering på Kungliga Musikhögskolan i Stockholm.

På Malmö musikhögskola gick studierna över förväntan. Men utan ett tydligt utstakat mål.

– Så länge det rullar på och man blir uppskattad finns ju ingen anledning att fråga sig om det är just detta man vill. De som fått kämpa mycket och tvingats att ompröva sina ambitioner mognar kanske fortare.

Mognade gjorde han dock till slut. Och beslöt att lämna den tänkta karriären som yrkesmusiker för att bli läkare. Mamman är dermatolog och kan ha haft ett finger med i spelet. Nu stortrivs han på nionde terminen i Uppsala och funderar på vilken specialitet han ska välja.



Namn: Alexander Jan Öberg
Ålder: 31 år
Född i: Linköping
Bor i: Uppsala

Musik i urval: Tonsatt för Norrköpings symfoniorkester, Malmö Akademiska Kör och Orkester och Jönköpings sinfonietta. Skrivit körmusik, bland annat för Gustav Självists kammarkör och Uppsala akademiska kammarkör, nu senast med stråkar från Radiosymfonikerna. Har skrivit arrangemang till kända verk, bl.a. Värmlandsvisan.

Personalia och smakprov på musiken finns på:
www.alexanderjanoberg.com

Musiken upptar dock fortfarande en stor del av livet. För en tid sedan erbjöds han jobb som vicedirigent för en Uppsalakollega, Stefan Parkman, som bland annat är ledare för radiokören i Köln. Det passade Alexander Jan Öberg som handen i handsken.

– Jag jobbar idag 15 procent som frilansmusiker. Att då vara vicedirigent är perfekt eftersom jag kan ägna mig åt en liten strimma av musikskapande på hög musikalisk nivå, något jag annars hade behövt vara heltidsmusiker för att klara av.

"...jag får magknip av tanken på att sitta ensam och sovra bland patienter som kan ha allvarliga sjukdomar, även om de flesta inte har det."

Vilken musik är gillar du?

– Hm... det är nästan att häda, men jag har aldrig riktigt förstått grejen med Mozart. Jag älskar Bach, det är den kompositör jag håller högst.

Nu, om inte förr inser jag att Alexander Jan Öberg verkligen brinner för musiken. Svaren på mina förberedda frågor växer och blir till små filosofiska utflykter.

Vad är det du gillar hos Bach?

– För mig är den högsta konsten skönhet och form i förenig. Som ett urverk till exempel. Det kan vara otroligt vackert just för att det även har en funktion. I Bachs musik finns en omedelbar skönhet, den är vacker, ibland sirlig. Men Bach kompromissar aldrig bort den strukturella dimensionen och det finns en skönhet i hans noter. Visst finns det strukturell skönhet i till exempel Schönbergs musik, men inte alltid den där omedelbara, intuitivt känslomässiga upplevelsen som hos Bach. Och Puccini låter jättevackert, det tycker jag verkligen, men musikens struktur lämnar kanske inte så mycket att fundera över utöver det man omedelbart hör.

Var hämtar du din inspiration?

– Mitt svar är kanske patetiskt: ur havet. Havet har både en omedelbart intuitiv skönhet, men också en strukturell skönhet, det är *fraktalt*.*

* En fraktal är ett självlikformigt mönster med struktur i alla skalor, vilket betyder att det liknar sig självt på samma sätt som ett trädets grenar i sin tur har likadana, fast mindre grenar. Källa: Wikipedia.



Alexander Jan Öberg i full aktion.

Foto: Erik Zeitler

– En annan inspirationskälla är dikter och olika texter. De ger ett ramverk, ett tema att förhålla sig till. På musikhögskolan fick man lära sig att förhålla sig till musiken som ett yrke och många tonsättare säger att de då måste lära sig tänka bort inspirationen, eftersom enda sättet att försörja sig är att sätta sig ner och skriva ett antal minuter musik om dagen. Men för mig är det den tillfälliga inspirationen som är drivkraften.

När brukar din inspiration infinna sig?

– Ofta på kvällen, innan jag ska somna. Jag kanske gör en liten skiss, och då har jag ett eget språk som gör att jag kan påminna mig själv om vad det var jag tänkte. Ibland sjunger jag in det i mobiltelefonen.

Skriver du flödande som Mozart eller kämpar du med var- enda ton, som Beethoven?

– De flesta tonsättare gör nog som Beethoven, de ändrar och skriver om. Och många menar att de förromantiska tonsättarna är mer att likna vid finsnickare. Bach skrev ju en kantat i veckan och återanvände mycket.

Så det var mer hantverk än konst?

– Ja kanske. Pianisten Glenn Gould har sagt att det unika med Bach är inte hur väl han behärskar stämföring, fugor och andra former utan att han, trots stränga ramar, kunde skapa uttrycksfull musik. Men det vi menar med uttrycksfullhet idag kanske bara är en konstruktion som uppstod på 1800-talet.

Du har ju skrivit en hel del musik, spelas den ofta?

– Idag beställer och uruppför man gärna nya verk men det är svårt att få verken framförda på nytt. De gamla mästarna upptar väldigt mycket av repertoaren.

I en intervju med violinisten Sara Trobäck i förra numret av AllmänMedicin menade hon att den musik som överlever skrevs för flera hundra år sedan. Hur ser du på det?

– Det beror på vad du menar. Först kom Bach, sedan Haydn, Mozart, Beethoven och Schubert, Brahms, Wagner, Mahler, Schönberg, Richard Strauss, Ravel och slutligen kom Sjos-takovitj, som nog var den siste med bred förankring bland konsertbesökare. Efter dem hittar man inte så många kända namn. Men det gäller bara om man betraktar klassisk musik för sig. Vi har ju också Miles Davis, Jimmy Hendrix, Beatles, Bod Dylan, Madonna...

Så du håller inte med Sara Trobäck?

– Jo, delvis. Det bästa inom den wienklassiska skolan är nog skrivet, men tanken att den musik som överlever skulle vara skriven köper jag inte. Mahlers sista symfoni var en svanesång över den gamla traditionen, men Schönberg anses ha plockat upp stafettpinnen. Att lyssna till nydanaren Arvo Pärt är en resa tillbaka i tiden. Och Sven David Sandströms senaste verk kan betraktas som neoromantiska. Hur många människor har inte en relation till Sagan om ringen–soundtracket, som ju låter som Richard Strauss och Wagner?

Hur upplever du att lyssna på din egen musik när den uruppförs?

– Alla musiker har sina egna spelstilar, vilket alltid ger den exekverade musiken ett mellanmänniskt inslag. Ibland låter det bättre än man trodde. Men det blir frustrerande om stycket inte är välrepererat. Man tänker: var det dom eller jag som gjorde fel?

**"För mig är den högsta konsten
skönhet och form i förening. Som
ett urverk till exempel. Det kan vara
otroligt vackert just för att det även
har en funktion."**

Hur ser du på den nya, moderna musiken som många tycker är svårlyssnad?

– När man säger modern musik, så verkar konsertpubliken tänka på den musik som skrevs på 50-, 60-, och 70-talet. Och den upplevs av många som "ful". Ofta har man inte klart för sig hur 2000-talets tonsättare skriver, för man har aldrig hört det spelas. Men majoriteten av dagens tonsättare skriver både nyklassisk och nyromantisk musik.

Vilken specialitet lockar dig mest?

– Allmänmedicin. Det är min sinnebild av en "riktig" läkare. Allmänläkaren möter ju både människan och sjukdomen. Men jag får magknip av tanken på att sitta ensam och sovra bland patienter som kan ha allvarliga sjukdomar, även om de flesta inte har det. Och hur gör man som allmänläkare när ett nej är det sista nejet?

Nu blir det plötsligt jag som får svara på frågor. Alexander: – När jag jobbade som underläkare på psykiatriakuten i Uppsala i somras så kunde man alltid behålla alliansen och undvika konflikt med patienten genom att säga: ”Men du, jag skriver en remiss till din husläkare”. Att till slut tvingas säga nej till utredningar och inte ha något mer att erbjuda, det är väl svårt?

– Ja, men som allmänläkare kan jag ju erbjuda patienten en relation, det är väl inte så illa?

Alexander: – Men det verkar som primärvården och hela sjukvårdsapparaten befinner sig i kris. Är det så?

– Själv har jag aldrig funderat på att lämna allmänläkarbanan, trots att det ofta varit tungt och slitsamt. Jobbet har alltid gett mig väldigt mycket tillbaka.

Det svaret verkar Alexander Jan Öberg nöjd med. Kanske får vi snart glädjen att hälsa en framstående kompositör välkommen till allmänmedicinen.



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedel och miljö på nationell och internationell nivå

Forskningsprojektet MistraPharma, om läkemedel och miljö, har hållit sitt gravöl efter åtta år. Förutom ett internationellt samarbete lämnar man efter sig åtskilliga publikationer samt databasen WikiPharma. MistraPharma har gett tio rekommendationer för att förbättra miljöriskbedömningen av läkemedel, och man föreslår att ett nytt center för läkemedel och miljö bildas hos Läkemedelsverket.

Nyligen antog SAICM, FN:s organ för kemikalier och miljö, läkemedel i miljön som en ”emerging issue”, på initiativ från International Society of Doctors for the Environment (ISDE). Det innebär att länder från olika världsdelar ska ta fram ett handlingsprogram. Läkare för Miljön (LfM) väckte frågan i ISDE 2009 – så lång tid har det tagit att komma hit. Bidragande organisationer i arbetet har bland annat varit Health Care Without Harm (HCWH) och Health and Environment Alliance (HEAL). Svenska miljödepartementet har hela tiden stöttat projektet.

Medicinrester återfinns i vattenmiljö

Antibiotika och könshormoner är några av de preparat som återfinns i vattenmiljön i höga koncentrationer.

Resistens mellan bakterier sprids gärna i reningsverk och vattendrag. När vi reser kommer vi ofta hem med multiresistenta bakterier i vår kropp. Erytromycin, klaritromycin och azitromycin har tillförts EU:s lista över ämnen vars halter i vattendrag ska bevakas av miljöskäl.

Levonorgestrel från p-piller återfinns i utgående avloppsvatten. Levonorgestrel biokoncentreras i fiskplasma där halterna kan bli fyra gånger högre än i människokroppen.

Som ett av de första i världen har Knivsta reningsverk infört ett tredje steg som renar vattnet från läkemedel. Tidigare upp-

skattningar av kostnaden för att förse alla reningsverk i Sverige med ett tredje steg är 1 000 kr per invånare.

Joakim Larsson, forskaren vid Göteborgs universitet som hittade de stora läkemedelsmängderna nedströms läkemedelsföretag i Indien, brukar med skärpa framhålla att vårt viktigaste svenska bidrag till läkemedelsrester i miljön och resistensutveckling är vårt system med bl.a. månadens vara. Vi premierar billig tillverkning av läkemedel utan hänsyn till hur de produceras. Möjligheten att välja ett mer miljövänligt alternativ finns inte för läkaren eller patienten.

Det vore kanske inte heller fel att vi ökade användningen av hormonspiraler på bekostnad av p-plåster och p-piller. Vad vet barnmorskorna om detta?

Det allra miljövänligaste är förstås att inte använda läkemedel alls. Nog skulle vi kunna minska läkemedelskonsumtionen i Sverige ganska mycket utan att det skulle ha någon effekt på folkhälsan.



Ingrid Eckerman
Redaktör, kassör
Läkare för Miljön
ingrid.eckerman@lakareformiljon.se

Läs mer: www.lakareformiljon.se



Kompetensutveckling med SFAM

Sedan 70-talet har SFAM varit engagerad i utbildning och fortbildning. SFAM stred för att allmänmedicin skulle bli en specialitet, vilket skedde 1981. År 1993 publicerades utredningen "Allmänläkares efterutbildning" [1] och år 1995 rapporten "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna" [2]. SFAM drev på starten av Fammi (Famijemedicinska institutet, 2002-2007). "Golden standard för fortbildning" togs fram 2012 för att användas i vårdvalet. Utredningen "Allmänläkares fortbildning" [3] kom 2014. År 2015 sätts nya sfam.se, en webbportal för utveckling och lärande.

När "fortsatt vidareutbildning" (FV) blev "specialiseringstjänstgöring" (ST) var det utveckling av ST-läkarens kompetens under tjänstgöring med hjälp av handledare och självstudier som fördes fram [4]. Kurser ska ingå i en personlig läroplan. Lärandet ska vara självstyrkt och problem-baserat. Nytt vetande ska införlivas med förståelse av sammanhang. Den kollegiala dialogen har en viktig roll.

Större delen av allmänmedicinutbildningen på student-, AT- och ST-nivå är förlagd till primärvården. Decentralisering tvingade allmänmedicinen att vara kreativ. Allmänmedicin var tidig med utbildade handledare och studierektorer liksom med specialistexamen.

UTBILDNING

De allmänmedicinska institutionerna ansvarar för grundutbildningen fram till läkar-examen. Praktik sker på vårdcentraler med utbildade allmänläkare som handledare.

Allmäntjänstgöringen (AT) och specialiseringstjänstgöringen (ST) är landstingens ansvar. De har byggt upp organisationer för handledare, utbildningsvårdcentraler, studierektorer och kurser. Alla AT- och ST-läkare ska ha tillgång till en studierektor.

Socialstyrelsen tar fram målbeskrivningar för alla specialiteter. SFAM är remissinstans och lägger ner stort arbete på att påverka målbeskrivningarna.

Utbildningsrådet

SFAM:s utbildningsråd bevakar frågor om allmänmedicin inom grundutbild-

ning till läkare, AT och ST som t.ex. målbeskrivningen och lärandemål för obligatoriska SK-kurser. Målsättningen är att långsiktigt beskriva, träna, utveckla och utvärdera klinisk kompetens i läkaryrket.

ST-rådet

SFAM:s ST-råd drivs av ST-läkare. Rådet bevakar och deltar i frågor som rör ST, exempelvis målbeskrivningen, tillgången till ST-platser och handledning.

NÄSTa – Nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin – är för närvarande vilande.

"Sedan 70-talet har SFAM varit engagerad i utbildning och fortbildning."

Studierektorskollegiet

Studierektorskollegiet är ett forum för samarbete mellan landets omkring 110 studierektorer i allmänmedicin. Kollegiet har två möten varje år. En debattlista finns på nätet. Diplomeringskurs för studierektorer i allmänmedicin har hållits med oregelbundna intervaller.

SFAM:s utbildningsprenumeration

Utbildningsprenumerationen erbjuds ST-läkare och ger rabatter på utbildningar, litteratur med mera.

SPUR-inspektioner

SPUR är en läkarledd inspektionsverksamhet där professionen granskar kvaliteten på vårdgivarnas AT- och ST-utbildning. Inspektionen av en utbildningsenhet (t.ex. vårdcentral) börjar med en digitaliserad enkät till ST-läkare, handledare, studierektor och verksamhetschef. Ett inspektörsteam besöker sedan enheten under en dag och förslag ges till åtgärd av de brister som upptäckts.

KOMPETENSUTVECKLING

Fortbildningsrådet

SFAM:s fortbildningsråd verkar för att var-

je specialistläkare med allmänmedicinskt uppdrag skall ha tillgång till fortbildning i sådan mängd och med sådant innehåll att den individuella professionella utvecklingen blir stimulerad och tillgodosedd.

Rådet ger stöd till fortbildningssamordnare och verkar för kollegialt kunskaps- och erfarenhetsutbyte, bland annat genom FQ-* och Balintgrupper. Det bevakar och sprider kunskaper om fortbildning och pedagogiska modeller till kollegor, verksamhetschefer, huvudmän och myndigheter.

Nationellt nätverk för fortbildningssamordnare

SFAM:s nätverk för fortbildningssamordnare består av ett 40-tal personer som ansvarar för lokal fortbildning för allmänläkare i sina landsting och regioner. Deltagarna brukar träffas två gånger per år på olika platser i landet.

Golden standard för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem

Dokumentet är ett stöd till beställare av hälso- och sjukvård vad gäller krav på fortbildning vid utformning och uppdatering av vårdvalsdokument. Det kan ses som en fortbildningsstandard att användas av huvudmän, verksamhetschefer och enskilda läkare.

Nya SFAM.se

– en portal för lärande och utveckling

SFAM:s hemsida byter utformning vintern 2015-2016. Den nya sidan innehåller funktioner för att söka, diskutera, skapa och ta del av aktiviteter för utveckling av lärande som e-learning, kurser, seminarier, FQ-grupper och studiebrev. Man kan skapa och dokumentera personliga fortbildningsmål.

KOMPETENSVÄRDERING MED SFAM

Vid värdering av allmänläkares kompetens ska kommunikation, förhållningssätt, problemlösning och samarbete bedömas, förutom de teoretiska kunskaperna. Värderingens syfte är att vara ett stöd för läkaren i den fortsatta kompetensutvecklingen.

* FQ står för fortbildning och kvalitet.



Nya hemsidans portal för lärande och utveckling är inte färdigutvecklade. Medlemmarna uppmanas lämna synpunkter!

Rådet för kompetensvärdering

Kompetensvärderingsrådet utformar och arrangerar Mitt-i-ST och specialistexamen, håller kurser i kompetensvärdering, driver ASK-projektet inom allmänmedicin, samt driver utveckling inom detta fält.

Mitt-i-ST

Mitt-i-ST är en värdering i mitten av ST av en erfaren kollega med särskild utbildning. ST-läkaren får hjälp och stöd för fortsatt planering av tjänstgöring och kompetensutveckling.

Specialistexamen

Specialistexamen är en värdering i slutet av ST eller som specialist i allmänmedicin. Momenten är portfölj, skriftligt prov, uppsats och praktikdag.

ASK – allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

ASK – allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – är kompetensvärdering för erfarna allmänläkare. Den egna professionella utvecklingen stärks genom att värdera den egna kompetensen i dialog med en kollega. ASK är tänkt att kunna fungera som recertifiering med 5-7 års intervall.

Värdering enligt CPD

Continuing Professional Development (CPD) är ett internationellt namn för läkares utveckling i yrket; både medicinskt och inom yrkets andra delar (ledarskap, handledning mm). Nya sfam.se innehåller ett utkast till ett svenskt system för dokumentering och värdering, inspirerat av den norska modellen.

Recertifiering

Recertifiering, dvs. en återkommande prövning av individuell kompetens för specialister, har diskuterats länge. SFAM:s styrelses uppfattning just nu är att föreningen inte ska driva frågan men vara positiv om frågan väcks av andra.

Uppföljningsmodulen på nya sfam.se är en pilotversion inför en eventuellt kommande recertifiering.

KURSER OCH MATERIAL

SFAM har hittills bedrivit ett fåtal kurser i egen regi. Många kurser bedrivs i Provinsialläkarstiftelsens eller privata aktörers regi.

Kurs i kompetensvärdering

Kurs i kompetensvärdering ges varje år i vecka 3 av kompetensvärderingsrådet. Det är en utbildning för värderare av Mitt-i-ST, examinatorer för specialistexamen, studierektorer och handledare. Kursen ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens. Den bygger på aktivt deltagande, och stor del av tiden ägnas åt arbete i små grupper med praktiska övningar.

ST-dagarna

ST-dagarna i allmänmedicin anordnas av ST-läkarna, med stöd från SFAM. ST-läkarna lägger upp hela programmet själva.

Kongressen

SFAM:s allmänmedicinska kongress brukar anordnas årligen. Här finns avsatt mötestid för arbetsgrupper och nätverk. Examinanderna får presentera sina uppsatser och firas vid festmiddagen. På programmet finns inbjudna gästtalare, workshops, presentation av forskningsrön och mycket annat.

SFAM:s kriterier och granskning

SFAM har ställt upp ett antal kriterier för god fortbildning. SFAM erbjuder privata kursanordnare samarbete, granskning

och godkännande. Kursdoktors, Kurs-Medicins och vissa av Dagens Medicins kurser granskas av SFAM.

Studiebrev och SWAMP:ar

I fortbildningsrådets regi har ett antal studiebrev tagits fram för att användas i till exempel FQ-grupper. I samband med "nya sfam.se" revideras några och nya tillkommer, då i format för interaktiv inläring i kollegial dialog, kallat SWAMP (SFAM:s Webbfortbildning i Allmänmedicin Med Patientfall).



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
AllmänMedicin
chefredaktor@sfam.se

Artikeln är granskad av Karin Lindhagen, kompetensvärderingsrådet, Gösta Eliasson, fortbildningsrådet samt Charlotte Hedberg m.fl., utbildningsrådet.

Referenser:

1. Mäwe, Ulf. Allmänläkares efterutbildning.
2. Ekberg-Karlsson, Kerstin. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna. SFAM 1995.
3. Eliasson G. Allmänläkares fortbildning. SFAM 2014.
4. Eliasson G. Henry Egidius – ideolog med allmänmedicinen som arbetsfält. AllmänMedicin 2014;4:37-39.





Studentledd utbildningsmottagning vid Gustavsbergs akademiska vårdcentral

En god förmåga till interprofessionellt samarbete är en förutsättning för att generera bästa möjliga hälsovinst för patienten med klokast möjliga användande av personella och ekonomiska resurser. Interprofessionellt lärande har (IPL) blivit ett förordat pedagogiskt perspektiv inom vårdutbildningarna [1]. Vid Gustavsbergs akademiska vårdcentralers studentdrivna patientmottagning samarbetar studenter från olika professioner.

Med IPL avses lärande som sker när studenter från olika professioner lär med, av och om varandra [2]. Ett närsläktat pedagogiskt begrepp är *peer learning* (PL) när studenter från samma vårdutbildning lär av, med och om varandra. ”Peer learning är att utnyttja undervisning och lärandestrategier där studerande lär med och av varandra utan omedelbar intervention av lärare eller handledare” [3]. IPL och PL är effektiva metoder för att förbättra kliniska kommunikationsfärdigheter, förmåga till kritisk granskning och samarbetsförmåga [4].

För att höja kvaliteten på den verksamhetsintegrerade utbildningen har Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) i samarbete vårdhögskolorna i Stockholms län sedan 2011 inrättat åtta akademiska vårdcentraler (AVC)[5]. AVC är en akademisk struktur som ägs gemensamt av SLSO och akademiska lärosäten i Stockholmsregionen med målsättning att a) främja kvaliteten för samtliga vårdutbildningar i primärvården, b) utveckla metoder för att kunna utöka antalet studentplatser, och c) att stimulera till IPL och PL [5].

Vid Gustavsbergs AVC har metoden för att uppnå dessa mål varit att implementera en studentledd utbildningsmottagning. Mottagningen kännetecknas av att studenter i verksamhetsintegrerad utbildning på ett systematiskt sätt aktivt deltar i kliniska utredningar, bedömningar och förslag till behandlingar. Sedan verksamheten öppnade hösten 2013 har 182 studenter haft verksamhetsförlagd utbildning där. Av dessa kommer 122 från läkarutbildningen, 33 från sjuksköterskeutbildningen, 16 från fysioterapeututbildningen, nio från arbetsterapeututbildningen och två från psykologutbildningen.

Så fungerar den studentledda utbildningsmottagningen

Den studentledda utbildningsmottagningen kan sägas vara en vårdcentral inom vårdcentralen. På 400 kvadratmeter återfinns väntrum, behandlingsrum, personalrum, föreläsningssal och rum för klinisk träning. Varje student har sin egen tidbok. Bokningen till Studentmottagningens läkar- och sjuksköterskestudenter sköts telefonledes av sjuksköterskor och undersköterskor och följer en särskild bokningslathund. Lämpliga patienter tillfrågas om de är vill göra sitt besök på utbildningsmottagningen. De informeras om att besöket tar längre tid än vanligt och att de initialt får träffa en student enskilt.

En väl tilltagen besökstid bokas – dubbelt så lång tid som vid ett reguljärt besök. Det ger studenten möjlighet att göra en egen välgrundad bedömning, tid för diskussion med handledaren

samt möjlighet för handledaren att komplettera uppgifter och tillsammans med student och patient formulera bedömning, åtgärd och planering. Varje handledare ansvarar för två studenter som tar emot patienter parallellt.

De flesta patienter som tillfrågas tackar ja till utbildningsmottagningen. Det fåtal som tackar nej vill träffa sin ordinarie vårdgivare eller det passar dem inte med förlängd besökstid.

Den pedagogiska modellen är att studenterna – under handledning – ska vara aktivt delaktiga i så hög grad som möjligt i utredning, bedömning och behandling. Arbetssättet är inspirerat av den så kallade Tillbakarapporteringsmodellen [6]. Studenten tar på egen hand emot patienten i väntrummet och genomför undersökning. När studenten har tillräckligt med information för sin bedömning kontakter hen sin handledare. Studentens handledare träffar alltid patienten för en sammanvägd bedömning och planering – dock aldrig innan studenten gjort sin bedömning. Handledaren arbetar med att stötta studentens roll som självständig kliniker snarare än att vara en modell som studenten lär av genom att ”gå bredvid”. Handledaren är ett pedagogiskt stöd och patientsansvarig.

Ett videokonferenssystem finns installerat i studenternas besöksrum och handledaren kan följa studentens arbete med patienten i realtid eller i efterhand. Läsplattor finns tillgängliga för alla studentkategorier för att möjliggöra videoinspelningar.

Detta arbetssätt kräver att studenten har en viss klinisk erfarenhet. På läkarprogrammet gör studenter sin VIL (verksamhetsintegrerat lärande) på utbildningsmottagningen från och med termin 7.

Dagen börjar med att alla studenter har en gemensam samling och går igenom sina bokningar. Studentmottagningens samordnare och samtliga adjungerade kliniska adjunkter (AKA) har viktiga roller i planeringen av interprofessionella lärandemoment.

Interprofessionellt lärande sker genom att studenter från olika studentkategorier, t.ex. en sjuksköterske- och en fysioterapeutstudent, träffar patienter gemensamt och inför och efter



Foto: Allan Borg



besöket gemensamt reflekterar över de olika yrkeskategoriernas roller och hur de påverkar handlandet under ett patientbesök. Ett operationsrum finns för den lilla kirurgin, där läkarstudent och sjuksköterskestudent under handledning kan samarbeta vid exempelvis naevusexcision. Dessutom finns Rehabakuten, där läkarstudenter och sjukgymnaststudenter gör en gemensam bedömning av patienter med akuta eller subakuta tillstånd i rörelseapparaten.

Centrala personalresurser för att utbildningsmottagningen ska fungera är, förutom handledare, en undersköterska som är mottagningens samordnare och fyra stycken adjungerade kliniska adjunkter. Samordnaren ansvarar för merparten av allt administrativt arbete; kontakt med lärosäten, schemaläggning av läkarhandledare och läkarstudenter, teknisk felsökning och support inklusive behörighetsfrågor, uppdatering av handledare och personalen i telefonbokningen samt planering av interprofessionella moment. AKA-gruppen – en fysioterapeut, en sjuksköterska, en läkare och en psykolog – utgör en pedagogisk resurs för handledarna, är en länk mellan sjukvården och lärosätena och är ledande i utvecklingsarbetet på utbildningsmottagningen. De har ett gemensamt ansvar för det interprofessionella lärandet och för den pedagogiska kvaliteten för samtliga studentgrupper.

Utvärdering av den studentledda utbildningsmottagningen

Utbildningsmottagningen utvärderas genom att patienter och studenter skattar hur de upplevt sin vistelse. Måttet för patienter är Client Satisfaction Questionnaire [7], ett väletablerat formulär med åtta frågor om hur man som patient upplevt kvaliteten och bemötandet på mottagningen. Patienterna fyller i formuläret anonymt efter varje vårdinsats eller efter en avslutad behandling. För studenterna används The Clinical Learning Environment and Supervision Scale (CLEES) [8, 9] som fylls i efter avslutad VIL-period.

Preliminära utvärderingar visar att patienter såväl som studenter är mycket nöjda med utbildningsmottagningen. Patienter skattar överlag mycket högt på samtliga nöjdhetsvariabler. Deras tillfredsställelse är i paritet med resultat från reguljär vård [t.ex. 10], vilket indikerar att studenter som, under handledning, tar ett stort ansvar kan bedriva vård som patienterna är mycket nöjda med. Studenternas skattningar visar på en mycket hög grad av tillfredsställelse med placeringen där dimensionerna "Relation handledare – student" och "Pedagogisk atmosfär" ges särskilt gott betyg.



Foto: Allan Borg

CeFAM finns inte mer

Centrum för allmänmedicin, CeFAM, var ett samarbete mellan Karolinska Institutet (KI) och Stockholms läns landsting (SLL). Från och med 2015 har samarbetet i denna form upphört.

Akademiskt primärvårdscentrum (APC) är landstingdelen med ansvar för läkarutbildningens praktiska tjänstgöring inom primärvården liksom för allmänmedicindelen under AT och specialistutbildningen i allmänmedicin. Lokala fortbildningssamordnare finns för varje yrkeskategori.

APC ansvarar också för Akademiska vårdcentraler (AVC), ett nätverk för forskning, utbildning och utvecklingsarbete bestående av primärvårdsverksamheter inom ett geografiskt område.

Sektionen för allmänmedicin, Karolinska institutet, ansvarar för doktorandutbildningen. Huvudfinansiering för de bortåt 70 forskarna, som ofta också är verksamma inom APC, är Stockholms läns landsting.

Utmaningar vid implementering av studentledd mottagning inom primärvården

Utvecklingen av den studentledda utbildningsmottagningen har inneburit flera stora utmaningar. Några av de mest centrala har varit lokaler, samordning av IPE-aktiviteter, nytt arbetssätt för handledare samt ekonomisk ersättningsmodell.

Tillbakarapporteringsmodellen och studentens självständiga arbete förutsätter utrymmen reserverade för studenter. På utbildningsmottagningen finns tio behandlingsrum, rum för handledare, ett kliniskt träningscenter-rum samt en föreläsningssal. Skapandet av denna fysiska miljö krävde omfattande utbyggnad av vårdcentralen.

En annan utmaning är samordning av interprofessionella aktiviteter. Olika vårdprogram förlägger sin verksamhetsförlagda utbildning vid olika tider på terminen och längden på utbildningsperioden varierar från 2-3 dagar (läkarstudenter) till 13 veckor (psykologstudenter). De faktiska tillfällena då interprofessionella aktiviteter kan äga rum är förhållandevis få. Varje student har omfattande professionsspecifika lärandemål, och interprofessionella aktiviteter måste planeras noggrant i förväg. Denna planering kräver tid, framförhållning, överblick och kunskap om studenternas målbeskrivningar. Det arbete som Studentmottagningens samordnare gör, tillsammans med alla AKA, är helt avgörande för att de interprofessionella målen ska kunna realiseras.

En tredje utmaning är att den studentledda mottagningen innebär ett nytt arbetssätt för handledarna. Rollen är inriktad mot att vara ett pedagogiskt stöd snarare än att praktiskt gå före och visa studenten hur man utför enskilda moment. Detta gör att skillnaden mellan arbetsdagar då man handleder studenter och då man inte gör det är avsevärt större än på vårdenheter där man inte tillämpar studentledd utbildningsmottagning. Många handledare efterlyser fortbildning i medicinsk pedagogik, något



Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har tagit fram ett nytt förslag till etiska riktlinjer för patienters medverkan i klinisk undersökning. SFAM:s remissvar finns på sfam.se.



Foto: Allan Borg

som kan te sig som en självklarhet men som i praktiken har varit svår att realisera för fler än ett fåtal.

Den fjärde centrala utmaningen är hur en studentledd klinisk utbildningsmottagning ska finansieras. Studentmottagningen på Gustavsbergs AVC har utvecklat en infrastruktur för storskalighet och hög kvalitet, men hittills utan något särskilt finansiellt stöd från akademiska lärosäten eller landsting. Vår verksamhet ska täckas av den reguljära studentersättningen från lärosätena och landstinget samt av ersättning för patientbesök. För att den studentledda mottagningen ska bära sig ekonomiskt krävs därför ett mycket stort antal studenter under terminerna.

Hittills har studentantalet stadigt ökat på den studentledda mottagningen, men har inte förrän efter ett års arbete börjat närma sig produktionsmålet. Själva uppbyggnadsfasen av Studentmottagningen har alltså finansierats av vårdcentralens övriga verksamheter. Då den finansiella ersättningen för primärvården är låg, kommer verksamheten att behöva ytterligare finansiering för att vara hållbar på sikt.

Trots dessa utmaningar ser vi att det är möjligt att skapa en storskalig högkvalitativ studentledd utbildningsmottagning inom primärvården – med oerhört nöjda studenter och pa-

tienter som resultat. Dialog mellan vårdgivare, akademi och politiker för att se över utformning, samordning samt fördelning av finansiella resurser för de olika vårdutbildningarna är nödvändigt för att skapa långsiktiga förutsättningar för denna moderna lärandeplattform i primärvården.

Inget jäv uppgivet.

Referenser

1. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: Beme guide no. 9. *Med Teach* 2007; 29: 735-51.
2. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD002213.
3. Topping KJ. Trends in peer learning. *Educational Psychology* 2005; 25: 631-45.
4. Ladyshevsy R. Impact of peer-coaching on the clinical reasoning of the novice practitioner. *Physiother Can* 2004; 56: 15-25.
5. Projekgrupp-AVC. Akademiska vårdcentraler - ett koncept för att stärka patientnära klinisk forskning, utbildning och utveckling i syfte att höja vårdens kvalitet inom primärvården. 2011.
6. Dent JA. Twelve tips for developing a clinical teaching programme in a day surgery unit. *Med Teach* 2003; 25: 364-7.
7. Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann* 1982; 5: 233-7.
8. Johansson UB, Kaila P, Ahlner-Elmqvist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: Psychometric evaluation of the swedish version. *J Adv Nurs* 2010; 66: 2085-93.
9. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (cles) scale. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 1233-7.
10. Hedman E, Ljotsson B, Kaldo V, Hesser H, El Alaoui S, Kraepelin M, Andersson E, Ruck C, Svanborg C, Andersson G, Lindefors N. Effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *J Affect Disord* 2014; 155: 49-58.



Annika Pettersson
leg. sjukgymnast



Annika Eriksson
undersköterska



Ulrica Wedholm
distriktssköterska



Helena Almer,
allmänläkare



Karoline Kolaas
leg. psykolog



Maria Fröberg
ST-läkare
Sektionen för
allmänmedicin, KI



Erik Hedman
leg. psykolog,
docent, Sektionen
för psykologi, KI
kire.hedman@ki.se

Samtliga Gustavsbergs akademiska vårdcentral, Stockholm läns sjukvårdsområde, Stockholm

Se film om den studentledda utbildningsmottagningen vid Gustavsbergs vårdcentral www.akademiskavardcentraler.se/student/studentledd-mottagning



Medvind för SPUR och Lipus nya VD

Anna Nyzell tillträdde i september 2015 tjänsten som VD för Lipus. Hon har flerårig erfarenhet av svensk sjukvård och kommer närmast från Praktikertjänst, där hon varit marknads- och kommunikationschef.



Anna Nyzell är ny VD för Lipus.

Foto: Göta Eliasson

Varför ville du ha det här VD-jobbet?

– Jag har alltid varit intresserad av och gillat att arbeta med sjukvårdsfrågor. Lipus har ju förutom kurscertifieringen den jätteviktiga uppgiften att säkra AT- och ST-utbildningens kvalitet. Genom vårt arbete med att säkerställa att utbildningen håller en hög kvalitet medverkar vi också till att säkerställa en bra vårdkvalitet. Att kunna påverka och bidra till en bra och jämlik vård är något som jag tycker är viktigt.

För några år sedan blåste det kraftigt runt IPULS, föregångaren till Lipus. Hur ser du på det?

– I den modell som Läkarförbundet byggde upp på 90-talet har specialitetsföreningarna en nyckelroll. Den turbulens som uppstod under IPULS-tiden visade tydligt att de inte bara ser SPUR-inspektionerna som viktiga, utan att de också vill vara delaktiga och ta ansvar. Det är viktigt att specialitetsföreningarna fortsätter att ha den rollen även om SPUR-inspektionerna växer och blir landstingsövergripande.

Vad är närmast på gång när det gäller primärvården?

– Efter den framgångsrika totalinspektionen i Västmanland av ledning, kliniker och vårdcentraler förra året har flera landsting hört av sig, bland annat Gotland som inspekteras våren 2016, och dessutom flera privata vårdföretag. För primärvårdens del motsvarar det granskning av upp till 200 vårdcentraler.

Kan Lipus klara en så stor efterfrågan?

– Ja, det tror jag absolut, men det hänger mycket på att specialitetsföreningarna lyckas rekrytera inspektörer. En ökad efterfrågan på landstingsövergripande inspektioner ställer också krav på utvecklade och välfungerande processer hos oss.

Finns det några konkurrenter till Lipus SPUR-granskningar?

– Lipus har en unik position genom att den externa granskningen utförs av specialister inom den egna specialiteten. Hittills har vi varit ensamma på tapplan när det gäller extern granskning.

Lipus (Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården) är ett fristående bolag, ägt av Läkarförbundet, med tre huvudsakliga uppgifter: att certifiera kurser och kongresser, att administrera en kurskatalog och att driva och utveckla SPUR. Företaget finansieras med avgifter för certifieringar och inspektioner och verksamheten ska vara självfinansierad.

Socialstyrelsens föreskrifter om ST innebär att verksamheter som bedriver utbildning av ST-läkare skall genomgå extern granskning av utbildningens kvalitet och att konstaterade brister skall åtgärdas. Intervallerna mellan de externa granskningarna bör vara fem år.

SPUR (efter SPecialistUtbildningsRådet, ett råd på 90-talet, bildat av Läkarförbundet) är en läkarledd, extern inspektionsverksamhet där professionen inspekterar AT- och ST-utbildande enheter. Lipus samordnar och sköter administrationen runt inspektionerna. Specialitetsföreningarna utser SPUR-samordnare som fördelar, rekryterar och utbildar inspektörer.

SPUR-inspektion av ST i allmänmedicin innebär att två inspektörer tillsammans besöker fyra vårdcentraler under loppet av två dagar. Under besöket intervjuas ST-läkare, handledare, verksamhetschef och studierektor. Slutligen samlas alla för att diskutera resultatet och förslag till förbättringsåtgärder. En sammanfattande bedömning läggs på Lipus hemsida.

Spurex är en expertgrupp, sammansatt av representanter från olika specialitetsföreningar, bl.a. allmänmedicin. Dess uppgift är att stödja och utveckla Lipus arbete med SPUR-inspektioner.

Så länge Lipus kan möta behoven tror jag det blir svårt för nya aktörer att ta sig in på marknaden. Men skulle vi inte kunna leverera så måste ju landstingen vända sig till andra aktörer eller hitta en annan lösning för att leva upp till Socialstyrelsens krav. Och då kan det hända att de professionella aspekterna försvinner. Socialstyrelsen pekar ju inte på en angiven modell där den externa granskningen utförs av specialister inom den egna specialiteten.

Göta Eliasson

Samordnare för SPUR-allmänmedicin och medlem i SPUREX
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Är du intresserad av att besöka och bedöma ST-utbildningen vid några av landets vårdcentraler? Du är välkommen att kontakta Göta Eliasson gosta.eliasson@sfam.se. Ersättning för resa och förlorad arbetsinkomst utgår.



Primärvård i Barcelona: likt och olik

Som arrangörer för SFAMs ST-dagar 2015 fick vår grupp möjligheten att resa till Barcelona för att göra en utvärdering av vårt arbete med konferensen.

Vi landade i Barcelona en regnig dag i början på september. På schemat stod studiebesök hos verksamhetschefen Dr Xavier Cos på hans klinik, Sant Marti de Provençals i centrala Barcelona.

Klockan nio på morgonen ringlade sig kön lång till disken där man anmälde sig inför besök på mottagningen. Upptagningsområdet är stort, cirka 55 000 patienter är listade på denna mottagning. På vårdcentralen arbetar trettio allmänläkare, där var och en ansvarar för runt 1500 patienter. Antalet patienter skiljer sig lite, från område till område, beroende på ålderfördelning/vårdtyngd/socioekonomisk belastning.

Alla läkare arbetar i team tillsammans med en sjuksköterska, och till hjälp finns också motsvarande undersköterska. Varje patientbesök är ca 10 minuter långt. Läkaren har möjlighet att kalla tillbaka patienten och boka ett längre besök vid ett senare tillfälle om så behövs. Patienten kan via datorn själv boka sitt besök. Långt ifrån all bokning går via telefon eller receptionen. Man bokar besök för t.ex. receptförnyelse. Telefontider ingår i detta och även de är 10 minuter långa.

Läkarna arbetar antingen förmiddagspass eller eftermiddag/kvällspass. På detta sätt kan man ha mottagningen öppen från tidig morgon till sen kväll. Man arbetar kliniskt 5 timmar per dag och har administration 2 timmar per dag. Läkaren har cirka 30-35 patientkontakter/dag inräknat både fysiska besök och telefontider. Fyra dagar i veckan är man på mottagningen och en dag i veckan gör man hembesök. På helgen är den ordinarie mottagningen stängd.

Kataloniens system

I Katalonien, som är en av 17 regioner i Spanien, har man ett system där man inte kan neka patienten vård om denna anser att problemet är akut. Man kallar detta patientcentrerat

arbetsätt. Det är alltså upp till patienten att bedöma när hen är i behov av vård. För att underlätta sitt arbete försöker man i första hand hänvisa patienten till den egna doktorn, men kollega får gå in om patienten är påstridig och anser sig vara i akut behov av hjälp.

Områden såsom t.ex. gynekologi, demensutredning och barn sköts inte av allmänläkare. Barnmottagningen ligger några kvarter bort och bemannas av barnläkare. I Katalonien har man ett eget hälsosystem, där 85 % utgörs av offentlig vård och 15 % privat. De privata är också knutna till regionen och har samma journalsystem.

Ett avancerat journalsystem

Dr Xavier Cos visar oss journalsystemet. Det är tätt knutet till journalsystemet på sjukhuset och man får en snabb överblick av patientens olika diagnoser och mediciner. Alla laboratoriedata kan läsas på ett ställe. Man kan i datasystemet se vilka mediciner patienten har tagit ut från apoteket, och därmed indirekt till viss del avgöra om patienten tar sina mediciner eller ej.

Det är ett komplext system där det finns flertalet olika pop up-fönster som varnar, t.ex. vid dubbelreceptur av läkemedel, olämpliga läkemedel eller interaktioner. Som kvalitetssäkring för verksamhetschef och den enskilde läkaren kan man enkelt få information om hur väl man förskriver lämpliga läkemedel, rätt antibiotika, hur välinställda ens patienter är avseende t.ex. blodtryck, blodfetter eller blodsocker. Systemet kan också jämföra diagnos mot förskrivning av läkemedel och därmed varna om förskrivningen inte verkar rimlig.

Utifrån dessa och flera andra parametrar värderas därefter läkaren och detta ligger till viss del som grund för vilken årlig bonus man får. Det är ett bra sätt för läkaren att få kännedom om saker som behöver åtgärdas och förbättras och därmed kunna hjälpa sina patienter ytterligare. Vi var alla i gruppen rörande ense om hur gärna vi skulle vilja jobba i denna typ av journalsystem.

Forskning och akutsjukvård

På kliniken finns också en forskningsenhet där allmänläkare bedriver forskning i områden som diabetes, hjärtsvikt, KOL och osteoporos. På just denna klinik finns inga ST-läkare men man hoppas att bli godkänd som utbildningsenhet nästa gång detta avtalas.

Sjukvården finansieras av det offentliga men på varje recept, provtagningsordination eller annan typ av undersökning står alltid den totala summan för den faktiska kostnaden skriven. Då kan patienten själv se kostnaden för sin sjukvård och mediciner. Är man under 65 år betalar man delar av läkemedelskostnaden själv, är man över 65 år är det gratis.

Vi blir visade runt på mottagningen. Man har förutom undersökningsrum och väntrum i tre våningar en akutsjukvårdsenhet som är öppen dygnet runt. Även denna bemannas av allmänläkare, men med erfarenhet av/större intresse för akutsjukvård. Specialiten akutsjukvård finns inte i Spanien.

På akutsjukvårdsenheten tar man emot många typer av patienter. Man handlägger bland annat bröstsmärta, hjärtsvikt, skelett-

ST-dagarna i allmänmedicin anordnas av ST-läkarna själva, med stöd från SFAM. ST-läkarna lägger upp hela programmet själva. För ST-dagarna 21-23 januari 2015 var det ST-läkare i Malmö som var arrangörer.

Kalmar har tagit över stafettpinnen för ST-dagarna 2016 som anordnas 14-16 september. Se st-dagarna.se.



Fr.v. Tanja Olseén, Martina Grosch, Anna Sternby, Hans Belfrage, Malin Svensson, Xavier Cos, Beatrice Segerstein Asker, Caroline Schön.

skador och akuta andningsbesvär. I små täta bås med draperi mellan ligger patienter, någon sitter med en inhalationsmask, andra är uppkopplade på EKG.

Man har möjlighet till analys av flertalet prover. I anslutning ligger en mindre röntgenavdelning där det utförs lungröntgen eller skelettröntgen. Man har direktkontakt med specialister på sjukhuset, och det finns särskilda telefonkedjor som aktiveras

vid misstanke om hjärtinfarkt eller stroke. Patienten kan då transporteras vidare till sjukhus.

Våra reflektioner efter studiebesöket var framför allt hur likt systemet var det svenska men också att det fanns så stora olikheter. Det mest slående var de väldigt korta patientbesöken, patientens rätt att själv boka tid till doktorn och det avancerade journalsystemet som processade data från så många olika system. Vi var alla glada och uppspelta efter besöket och kunde inte sluta prata om likheter och olikheter jämfört med våra egna vårdcentraler.

Vi är väldigt tacksamma att som utvärderingsresa efter genomfört arrangemang av SFAM:s ST-dagar 2015 ha fått möjligheten att resa till Barcelona och se detta!

Anna Sternby, ST-läkare, VC Anderslöv
Tanja Olsén, ST-läkare, VC Sorgenfrimottagningen
Hans Belfrage, ST-läkare, VC Dalby
Martina Grosch, allmänläkare, VC Eden
Malin Svensson, ST-läkare, VC Eden
Beatrice Segerstein Asker, ST-läkare, VC Arlöv
Lars-Olof Nilsson, allmänläkare, VC Staffanstorp
Caroline Schön, ST-läkare, VC Sjöbo
schon.caroline@gmail.com

Arrangörgruppen för SFAM:s ST-dagar 2015 Bygga Broar

Annons



Nationella forskarskolans uppstartsdagar 2015

Nationella forskarskolans uppstartsdagar i september i Hindås utanför Göteborg var en mycket positiv upplevelse. Dit kom taggade och glada primärvårdsforskare från i stort sett hela Sverige. Anna Nager och Åsa Niper var observatörer både för Karolinska institutet och SFAM:s styrelse.

Lars Hjalmar Lindholm, eldsjelen bakom skolan, berättade att 67 av 70 som tagits in i programmet är kvar. Av dessa är 49 läkare. Sju högskolor/universitet är representerade. Sexton stycken har disputerat och före sommaren blir det ytterligare nio. Möjligheten att göra pre-doc några månader vid universitet i andra länder har blivit en succé, och till sommaren kommer sjutton stycken att ha gjort det. Nu kopierar Norge denna modell.

Dock räcker inte pengarna längre än till och med 2018. Vad som händer därefter är inte klart. En EU-ansökan för en nordeuropeisk skola är på gång.

Nya och gamla doktorander

De nyantagna doktoranderna har några dagar för sig själva. De kommer glada i hågen med sina projektplaner men blir raskt nertagna till verkligheten av Stuart Spencer, redaktör för Lancet, och Simon Griffin, professor i allmänmedicin, Cambridge. Å andra sidan får de matnyttiga föreläsningar av dem, bl.a. om hur man skriver vetenskapliga artiklar på engelska.

Sedan kommer de "gamla" doktoranderna, alumni och inbjudna gäster. Nätverksarbetet fortsätter. Under den obligatoriska promenaden lär de gamla och nya doktoranderna känna varandra. Övning i presentation, försvar och opposition är andra inslag. Några som gjort pre-doc fick berätta om sina erfarenheter.

Det gemensamma programmet innehöll också goda föreläsningar och en lika god festmiddag med en nyskriven hyllningssång.



Nationella forskarskolan i allmänmedicin

www.forskarskolanallmanmedicin.se
Läs om uppstartsdagarna 2014 i AllmänMedicin 4-2014!



Grupp 5 har fullföljt forskarskolan och får här sina diplom. Fr.v. Simon Griffin, Minna Johansson, Maria Eriksson, Anna-Karin Halldin, Stuart Spencer, Del Akrawi och Maria Waller. Saknas gör Beata Borgström Bolmsjö och Katharina Verheijen.



Måltider och fikaraster inbjuder till nätverkande.



Kristina Bengtsson Boström, Göteborgs universitet, lyssnar andäktigt till Lars Hjalmar Lindholm.



"Love hymn to the research school" framförs under middagen.

Love Hymn to the Research School

Melodi: Yellow Submarine

In the town of Umeå
lived a man we all know
and he told us of his life
shared his wisdom of research.

So we came with confidence
until Simon said "so what?"
so we tried a little more
and then Simon said "SO WHAT?"

We're all in love with the Research School,
Research School, Research School. We're all in love with...

And Maria gets all aboard
and Stuart cuts our crap
so that Alice gets the point
We want to thank you for the Research School...

THANK YOU!

"Medicin och hälsas strategi för forskning"

Birgitta Öberg, professor i sjukgymnastik, Malmö, är ordförande för medicin och hälsa i Vetenskapsrådet som fördelar statens pengar för medicinsk forskning. Konkurrensen om pengarna är stor samtidigt som de ämnesområden som finns kanske inte är anpassade till allmänmedicin. Generellt är det svårt att rekrytera läkare till forskning.

Decision making in health care: expertise, evidence and kommunikation

Neal Maskrey, GP från North Yorkshire, GB, nu vid University of Amsterdam och Keele university, diskuterade skillnaden mellan vad folk gör och vad evidensen säger. Vi lär oss genom erfarenheter. Innan vi fattar ett övervägt beslut skaffar vi oss begränsad men tillräcklig information. Känner vi igen proble-

met går det snabbare. Har man lärt sig känna igen problemet så kan man inte låta bli att känna igen det. Svårigheten är att hitta undantagen, de som inte stämmer med mina erfarenheter.

Konsultationskunskap och kontinuitet är viktiga ingredienser. Vad som finns i patientens huvud behöver inte alls vara detsamma som finns i ditt. "Min mammas bekymmer är inte att förebygga stroke. Det är att klara av vardagen!" I en kontrollerad randomiserad undersökning med patienter som diagnostiserats ha allvarlig cancer levde de längre som fick fler samtal, och deras anhöriga mätte bättre.

Skriv på svenska

Jan Östergren från Läkartidningen informerade om varför man ska skriva där och vad som behövs. Allra sist fick AllmänMedicin några minuter för att uppmuntra doktoranderna att skriva även här.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Ghassan Guorgis och Del Saleh Akrewi.



Cecilia Björkelund, Göteborgs universitet, uppskattar en posterpresentation.



Emma Nyström och Jon Pallon.

Alla foton: Ingrid Eckerman



SÆT X I KALENDEREN

WONCA EUROPE CONFERENCE COPENHAGEN - DENMARK

15 - 18 JUNE 2016

Welcome to Copenhagen and enjoy the Nordic summer light



SCIENTIFIC PROGRAMME

Family Doctors with heads and hearts

- The ageing Europe
- Making healthcare affordable
- The future consultation
- Diagnosing - a vital task for family medicine
- Inequality in health and specific patient groups



The congress is patronaged by Her Royal Highness, Crown Princess Mary of Denmark



WONCAEUROPE2016.COM





WONCA Europe kommer til København!

De praktiserende læger er fagligt organiseret i WONCA, som er en global organisation. Den europæiske afdeling – WONCA Europe – afholder hvert år en stor kongres for praktiserende læger. Således var det i 2014 i Lissabon, i år er det i Istanbul – og i juni 2016 er det så for første gang nogensinde i København – nemlig 15.-18. juni 2016.

Kongressen i København bliver som noget helt særligt arrangeret af de nordiske almenmedicinske selskaber i fællesskab via Nordic Federation of General Practice (NFGP). Hele fem lande er gået sammen om opgaven med DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) som primus motor og ansvarlig for det praktiske.

Kongressen i København bliver også en nyskabelse på andre måder. For første gang vil vi se en kongres uden sponsoring fra medicoindustrien. De nordiske selskaber har taget denne beslutning og har også ønsket at vise, at ”vi kan selv!” Det gør, at vi håber på mindst 3.500 deltagere.

Alle nordiske læger og uddannelseslæger i almen medicin får nu en fantastisk mulighed for at få ”luft under vingerne”. Med international inspiration og mulighed for at dele erfaringer og være en del af det hidtil største opbud af fagligt fællesskab i Norden. Med kolleger fra det øvrige Europa og en del fra de andre kontinenter.

Overordnet plan

Kongressen kommer til overordnet at forløbe sådan:

- Onsdag sidst på eftermiddagen er der åbningsforelæsning og åbningsceremoni, hvor vi håber, at vores protektor Kronprinsesse Mary vil være til stede.
- Torsdag og fredag er fulde kongresdage med fagligt program med keynote-forelæsninger morgen og efter frokost – og mange parallelle sessioner i løbet af dagen.
- Fredag aften mødes mange af os til den store festmiddag.
- Lørdag har vi parallelle sessioner og en keynote-forelæsning, hvorefter der er afslutningsceremoni. Efter frokost-tid drager alle så videre ud i København for at opleve en hovedstad i sommerhumør.

Temaer og bredt fagligt program

Det overordnede tema for kongressen er ”Family doctors with heads and hearts”. Et tema, vi har valgt i en brydningstid mellem behovet for høj medicinsk kvalitet og store forventninger til almen praksis og samtidig behovet for at kunne forstå, høre og respektere patientens behov og ønsker. Hvordan sikrer og udvikler vi denne så centrale kvalitet for et moderne sundhedsvæsen?

Under dette hovedtema er der inviteret syv fremtrædende forelæsere. De er eksperter inden for de centrale emner, der gennemgås på kongressen.

Praksisbesøg

Vores kongresdeltagere får et særligt tilbud om besøg i en dansk almen praksis. Besøgene vil ligge forud for kongresåbningen om onsdagen. Kongresdeltagerne har ved registrering mulighed for at angive, at de ønsker at besøge en praksis.

De syv forelæsere

Family doctors with heads and hearts

Professor Michael Kidd, President of WONCA

The ageing Europe

Professor Kaisu Pitkälä, University of Helsinki

Making healthcare affordable

Professor Martin Marshall, University College London, UK

The future consultation

GP, Director Clare Gerada, Practitioner Health Programme, UK

Diagnosing – a vital task for family medicine

Professor Paul Glasziou, Bond University, Australia

Inequality in health and specific patient groups

Director Bernadette Kumar, NAKMI, Norway & Ass. Professor Katherine Rouleau, University of Toronto, Canada

Mange unge på kongres

Vores unge kolleger er specialets fremtid, og vi gør derfor noget ekstra for uddannelseslæger og unge praktiserende læger. Vi satser på et stort rykind af disse, og allerede mandag aften før konferencen i København ankommer de første for at deltage i ”prækonference” i regi af ”Vasco da Gama Movement”. Det er naturligvis de initiativrige FYAM’ere (Forum for Yngre Almenmedicinere), der står for denne del – og for mange andre aktiviteter rettet mod de unge.

De unge tilbydes også at besøge en dansk almen praksis forud for prækonferencen. Læs mere herom på vores hjemmeside under fanebladet ”Young Doctors”.

Hjemmeside og sociale medier

Kongressen er åben for registrering og abstracts – dette sker via hjemmesiden: www.woncaeuropa2016.com – ingen grund til holde sig tilbage.

Følg forberedelserne via tilmelding til nyhedsbreve, og gå på Facebooksiden: www.facebook.com/woncaeuropa2016.

Vi ses i Bella Center 15. juni 2016!



Peter Vedsted
præsident for
Scientific Committee



Roar Maagaard
præsident for
Host Organising Committee
roarmaag@post7.tele.dk



Glesbygdsmedicin

- ett sätt att jobba
- ett sätt att vara
- ett sätt att leva

Svensk Förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till

16:e nationella konferensen
i Glesbygdsmedicin

6-7 april 2016
i Lindvallen, Sälen

För vidare information och anmälan
läs vidare på vår hemsida

www.glesbygdsmedicin.info

Upplysningar: martin.annsberg@ltdalarna.se



Från glesbygden:

Det var en gång...

...en liten flicka som var envis, inte så mån om att vara söt, ganska självsäker, en nyfiken sträckläsare av böckerna i mormors bokhylla. Jag minns henne mycket bättre nu när jag fått några flickor som barnbarn. Minnen som inte bara handlar om datum och platser utan att komma ihåg hur det kändes att vara glad, riktigt arg, virvlande säker, frustrerad.

Detta händer även i ett långt och övervägande lyckligt arbetsliv. Ni vet hur speciellt det är med alla livshistorier en allmänläkare får berättat för sig, samtidigt med detaljerade fakta om avföringens färg och frekvens eller om hur hjärtat hoppar i bröstet.

Det var en gång en ung AT-läkare som lämnade hjärtat av Stockholm. Äntligen färdig med Karro och med två söner i släptåg gick flyttlasset till Norrlands inland. Åren gick fort med allt som skulle läras, nya barn födas, lappar i skolväskor, patienter som blev botade eller missnöjda, intyg och jourer och barnens träningar om vartannat. "Det här får du klara!" sa dom när skador man knappt fått titta på i storstan skulle lagas utan att åka till lasarettet. Dit ville nästan ingen.

Hur gick det riktigt till att bli specialist? Kommer hem från Posten (minns ni när den fanns?) med ett rekommenderat brev. Där sitter högstadietkillen i soffan. Mor står i hallen med specialistbeviset i handen. Lite sentimental: "Tänk, jag började läsa när du var bara året". "Och?"

Att handleda är också att minnas. Hur det kändes att sortera allt patienter berättar, att våga sticka, titta in i alla öppningar,



Svensk förening
för Glesbygdsmedicin bildades 2002 i Öregrund. Föreningen blev associerad medlem i Svenska

Läkarsällskapet 2005. Föreningen arbetar för att öka kunskapen om glesbygdsmedicin, skapa nationellt och internationellt samarbete kring forskning och utvecklingsprojekt och främja en god grund- och vidareutbildning för läkare och annan personal verksamma i glesbygd.

Arbetet har lett fram till ett förslag om påbyggnad för ST allmänmedicin vid enheter i glesbygd och lade även grunden för kurser i ämnet, nätverk av studierektorer med utbildningsläkare i glesbygd samt återbildandet av ett glesbygdsmedicinskt centrum för att samla och initiera forskning och utbildningserfarenheter i glesbygdsmedicin. Internationellt är föreningen associerad med EURIPA och Rural WONCA.

www.glesbygdsmedicin.info



att grubbla över krevärden och stå vid en döendes säng. Att få se uttrycket i en ung AT-läkares ansikte när man kastar ut frågan: ”hur lång tid tar det innan man slutar bli kallad ’flicka lilla?’” i samtalsgruppen. Då minns man hur det var när stränga hjärtsystrar satte en på plats på natten när hjärtan skenade eller tog stopp.

Att stanna kvar är också att dela minnen. Mannen kommer för hjärtkontroll. Med oss i rummet finns det. Ett polisärende, doktorn ska bara konstatera. Hans son hade bara tagit skotern för en kvällstur.

Det var en gång en handledare och allmänläkare som blev upprörd och föreslagna att bli studierektor allmänmedicin. Att plugga målbeskrivningar och hålla ordning på dokument, hur kul kan det vara? Men å andra sidan, att lära ut allt man lärt och minns till fler än en i taget, det kan locka. Så pass att man kan bli beroende, kan jag tala om. Nu är den nya målbeskrivningen snart ett gammalt minne och en ny seglar in...

Det var en gång en ganska van doktor, hemma nu i sitt vidsträckt upptagningsområde, som tog tåget med sin kollega till Öregrund. Vi kände att vi hamnat med likasinnade, en rätt gles skara allmänläkare. En förening för Glesbygdsmedicin behövdes även här i landet. ”Hur skulle nästa generation komma till oss och ta del av våra användbara minnen av det självständigaste och mest sammanhängande jobb en allmänläkare kan ha?” tänkte vi.

Det är nu tretton år och lika många möten sedan. Varje år har det skapats ett program som lockar specialister och ST-läkare med hjärtat i glesbygden till att träffas, öva praktiska moment,

lyssna på forskningsreferat som angår, möta politiker och direktörer. Och varann.

Vi var några i föreningen som mindes ihop vad vi behövt för att hjälpligt klara utmaningen att vara rätt ensamma specialister verksamma vid sjukstugor och hälsocentraler i glesbygd. Det blev ett förslag om ST i allmänmedicin med glesbygdsprofil färdigt 2009. En idé som blivit verklig. De första diplomerna har tryckts och lämnats över med applåder och hurrarop.

Ses vi i Sälen 6-7 april 2016? I Dalarna är just nu ST-tjänster med glesbygdsmedicinsk påbyggnad en nyhet. Snart kan vi minnas att vi fick vara med från början.

Så kära alla tappra, rutinerade, nöjda, trötta, unga och gamla allmänläkarkollegor – i stad och på landet: Jag önskar att ni hittar era minnen. Att ni både kan le åt dem och använda dem till nästa generation. Mina studenter, AT och ST går nu snart mer mot att vara barnbarn än barn men det är lika häftigt att få lära nytt genom att lära ut som då – när allt var nytt.

Anna Falk

Studierektor i Landstinget Västernorrland,
Medelpad-Härnösandsområdet
Styrelsemedlem i Svensk förening
för glesbygdsmedicin
anna.falk.ange@telia.com



*ST-boken. Red. Björgell, O, Uddenfeldt Wort, U. Lund 2015: Studentlitteratur. 424 s.
ISBN 978-91-44-08916-4.*

Nyttig handbok för ST-läkare

Studentlitteraturs nyligen utgivna **ST-boken** är den första bok som samlat försöker avhandla läkares specialiserings-tjänstgöring. Detta initiativ är lovvärt, och resultatet har blivit bra.

Boken är uppdelad i tre huvuddelar. Den första delen är personliga reflektioner med kapitel skrivna från ST-läkarens perspektiv respektive ST-handledarens, ST-studierektorns och slutligen verksamhetschefens perspektiv. Dessa kapitel varierar från personliga berättelser till mer faktaorienterade texter, alla med olika utgångspunkt. Varje kapitel avslutas med en lista över tips och råd från respektive författare.

Bokens andra del är vigd åt allmänna aspekter och innehåller fakta och arbetssätt kring utbildning och undervisning av ST-läkare. Många nya ST-läkare är relativt oerfarna på arbetsmarknaden och behöver kunskaper om vilka rättigheter och skyldigheter som finns för arbetsgivare och arbetstagare. Ett kapitel om fackliga aspekter är skrivet av Heidi Stensmyren, och ger en fokuserad översikt över ämnet. Även kapitel om Socialstyrelsen och ST, studierektorskap och extern granskning samt kvalitetssystem i utbildningen av ST-läkare har hittat en plats i denna del av boken.

ST-bokens del 3 har fått namnet ”Under ST” och är på många



sätt den nyttigaste för ST-läkaren. Utbildningsprogram och -kontrakt, handledning samt bedömning av kompetensutveckling har fått egna kapitel. Även ledarskapsutbildning, medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete omtalas. Specialiseringstjänstgöring för utlandsutbildade läkare har förtjänstfullt fått ett eget kapitel som gärna kunde vara mer omfattande. Ett appendix i slutet av boken innehåller olika kompetenskrav och en lista över bas-, gren- och tilläggspecialiteter, hämtade från Socialstyrelsens målbeskrivning 2015. Även instruktioner för olika bedömningsinstrument och en översikt över nyttiga kompletterande informationskällor har medtagits.

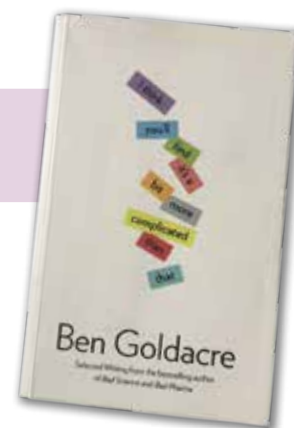
ST-boken har sin styrka i att den samlar många nyttiga fakta och översikter i handboksformat. Därför kommer den att

hitta vägen till många studierektorer och ST-läkares bokhyllor. Källhänvisningarna kunde dock ställvis vara tydligare. Jag saknar också en översikt över ST-föreskrifterna från 2008, eftersom dessa fortfarande kommer att vara aktuella för många av dagens ST-läkare.



Kristian Gjessing
ST-läkare, doktorand
Region Östergötland
Johannelunds Vårdcentral
kristian.gjessing@gmail.com

Goldacre, Ben. *I Think You'll Find It's a Bit More Complicated Than That*. London: Fourth Estate, 2014. 474 s. ISBN 978 0 00 746248 3.



Underhållande kritik av saknad evidens



Ben Goldacre

Den prisade brittiske läkaren och forskaren Ben Goldacre utkom 2014 med sin senaste bok, *"I think you'll find it's a little bit more complicated than that"*. Goldacre, som är mest känd som kolumnist för tidningen The Guardian och för att ha grundat projektet AllTrials som förespråkar publicering av samtliga forskningsresultat, har tidigare gett ut två böcker: *Bad Science* och *Bad Pharma*. Hans senaste bok är en samling av krönikor, artiklar och rapporter som Goldacre har skrivit under de senaste två decennierna. Författaren utlovar redan i början av boken: *"This book has a manifesto: check the evidence and fight back anyone who tries to stop you"*.

Man kan lätt skrämmas av bokens storlek, 474 sidor, som ihop med temat evidensbaserad medicin kan få även den mest forskningsintresserade känna viss tvekan inför att ta med boken på semestern. Men känn ingen rädsla. Om tiden inte räcker till eller man inte gillar läsning från pärm till pärm kan man

spontant dyka ner i vilken artikel som helst och bara njuta.

Goldacre är inte rädd att ge konkreta exempel och ifrågasätta auktoriteter med utgångspunkt i deras offentliga uttalanden baserade på tveksamma vetenskapliga grunder. Eminens utan evidens stör Goldacre djupt: *"...science isn't about authoritative utterances from men in white coats, it's about showing your working"*. Orsakar dataspel demens hos barn som oxfordprofessorn Greenfield påstår i media? Goldacre synar evidensen i sömmarna och kräver svar. Att inte våga möta kritik är enligt honom nästan farligare än att publicera dåliga vetenskapliga artiklar. Han likställer en sund akademisk mötesplats med ett blodbad eller "en sorts intellektuell S&M aktivitet".

Vädjan om uppmärksamhet för att journalister kan göra en egen tolkning av studieresultat går som en röd tråd igenom boken. Men ännu värre: att ett högt ansett lärosäte går ut i media med nyheten att torskleverolja är en ny mirakelmedicin utan att kunna visa evidens för det är anmärkningsvärt enligt Goldacre. Tio år efter det mediala jippet finns det fortfarande ingen studie publicerad, och Goldacre rasar: *"Publish or be damned!"*.

Man kan inte annat än älska den fullkomliga nyfikenheten

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!



och det genuina intresset att undersöka vad som egentligen händer i forskningens kulisser. Goldacre är orädd, rolig, ironisk, och boken underhåller hela vägen. Upprördheten är smittsam. Är man dessutom lite nervös vad gäller statistiktolkningar kan man slappna av: vi får tydliga förklaringar till varför det är förkastligt att leta efter terrorister genom att avlyssna hela befolkningen eller hur man lyckades upptäcka Greklands fusk med statsfinanserna igenom att helt enkelt tillämpa Benfords lag.

Jag har haft med mig boken på en del flygresor och funderar

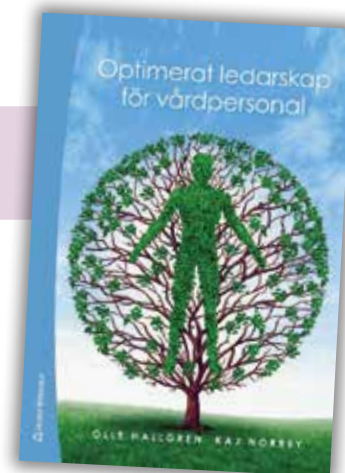
på att överklaga handbagageregler. Bokens volym kompenseras dock av de flera nyanser av leenden som följer med som bonus på resan. Det gäller bara att motstå impulsen att vilja läsa högt för sina medresenärer.

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



Norrby Kaj, Hallgren Olle. *Optimerat ledarskap för vårdpersonal*. Studentlitteratur 2015. ISBN 978-91-4409-536-3.

"Optimerat ledarskap" kräver att man leder sig själv



Som blivande/nybliven verksamhetschef har jag de senaste åren med stor aptit slukat en mängd böcker av varierande kvalitet som på ett eller annat sätt berört ledarskap och/eller chefsroll. I våras utkom "Optimerat ledarskap för vårdpersonal" av Kaj Norrby och Olle Hallgren. Norrby är pensionerad distriktsläkare, landstingsöverläkare och samhällsmedicinare. Hallgren är distriktskötare. Bägge har lång erfarenhet av att leda kurser i livs- och stresshantering, ledarskap mm.

Det lät lockande, ledarskapsbok skriven av primärvårdsfolk!

Boken består av två delar: Att möta sig själv samt Mötet med andra och mötet med arbetsplatsen och samhället.

Den första delen är uppbyggd kring fyra fallbeskrivningar, där huvudpersonerna är verksamma i primärvården och på ett eller annat sätt får anledning att ompröva sin vardag och sin inställning till sig själva och sitt arbete. Det är inte svårt att känna igen sig själv eller kollegor i beskrivningarna. Författarna har valt att använda en bild där en individs olika drivkrafter, styrkor och svagheter beskrivs som styrelseledamöter i individens inre styrelse. Ordförande i denna styrelse är individen när den är medvetet närvarande. Genom medveten närvaro kan ordföranden styra sina ledamöter, ge någon tystlåten mera taltid och kanske bromsa den som är för högljudd, så att styrelsearbetet blir optimerat. Det handlar alltså om något så enkelt och självklart, men ibland ändå så svårt, som Lagom. Good enough. I sin egen inställning till sig själv och sitt arbete. Och att våga fråga sig själv vad just jag *egentligen* vill, om jag drivs av vad jag vill uppnå eller vad jag vill slippa. Ett kapitel om stresshantering finns också med.

Den andra delen, Mötet med andra och mötet med arbetsplatsen och samhället, rymmer tre kapitel. Ett om patientmötet, också detta fokuserat kring ett antal fall, där det handlar om

vikten av att se människan och inte bara sjukdomen. Ett om mötet med New Public Management. Författarna skriver själva att det är ett slags upprop för bevarande av det humanistiska samhällsperspektivet. De uttrycker frustration över att bli styrda av ekonomer, över effekterna av digitaliseringen och funderar kring valfrihet och stafettläkarsystem. Sist ut är ett kapitel men rubriken Ledarskap i arbetet. På tre sidor sammanfattar författarna sin inställning att man måste kunna leda sig själv för att kunna leda dem man möter, och att ju mer pressad tillvaron är desto mer behöver man optimera sina insatser för att resurserna skall räcka till.

"Optimerat ledarskap för vårdpersonal" var inte vad jag förväntade mig. Boken rymmer mycket visdom och klokskap från två personer med lång erfarenhet. Kanske lite för mycket. Jag upplever att författarna försökt rymma tankar och åsikter om allt de tycker är viktigt och aktuellt i primärvården just nu, i en och samma bok. Det handlar om medveten närvaro och att orka arbeta i en krävande verksamhet, men inte så mycket om ledarskap. Jag tror att boken vunnit på att renodlas till att handla om antingen att leda och ta hand om sig själv eller om patientmötet. Avsnittet om New Public Management känns mest som frustration och tillför inte mycket. Fram för allt tror jag att boken skulle vinna på en annan titel som lockar fler att läsa, inte bara den som för stunden nördar ner sig i ledarskapslitteratur.

Annika Larsson
Verksamhetschef
KågeMoröbacke Hälsocentral, Skellefteå
annika.larsson@e-gatan.se



Hur går det för patienten med kronisk sjukdom?

Verktyg för en fördjupad uppföljning inom primärvård. SKL 2015.
ISBN 978-91-7585-246-1

Kronisk sjukdom i primärvården.

Landstingens förutsättningar och diagnosspecifika exempel. SKL 2015.
ISBN 978-91-7585-256-0.

Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?

Health Navigator 2015.

En rapport med rekommendationer från Forum för Välfärds preventionspilot i Södertälje. Forum för Välfärd juni 2015. 24 s.

En rapport med rekommendationer från Forum för Välfärds integrerad vårdpilot. Forum för Välfärd juni 2015. 20 s.

Länkar till rapporterna finns från artikeln "Nya rapporter om primärvården" på sfam.se.



Fem rapporter om primärvården

Till Almedalen 2015 publicerades ett antal rapporter om primärvården i allmänhet och kroniskt sjuka patienter i synnerhet.

Klart är att man börjar förstå att effekterna av värdepappersmodellen, ersättningssystemen och privatiseringen lett bort från prioritering av de mest behövande. När områdesansvaret upphört, inom såväl kommunalt som landstingsfinansierad verksamhet, måste nya modeller för samarbete utvecklas, inom vårdcentralerna och mellan olika aktörer.

SKL

Från SKL bedrivs arbetet utifrån den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning. Rapporterna verkar vederhäftiga och innehåller mycket sådant som redan framförts på Ordbyte.

Rapporten "Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?" bygger på över 70 intervjuer med allmänläkare och distrikts-sköterskor.

I delrapporten "Kronisk sjukdom i primärvården" utreds svårigheterna med att utveckla ett konventionellt kvalitetsregister för primärvården. Läs mer om detta i AllmänMedicin 3-2015!

Rapporten "Hur går det för patienten med kronisk sjukdom?" avslutar med att påpeka behovet av att "utveckla både primärvårdsanpassade kunskapsstöd med kliniska diagnostik- och behandlingsriktlinjer och relevanta medicinska uppföljningsmätt... En huvudinsikt från denna kartläggning är också vikten av att i ökad utsträckning involvera primärvården i diskussioner kring förutsättningarna för en evidensbaserad praktik."

Forum för Välfärd

Intresset för primärvården är högt bland näringslivet och dem närstående organisationer. Olika nätverk och kanske oheliga allianser har uppstått och rapporter har presenterats. Ofta betonas den partipolitiska obundenheten, medan däremot bundenheten till näringslivet lämnas okommenterad.

Plattformen Forum för Välfärd lanserades under Almedalsveckan 2013. Två pilotprojekt har bedrivits i Södertälje. Medfi-

nansiär var forskningsstiftelsen Vinnova. Av rapporterna framgår inte vem som är ansvarig för projektets utformning och utvärdering. I rapporterna avtackas en rad personer. Eftersom deras befattningar/funktioner inte anges är det svårt att värdera kompetensen.

Preventionspiloten

Syftet med projektet var att nå ut till befolkningsgrupper med en förhöjd risk att insjukna i diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Med hjälp av ett validerat riskbedömningstest, FINDRISC, identifierade man högriskindivider.

Som väntat fann man skillnader mellan olika samhällsgrupper – Södertälje är en mångkulturell stad med socioekonomiska skillnader. Pilotprojektet presenteras närmare på sid. 37.

Integrerad vårdpilot

Här ville man ha svar på vad som karaktäriserar mångbesökarna i primärvården, vilken som är bästa vårdformen för dem, hur kontinuiteten kan förbättras genom samarbete mellan primärvård och sjukhusvård och vilka ersättningsmodeller som stödjer sådant samarbete.

Man provar att låta berörda professioner träffa patienten. Arbetssättet är inte nytt. I 90-talskrisens efterverkningar och senare års ekonomistiska tänkande har denna typ av samarbete, som ofta ej är utvärderat och dokumenterat, fått stryka på foten.

Rapporten lämnar två förslag till förbättringar: En automatiserad second opinion-funktion för patienter med hög vårdkonsumtion där landstinget larmar när en patient har "för många" besök i primärvården, och justering av ersättningssystemen så att de stödjer ett mer flexibelt arbetssätt.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Appens namn: Artofinjection (Appstore). Artofinjections (Google Play).
Målgrupp: Läkare och sjukgymnaster.
Operativsystem: iOS iPhone, iPad och iTouch, kräver iOS 6.0 eller senare. Laddas ner. Androidmobiler och plattor, kräver android 2.3.3 eller senare samt Wi-Fi.
App-storlek: ca 50 MB.
Pris: Appstore 119 kr. Google Play 99 kr.
Utvecklare: Roger Stadra med team.
Utgivningsår: 2014.

En närmare beskrivning av appen finns på <http://appstimes.in/artofinjections-review>.



Användbar app om injektionskonst



Roger Stadra

Roger Stadra är allmänläkare med examina inom ortopedisk medicin. Sedan 1991 arbetar han som ortopedmedicinsk konsult och privatläkare i Stockholmsområdet.

Roger Stadra har länge gett kurser i injektionsteknik och har också gett ut en DVD-film om injektionsteknik. Han har nu överfört sina kunskaper till en app.

Utbildning i injektionsteknik saknas i läkarutbildningen i Sverige. Många läkare är rädda för att ge injektioner trots att det kan vara en effektiv behandling mot inflammatorisk smärta. I utlandet tycks traditionen vara att injektioner ska handhas av specialist på sjukhus. Patienterna förväntar sig dock ofta att läkare i allmänhet ska kunna ge injektioner.

Syftet med Roger Stadras app Artofinjection/Artofinjections är att verka som ett läromedel i injektionsteknik. Appen sammanfattar tidigare av Stadra utgivet material, som t.ex. filmen Injektionart® och Injektionsguiden (utgiven av MEDA).

Denna app introducerar snabbt den intresserade till hur man kan använda injektionskonsten i sin kliniska vardag. Innehållet är baserat på Stadras omfattande personliga erfarenhet och kliniska praxis. Även om vissa aspekter inte är vetenskapligt prövade ger appen god information och instruktion om hur injektioner kan användas i en mängd kliniska situationer.

Appen är smidig, billig, lätt att använda och alltid tillgänglig. Den innehåller ett teoretiskt kapitel om indikationer, kliniska tecken på inflammation, vilka material som kan användas (nålar, sprutor etc.) samt verkningsmekanism av olika preparat.

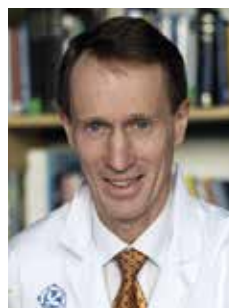
Den mer praktiska delen innehåller kortfattad beskrivning av kliniska tillstånd lämpliga för injektion, ”recept” för blandning av spruta (doser, material etc.) samt en illustrativ film om hur utförandet går till.

Appens utformning med texter och videoavsnitt för varje

injektionsteknik hjälper behandlande läkare eller sjukgymnast att ge injektioner på rätt sätt och på rätt indikation. Man får exempel på när och hur man kan använda injektioner i diagnostiskt och terapeutiskt syfte. Den informerar dessutom om mindre kända och kanske underdiagnostiserade medicinska tillstånd.

Förkunskaper krävs i att ställa rätt diagnos kliniskt, men i appen finns tydlig vägledning och vissa kliniska tester är beskrivna och illustrerade. En ovan utövare kan använda appen som guide för den diagnostiska och terapeutiska processen, t.ex. tillsammans med sin handledare, eller för repetition om man inte utfört momentet på länge.

Appen kan användas som läromedel, speciellt på platta. För många kan det kännas ovan. Yngre klarar det sannolikt bättre. Appen rekommenderas varmt till ovanstående målgrupper.

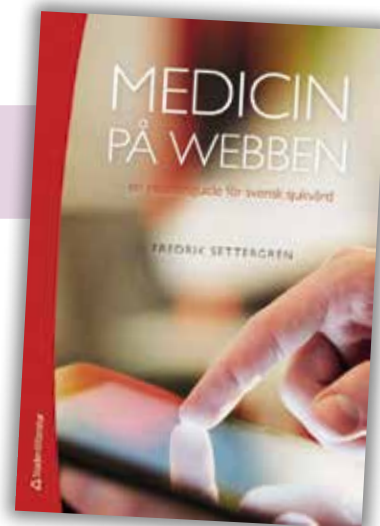


Bo C Bertilson
Leg.läkare, Medicine doktor
Forskargruppledare Muskulo-
skeletala funktioner och smärta,
Sektionen för allmänmedicin,
Karolinska Institutet
bo.bertilson@ki.se



Eva Helde
Allmänläkare
Ortopedmedicinare
med examen OMT steg 2
Capio Wasahuset, Gävle

Detta är den första app-recensionen som införs i AllmänMedicin. Vi tar gärna emot fler!



En ambitiös bok om medicin på webben

Denna bok vänder sig enligt förordet till anställda i sjukvården och till landets medicin- och vårdutbildningar. Syftet med boken är att hjälpa vårdpersonal, framför allt läkare, att få ut så mycket som möjligt av nätet. Boken finns även som e-bok, med möjlighet att klicka på webbadresser från boken. Dessutom finns kunskapstest och övningsexempel.

Boken inleds med en allmän beskrivning av medicin på webben. Eftersom medicinsk information är en färskvara behövs ständiga uppdateringar. Patientinformation med kvalitet bör också vara uppdaterad och helst oberoende av läkemedelsindustrin och olika intressegrupper. Som författaren förtjänstfullt påpekar är det viktigt för oss inom vården att kunna värdera och ha ett hum om vad våra patienter kan stöta på när de söker medicinsk kunskap.

"Ett problem lär dock vara att få dem som mest behöver läsa den att överhuvudtaget öppna den."

En annan aspekt är att webbplatser kan vara kostnadsfria och miljövänliga jämfört med böcker.

Möjligheter finns för medicinsk problemlösning. I andra kapitlet finns en lista med tio exempel på webbaserad problemlösning. Detta följs av ett omfattande kapitel om olika kortkommandon, såväl för webbläsaren som för andra program. Fördelar med olika typer av webbläsare går sedan igenom, liksom olika alternativ för inställningar av verktygsfält.

Genomgången av olika webbläsare är bra. Inställning av start-sida, favoriter/bokmärken och verktygsfält kan vara användbart för dem som är speciellt intresserade. Eftersom webbläsarna ständigt förändras och kommer i nya versioner kan man fundera över om läkare ska syssla alltför mycket med detta. Dessutom tvingas man ofta arbeta vid flera olika datorer med olika inställningar och program.

Jag håller inte med om informationen på 1177.se alltid är rykande färsk.

Avsnittet om säker surf är informativt. Inställningar av säkerhetsprogram, brandvägg och spamfilter tycker jag bör ombesörjas av arbetsgivaren, liksom hjälp med lösenordsskydd. Viktigt och bra information är avsnittet som handlar om säker e-post, liksom det som handlar om att låsa datorn. Det finns också ett roligt practical joke-tips. Kapitlet om Google är informativt och ambitiöst, för den speciellt intresserade. Kapitlet om värdering av webplatser är utmärkt.

Därefter följer en uppräknig av femtio olika medicinska webplatser vilket kan vara användbart men tyvärr blir snabbt föråldrat. Kapitlet om PubMed är användbart för den som arbetar med forskning.

I kapitlet om ansvar och upphovsrätt påminns om läkares juridiska ansvar, om upphovsrätt och fildelning (vilket jag inte tidigare hört om inom sjukvården). Slutligen finns en liten webbmedicinsk ordlista.

Bokens digitala del ger möjligheter att öva på olika moment, vilket är givande för den som tar sig tid för detta.

Sammanfattningsvis är detta en ambitiöst skriven bok, dock lite ojämn när det gäller nivån på ämnet. Ibland förutsätts läsaren vara nybörjare på datorer, vilket knappast lär förekomma i någon större grad hos svenska läkare. Ibland förutsätts man ha obegränsat med tid att utforska en mängd finesser. "Medicin på webben" är en lättläst bok, späckad med fakta för den intresserade. Ett problem lär dock vara att få dem som mest behöver läsa den att överhuvudtaget öppna den.

Boken bör kunna fylla en funktion som uppslagsverk för dem som är specialintresserade och vill förbättra sin användning av IT, såväl inom sjukvårdsarbetet som privat, även om, som författaren också tar upp, informationen riskerar att snabbt bli inaktuell.

Författaren förtjänar stor uppskattning för sina ansträngningar att få läkare att förbättra sin användning av IT inom vården. Sannolikt behövs det även andra insatser från arbetsgivarna för att motivera dem som inte är så intresserade.

Anne Björk
Ordförande, SFAM:s IT-råd
Ekeby hälsocenter, Uppsala
annebjork@gmail.com



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
Åsa Wetterqvist
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.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 Rönnås
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 Lütkerman
marialutkerman@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 Mølsted
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@vregion.se

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

Vasco da Gama Movement,
vdgm.woncaeurop.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
Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

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.sfamnvs.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@vregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vregion.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 Lilliequist

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@gmail.com

Tryck

ÅkessonBerg, 2015

www.akessonberg.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se



Kalendarium
Länkar via www.sfam.se/kalendarium

2016

Januari

Kompetensvärderingskurs

18-20.1 Nyköping

April

Glesbygdsmedicinskt möte

6-7.4 Sälen

Idéseminarium SFAM,

28-29.4 Stockholm

Fullmäktigemöte SFAM,

29.4 Stockholm

Juni

Wonca Europe,

15-18.6 Köpenhamn

September

ST-dagarna, 14-16.9 Kalmar

2017

SFAM:s kongress 26-28.4 Karlstad

Nordisk allmänmedicinsk kongress

14-16.6 Reykjavik

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:

Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:

www.scandinaviandelegation.dk

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

Kursdoktorns 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

Utgivningsplan för 2016

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	11.1	17.2	14.3	Kroniskt sjuka
2	21.3	20.4	23.5	Europeiskt samarbete Sjuka barn och deras familjer
3	22.8	28.9	24.10	ST i allmänmedicin Att tolka utredningsfynd
4	17.10	23.11	19.12	IT i primärvården Hjärta-kärl-diabetes

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se www.sfam.se "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.se
examen@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*

Annons