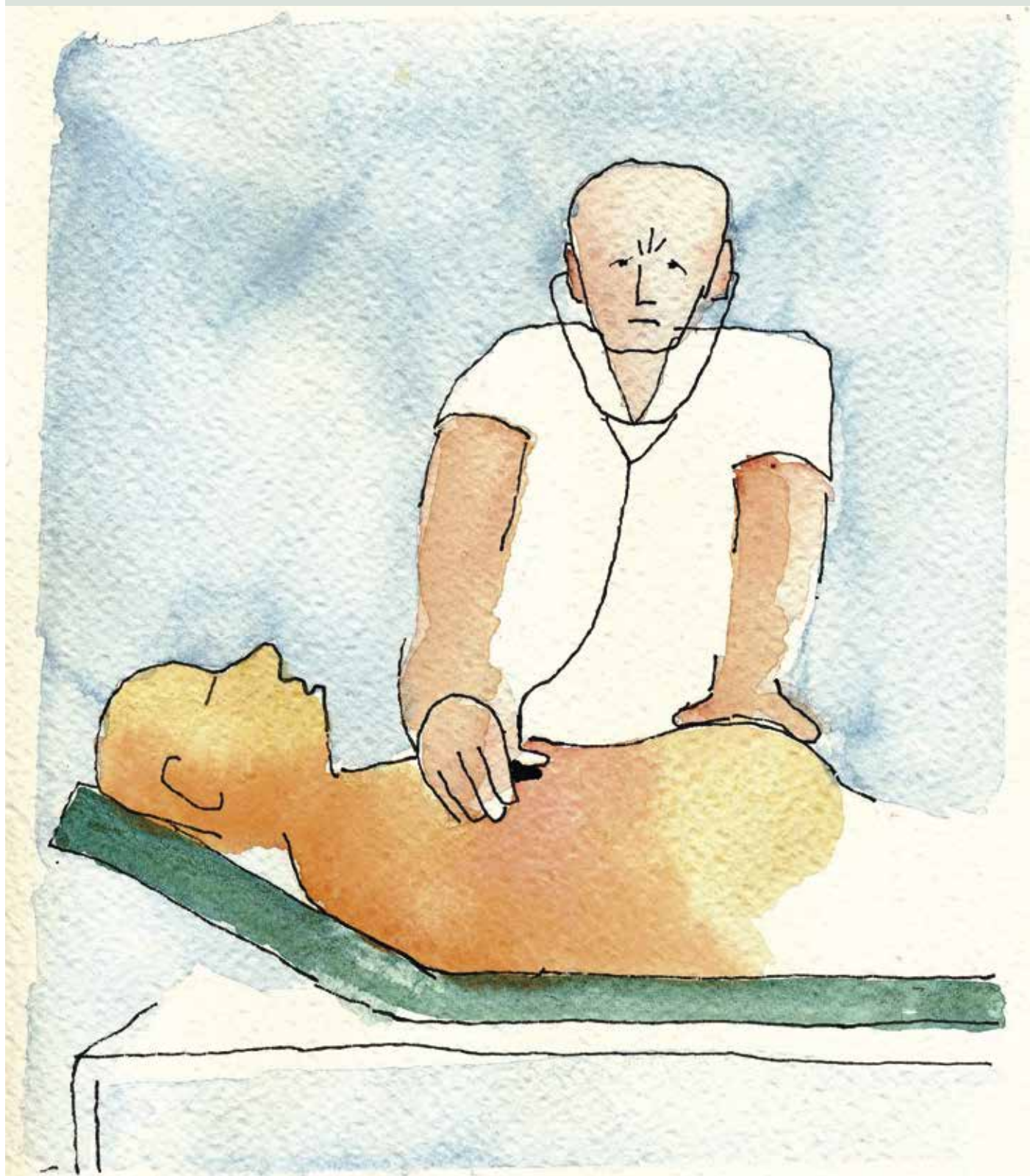


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2018 ÅRGÅNG 39



Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Vad är god allmänmedicin?
Annika Larsson
- 3 Reflektioner inför årets längsta natt
Ingrid Eckerman
- 4 Nytt från SFAM
- 5 Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2018
- 7 SFAM:s hemsida har bytt skepnad igen
Karin Lindhagen
- 9 The Nordic general practitioners gather in Denmark in 2019
Jette Kolding och Anneli Sandbæk
- 10 SLS arbetsgrupp "Stärk primärvården!" klar med sitt arbete
Ingrid Eckerman
- 11 SFAM: En sexårig läkarutbildning kan bli bättre än förslaget
Styrelsen för SFAM
- 12 Om läkares (o)ansvar i kommunal hälso- och sjukvård
Ulf H Fröberg
- 13 Utmaningen
Ulf Måwe
- 13 Tranströmer och zen om osäkerhet
Christer Petersson
- 14 Inte bara allmänläkare – jag är din specialist på osäkerhet
Justin Coleman
- 15 Någon att lita på
Bertil Hagström
- 18 Narrativ medicin tillvaratar berättelsen
Valdemar Erling
- 21 Klinisk osäkerhet – tillgång eller nödvändigt ont?
Gösta Eliasson
- 23 Att säkra sin osäkerhet – Råd från en osäker allmänläkare
Erland Svensson
- 25 Att handskas med osäkerhet
Anders Lundqvist
- 28 Preventing overdiagnosis
– Winding back the harms of too much medicine
Martin Andersson och Oskar Lindfors
- 30 Våga fråga – men hur går det till?
Annika Andén
- 32 Checklistor som hjälper att bemästra osäkerhet
Ingrid Eckerman
- 34 Kroniska förbättringar för kroniska patienter
Mårten Segerkvist
- 36 God planering av återbesök minskar osäkerheten
Ingrid Eckerman
- 37 Placebo: Säker plats i vetenskapsmetodiken, men osäker nytta i praktiken
David Gyll
- 39 Läkemedel som hot
Margareta Troein, Susanne Lundin och Rui Liu
- 42 Vi måste ändra kurs
Kristian Svenberg
- 45 Osäkerhet är nödvändigt
Torsten Green-Petersen
- 46 Nödvändigt organisera sitt arbete och få gehör
– erfarenheter från 36 år som distriktsläkare
Gösta Eliasson
- 48 Hur håller doktorn balansen? Resultat från en intervjustudie av allmänläkares copingstrategier för att hantera sin arbetssituation
Jenny Berggren
- 51 Läkekonsten är ett konstantverk
Kaj Norrby
- 53 Framtidens specialistläkare samlas kring lägerelden i Malmö
Gösta Eliasson
- 54 Glesbygdsmedicinsk kongress i Indien
Anna-Karin Agvald
- 55 Framtidens primärvård – vart är vi på väg?
ST-dagarna i Jönköping 15–17 oktober 2018
Karolin Planting
- 56 Uppgifter för lokalt fortbildningsansvariga läkare
Anders Lundqvist
- 59 Nu startar Sveriges första Balintgrupp över internet!
Anders Birr och Dorte Kjeldmand
- 60 Nyheter i PrimärvårdsKvalitet
Ulrika Elmroth
- 61 AllmänMedicin gratulerar
- 62 Recension: Dramat utspelas inom människan
Ingrid Eckerman
- 63 SFAM informerar, kalendarium

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 4–2018

Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

Att stå ut med osäkerhet är det första en allmänläkare måste lära sig. Det är obekvämt i en värld som alltmer bygger på att det skulle finnas fasta spår för allt en läkare gör.



Annika Andén
Illustratör
annika.anden@gmail.com

Vad är god allmänmedicin?

God allmänmedicin. God och nära vård. God primärvård. Är dessa begrepp synonyma? Utredningen God och nära vård redogör på ett förtjänstfullt sätt hur de ser på de två sistnämnda begreppen. Primärvården är en stor del av det som beskrivs som God och nära vård, men i begreppet kan också rymmas en hel del sådant som i dag inte ingår i primärvården.

God allmänmedicin, vad är då det? Ibland har vi i vardagen kanske mer fokus på vad som inte är god allmänmedicin. Vad som inte är vårt bord. Vad händer om vi i stället själva definierar vad som är god allmänmedicin, och inte tillåter andra att bestämma att vi ska ta hand om allt det som inte passar eller rymms i andra delar av sjukvården? Om vi får ägna oss åt det som är våra styrkor?

God allmänmedicin är kontinuitet som ger möjlighet för läkare och patient att ömsesidigt lära känna varandra. God allmänmedicin är den breda generalistkompetensen som gör att vi kan hantera många olika problem vid ett och samma besök, följa med i patientens alla åldrar, och därmed också kunna följa alla medlemmar i en familj om de så önskar. God allmänmedicin är förmågan till aktiv expektans som besparar både patienten och samhällsekonomin onödiga utredningar och ibland onödiga behandlingar. God allmänmedicin är naturligtvis också mycket mera!

"SFAM verkar för god allmänmedicin och en tydlig roll för allmänläkaren i människors liv". Det är en formulering som föreningens styrelse landade i vid vårt styrelseinternat i Sigtuna i september, som en del av en övning att med hjälp av verktyg från Appreciative Inquiry göra en styrkebaserad framtidsplanering. Hur känns den formuleringen? Hur ser en tydlig roll för allmänläkaren ut i dina ögon?

Hur verkar vi för en god allmänmedicin och en tydlig roll för allmänläkaren i människors liv? Jag tänker att det är möjligt att göra på många olika plan. Först och främst i det enskilda patientmötet! Jag tänker ofta, framförallt i OS- och VM-tider, att det är fantastiskt att få nya chanser flera gånger varje dag att göra ett gott arbete. Inte bara någon enstaka minut vart annat eller vart fjärde år!

I vardagens samarbete med distriktssköterskor, fysioterapeuter och alla andra medarbetare på hälsocentralen kan vi också verka för god allmänmedicin. I min värld skapas den goda allmänmedicinen av alla som ingår i teamet kring patienten. En

tydlig roll för allmänläkaren utestänger inte andra professioner!

Vi kan också verka för god allmänmedicin i handledning av utbildningsläkare, som studierektorer, i allmänmedicinsk forskning, som medicinska rådgivare eller som chefer. Även utanför jobbet är vi många som verkar för en god allmänmedicin, som aktiva lokalt eller nationellt i SFAM, DLF eller på politiska uppdrag.

Vem är då jag som skriver dessa rader? Jag heter Annika Larsson och har sedan drygt 20 år försökt verka för god allmänmedicin vid Kåge-Moröbacke Hälsocentral i Skellefteå i Västerbotten. Roller, fokus och räckvidd för ambitionerna har växlat genom åren. Förutsättningarna för framgång har varierat och ofta förändrats, ibland förutsägbart men ofta oväntat. Glädjen i patientmötet har alltid funnits där, som ett stadigt ankare som gjort det värt att fortsätta kämpa för en god allmänmedicin, även när omständigheterna inte varit de bästa.

Nu har jag plötsligt och på ett oväntat sätt fått ytterligare en arena att verka på. Sedan maj 2018 sitter jag i styrelsen för SFAM. När vår tidigare ordförande Hanna Åsberg i oktober av hälsoskäl lämnade sitt styrelseuppdrag fick jag styrelsens förtroende att gå in i ordföranderollen fram till nästa ordinarie fullmäktigemöte i maj 2019. Hanna har gjort ett mycket gott arbete som ordförande, och för detta vill jag och styrelsen säga ett stort TACK!

För att kunna fortsätta att göra ett gott arbete behöver vi nu prioritera och fördela arbetsuppgifter och uppdrag, inte bara inom styrelsen utan också till och via våra olika råd, nätverk och lokalföreningar. Detta behöver inte vara en sämre lösning, utan kan tvärt om vara en möjlighet att engagera fler medlemmar i arbetet för god allmänmedicin! Närmast förestående är att leverera SFAM:s remissvar på utredningen God och nära vård. Där har styrelsen haft god nytta av alla svar från lokalföreningarna. Stort tack till alla er som engagerat er i skrivandet! När denna tidning kommer ut torde SFAM:s fullständiga remissvar gå att läsa på hemsidan, sfam.se (se också sid. 5). Titta gärna in där, så kan du hitta fler verktyg för strävan mot en god allmänmedicin!

Annika Larsson
T.f. ordförande
annika.larsson@sfam.se



Annons

Reflektioner inför årets längsta natt

När manusstopp för det här numret av AllmänMedicin närmade sig tänkte jag "det blir ingen tidning till jul!" Men efter upprop till råden, nätverken, Ordbyte och facebookgrupperna strömmade material in.

Mest imponerad är jag av artiklarna som på olika sätt berör temat "allmänläkaren som specialist på osäkerhet". Personliga reflektioner, råd och hjälpmedel som allt kan användas i utbildning och fortbildning.

Jobbet blev lite tråkigt när jag visste hur jag skulle handlägga de flesta patienter. Jag minns patienten med den oförklarade lokala smärtan där jag funderade över familjen som helhet – alla var mina patienter. Det kändes mer psykiskt än somatiskt – men kanske hade jag fel? Idag hade ultraljud eller magnetkamera minskat osäkerheten.

Statistik ska minska osäkerheten. Att det är svårt visas i artikeln om placebo (sid. 37). Louise Emilsson har vunnit ett fint pris för att hon använt nya statistiska metoder (sid. 61).

Skandalen kring de medicinska åldersbedömningarna växer. Feltolkningar har skett i flera led [1]. Socialstyrelsen saknade kompetens och övertolkade de få studier som fanns. Rättsmedicinalverket drog felaktiga slutsatser av Socialstyrelsens rapport. Migrationsverket gjorde en felaktig tolkning av RMV:s utlåtanden. 8 000 ungdomar har fått utlåtandet "talar för 18 år eller äldre". Felmarginalen kan vara upp till 50 %.

Rättsmedicinalverket är en medicinsk verksamhet som borde vara nästan befri. Men den enda del av RMV som står under tillsyn är rättspsykiatri. Övrig rättsmedicinsk verksamhet faller inte under hälso- och sjukvårdslagstiftningen och IVO [2]. Kompetens för att granska RMV saknas hos JO, JK och Justitiedepartementet.

Visselblåsare kom såväl inifrån RMV som utifrån. Någon effekt har vi inte sett, annat än att ett antal specialister i rättsmedicin sökt sig därifrån. Bristen blir ännu större. I vilken mån kan vi lita på utlåtanden från RMV?

Detta skrivs under halloween, en ny-svensk tradition med rötter i USA och

Irland. Snart börjar julfastan, advent, som när jag var ung ännu var en förberedelse för julen. Numera är det den tid då julen tas ut maximalt, med ljus inne och ute, julbord och julmusik.

På julbordet finns en svensk version av falafel som med hjälp av nationalisternas "hjaltekung" Karl XII nådde Sverige för 300 år sedan. Den serveras med potatis från Sydamerika. Andra ingredienser är saffran och pepparkakskryddor från Indien och ris från Asien. Det varma kryddade vinet är tyskt.

Några av de mest populära jullåtarna kommer från USA. Annan julmusik har tyskt, franskt och italienskt härkomst.

Det som under den julianska kalendern var årets längsta natt med otyg som Lussihäxor har blandats ihop med ett mörkögt svarthårigt helgon från Syrakusa i nuvarande Italien. Idag är ungdomsfylleri en viktig ingrediens i Luciafirandet.

Så kommer midvintersolståndet, då vi enligt hednisk och tysk tradition tar in vintergrönt, då vi frossar gris och dricker öl som julens germanska gud Oden, och då vi ger varandra klappar. Dessutom högtidlighåller vi ett judiskt gossebarns födelse.

Tretton dagar efter jul brukade stjärngossarna påminna oss om stjärntydarna från Persien, som tror på sol- och himmelsgudar och äntligen kommit fram till Betlehem. De vise männen blir signalen till Josef, Maria och lilla Jesus att bege sig

på flykt till Egypten. Sedan dess skyddar de resande.

Ytterligare en vecka senare är det dags för Knut – då ska julen ut. Knutgubbar dyker upp i Värmland. På Knutmasso i uppländska Gimo klär man sig i stora karnevalsliknande masker.

Därefter kommer väntan på fastan och fastlagsbullen, fylld med mandel importerad från Sydeuropa. Den kalendern styrs av månen.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. Eckerman I. Om åldersbedömningar av asylsökande ungdomar. Stoppa utvisningarna av afghanska ungdomar! 22.2.2018. Uppdateras löpande. <https://stoppautvisningarna.blogspot.com/2018/02/om-aldersbedomningar-av-asyl-sokande.html>.
2. Eckerman I. Ingen har ansvar för patientsäkerheten vid medicinska åldersbedömningar. Stoppa utvisningarna av afghanska ungdomar! 28.2.2018 <https://stoppautvisningarna.blogspot.com/2018/02/ingen-har-ansvar-for-patientsakerheten.html>.



Midvintersolstånd.

Foto: Ingrid Eckerman



Med Hanna Åsberg som ordförande för SFAM och Marina Tuutma för DLF har banden mellan föreningarna blivit starkare. Foto: Gösta Eliasson

Hanna har avgått som SFAM:s ordförande

SFAM:s ordförande, Hanna Åsberg, har under hösten valt att avgå av hälsoskäl. Hanna valdes till föreningsordförande vid fullmäktigemötet 2016 och har alltsedan dess med stor kraft arbetat för en positiv utveckling av primärvården och för att synliggöra allmänmedicinens betydelse för hälso- och sjukvården.

Med äkta engagemang och klok eftertänksamhet har hon i otaliga offentliga sammanhang framfört föreningens åsikter, inte minst i debatter om digitala sjukvårdstjänster och om utredningarna Effektiv vård och God och nära vård.

För SFAM med alla dess lokalföreningar, råd och nätverk har Hannas ordförandeskap inneburit ökad föreningsdemokrati och i styrelsen har hon haft förmåga att skapa god stämning och arbetslust.

För oss som är kvar i styrelsen är saknaden efter Hanna stor. Men vi förstår och respekterar beslutet och önskar henne all lycka och framgång med de arbetsuppgifter hon väljer att ägna sig åt i framtiden.

Styrelsen

Västerbottningar: Bråttom att söka resestipendium!

SFAM Västerbotten utlyser ett stipendium för deltagande i WONCA eller annan för allmänmedicin relevant internationell konferens.

Maxbelopp att söka för 2019 är 8 000 kr. Ansökan ska ha kommit in senast 31 december 2018. För behörighet att söka krävs medlemskap i SFAM Västerbotten åren 2018 och 2019.

Ansökan görs till styrelsens ordförande Bengt Marklund bengt.marklund@vll.se i form av ett kort personligt brev med motivation till ansökan samt ett kortfattat CV.

Om flera ansökningar från behöriga sökanden inkommer sker urval genom lottdragning på styrelsemöte för SFAM Västerbotten.

Stipendiaten förväntas efter genomgång av konferens skriva en kortfattad rapport om upplevelsen, lärdomar m.m. samt om möjligt berätta på ett medlemsmöte med SFAM Västerbotten.

Stipendiet delas ut en gång per år. Endast en person åt gången kan erhålla stipendiet.

Enskild medlem kan endast erhålla stipendiet en gång. Summan kan ändras något år från år beroende på föreningens ekonomi. Information om detta framgår inför varje ansökningsperiod. Mer upplysningar kan fås från styrelsen.



SFAM förbättrar via nya medier

Ringla.nu är en elektronisk plattform där nästan vem som helst kan lägga in sitt förbättringsarbete, från arbetsprocesser till högteknologi. Syftet är att sprida goda exempel. Projektet startade med stöd från Socialdepartementet och Stockholms läns landsting, och SFAM är en aktiv samarbetspartner.

Lyssna på SFAMpen!

Visste du att SFAM har en egen podcast? Hösten 2017 startade SFAM:s ST-råd podcasten SFAMpen, med syfte att sprida fortbildning och inspiration till kollegor och primärvårdsintresserade personer på ett lättillgängligt sätt. I höst har det släppts nya avsnitt om bland annat utbildningsvårdcentral, levnadsvanearbete och konsultationsteknik.

SFAMpen hittar du på www.sfam.se, på sfam.ringla.nu eller där du hittar poddar, till exempel i podcast-appen i din smartphone.



Titta på filmer!

SFAM:s styrelse var på plats i Visby under Almedalsveckan för att bevaka sjukvårdsfrågor. Vi höll två egna seminarier, om listningstak respektive primärvårdens roll för att åstadkomma en jämlik vård. Våra seminarier filmades och finns att ta del av på sfam.ringla.nu tillsammans med intervjuer och analys av Almedalsveckan.

Ulrika Elmroth

Vice ordförande

ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM och DLF protesterar mot nedläggningen av Läkemedelsboken



Läkemedelsverket planerar att lägga ner Läkemedelsboken som gett oss producentbunden information sedan 1977. Inga uppdateringar sker från och med 2019, och efter ett år stängs sidan. I stället för att vidareutveckling väljer Läkemedelsverket andra kanaler för att nå ut.

SFAM och DLF har i ett gemensamt brev till ledningen påpekat att många avsnitt om läkemedel, läkemedelshandling

och kringliggande områden inte finns tillgängliga i andra skrifter, anpassat för allmänläkares mottagningsverksamhet i högt tempo. Man menar att Läkemedelsboken bidrar till en kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning och samarbete mellan sjukhusläkare och allmänläkare.

Ingrid Eckerman

chefredaktor@sfam.se

Gotland: Tid för förbättringsarbete för varje läkare provas

Allmänläkarbemanningen på Gotland har länge varit ett problem. Det leder till en tuff arbetsmiljö som i sin tur gör det svårare att rekrytera.

Nu provar man att ge varje läkare möjlighet att bedriva utvecklings- och förbättringsarbete under betald arbetstid, en dag i veckan. Syftet är att behålla de fast anställda läkarna. Efter tre månader ska modellen utvärderas. En av de drivande är Susanna Althin, nybliven specialist i allmänmedicin.

Reflektion: Att läkare fortbildar sig, handleder yngre kollegor, följer upp kvaliteten i arbetet, forskar, planerar verksamheten tillsammans med övrig personal m.m. är förutsättningen för en fungerande verksamhet med god kvalitet. Så rekryterades läkare till Norrbotten för trettio år sedan. Om ledningen fortsätter se varje fast anställd läkare som en "grön ö" finns chans att vända dagens bemanningssituation.



Ingrid Eckerrman
chefredaktor@sfam.se

SFAM om god och nära vård: "En primärvårdsreform" bra men otillräcklig

Styrelsen har med stor hjälp och starkt engagemang från lokalföreningarna och råden skrivit ett remissvar på delbetänkande två "God och nära vård: En primärvårdsreform (SOU 2018:39)" till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Remissvaret har lämnats till Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet och Socialdepartementet. Nedan följer ett sammandrag av synpunkterna. Betänkandet kan läsas på regeringen.se och SFAMs: fullständiga remissvar kan läsas på sfam.se.

Utredningen har gjort en gedigen genomgång och analys av den svenska sjukvårdens utveckling, nuläge och utmaningar. SFAM delar i allt väsentligt utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning. De konkreta åtgärder och rekommendationer som förs fram är genomtänkta och bra utifrån utredningens förutsättningar och kan, om de genomförs, förväntas bidra till en nödvändig omställning av svensk sjukvård.

Utredningen har begränsats av sina direktiv, vilka utgjort hinder för mer genomgripande systemöversyn som t.ex. förändrad ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun.

SFAM saknar i vissa delar konkreta ställningstaganden. Det gäller i synnerhet de centrala frågorna om fast listning, måltal för kompetens- och resursfördelning, begränsning av uppdragets omfattning på individ- och utförarnivå (listtak) och principen om den nära vårdens tolkningsföreträde, som samtliga utgör nödvändiga förutsättningar för samordning och övergripande patientansvar.

SFAM bedömer att utredningens nuvarande förslag medför otillräckligt förändringstryck för den resursöverföring mellan primär- och sekundärvård som alla är överens om är nödvändig. Vi vill även särskilt lyfta vikten av att resurser i form av bemanning och kompetens säkras innan uppdraget utökas och inte tvärtom, särskilt i ljuset av den underkapacitet och underfinansiering som föreligger redan med nuvarande uppdragsbeskrivning.

Vi bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov.

För styrelsen
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2019

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2019.

Plats: Borås Kongress

Adress: Akademiplatsen 2, 503 32 Borås

Tid: Onsdagen den 8 maj, kl 16.00-18.00

Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. 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 två månader före mötet.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) en månad före mötet.

Välkommen! Annika Larsson t.f. ordförande

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin



Svensk Allmänmedicinsk Kongress Borås 8–10 maj 2019

Tema:
**INTER-
ACTION**

Gränsöverskridande samverkan
och kunskapsutbyte för allmän-
läkare inför en spännande och
utmanande primärvårdsframtid.

www.sfam2019.se

Viktiga datum

1 oktober: Registreringen öppnar
1 februari: Poster abstract deadline

Gå in och anmäl dig redan nu!
Vi välkomnar talare och utställare
med allmänmedicinsk relevans.



Vi ses i Borås nya
kongresshus!

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

sfam@resia.se
www.sfam2019.se
Facebook:
SFAM2019 Borås

SFAM:s hemsida har bytt skepnad igen

Under hösten 2018 har SFAM fått en ny hemsida med samma adress som tidigare – sfam.se. Det är den sjätte versionen sedan 1999.

Föregående hemsida

Den förra hemsidan lanserades i januari 2016. SFAM hade fått projektanslag inom ramen för statens satsning på kroniskt sjuka. En del av projektet innebar att skapa en hemsida för att stödja förbättring av allmänläkarnas fortbildning i syfte att öka kunskapen kring kroniska sjukdomar. Styrelsen valde att göra en ny hemsida som omfattade både föreningens information och det som hörde till projektet.

Betoningen låg på projektet, med ett flöde på startsidan av notiser om fortbildning – kurser, böcker, kongresser, medan föreningsinformationen nåddes först några klick bort. Mycket resurser gick åt till att skapa en utbildningsportfölj byggd på ett system av utbildningspoäng med inspiration från Norge, men den var krånglig att använda och det var få som prövade den.

Föreningsinformationen fick så småningom något tydligare plats på sidan genom direktlänkar längst nere på startsidan till föreningens olika delar. Men hemsidan upplevdes som oöverskådlig och många hade svårt att hitta vad de sökte. Därtill bidrog också att sökfunktionen bara letade på artiklar och inte på fasta sidor.

Planering av ny hemsida

Redan hösten 2016 beslöt styrelsen därför att satsa på en ny hemsida. Planering sattes igång med arbetsgrupp och referensgrupp, men det var många hinder på vägen. Först våren 2018 tog det konkreta arbetet med hemsidesbygget fart. Utgångspunkterna var:

- Sidan måste kunna finansieras inom ramen för föreningens normala budget, dvs. inte bygga på anslag för tillfälliga projekt. Därför måste den vara enkel och ha måttlig ambitionsnivå.
- Det ska vara lätt att hitta information.
- Det ska vara lätt att lägga ut information.
- Det ska vara möjligt att bygga ut sidan med nya funktioner för att möta nya krav.

Offerter togs in och styrelsen valde ett litet företag i Uppsala som andra haft goda erfarenheter av. Som hanteringssystem valdes Wordpress. I mitten av september 2018 var större delen av sidan klar.

Oväntade käppar i hjulet

Allt såg ut att gå som på räls. Men en måndag morgon i september kraschade den gamla sidan. Trots intensiv felsökning och försök att korrigera gick det inte att få upp den på nätet igen.

Det blev därför nödvändigt att lansera den nya sidan innan den var färdig för det, vilket inte heller var utan trassel på vägen. Bland annat fungerade den dåligt på mobiltelefon. En hel del tekniskt strul tog under början av oktober tid från arbetet med att bygga sidans innehåll.

Nu, en månad efter kraschen, när jag lämnar ifrån mig manus till denna artikel i AllmänMedicin, är det mesta av innehållet infört, men länkarna är under bearbetning.

Synpunkter välkomna

En hemsida, oavsett hur välkonstruerad den är, behöver uppdateras och hållas aktuell, och den behöver efterhand justeras efter nya omständigheter som inte nu går att förutse. Hur sidan fungerar i praktiken vet vi bara om dess användare hör av sig till webredaktionen. Gör det! Vi som arbetar med hemsidan kanske inte kan fixa allt du önskar, och ibland finns det oförenliga önskemål, men du kan vara övertygad om att vi försöker förbättra hemsidan så gott vi förmår.

Karin Lindhagen
Webredaktör
Uppsala

karin.lindhagen@sfam.se



Arbetsgruppen för hemsidan har bestått av Hanna Åsberg och Karin Lindhagen, i samarbete med Ingrid Eckerman, chefredaktör för tidskriften AllmänMedicin.

Hemsidesmakare är Gustav Björk och Mikael Björk i företaget Rappapå, Uppsala.



21st Nordic Congress of General Practice 2019
Promoting General Practice Perspectives
17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

SAVE THE DATES

www.nordicgcp2019.dk

Main themes:

- core values
- current challenges
- changing practice



The Nordic general practitioners gather in Denmark in 2019

The Nordic Congress of General Practice 2019 will take place in Aalborg, Denmark, and the planning of the event is in full force. Around 1,500 peers in general medicine are expected to show up on 17–20 June 2019. This congress will have a special focus on core values, current challenges and changes in general practice.

We hope to attract as many as possible of general practitioners, educators, researchers with focus on new knowledge, quality assessments and organisation, with a common interest in general medicine to exchange ideas and to discuss research, teaching and quality in the context of general practice in the Nordic Countries. We aim to challenge usual practice and enrich academic research with perspectives from daily clinical practice. For this purpose, we have singled out some of the topics that currently seem to be the most important in our field.

We have invited six very different keynote speakers. From very different perspectives, they will talk about the values and challenges that characterise general practice. Keynote speaker *Anna Stavdal*, President of WONCA Europe, will focus on "coherent care" and "knowledge of the patient" as core values for the general practitioner. She will unfold the fact that knowing the patient and the family members for a long time will make the general practitioner capable of interpreting symptoms and treatment options in a much broader context than offered by the purely biomedical model.

Another topic that we will discuss is "ethical use of data", an issue with a strong presence worldwide. Keynote speaker *Frank Sullivan* from the University of St. Andrews, Scotland, will talk about how collection of health data can provide unique possibilities for research in some of the most crucial areas of human health. He will also talk about the importance of correct data handling and of having insight into the origin of data when interpreting the data.

Collection of data is a prerequisite for obtaining new knowledge about typical challenges in general practice, including monitoring and treatment of disease. However, data use also constitutes an ethical challenge to our privacy. This remains a significant barrier: How do we ensure that the trusting and confident relationship between GP and patient is not compromised?

We look forward to welcoming the Nordic community of GPs, and we hope to see as many as possible at the conference in Aalborg, the capital of northern Jutland. Aalborg was once inhabited by Vikings and was a major trade city in the Middle Ages. In recent years, the city has transformed from an industrial city into a dynamic centre for culture, knowledge and education.

You can read more at <http://www.nordicgp2019.dk/>. Sign up for the newsletter and get the latest news on the congress.



Jette Kolding
Chair of the Host Committee
jkk@dcu.aau.dk



Anneli Sandbæk
Chair of the Scientific Committee
Nordic Congress of General Practice 2019

Pre-Congress for Young Doctors

The Nordic Young General Practitioners (NYGP) invites all medical trainees to participate in the pre-congress in Aalborg on 15–16 June 2019. We are planning an exciting programme with a mix of oral scientific presentations, workshops and social events. The theme for the pre-congress is "Change of practice". Medical trainees, young general practitioners in their first five years of practice and all young doctors with an interest in general medicine are welcome. The only requirement is that you must also participate in the Nordic Congress of General Practice.



The Six Main Themes

- **Theme 1: Core values in general practice**
Keynote speaker: Associate professor and GP Anna Stavdal, Norway, President of WONCA Europe
- **Theme 2: Multimorbidity among vulnerable populations – the role of general practice**
Keynote speaker: Professor Stewart Mercer, University of Glasgow, Scotland
- **Theme 3: Ethical use of data**
Keynote speaker: Professor Frank Sullivan, University of St. Andrews, Scotland
- **Theme 4: Person-centred medicine in a person-centred context**
Keynote speaker: Professor Gorm Greisen, University of Copenhagen, Denmark
- **Theme 5: Wellbeing for GPs and practice staff**
Keynote speaker: Professor Reidar Tyssen, University of Oslo, Norway
- **Theme 6: Changing practices and behaviour in general practice**
Keynote speaker: more information will follow.

SLS arbetsgrupp "Stärk primärvården!" klar med sitt arbete



Svenska
Läkaresällskapet

Efter en motion vid SLS fullmäktige 2016 utsåg SLS nämnd 2017 en arbetsgrupp för att utreda frågan om en stärkt primärvård. Uppdraget var att lämna förslag på hur första linjens sjukvård ska stärkas för att kunna spela en huvudroll i den framtida hälso- och sjukvården och nå målen. I juni 2018 överlämnades rapporten "Stärk primärvården!" till SLS:s nämnd.

Arbetsgruppen bestod av Lars Borgquist (ordförande), Christer Andersson, Christina Bergh, Ingmarie Skoglund, Erik Wall och Hanna Åsberg samt från SLS kansli Per Johansson och Susann Asplund J (utr.sekr.).

Förslagen har utformats i åtta punkter:

1. Nationell styrning av primärvården med ett lagreglerat statligt grunduppdrag.
2. Ett generalistperspektiv ska förmedlas tidigt i läkarutbildningen och antalet medicinska specialiteter ska omfördelas för att anpassas till kunskapsutvecklingen och vårdbehoven.

3. Forskning inom allmänmedicin och primärvård ska finansieras och stimuleras av landsting och universitet gemensamt.
4. Resurserna i den nära vården ska omfördelas och ökas till åtminstone 25 procent av totala hälso- och sjukvårdsbudgeten.
5. Ökade samverkansinsatser för att tillgodose vårdbehovet hos äldre och sköra patienter.
6. Styrningen av vårdgivare i den nära vården ska vara övergripande, byggas på tillit och professionellt ansvar.
7. Modern informationsteknologi ska fungera som ett komplement till övriga kontaktvägar inom hälso- och sjukvården.
8. En konsekvensanalys behövs för att analysera den nära vården i olika miljöer.

Rapporten finns att ladda ner på <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/ledning--styrning/sls-om-framtidens-primarvard/>.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Annons

SFAM: En sexårig läkarutbildning kan bli bättre än förslaget

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har tagit del av Promemorian "En sexårig utbildning för läkarexamen" och ställer sig i huvudsak positiv till innehållet.

SFAM har följande synpunkter:

- Att en referensgrupp har bildats utan representanter för allmänmedicin är anmärkningsvärt med tanke på allmänmedicinens centrala roll inom svensk sjukvård.
- Att av en legitimerad läkare erfordras en reell praktisk yrkeskompetens med färdigheter och förmågor och att läkarutbildningens mål där behöver kompletteras.
- Att en legitimerad läkare måste kunna tillämpa relevanta författningar och skriva de vanligaste intygen och att där läkarutbildningens mål under Färdighet och Förmåga behöver kompletteras.
- Att långa praktikperioder förläggs till tjänstgöringar inom breda generalistspecialiteter som t.ex. allmänmedicin. Dessa tjänstgöringar medger träning av många färdighetsmål, träna patient/personcentrerad konsultation samt träna interprofessionellt arbetssätt.
- Att IT:s plats i vården konkretiseras och journalsystemens möjligheter och brister blir tydliga för de snart färdiga läkarna.
- Att det kommer att behövas många fler handledare och att speciellt allmänmedicin är en specialitet som påverkas mycket av det ökade kravet på handledning under läkarutbildningstiden.
- Att kunskapsmålet "Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer" bör kompletteras med våld mot minoritetsgrupper, som HBTQ-gruppen, samt mot människor av annan religion, etnicitet eller kultur och att dessa områden kräver beteendevetenskaplig och socialvetenskaplig kunskap.
- Att det är av stor vikt för studenterna att tränas i ett patientcentrerat förhållningssätt och att lärosätena ska inrätta läromoment för att uppnå ett sådant mål.
- Att samverkan med andra vårdutbildningar är nödvändigt och att SFAM ansluter sig till Vårdförbundet som påpekar i sitt remissvar att förmågan att involvera patienten bör betonas mer.
- Att kommentera begreppet empati i förslagets mål: "*Visa förmåga till självreflexion och empati samt till professionellt förhållningssätt*". SFAM vill betona att begreppet empati har en perceptiv del, en kognitiv del och en emotionell del. Dvs. för att ha empatisk förmåga krävs uppfattningsförmåga, kunskap och förmåga till inlevelse och att dessa förmågor ska tränas under utbildningen.
- Att förslaget om en sexårig läkarutbildning med ökad betoning på praktisk yrkesverksamhet har förutsättningar att bidra till en förbättrad sjukvård, förutsatt att examinationsformerna också inrymmer bedömning av kompetens i klinisk praktisk verksamhet.

Styrelsen för SFAM



Glesbygdsmedicinsk konferens

14-16 maj i Borgholm på Öland

En grön primärvård tar makten över vårdflödet – ett vinnande koncept i stad och land

Årets teman:

Borgholm och Storuman pekar med hela handen in i framtiden!

Hur primärvården styr upp vårdkedjan för sig själv och för den äldre befolkningen.

Åke Åkesson, Peter Berggren med flera.

State of the art för primärvården

Akut obstetrik och neonatologi den 14 maj
– ST-läkare i allmänmedicin är särskilt inbjudna.

Hjärtsvikt för allmänläkare med avstånd.

Senaste nytt om *Helicobacter pylori*-eradikering

Kontakt: Sofia Åhman, ordförande Svensk förening för Glesbygdsmedicin soahman@gmail.com

Mer information på hemsidan www.glesbygdsmedicin.info



Om läkares (o)ansvar i kommunal hälso- och sjukvård



Klart eller oklart om en läkare tillåts delegera till kommunens personal? Hur med ansvarsfördelningen när det gäller ledningsansvaret? Hur med läkares medverkan när en sjuksköterska eller annan personal beslutar om en delegering nu i fråga? Vad göra om läkaren absolut motsätter sig en dylik delegering av åberopade patientsäkerhetsskäl? Finns något om detta reglerat i läkarmedverkansavtalen?

Dagens kommunala hälso- och sjukvård skiljer sig både till innehåll och omfattning vid jämförelser med de förhållanden som gällde vid tiden för Ädel-reformens ikraftträdande 1992. Idag finns svårt och multisjuka patienter i de särskilda boendena. Kommunerna har också genom hemsjukvårdsavtal påtagit sig ansvar för hemsjukvården med inslag av mer eller mindre avancerade medicinska åtgärder.

Den statliga tillsynen genom tidigare Socialstyrelsen och sedan juni 2013 IVO har i rapporter framlagt synpunkter och riktat kritik mot förekomst av bemannings- och kompetensbrister i kommunernas hälso- och sjukvård.

Den författningsreglerade delegeringsmöjligheten när det gäller iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel är en nödvändighet för att patienterna ska få ordinerade läkemedel. Att tillämpa delegeringar i dessa avseenden, som är de farligaste momenten i läkemedelshanteringskedjan, kan väcka förvåning med hänsyn till säkerhetsrisker. För patienter enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. För personal enligt arbetsmiljölöslagstiftningen. Hur prövas i dessa sammanhang t.ex. arbetsmiljölöslagens 3 kap. 3 §? Har den person som påtagit sig delegeringen, t.ex. en vikarierande ungdom, tillräcklig kunskap för att inte bli "the second victim" vid en vårdskada? Alltid?

I den kommunala hälso- och sjukvården finns inga läkare, men de finns där ändå genom läkarmedverkansavtalen mellan landsting och kommuner.

Vid frammejslandet av Ädel-reformen bestämdes att läkare inte ska finnas i den kommunala hälso- och sjukvården. I den äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fastslogs att kommunens ansvar inte ska omfatta "sådan hälso- och sjukvård som *meddelas* av läkare". I nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har lagstiftaren valt en annan formulering. Kommunens hälso- och sjukvård omfattar "inte sådan hälso- och sjukvård som *ges* av läkare". Den kan möjligen tyckas tydligare.

Motivet för att läkare inte ska finnas i den kommunala hälso- och sjukvården förklarades med att "även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service- och vårdarbetet". Därför saknas skäl för "att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare" och att det är "naturligt att läkarinsatserna hålls samman inom primärvården".

Vid läkemedelsbehandling av patienter i den kommunala hälso- och sjukvården finns ordinarören/förskrivaren i landstinget underställd en verksamhetschef. Det medicinska ledningsan-

svaret, som ytterst rör enskilda patienters diagnostik eller vård och behandling, vilar på läkares verksamhetschef. Samtidigt är kommunens personal underställd en medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ledningsansvar. Klart eller oklart i fråga om ledningsansvaret?

Läkaren har ingen författningsreglerad arbetsledningsrätt över den kommunala personalen. Det har däremot en sjuksköterska i kommunens hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan förfogar över rätten att delegera administrering av läkemedel till någon annan personal i kommunen. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan kan förbjuda en delegering av patientsäkerhetsskäl.

Genom Socialstyrelsens nya läkemedelsföreskrifter (HSLF-FS 2017:37), som gäller sedan årsskiftet 2017/18, tillåts läkare att delegera iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård står delegeringsmöjligheten till buds över vårdgivargränser. Socialstyrelsen framhåller att det är "av vikt att verksamhetscheferna (landstingets verksamhetschef och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska) samverkar i frågor som rör delegeringar över verksamhets- och vårdgivargränser".

Klart eller oklart?



Ulf H Fröberg
VD, chefsjurist
Institutet för Medicinsk Rätt AB
imrab@imrab.se

Jäv saknas.

AllmänMedicin informerar

Fotografer sökes!

Vill du bidra med en omslagsbild?
Ta fotot i stående format.
Skicka det i originalformat, utan förminskning, till
chefredaktor@sfam.se
för påtitt.





Utmaningen

Är det sant att vi faktiskt nu äntligen är på väg mot en nationell primärvårdsreform med allmänmedicin som bas? [1] Det är inte möjligt. Det kan inte stämma.

Kan det ske? Mirakel kan ske.

Kan vi påverka? Det måste vi tro.

Kan vi säga "nationell primärvårdsreform" om och om igen så att det i politikernas och patienters ögon till slut blir en självklarhet att det måste göras!

Kan vi alla, specialister i allmänmedicin, som har en sådan stor kunskap, empati, samarbetsförmåga och vilja att göra gott, tillsammans göra detta till verklighet? Kan vi skapa den primärvård vi så länge eftersträvat? En primärvård där vi har tid och förutsättningar att bygga upp ett starkt förtroende mellan oss och våra patienter och där alla personer i Sverige har sin egen fasta husläkare.

Är det nu det händer? Det måste vi tro.

Finns det ett alternativ? Nej.

Vi har 40 års erfarenhet av fagra löften och liten verkstad avseende en nationell primärvårdsreform. För mig med 40 års allmänmedicinsk utveckling och lärande i bagaget blir frågan vad som nu måste ske för att detta inte ska bli en flyktig dröm likt alla tidigare gånger.

Kan vi tillsammans göra en osannolikhet sannolik?

Ulf Måwe

SFAM:s kompetensvärderingsråd

Umeå

ulf@mawe.se



Referens:

1. Satsa på primärvården annars riskerar den att kollapsa. DN Debatt 28.9.2018 <https://www.dn.se/debatt/andra-ej-i-klara-satsa-pa-primarvarden-annars-riskerar-den-att-kollapsa/>.

Allmänläkarupprop för en nationell primärvårdsreform

Bra att ni skrivit på uppropet! Eller gör det! Det är ett steg i rätt riktning.
<https://goo.gl/forms/gt1EOI9ifDiv8JmB2>

TEMA FÖR
DETTA
NUMMER

Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

Tranströmer och zen om osäkerhet

Trots alla vetenskapliga framsteg är medicinen fortfarande en praktik som kännetecknas av en hög grad av osäkerhet eftersom ingen patient är den andra riktigt lik. Vetenskapliga sanningar har ett värde, men de är begränsade. Vetenskapen kan hjälpa läkaren att reducera osäkerhet, men aldrig eliminera den helt. Det framgår av många artiklar i detta nummer. Ibland tänker jag att konsten kan hjälpa oss att se osäkerheten som något positivt, en drivkraft som hjälper oss att förstå den konkreta verkligheten. Poeten Tomas Tranströmer uttrycker det så här:

och jag vaknar till det där orubbliga KANSKE som bär mig genom den vacklande världen
Och varje abstrakt bild av världen är lika omöjlig som ritningen till en storm

För den som befinner sig nära patienten tillhör riktlinjer och vårdprogram ofta den abstrakta världen, som står frågande inför det som är öppet och oförutsägbart. En god praktiker utgår ifrån det konkreta och tar hjälp av teorin och reglerna vid behov. Hen vågar också sträcka sig mot mångtusenåriga kunskapsstraditioner, som vet att det finns mycket bortom ord och siffror. Den zenbuddistiska läroberättelsen, *koanen*, är provokativ i sin utmaning av logik och "sunt förnuft". I träffsäkra paradoxer kan den uttrycka sådant, som inte låter sig sägas bättre med ett analytiskt språk. I en koansamling från 1228 skriver den kinesiske zenmunken Mu Mon Kan i en dialog med en trätobroder:

Kinesiska skrivtecknet för "ingenting" (kinesiska wú, japanska mu). Begreppet är en av "nycklarna" till zen.



Icke desto mindre är det många som av Daibais ord har förletts att tro att det är siffrorna på vågen som utgör själva vikten.

Jag befarar att vår samtid är befolkad av många förledda! Hur utvecklar vi som praktiker känslan för "själva vikten"? Hur lär vi oss bäst att se det levande bakom siffrorna? Varje patientmöte ger en möjlighet och konsten kan ge viss vägledning.

Christer Petersson

Växjö

christer-p@telia.com

Inte bara allmänläkare – jag är din specialist på osäkerhet

Som allmänläkare är jag din "specialist på livet". Men livet är, som vi vet, ett tumultartat, oförutsägbart företag. Vad jag egentligen specialiserar mig på är att hantera kaos.

Det är ingen överdrift att hävda att efter 25 års oavbruten praktik bemästrar jag osäkerhetens konst. Att bemästra är förstås inte slutpunkten – den dag experten slutar att lära sig nytt är den dag då expertkunnandet börjar försvinna. Men liksom tusentals av mina allmänläkarkolleger är jag så bra som det går att vara.

Sammantaget utgör vi erfarna allmänläkare mästarlaget när det gäller att sortera idéer och infall bland allt i livet som hotar hälsan. Visa mig tusen personer med feber (eller stanna på min mottagning ett år) och jag kommer att sälla dem mer noggrant, säkert, snabbt och kostnadseffektivt än någon annan profession i hälso- och sjukvården.

Det är det som är mitt jobb. Jag gör det billigare än en barnläkare, säkrare än en sjuksköterska, med färre prov än en akutläkare och med bättre resultat än en hel armé alternativmedicinare.

Detsamma gäller för tusen personer med trötthet, värk, yrsel eller illamående. Eller för den delen tusen friska personer som vill förbli friska.

Alla dessa storslagna påståenden grundas på en underliggande förutsättning: osäkerhet.

Om det inte är så stiger jag gärna åt sidan för många andra experter. Om det visar sig att patienten istället för "oro" har akut psykos eller PTSD kunde psykiaterna eller psykologerna med rätta ifrågasätta min status som mästare. Eller om oron visade sig vara ett vagt obehag skulle jag troligen föreslå deras bästa vän och en kopp Earl Grey.

Och låt oss definiera "trötthet". Om den beror på Cushings syndrom skulle jag vända mig till en endokrinolog; om den beror på blodförgiftning och angrepp på hjärtklaffarna vill jag ha tre specialister och en maskin som hjälper till – genast! Men himlen förbjude att tusen människor, som är trötta men inte vet varför, går (långsamt) till någon annan behandlare än sin allmänläkare. När osäkerheten är som störst är jag på topp. Ingen gör jobbet bättre. Inte ens en naturläkare.

Doktor Justin Coleman är allmänläkare och skriver bland annat ifrågasättande om medicinska åtgärder som har bristande evidens. Detta är en del av hans intresse för jämlik vård, med rättvis tillgång till primärvård för alla. Han arbetar som medicinsk redaktör, som lärare och som allmänläkare i Brisbane i Australien för ursprungsbefolkning i trakten. Nästa år planerar han att med sin hustru, som är lärare, flytta till en ö utanför norra Australien, befolkad med 1 500 aboriginer.

Han gillar att skriva betraktelser över det omväxlande och utmanande arbetet som allmänläkare. Man kan läsa mer av hans bloggar på: <https://drjustincoleman.com>.



Illustration: Annika Arndén

Trots min utbildning i tusen olika medicinska interventioner ingår det i mitt expertkunnande att veta när jag inte ska intervensera. Det här är den fördel jag har framför dem som är utbildade på sjukhus, där osäkerhet naturligtvis är en fiende att besegra så fort som möjligt.

Som experten på hästträning tar sig an den vilda unghästen tar jag mig an osäkerhet. Jag behandlar den med respekt, ofta enbart med att beskydda den, tills den lugnar sig av sig själv. Ja, jag är en guru. Mästaren på inaktivitet, lejonet som vaktar.

Mina sjukhuskolleger dyker upp i primärvården från sina årtionden av sjukhusbaserat arbete, fyllda av entusiasm och kunskap, ivriga att slå bort varje uns av osäkerhet med prover, remisser och behandling på försök, tidigt och ofta. Före sin omvändelse, tror de, stackarna, att expertis innebär att eliminera till varje pris.

Jag har undervisat dessa lärjungar att ägna sig åt noggrann observation över tid, och att slå till enbart när det är nödvändigt. De blir också osäkerhetsvskare. Mitt arbete här är klart.

Justin Coleman
Australisk allmänläkare och författare
2017-04-21



Foto: Anthony Mazzarone

Övers. Margareta Troein,
professor i allmänmedicin vid Lunds universitet

Någon att lita på

Grunden för all medicinsk verksamhet är att vi som läkare har patienternas förtroende och att vi själva tror på patienterna. Det måste finnas tillit inte bara i patientrelationen utan också inom vården och mellan de olika nivåerna i vårdssystemet. Utan tillit minskar tryggheten och ökar osäkerheten.

Trygghet, tillit och osäkerhet

Människans grundläggande behov är behovet av trygghet. En trygg tillvaro med tillgång till mat, vatten, värme men även socialt. När det gäller den sociala dimensionen är tillit och förtroende hörnstenar. I vården, där liv och hälsa kan stå på spel, är just tillit kanske än viktigare. Saknas den ingrediensen, då breder osäkerheten ut sig hos oss själva, patienterna och i vården generellt.

Kan patienten då lita på doktorn, litar doktorn på sig själv, kan vi lita på varandra i vården och kan man hysa förtroende för vården överhuvudtaget?

Tillit innebär för mig att tro på andra människors goda avsikter, ärlighet och kompetens. Hysa tillit till och förtroende för andra måste vi också göra av rationella skäl, världen är för komplex för att hanteras av dig ensam. Man överlåter makten till någon annan i förtroendet om att det ska gå bra. Om man inte förmår eller vågar det så skapas osäkerhet, rädsla och ångest hos oss och i förlängningen även i samhället. Tillit handlar också om det förtroende som man har till samhällsinstitutioner; polisen, domstolen, sjukvården, regering. En generell och växande tillitsbrist som jag tycker mig kunna se i vårt samhälle.

För mig som allmänläkare är tillit det kitt som binder ihop en relation och skapar möjlighet till fruktbar kommunikation och ger utrymme för samtal i öppenhet. Först då blir mötet riktigt meningsfullt.

Allmänläkaren får lyssna till spännande livsberättelser och anekdoter, förundras över människans förmågor och oförmågor, klura över märkliga symtompresentationer och patienters tolkning av sin kropp och dess uttryckssätt. Ibland skratta, ibland beröras över episoder och öden som patienter delar med sig av. Vi får glädjas åt det kanske bästa gåva som man kan få, den att människor visar förtroende för oss, hyser tillit.

Komplexiteten är en utmaning

Vi lär oss i utbildningen hur man diagnostiserar och behandlar enskilda sjukdomar, men de flesta patienter vi möter har sammansatta symtombilder och komplexa sammanvävda problem och den nya läkarrocken duger inte fullt ut.

Allmänläkarens utmaning i mötet med dessa patienter är att med en bred, men grundare kunskap än subspecialisternas i sina respektive fackområden, våga vara trygg i sina bedömningar och förmedla tillit till patienterna

Visst är det en fascinerande utmaning att arbeta mot en bred, oselektad kontaktyta, där vad som helst kan visa sig precis hursomhelst och närsomhelst, samtidigt som det också ständigt innebär ett visst mått av osäkerhet, som kan vara ångestskapande och där tilliten provas.

Allmänläkare arbetar mer med erfarenhetsbaserad kunskap och intuition än andra lärarkategorier. Vi måste lyssna mer. Att möta en genuint lyssnande läkare, som har lyssnat mycket och lyssnat länge och många gånger på sin patient, och som har kunskap om hela patientens sociala sammanhang genom kontinuitetens många besök, är den optimala förutsättningen för ett bra behandlingsresultat. Att ha stora öron, närvara i samtalet och med en rik erfarenhet lyssna patienten – och inte bara höra vad patienten säger utan framförallt förstå vad patienten menar. Det viktiga är inte ens att läkaren förstår utan att patienten förstår. Detta är också essensen i allmänläkarens arbete.

Detta kan kallas helhetssyn och intuition och är något som är allmänläkaren givet genom dennes arbetssätt.

"Det viktiga är inte ens att läkaren förstår utan att patienten förstår."

Känsla av sammanhang

Min känsla för ett sammanhang, ett KASAM ("känsla av sammanhang" enligt Antonovsky), i min vardagsvård med "mina" patienter, vilar i stor utsträckning på kontinuitetsprincipen och just därför är ett "listtak" så viktigt eftersom det utgör min "familj". Jag kan följa mina patients öden och äventyr över tid. Det skänker inte bara patienten utan också mig trygghet i en osäker tillvaro.

Alla dessa möten formar dig och lär dig att du aldrig blir fullärd. Du blir med åren tryggare och litar alltmer på dig och din känsla för ett sammanhang.

Nå, men kunskap är mer än att bara veta, kunskapen och teorin räcker inte, man måste också veta hur uppgiften ska omsättas i praktisk kunskap. Det gäller givetvis alla läkare. Men i allmänmedicin med patientens samtliga problem, sjukdomar och behandlingar och hela dennes livshistoria, räcker inte heller det. Framförallt bör vi veta när man bör göra något eller när man bör avstå från en åtgärd. Det sistnämnda kanske är viktigast. Ibland undrar jag om vi har glömt att göra det goda, att vara "doktor", istället för att göra bara det "rätta" eller det korrekta, det evidensbaserade.

Kan vi lita på oss själva???

För att kunna ha tillit till oss själva måste vi givetvis kunna vårt yrke, ha en expertkompetens, men det är inte nog. Med enbart medicinsk duktighet riskerar man att missa mycket både i psyket och i somat. Att vara läkare innebär också att man förvaltar en värdering: Att göra det goda, att vara barmhärtig, att vara rättfärdig. För att respektera sig själv måste läkaren vara i samklang med den humanistiska traditionen inom medicinen så som Hippokrates beskrev den redan för 2 500 år sedan.

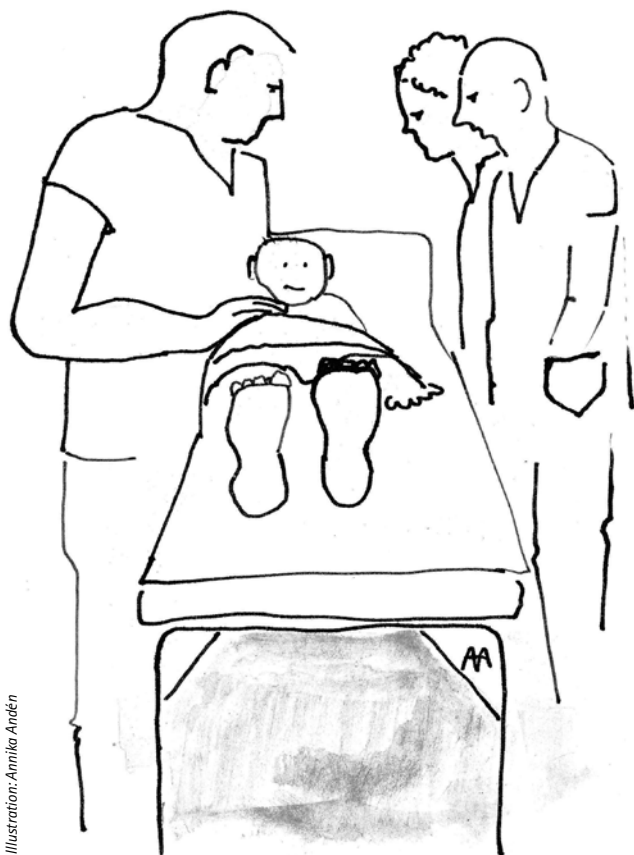


Illustration: Annika Andén

Patientens tillit till dig

Att vi som läkare måste ha patienternas förtroende och själva tro på patienterna är naturligtvis grunden för all medicinsk verksamhet. Utgångspunkten i varje möte måste vara att patienten inte "ljuger" – att lita på patienten. Eller som den nyligen bortgångne Per Fugelli, professor i socialmedicin vid Oslos universitet uttryckte det: "Utan tillit till läkare skulle sjukvården snart bli ett slagfält invaderat av advokater, byråkrater, journalister, kontrollanter, konsumenter och spekulanter". Dessvärre visar dagens verklighet hur rätt han hade.

New Public Management har givit tillitsbristen ett ansikte med politiker, tjänstemän och byråkrater som nu självsvåldigt träder in på arenan och styr och ställer. Tilliten till oss från sjukvårdens makt och ledning är inte alltid så hög och inte heller vice versa.

Edgar Borgenhammar, tidigare professor vid Nordiska Hälsovårdshögskolan, myntade begreppet "tillitsohälsa" under 90-talet – folks attityd till samhället i stort och till vården i synnerhet blev mer ifrågasättande, och förtroendet för sjukvården minskade. Den här förändringen i människors besöksbeteende upplever vi nog allihop. Många med svårigheter att hantera livets osäkerheter vänder sig till doktorn för att få en försäkran om att det man upplever i sin kropp inte är farligt eller att det man har läst i kvällspressen inte gäller just dom. Dr Kry med flera gör allt för att ytterligare spåda på denna människors osäkerhet. Det är inte lätt att förhålla sig till alla risker, när hela livet är en enda stor risk där risken att dö alltid kommer att vara 100 %.

Egentligen begär kanske inte patienten så mycket av dig utan bara, som den gamle sjukhusdirektören men nu som patientföreträdare sa; "Jag vill bara att ni ska stilla min oro". Kanske är det svårt nog.

Risk och osäkerhet

Hela vårdpanoramat har under de senaste 20–30 åren förändrats från att ha varit en i stor utsträckning diagnostiserande och behandlande av sjukdom till att alltmer hantera risk för sjukdom. Risk är ett knepigt begrepp och är svårtolkat och skapar osäkerhet – man vet inte vad man skall tro. Bara det faktum att man pratar om risk gör att man förändrar sitt beteende och tänkande om sig själv, man blir osäker.

"Det är inte lätt att förhålla sig till alla risker, när hela livet är en enda stor risk där risken att dö alltid kommer att vara 100 %."

Det finns en fundamental skillnad mellan läkarens kliniska och statistiska förståelse av risk och patientens förståelse av risk. Det är en skillnad mellan att bedöma en risk respektive uppleva en risk. Om man ber människor rangordna risker, kan de sätta risker med stor sannolikhet och liten konsekvens respektive risker med liten sannolikhet men med allvarlig konsekvens olika högt i rangordningen, beroende av vilken "aspekt" av risken, som de fäster största vikten vid.

Naturligtvis ska vi inte underskatta människors oro eller reella besvär, men en stor del av de som söker sig till sjukvården i dag lider inte i första hand av någon sjukdom. Det är själva livet som värker. Det har blivit more illness and less disease i samhället med en mängd konstruerade sjukdomar – risk-epidemier och kulturella välfärdssjukdomar.

Eller som en vän till mig skaldade: Det finns bot för allt. Men det hjälper inte.

Bertil Hagström
Horred
hagstrom.bertil@gmail.com



AllmänMedicin informerar

En dosa ersätter fysisk läkare

"Den missade länken i telehälsa" kallas en handhållen dosa som kan registrera temperatur, lyssna på tarmrörelser, hjärtljud och andningsljud, fotografera svalg, hud och trumhinnor och sända alla data till en läkare och ett journalsystem med inbyggd vägledningsteknik.

Annons

Narrativ medicin tillvaratar berättelsen

Hälsan tiger still. Sjukdomar bär på en historia. När man som patient drabbas av sjukdom påverkar det ens livsberättelse. Narrativ medicin vill återvinna berättelsens plats i den moderna medicinen. Genom att vara uppmärksam och i bästa mening nyfiken kan vi som läkare locka fram patientens historia och människan bakom sjukdomen.

Att göra det är bokstavligen en konst. En konst som ger en fördjupning av den evidensbaserade medicinen och hjälper oss att både tänka differentialdiagnostiskt och ställa rätt diagnos. Berättelsen är ett verktyg för patienten att hantera sin sjukdom. Ett verktyg som även kan hantera osäkerhet.

"Kan du inte läsa ett kapitel till?"

Det är läggdags och jag läser för min åttaårige son. Han vill att jag läser ett till kapitel och sen ett till. Varför vill vi alltid höra mer av en berättelse? Varför läser vi böcker, går på teater eller bio? Genom berättelser närmar vi oss mysteriet att vara människa. Berättelser skapar mening och sammanhang i en komplex värld.

"Berättelsen förväxlar inte information med kunskap, vilket lätt sker i den algoritmiserade vården."

"Människan är en berättelse" skrev Clarence Crafoord och beskriver hur våra livsberättelser gör oss till människor. Kapitel läggs till kapitel i livets encyklopedi. Varje del bidrar till förståelsen av de andra och tecknar en unik person. Vi kommer leva vidare genom berättelserna om oss, även efter det sista kapitlet i våra livs böcker är skrivet.

Berättelser hanterar våra rädslor när vi ställs inför det som är osäkert i livet, inför sjukdom och död. Eller som Nasse och Nalle Puh uttryckte det: "Jag är rädd", sa Nasse. "En berättelse kommer hjälpa", sa Puh. "Hur?", sa Nasse. "Vet du inte?", sa Puh. "Berättelser får våra hjärtan att växa."

Berättelsen är ett av det viktigaste kunskapsinstrumentet i mötet med patienten. Den klarar av att hantera komplexitet på ett helt annat sätt än färdiga frågeformulär och enkäter. Även mellan raderna finner man väsentlig information när man skall förstå och tolka patienten. Berättelsen förväxlar inte information med kunskap, vilket lätt sker i den algoritmiserade vården. Den är också en förutsättning för ett autentiskt patientmöte. Genom patientens berättelse framträder personen bakom sjukdomen.

Berättelsen om Göte

Göte hade precis påbörjat cellgiftsbehandling för sin tjocktarmscancer som hade kommit tillbaka med förnyad kraft och med spridning i hans alltmer försvarslösa kropp. Han och jag

var klara över att detta var början till slutet och att den behandling vi nu satte in bara skulle ge en kort resit inför det oundvikliga. "Det här är en lindrande behandling", utlovade jag.

Men för Göte blev den inte lindrande. Han fick besvär med magen som inte längre ville göra sin uppgift. Balansen blev påtagligt sämre. Trött och tagen bad han mig om att själv få bestämma. "Varför skall jag sprattla emot?"

Göte hade varit lärare i grekiska. Han berättade om Sokrates som dömdes till att tömma giftbägaren i Aten för snart 2 400 år sedan. Hans brott var att han ställt öppna frågor till stadens ungdom och på så sätt beskyllts uppvigla massorna. De som dömde honom visste samtidigt att han var en rättskaffens man. Därför iordningställde man ett hus med trädgård där han kunde vistas. Giftbägaren skulle han tömma när han ansåg att det vara dags. "Varför skall jag vänta?" sa Sokrates. "Jag är färdig med mitt liv, jag vill själv bestämma när jag tömmer bägaren och jag kommer att göra det nu".

Vi enades om att avbryta cellgiftsbehandlingen i förtid. 20 mg Prednisolon fick de flesta symptomen att vika. Oron fanns där men hans sista tid präglades ändå av samma närvaro och integritet som när han för fem år sedan för första gången kom till dagvården.

Innan Göte gick bort fick jag denna historia att förvalta. Berättelsen om Sokrates lämnade honom inte ensam i sitt öde. Den representerade honom och hjälpte även mig att förstå vad han ville och hur han förhöll sig till sin sista tid på jorden. Konsten, musiken och litteraturen har en universell förmåga att representera oss och de känslor vi bär på. Att ta del av patienters berättelser kan göra oss som arbetar i vården mer mänskliga och utveckla vår emotionella resonans.

Narrativ medicin

Narrativ medicin intresserar sig för berättelsens betydelse inom den kliniska evidensbaserade medicinen. Ett narrativ är en berättelse, och ordet kommer från ordet narrare, "berätta". I de germanska språken fanns tidigare ett g i början av ordet, och det har samma ursprung som det engelska ordet "know" och det svenska "kunna" i betydelsen "veta". Berättelsen är således grundläggande för hur vi förmedlar kunskap. Genom att berätta skapar vi sammanhang och mening i våra liv. Göte, som hela sitt liv ägnat sig åt de grekiska historierna, använder sig av dem även för att möta döden.

Narrativ medicin växte fram på Columbia University i New York i slutet på 80-talet genom framförallt Rita Charon. Hon



var lungmedicinare och märkte att hon kunde få hjälp av litteraturvetenskapen i förståelsen av patientens berättelse och klinik. Rita Charon skrev en avhandling i litteraturvetenskap och på så sätt uppstod begreppet.

År 2000 startade hon programmet för narrativ medicin. Sjukvårdspersonal fick studera litteratur, filosofi, konst och humaniora. Det narrativa möter det medicinska och får individen att framträda bakom patienten, liksom sjukdomen hos just denna person. Helheten framstår med en annan tydlighet.

Detta är givetvis inget som beskrivs för första gången i medicinens historia. Hippokrates blev den moderna medicinens fader genom att påstå att sjukdomar inte var gudarna straff utan berodde på obalans i kroppens olika vätskor. I avsaknad av såväl instrument som provtagningar hänvisades han till observationer och rationellt tänkande för att begripa sig på den sjuka människan. Patientens berättelse var avgörande för att ställa diagnos.

Berättelsens framträdande roll satte för Hippokrates del den individuella människan i fokus. Man kan säga att Hippokrates lägger grunden för personcentrerad vård i sitt klassiska citat: "Det är viktigare att veta vilken människa som har sjukdomen än vilken sjukdom människan har." Detta förhållningsätt utgår från patientens berättelse och går som en röd tråd genom medicinhistorien. Att samtala med patienten, ofta upprepade gånger, ansågs som grunden i läkekonsten. "Listen to the patient, he is telling you the diagnosis" myntade internmedicinens grundare William Osler på 1800-talet.

Men under 1800-talet förändras det paradigm som gällt sedan Hippokrates tid. I stället för obalans i kroppsvätskorna talade man nu om att sjukdom fanns i den avvikande cellen och bakterien. De långa vindlande sjukhistorierna ersattes av stetoskopet, mikroskopet, provtagningar och röntgen. Den moderna medicinen där diagnos står i fokus blir grunden för den vetenskapliga framgångssaga som sträcker sig in i vår tid.

**"Det är viktigare att veta vilken människa som har sjukdomen än vilken sjukdom människan har."
(Hippokrates)**

I denna medicinskt enastående utveckling har det funnits en risk att se människan som ett objekt där varje enskild patients berättelse hamnat i skymundan. Det har varit svårt att erkänna människan som något mycket mer än ett biologiskt system. Narrativ medicin är inget alternativ till evidensbaserad medicin men vill återvinna berättelsens naturliga plats i medicinen.

I en allt mer forcerad och processtyrd vård tenderar idag den sammanhållna berättelsen gå förlorad. Bristande kontinuitet som ersätts med checklistor och fragmentiserad dokumentation bidrar till att den naturliga berättelsen går förlorad. Begreppet personcentrerad vård tar sitt ursprung i berättelsen och på så sätt ligger narrativ medicin i tiden, utifrån behovet av ett förändrat synsätt på patient, vårdpersonal och sjukvårdens organisation.



Bild 1: Den sjuka flickan. Edvard Munch 1896. Göteborgs konstmuseum.

Narrativ medicin och patientmötet

Att lyssna på en patient är en konst som kan jämföras med att utöva musik, måla eller skriva en dikt. Man måste låta sig absorberas av patientens berättelse på samma sätt som man kan uppslukas av en målning av Edvard Munch (bild 1) eller ett pianostycke av Mozart. Det gäller att vara uppmärksam, nyfiken och respektfull.

Narrativ medicin sätter patientmötet i fokus. Det goda mötet är förutsättningen för att patienten skall känna tillit till vårdpersonalen. Ofta är patientmöten hänvisade till lokaler som inte är tillitsskapande. Vårdens berättelser ryms sällan i de rum för möten som vården erbjuder. Den traditionella rondan på 4-sal inom slutenvården ger kanske de allra sämsta förutsättningar för livets viktigaste samtal. Att träffa en patient i hemmet vid köksbordet ger helt andra berättelser. Plötsligt finns där något som representerar patienten som en person.

Rita Charon beskriver patientmötet utifrån tre nyckelord (bild 2 på nästa sida)[1]:

De första är uppmärksamhet. Läkarens uppmärksamhet är avgörande för att registrera nyanserna i patientens anamnes. I mötet med patienten kommer uppmärksamheten vara avgörande för vad patienten väljer att berätta. Samspelet i patientmötet handlar om att skapa de bästa förutsättningarna för kommunikation. Den medicinska kompetensen är beroende av språket som grund för all diagnostiskt arbete. Det är genom uppmärksamhet man skapar förutsättningar för kommunikation. Detta kommer vara avgörande för att ställa rätt diagnos och hjälpa patienten att hantera sin sjukdom. Uppmärksamheten tar sig också uttryck i hur man hälsar på patienten och hur samtalet inleds.

Det andra ordet är representation och där ryms berättelsen. Varje människa är en berättelse. Ingen berättelse är den andra lik. Många läkare och sjuksköterskor säger sig gärna vilja lyssna

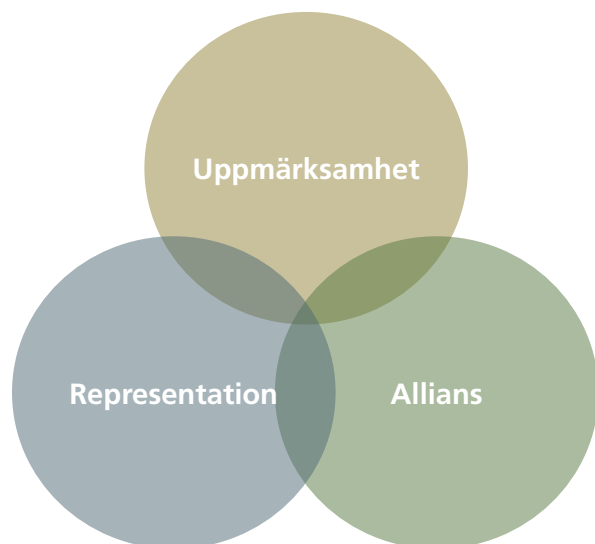


Bild 2: Narrativ medicin och patientmötet.

mer på sina patienter men att de inte har tid. Men det är inte alltid de långa berättelserna som är de viktigaste. Att fånga det som representerar den sjuka personen är det som ger en narrativ inriktning åt patientmötet. Det kan vara det patienten berättar men också var den kommer ifrån, hur den bor, familj och sammanhang eller ett par vandringskor eller en kamera. Sköterskan och läkarens narrativa kompetens är avgörande för att fånga personen bakom sjukdomen.

Det tredje ordet är allians. Utan uppmärksamhet och patientens berättelse finns inte förutsättningarna för en allians. All den goda intention som finns i vården går förlorad i en utebliven allians. Den låga compliance men ser i vården när det gäller läkemedel förklaras av att man inte lyckas skapa en allians.

”Mitt yrke står och faller med min förmåga att skapa tillit” sa Johan von Shreeb, ordförande i läkare utan gränser, i sitt sommarprat förra sommaren

Narrativ medicin beskriver patientmötet som en tillitsrelation. Tillit uppstår i det direkta mötet men är beroende av en historia av tillfällen som skapat tillit. Alltifrån att kallelsen till mottagningen kom i rätt tid och att proverna var tagna innan läkarbesöket till hur patienten blev bemött i väntrummet och hur läkaren hälsade på patienten.

Ibland förstår vi i vården inte digniteten av de små insatserna man gör för patienten, det som ger uttryck för närvaro och som ofta är grunden i en tillitsfull patient-läkarrelation. Narrativ medicin vill också lyfta patientkontinuiteten som central både för tilliten och för förståelsen av patientens sjukhistoria som en kontinuerlig berättelse.

Narrativ medicin för att utvecklas som läkare

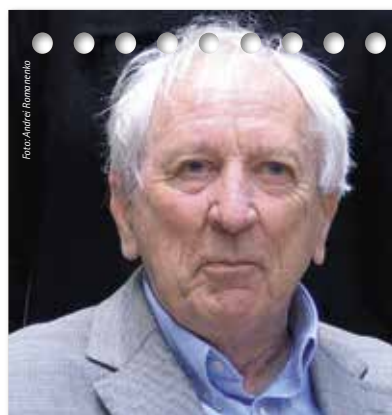
Narrativ medicin vill ställa de grundläggande frågorna runt meningen i vårt arbete. Vad är det som driver oss som läkare? Men även hur vi skapar ett hållbart arbetsliv. Från att ha varit ett yrke som präglats av relation över tid blir vi läkare alltmer mer en tillfällig funktion. Personligt ansvar ersätts med systematiska standardiserade vårdprocesser. Detta gör att man som läkare allt mer tappar tron på sin personliga betydelse i mötet med patienten.

Samtidigt som det talas om att vården måste bli mer personcentrerad talas det väldigt lite om hur man som läkare blir personcentrerad i en standardiserad vårdapparat. Det är svårt att tillämpa en personcentrerad vård när styrsystemen är tidcentrerade, ofta med ett kort perspektiv. Våra utfallsmått för kvalitet mäter sällan de värden vi vill lyfta i vården.

"Narrativ medicin är inget alternativ till evidensbaserad medicin men vill återvinna berättelsens naturliga plats i medicinen."

Vårdens kontrollsystem verkar inte heller göra det lättare för oss att hantera vår osäkerhet. Som Karin Boye uttryckte det: ”Vi har gått mot allt strängare övervakning – och den har inte gjort oss säkrare, som vi hoppades, utan ängsligare.” Kan narrativ medicin inspirera oss i vårt jobb som läkare och vara en motvikt i en vårdapparat som tycks bli allt torftigare? Kan narrativ medicin vara meningsskapande och även bidra till ett hållbart arbetsliv?

Vilka verktyg finns för att jag som läkare skall kunna ta vara på min narrativa kompetens? Vad kan få mig att utvecklas både som person och som läkare i min kliniska vardag?



Men varje människa får sin egen encyklopedi skriven, den växer fram i varje själ.
Den skrivs från födelsen och framåt.
De hundratusentals sidor står pressade mot varann.
Och ändå är det luft emellan!
Som de dallrande löven i en skog. Motsägelsernas bok.
Det som står där ändras varje stund, bilderna retuscherar sig själva.
Orden flimrar.
En svallvåg rullar genom hela texten, den följs av nästa svallvåg, och nästa ...

Tomas Tranströmer:

Kort paus i orgelkonserten ur Det vilda torget, Stockholm: Albert Bonniers förlag 1983, s 9.

Konsten och humaniora har ständigt brottats med mysteriet i att vara människa. Det mysterium vi ställs inför varje gång vi möter någon som drabbas av svår sjukdom eller går mot döden. De existentiella frågor vi möter i vårt arbete som läkare kräver reflektion och eftertanke. Här kan texter, tavlor, film och dikter vara verktyg för att vi skall utvecklas i vår narrativa förmåga och empatiska skärpa. Humaniora kan utveckla läkaren som medmänniska och konstnär i mötet med patienten.

Självklart måste samtalen om sjukdom också inkludera den moderna medicinens objektiva landvinningar. I ett större perspektiv behövs litteraturen och konsten i förståelsen av den sjuka människan inför tillvarons gåtor. Det handlar om etik i vid mening och om att erkänna människan som något mycket mer än ett biologiskt system.

Narrativ medicin kan ge en fördjupad kunskap om patienten men också om oss själva. Genom att skriva ner tankar runt ett patientmöte kan vi reflektera ensamma eller i grupp och på så sätt se det som skapar mening i vårt arbete. Skönlitterära

patografier, böcker som i självbiografisk form behandlar egna erfarenheter av sjukdom och sjukvård, kan användas som litterära narrativ och ge oss mer universell förståelse av sjukdom, lidande och dess konsekvenser. Genom att läsa en dikt kan plötsligt nya tankar födas och visa på det som berikar även oss själva i mötet med sjuka människor. Det som väcker vårt engagemang i att vilja göra gott.



Valdemar Erling
Överläkare internmedicin och hematologi
Medicinkliniken Kungälv's sjukhus
valle@zebraart.se

Referenser:

1. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2006.

Klinisk osäkerhet – tillgång eller nödvändigt ont?

Temat för det här numret är osäkerhet. Hur ofta har du inte varit osäker på vad du ska göra med patienten? Hur ofta har du inte känt den gnagande känslan av att ha missat något allvarligt?

Klinisk osäkerhet betraktas för det mesta som en oönskad företeelse som stör och hindrar vårt arbete och som bör minimeras. Hade vi bara riktlinjer och algoritmer för alla tänkbara medicinska problem så skulle väl mottagningsarbetet gå som på räls?

Är osäkerhet enbart av ondo? Kan den vara en tillgång som hjälper oss att utveckla vår professionalitet? Han et al har definierat klinisk osäkerhet som "en subjektiv uppfattning om att man är okunnig" [1]. Att vara påläst betyder kanske inte att man uppfattar sig som kunnig, och allmänmedicin handlar om mer än kunskaper. En mer fullödlig definition skulle kunna vara "...en subjektiv uppfattning om att inte veta hur man ska tänka eller vad man ska göra" [2]. Den definitionen beskriver bättre vad det handlar om eftersom den lyfter fram krav på beslut och handling.

Osäkerhet om hur man ska tänka och göra i ett enskilt fall kan uppstå när en patient söker för ett isolerat symptom. Det brukar ofta gå att komma fram till en trolig diagnos med hjälp av något kunskapsstöd. I alla fall brukar vi kunna resonera oss fram till hur vi ska utreda patienten.

Värre blir det när vi står inför en patient som uppvisar en kombination av olika symptom, undersökningsfynd och sjukdomar, en multisjuk patient. Då bildas ett komplext mönster, en svårtolkad bild där kunskapsstöden är av mindre nytta. Det väcks en känsla av osäkerhet och den får oss att ta en ordent-

lig funderare. Ibland lyckas vi hantera problemet genom att i minnet rekapitulera något liknande fall, ibland genom att googla, fråga en kollega eller ringa en sjukhuskollega. Ibland remitterar vi patienten vidare. Osäkerhet runt den multisjuka patienten ställer stora krav, inte bara på kunskap utan också på reflektion och kreativitet.

"Paradoxalt nog blir vi mer kompetenta av att bejaka känslan av osäkerhet."

Osäkerhet föder en mängd känslor, tankar och handlingar och det leder oss fram till en möjlig lösning. Uppföljning leder sedan till nya överväganden och kanske helt andra lösningar. På köpet får vi en bonus: en ökad förståelse för sammanhanget och en god portion lärande. Paradoxalt nog blir vi mer kompetenta av att bejaka osäkerhet, något som inte är fallet om vi ägnar oss åt så kallad kokboksmedicin. Detta är den positiva sidan av osäkerhet, den som driver oss att reflektera och utifrån detta fatta kloka beslut.

Många medicinska teoretiker menar att vårt kliniska beslutsfattande kräver att vi erkänner och tar klinisk osäkerhet på allvar. Cassell går ännu längre och hävdar att nyckeln till förståelse av hur medicinska beslut tas ligger i vetenskapen om att allt beslutsfattande i grund och botten handlar om att hantera medicinsk osäkerhet [3].

Ovisshet och upplevelse av osäkerhet kan bli oss övermäktig och destruktiv och ibland händer det att känslan uppträder som en diffus, existentiell osäkerhet. Om en symptombild råkar uppväcka tidigare minnen av felaktiga beslut, onödigt lidande och tvivel på den egna förmågan, aktiveras vår oro. Denna destruktiva osäkerhet får oss ibland att överdiagnostisera och överbehandla patienter.

"Osäkerhet är allmänläkarens eviga följeslagare. Den väcker känslor av oro som får oss att fundera, ifrågasätta och pröva nytt."

Att tolerera ovisshet och osäkerhet kan i början av läkarkarriären innebära en mödosam trial-and-error-vandring genom ett medicinskt landskap som saknar landmärken och tydliga mål. Men ökad kunskap och ökad erfarenhet i kombination och en inriktning mot att komma fram till egna lösningar i komplexa situationer gör känslorna av ovisshet och osäkerhet till en tillgång i det kliniska arbetet. Det öppnar ögonen för alternativa sätt att se på patientens besvär och för alternativa sätt att hantera dem.

Falldiskussion i små grupper, till exempel FQ- och Balint-grupper, kan ha stor betydelse i den utvecklingsprocess som leder till förmåga att hantera osäkerhet. I Sverige har det funnits Balint- och FQ-grupper sedan tidigt nittital. I slutet av decenniet deltog nästan hälften av svenska allmänläkare i kollegial grupp. De senaste åren har antalet minskat, men å andra sidan har dagens ST-läkare på många håll skapat små diskussionsgrupper inom ramen för sina utbildningsdagar. I Region Skåne har man satsat på uppbyggnad av FQ-grupper, bland annat genom att erbjuda gruppledarutbildningar. IT-tekniken med videomöten har på senare tid gett oss många olika möjligheter att kommunicera.

Vi lever i en värld med snabb medicinsk kunskapsstillväxt. Detta innebär inte att den kliniska ovissheten för den praktiskt arbetande läkaren blir mindre. Tvärtom, varje fråga som fått ett vetenskapligt svar tycks i stället väcka nya, mer sofistikerade frågor. Att vi då



Illustration: Annika Andén

söker oss till olika former av kollegial dialog och vill dela vår frustration med andra är naturligt. Att vara kliniskt osäker – att inte veta hur man ska tänka eller vad man ska göra – ger FQ-gruppmedlemmarna de incitament de behöver för att reflektera, skapa större tillförsikt och för att utveckla sin kompetens.

"Denna destruktiva osäkerhet får oss ibland att överdiagnostisera och överbehandla patienter."

Osäkerhet är allmänläkarens eviga följeslagare. Den väcker känslor av oro, men får oss att fundera, ifrågasätta och pröva nytt. Den gör oss alerta och kritiska till det vi gör och uppmanar oss att ompröva beslut och söka stöd hos kollegor. Om vi bejakar att den allmänmedicinska vardagen till själva sin natur är fylld av osäkerhet och låter den tjäna oss som drivkraft till utveckling lär vi oss att utnyttja hela vår arsenal av såväl explicit som tyst kunskap.

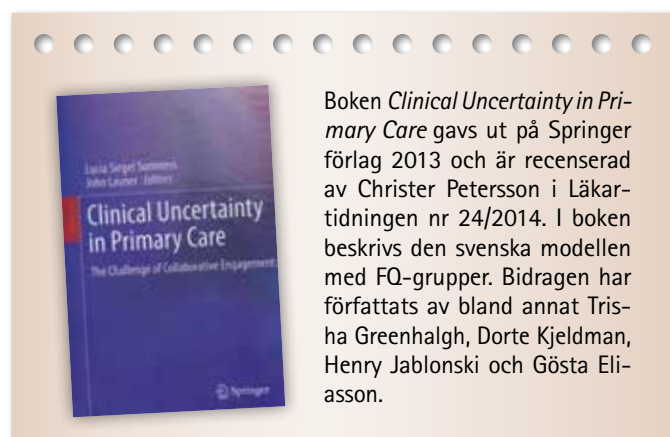


Gösta Eliasson
Specialist i allmänmedicin
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. Han P K et al. (2011) Varieties on uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. Medical decision making. 31(6), 828-38.
2. Sommers L, Launer J (Ed.) (2013) Clinical Uncertainty in Primary Care, p 3. New York: Springer.
3. Cassell E J. (1991) Doctoring: The nature of primary care medicine. Oxford/New York:Oxford University Press.



Boken *Clinical Uncertainty in Primary Care* gavs ut på Springer förlag 2013 och är recenserad av Christer Petersson i Läkartidningen nr 24/2014. I boken beskrivs den svenska modellen med FQ-grupper. Bidragen har författats av bland annat Trisha Greenhalgh, Dorte Kjeldman, Henry Jablonski och Gösta Eliasson.

Att säkra sin osäkerhet

Råd från en osäker allmänläkare

Jag tillhör de osäkra, tvivlar ofta på min kompetens, på mina medicinska kunskaper. Arbetet som läkare, i synnerhet som allmänläkare, är osäkert. Människokroppens biologiska system och människors berättelser är vaga, diffusa, motsägelsefulla och ger inga säkra ledtrådar. Ur detta skall vi extrahera, försöka förstå, pussla, formulera till ord.

Hur kan vi vara säkra på våra bedömningar? Jag förundras över att det fungerar. För 15 år sedan skrev jag om detta i Läkartidningen efter mina erfarenheter som akutläkare på sjukhus [1]. Jag skrev om min intuition, denna tysta kunskap som jag har lagrat från alla de tusentals patientmöten som jag haft under åren. Hur första bedömningen går snabbt: en blick, en kort dialog, en instinktiv känsla. Försöka uppskatta allvarligt – inte allvarligt? Bråttom – kan avvakta? ”På vilken information grundar jag denna bedömning? Det är något i blicken, andningen, samtalstonen. Ett kroppsspråk som visar sig i rörelsen, i kroppshållningen, genom hudens färg och fuktighet, eller via blickens vitalitet, i röstens klang och närvaron i samtalet. Subtila kroppsliga signaler övergår i mer tydliga tecken på sjukdom. Tillsammans med tal och lyssnande förmedlas detta som till stora delar står för det känslomässiga innehållet. Det är i detta övergångsland som vi läkare, medvetet eller omedvetet, gör våra bedömningar av patienters allmäntillstånd.”

Jag minns vad en hårt arbetande medicinläkare på akuten uttryckte: ”Jag har lagt märke till att ni kollegor från vårdcentraler avstår från att lägga in patienter jämfört med oss sjukhusläkare”. Vi vänjer oss att trots osäkerhet kunna stå ut, att förlita oss på att det bär, att inte ha kontroll.

Rekommendationer som hjälpt mig att hantera min osäkerhet:

- Acceptera din osäkerhet men låt den inte överväldiga dig. Se den som en hjälp, en drivkraft att gå vidare.
- Dölj inte din osäkerhet för patienten. Bättre att berätta att du inte är säker men förmedla att du skall göra allt vad du förmår för att hjälpa. Försök vara konkret om och hur du tänker gå vidare. Undvik att säga ”jag förstår”. Det är mer fruktbart att säga: ”jag förstår inte”, ”nu hänger jag inte med”, ”berätta mer så jag bättre kan förstå”.
- Lita på din intuition! Det är ett viktigt verktyg som du skall använda och som blir bättre ju fler patienter du har träffat och ju mer erfarenhet du skaffat dig.
- Du kan säga till patienten ”... utifrån vad du nu berättat och vad vi hittills kommit fram till blir jag inte orolig.” Men förmedla att du kan förstå patientens oro och obehag. Vänta in patientens svar för att tillsammans bestämma om att gå vidare.
- Om det patienten beskriver för dig ger signaler på allvarligare sjukdom så uttryck inte detta direkt utan säg ”med dessa besvär bör vi göra en mer omfattande utredning”.
- Arbetet som allmänläkare är ensamt. Se till att du har minst en kollega som du kan bolla med. ”Vad tänker du?” ”Är



det något jag missar?” Trots min långa erfarenhet har jag fortfarande detta behov. Jag har haft stor nytta av att ha en erfaren kollega som jag kan ”störa”, fråga, be komma till mitt rum och träffa patienten eller hjälpa mig när jag tvivlar på min egen perception. Detta förutsätter att du på samma sätt ställer upp för kollegan när hen behöver din hjälp.

- Utnyttja den samlade kompetensen på vårdcentralen. Trots att vi är generalister har vi ofta specialområden där vi särskilt kunniga. Jag har lagt märke till vid mina många värderingar vid Mitt-i-ST att man inte till fullo använder varandras kompetenser.
- I NU-sjukvården (NÄL-Uddevalla) har vi en särskild konsultlinje där erfarna specialister har avsatt tid för att svara frågor och vara tillgängliga. Jag använder flitigt av deras synpunkter.
- Använd frågeremiss. Där kan du mer i detalj formulera anamnes och status, dina funderingar och mottagaren kan i lugn och ro ge förslag.
- Om du fortfarande är villrådig låt patienten än en gång berätta. Lyssna extra uppmärksamt, du kan få ny viktig information.
- Uppföljning. Håll kontakt med patienten, återbesök, telefon, brev. Undvik ”du får höra av dig om inte blir bättre”. Var mer konkret hur hen kan nå dig. Allra bäst är att ge tid direkt, det skapar trygghet. Finns inget behov kan tiden avbokas.
- Dokumentation: Skriv ner dina tankar, hur du tänker, hur du tolkar och hur/om du tänker gå vidare eller inte.

Erland Svensson
Närhälsan Fjällbacka VC
Närhälsan Backa VC Göteborg
erland.svenson@gmail.com



Referenser

1. Svensson E. Hjärta och smärta – akutläkarens dilemma. Läkartidningen 2004;101:298-99.

Annons

Att handskas med osäkerhet

Floran av kliniska kunskapsstöd och vårdprogram i dagens hälso- och sjukvård förmår inte dölja att den allmänmedicinska praktiken rör sig i ett gränsland mellan rationellt beslutsfattande och kaos. Den medicinska säkerheten är ofta illusorisk, och det kliniska beslutsfattandet komplext till sin natur. Den reflekterande praktikern inser detta och försöker använda såväl evidensbaserad kunskap som intuition och magkänsla för att hjälpa sina patienter. För att hållbarheten krävs en uppsättning genomtänkta strategier.

Komplexiteten

Topografin i det allmänmedicinska territoriet varierar. Då och då känner vi allmänläkare fast mark under fötterna, men ibland är vi ute på ett gungfly. Ofta befinner vi oss emellan dessa ytterligheter. Vi ingår partnerskap med patienten för att navigera i den medicinska osäkerhetens träskeer. Den terapeutiska alliansen är till stor hjälp när algoritmerna inte finns. Det är svårt att översätta den evidensbaserade kunskapen rakt av i det enskilda patientmötet. "Lost in translation" är ett tillstånd vi kan hamna i. Det finns andra aspekter att ta hänsyn till, exempelvis samsjuklighet och inte minst patientens egna önskemål och preferenser.

Vi måste acceptera den medicinska osäkerheten som en realitet. Om vi i positiv anda bejakar dess existens kan det vara bra att fundera över vad vi gör när vi inte vet vad vi ska göra. Här försöker jag bena ut problematiken på ett metakognitivt sätt.

En bild som illustrerar komplexiteten i det allmänmedicinska beslutsfattandet, Stacey-matrisen (figur 1), används ofta i ledarskapssammanhang. När vi saknar tillräcklig visshet och det finns en viss oenighet om vilken väg vi ska välja hamnar vi i det komplexa beslutsfattandet.

Samsjuklighet kan försvåra följsamhet till riktlinjer för ett specifikt sjukdomstillstånd. Vi måste välja en annan väg, inte lika rakt utstakad. Kanske inser vi att den patient vi har framför oss inte riktigt uppfyller de kriterier som är uppsatta för ett SVF (standardiserat vårdförlopp) på misstanke om en specifik

cancersjukdom, men vår magkänsla inger oss misstankar om just en sådan cancersjukdom. Om vi remitterar på vanligt sätt och misstanken besannas kan diagnosen försenas. Hur ska vi göra med den oro denna insikt väcker hos dig och patienten? En annan gång kan vi undra om de besvär som patienten beskriver verkligen kan betraktas som ändrade avföringsvanor. Vi tvekar att sätta igång ett SVF.

Patientens önskemål och preferenser går ibland på tvärs mot den evidensbaserade rekommendationen. Det finns många situationer då vi rör oss från de enkla besluten till svåra överväganden. Vill det sig illa hamnar vi på gränsen till kaos. Vår omdömesfråga blir satt på prov. I det här gränslandet behövs allmänmedicinsk kompetens.

"Den medicinska säkerheten är ofta illusorisk, och det kliniska beslutsfattandet komplext till sin natur."

Strategier för att hantera osäkerhet

Bejaka den medicinska osäkerheten

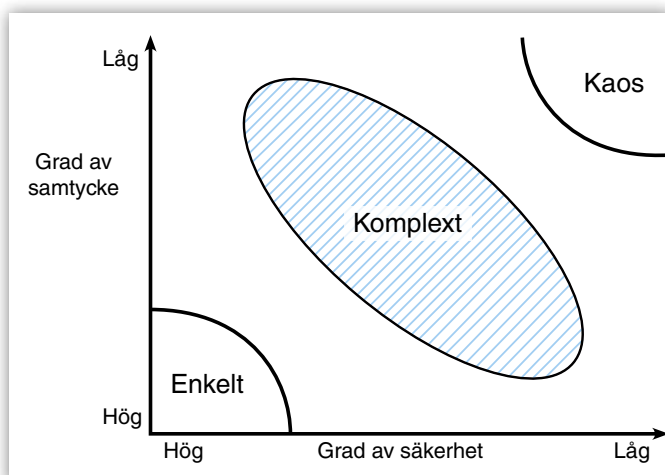
Vi börjar med känslan av att något inte riktigt stämmer med det förväntade. Det finns en värld bortom algoritmerna. Vi måste veta var någonstans i territoriet vi befinner oss. Nyfikenhet blir ledordet. Det finns få situationer där osäkerheten helt lyser med sin frånvaro. När vi beställer labprover bör vi ha det prediktiva värdet i åtanke och vara medvetna om olika analysers felmarginaler. Vår vardag är full med situationer där vi riskerar att dra förhastade slutsatser. Det krävs en del mod för att arbeta som allmänläkare.

Insamlande av data

Sir William Osler, legendarisk läkare från Kanada verksam vid förra sekelskiftet, sa "Listen to your patient; he's telling you the diagnosis!". Vikten av en god anamnes och en ordentlig klinisk undersökning kan inte nog betonas, liksom relevanta undersökningar i övrigt. En patientcentrerad konsultationsmetodik med utforskande av föreställningar, farhågor och förväntningar hjälper oss att hantera osäkerheten. Varför kommer patienten? är en viktig fråga att besvara. Allmänmedicinska dygder räcker långt i dessa situationer.

Kliniskt beslutsfattande

Vi använder oss av två olika system för tänkande när vi fattar beslut, enligt nobelpristagaren i ekonomi Daniel Kahneman [1]. System 1 är snabbt och intuitivt. Mönsterigenkänning och tumregler är karakteristika. För en erfaren doktor kan diagnosen erysipelas ställas på detta vis. Mönsterigenkänningen blir en blixtnabb process, som hos Sherlock Holmes. Metoden är tidsbesparande men kan vara bedräglig.



Figur 1: Stacey-matrisen

När inte system 1 levererar tillfredställande resultat växlar vi till system 2, en långsam hypotesgenererande och deduktivt analyserande metod. Vi går noggrant till väga, söker bekräftande information och sådant som utesluter våra hypoteser. Här kan Agatha Christies mästardetektiv Hercule Poirot tjäna som exempel. Det kan bli omständligt att enbart använda system 2.

Vi tänker ofta i sannolikheter. Vad är den vanligaste orsaken givet dessa omständigheter? Patientsäkerhetsfrågor kan hamna i fokus. Vi utesluter värsta tänkbara scenario eller i alla fall en serie tänkbara allvarliga diagnoser, av hänsyn till patienten och vår egen sinnesfrid.

"Bli vän med osäkerheten, den är din ständige följeslagare i den allmänmedicinska praktiken."

I vissa situationer använder vi algoritmer, exempelvis "Ottawa ankle rules" eller "Wells score" vid lungembolismisstanke.

Vi tar time-out för att reflektera ensam eller tillsammans med kollega, för att inte falla offer för prematurt system 1-tänkande.

Ibland agerar vi på magkänsla. Vår egen kropp skickar alarm-signaler.

Vi använder tiden som instrument när patienten kommer tidigt i sjukdomsförloppet innan symtompresentationen hunnit bli tydlig.

Den patientcentrerade kliniska metodiken inbegriper ett delat beslutsfattande. I praktiken kan graden av paternalism i en patient-läkarrelation variera, men vi behöver i alla lägen förankra besluten hos patienten. Vi ska definiera problemet, ge information, utforska föreställningar, farhågor och förväntningar, ta reda på i vilken uträkning patienten vill ta del i beslutsfattandet, samt ha en beredskap att omvärdera beslutet. "Hur tycker du vi ska gå vidare nu?" kan vara en lämplig fråga för att bekräfta den terapeutiska alliansen.

Vi har god användning av koncisa kliniska kunskapsstöd men vi behöver alltid förankra den föreslagna handläggningen hos patienten. Det kan finnas flera alternativa vägar att gå. Patienten kanske framför önskemål eller invändningar som sätter oss i ett förhandlingsläge. Evidensbaserad medicin innebär att kombinera vetenskaplig evidens med kliniskt kunnande

och patientens unika situation och önskemål. Här behövs såväl inlevelseförmåga, omdöme och praktisk erfarenhet. Det handlar inte bara om algoritmer.

Skyddsnät

Skyddsnät behövs. Termen "safety netting" myntades av den engelske allmänläkaren Roger Neighbour och är en viktig strategi för att hantera osäkerhet. Det innebär att vi öppet ska kommunicera vår osäkerhet i samråd med patienten, informera om varningstecken (röda flaggor), hur nästa steg i hjälpsökandet kan se ut, och vilket tidsförlopp som förväntas. Speciellt viktigt blir det när det finns risk för allvarlig sjukdom eller svåra komplikationer.

Förtröstan

Ha tålamod. Bli vän med osäkerheten, den är din ständige följeslagare i den allmänmedicinska praktiken. Räkna med att den finns.

Hur hanterar vi medicinsk osäkerhet i vår professionella utveckling?

Nyligen arrangerade jag en lokal fortbildningsdag för allmänläkarna i nordöstra Skåne. Ett tema var medicinsk osäkerhet och jag hade tagit hjälp av barnläkaren Daniel Gedeberg. Han höll en engagerande föreläsning med en hög grad av interaktivitet med deltagarna.

Det slog mig hur dåligt förberedda vi var på medicinsk osäkerhet när vi lämnade grundutbildningen. Inte ens de färskaste AT-läkarna hade blivit rustade med redskap i sin kliniska träning. De äldre allmänläkarna vittnade om ett jobbrelaterat lärande som pågått i årtal, men att frågan sällan hade ventilerats i fortbildningssammanhang. Få var bekanta med tänkande enligt system 1 och 2. När Daniel bad deltagarna att i bikupor berätta om ett patientmöte som inbegrep ett stort mått av osäkerhet var det som att lyfta på ett lock. Mängder av patientberättelser fyllde rummet. Jag rekommenderar starkt valet av ämne, om ni vill ha fart på deltagarna på era fortbildningstillfällen.

Om utbildningen i att hantera osäkerhet är försummad på våra lärosäten så är den inte det i lika stor utsträckning i specialiseringstjänstgöringen. Vi har klätt den i andra ord. Den biopsykosociala modellen, konsultationsträning, patientsäkert arbetssätt med mera bildar tillsammans ett teoretiskt och praktiskt fundament för att utveckla vår förmåga att handskas med osäkerhet. Förebilder har stor betydelse, och här är ömsesidig medsittning en suverän metod.

Att använda kliniska kunskapsstöd kan rekommenderas, men många gånger (speciellt vid hög grad av komplexitet) saknas robust evidens för fortsatt handläggning. Osäkerheten infinner sig vid begränsningar i det medicinska kunskapsläget, liksom när vi själva brister i att bemästra det som redan är känt.

Att bli allmänläkare handlar både om att inhämta kunskap och lära sig läkekonst. Förmågan att härbärgera osäkerhet är central.

Handledartips:

I rollen som frågedoktor eller handledare kan vi ha nytta av vissa tekniker för att hjälpa våra adepter att hantera osäkerhet. Handledaren kan ställa frågor till ST-läkaren:

- Be att få en kort och koncis presentation av problemet in-



klusive differentialdiagnoser. Två eller tre meningar räcker. SBAR-metoden (situation, bakgrund, aktuella uppgifter, rekommendation) är användbar.

- Ställ frågor angående anamnes, status och beställda undersökningar. Vilken betydelse har den sociala situationen? Finns det varningstecken (röda flaggor)? Hur tror du att de beställda undersökningarna påverkar den fortsatta handläggningen?

"Att använda kliniska kunskapsstöd kan rekommenderas, men många gånger (speciellt vid hög grad av komplexitet) saknas robust evidens för fortsatt handläggning."

- Vikta betydelsen av fynden för din handläggning.
- Sammanfatta. Vad har du fått veta? Vad är dina intryck och din (mag)känsla? Vad är sannolikheten för föreslagna diagnoser? Hur långt ska du gå för att utesluta allvarliga tillstånd? Är det ens möjligt? Behöver du ytterligare stöd?
- I händelse av att provsvaren utfaller annorlunda än förväntat – hur gör du då?
- Reflektion: Har du varit med om detta förut? Hur landade förklaringen du gav hos patienten? Hur väl har du planerat för uppföljning? Hur har känslan av osäkerhet påverkat dig, och vad har du för strategier att handskas med det obehag som eventuellt väcks?
- Vad lär du dig av detta?

Osäkerhetens psykologi

Osäkerhet väcker ångest och skuld känslor. Viljan att handla leder ibland till ett prematurt beslutsfattande, vilket i sin tur kan leda till diagnostiska fel. Remissvägen ut kan ibland bli ett kognitivt felsteg. Det finns en risk för överdiagnostik. Tilliten i patient-läkarrelationen kan påverkas negativt. Vissa patienter vill ha en quick-fix och är inte mottagliga för resonemang kring osäkerhet och komplexitet, vilket är en pedagogisk utmaning.

De organisatoriska förutsättningarna i form av tidsbrist, informationsbrist, brist på handledning etc. kan inverka negativt på beslutsfattandet. Om konsultationstiden är alltför kort premieras system 1-tänkandet med risker för patientsäkerheten. Om kontinuitet saknas påverkar det effektiviteten i "safety-netting".

Sker beslutsfattandet i team kan känslor av skam och genans komma in i bilden. Grupptänkande kan skymma sikten för alternativa lösningar.

Konklusion

Som allmänläkare rör vi oss ofta i ett landskap där ovissheten är stor och gemensamma överenskommelser saknas. Här blir

Medicine is a science of uncertainty and an art of probability (William Osler).

beslutsfattandet med nödvändighet av komplex natur. Vissa gånger genererar detta obehag och skapar ångest. Samtidigt är det detta som gör specialiteten allmänmedicin så utmanande och spännande!

Anders Lundqvist

AKO-koordinator Skåne NO
Ordförande i SFAMs Fortbildningsråd
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com



Jäv saknas

Tack! Den här texten har till stor del influerats av "Managing Uncertainty in General Practice" av Simon Morgan och Justin Coleman [2]. Jag har inhämtat deras tillåtelse att använda materialet i denna text. Justin Coleman har en intressant poddcast "Dr Sceptic". Daniel Gedebergs föreläsning väckte lusten till fördjupning. Boken "Mapping Uncertainty in Medicine" av Avril Danzac et al har också varit en stor inspirationskälla [3, 4].

Fördjupning:

1. Kahneman D. Tänka, snabbt och långsamt. Volante 2012. 512 s. ISBN 978-91-86815-72-1. Finns som e-bok.
2. Managing Uncertainty in General Practice. General Practice Supervisors Australia 2017. 20 s. http://gpsupervisorsaustralia.org.au/wp-content/uploads/2017/04/Guide_Managing-Uncertainty_Digital.pdf.
3. Danczak A, Lea A, Murphy G. Mapping Uncertainty in Medicine: What to Do When You Don't Know What to Do? Royal College of General Practitioners: 2016. 332 s. ISBN 978-0850844054.
4. Beck A. Vad ska man göra när man inte vet vad man ska göra? Om att hantera osäkerhet. AllmänMedicin 2017;3:61.

Doktor Glad AB

@doktor-glad

Alias Andreas Thörneby



grupp 1: Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

grupp 2: Prevention, habilitering/rehabilitering.

Primärvårdens ansvarsområde

grupp 3: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Dr Glads verksamhet

grupp 4: Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Preventing overdiagnosis

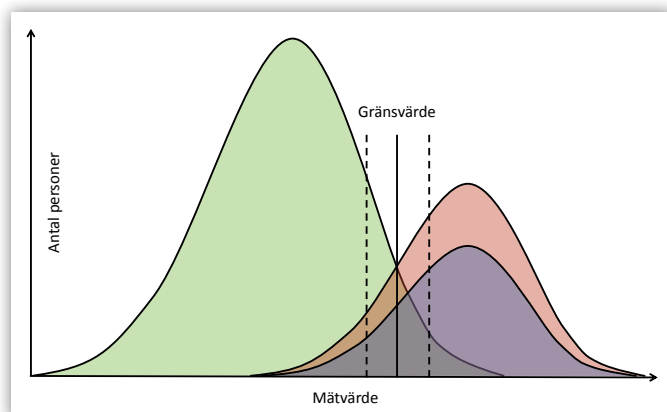
Winding back the harms of too much medicine

Framtiden utmanar med löften om mer diagnostik och mer behandling. Utöver potentiell nytta döljer sig i detta också ett stort hot mot människors hälsa. Ibland gör vi, också med människors bästa för ögonen, mer skada än nytta. Överdiagnostikens omfattning, konsekvenser och möjliga vägar framåt diskuterades på den internationella konferensen "Preventing overdiagnosis" i Köpenhamn i augusti.

Ett ännu sommarvarmt Köpenhamn visade upp sig från sin bästa sida då det i slutet av augusti var dags för den årliga, internationella konferensen "Preventing overdiagnosis". Det var tre inspirerande dagar, med angelägna ämnen och givande möten med kollegor från många länder.

Intresset för konferensen har vuxit under de sex år den anordnats, och ett tecken på detta var att årets upplaga bland annat sponsrades av WHO. Antalet deltagare uppgick till ungefär 300, och utgjordes mestadels av forskare och kliniker, många med hemvist inom allmänmedicinen. Med fanns också journalister, företrädare för patientorganisationer, administratörer och politiker.

Gemensamt för deltagarna var intresset för en evidensbaserad sjukvård som i minsta möjliga utsträckning skapar ohälsa. Att inte skada, orsaka sjukdom eller ohälsa kan tyckas vara ett självklart mål, men exemplen på hur människor mer eller mindre systematiskt kan fara illa också av goda intentioner är otaliga – och konsekvenserna av överdiagnostik och överbehandling har alltmer kommit att uppmärksammas. Inte minst är dessa sjukvårdens biverkningar uppenbara inom allmänmedicinen, där helhetssyn och hanterande av osäkerhet är grundläggande.



Schematisk bild av medicinskt test där gröna (friska) överlappar röda (med sjukdom och nytta av att den upptäcks) och blå (potentiellt överdiagnostiserade). Det gränsvärde som väljs för testet påverkar hur många falskt positiva (gröna till höger om gränsvärdet) och falskt negativa (röda och blå till vänster om gränsvärdet) testet ger, men kan inte skilja ut överdiagnostiserade från dem som har nytta av diagnos. I en verklig situation är bilden förstärkt mer komplicerad, med kurvor som sannolikt oftast inte är normalfördelade, och med oklara skärningspunkter, där val av gränsvärde ändå kan förväntas påverka andelen överdiagnostiserade.

Några definitioner och distinktioner

Fritt översatt efter Brodersen et al [1]

- Överdiagnostik: Att i onödan göra personer till patienter genom att identifiera avvikelser eller problem som aldrig skulle ha orsakat skada, eller att göra normala livsomsändigheter till sjukdom genom utvidgande av sjukdomsdefinitioner.
- Falskt positiva och feldiagnostiserade räknas inte in i denna striktare definition av överdiagnostik, eftersom de inte har den aktuella avvikelser.
- Såväl falskt positiva som feldiagnostiserade och överdiagnostiserade har dock det gemensamt att de riskerar att utsättas för överanvändning av medicinska tester samt överbehandling, utöver de skadeverkningar en diagnos i sig kan medföra.

1. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018;23:1-3.

"Too much medicine" (fritt översatt: "för mycket sjukvård") är numera ett etablerat begrepp, tänkt att uppmärksamma de skadeverkningar som följer av såväl överdiagnostik som överbehandling och andra åtgärder med tveksam nytta. Oro hos patienter, sjukvårdspersonal och organisationer kan bidra till problemet, liksom förstås okunskap. Övertro på teknik, med löften om allt högre upplösning på diagnostiken, riskerar också att leda oss dit, förenad med föreställningar om hälsa som något binärt, där små mätbara avvikelser med tiden antas leda till sjukdom.

Mer eller mindre tydlig påverkan från läkemedelsindustri och övriga intressenter med egen agenda färgar dessutom både allmänhet, medicinska riktlinjer och politiska beslut. Upplevd risk har blivit en lukrativ arena, där patienternas bästa inte utgör något självklart fokus, trots utfästelser om motsatsen.

Har man rätt att känna sig frisk? Vad är normalt? Vad är sjukt? Vad är risk, och vad är riskerna med risk? Vad ska behandlas, och varför? Till vilket pris kan vi tillåta oss leta efter sjukdom och risk? Vad händer när vi förvandlar en människa till en patient? Vilket behov av medicinska kontroller följer av detta? Dessa och angränsande frågor diskuterades på konferensen, där längre föreläsningar varvades med parallella sessioner med workshops, seminarier och presentationer av forskning på området.

Olika typer av screening av symptomfria människor var ett givet fokus på konferensen, liksom hur fler och utvidgade sjukdomsdefinitioner inneburit att allt större andel av befolkningen blivit sjuk eller kommit att tillhöra någon riskgrupp. Intensifierad jakt på sjukdom och statistisk risk för detsamma

speglar, trots goda föresatser, inte nödvändigtvis evidensläget när det gäller att förhindra sjukdom och död – oaktat den risk för fysisk och psykisk skada som dessutom följer.

När screening leder till markant ökad incidens av ett tillstånd, men inte minskar mortalitet eller förekomst av allvarligare stadier, finns det goda skäl att misstänka överdiagnostik. Flera exempel på detta diskuterades på konferensen, liksom oron kopplad till deltagande i screening och den inte sällan krävande och riskfyllda överbehandlingen som blir en oundviklig konsekvens.

Tidig diagnos har inget egenvärde ifall det som diagnostiserats aldrig hade lett till symtom eller skada om det lämnats oupptäckt. Spontanläkning, icke linjärt naturalförlopp, långsamt dito och låg absolut risk utgör exempel på när tidig diagnos kan vara kontraproduktiv.

”Too much medicine” utgör tveklöst ett stort hot mot människors hälsa. Vi kan nog alla behöva skärpa blicken, och i olika sammanhang ställa oss frågan om vi gör mer nytta än skada. Mer kunskap behövs om överdiagnostikens omfattning och konsekvenser. Den kunskap som finns måste också nå ut till patienter, sjukvårdsutövare och politiker. Starka krafter drar i motsatt riktning. Här krävs helhetssyn! Här krävs allmänmedicin!



Martin Andersson
Lessebo vårdcentral
Allmänmedicinskt
kunskapscentrum Kronoberg
Strama Kronoberg
martin.andersson@kronoberg.se



Oskar Lindfors
Rottne vårdcentral
Allmänmedicinskt
kunskapscentrum Kronoberg

Jäv saknas.

Annons



**PREVENTING
OVERDIAGNOSIS**
5-7 December 2019 SYDNEY

preventingoverdiagnosis.net

SAVE THE DATE

KEYNOTES:

BMJ Editor-in-chief, Dr Fiona Godlee
Low-value care world expert,
Prof Adam Elshaug

More to come...

Våga fråga – men hur går det till?

Livet och den verklighet en allmänläkare möter sina patienter i är mångfacetterad och komplicerad. Det är i många fall inte självklart hur man ska hantera patienters problem. Ett effektivt sätt att hantera osäkerhet i den yrkesmässiga vardagen är att fråga, eller konsultera, kollegor. Konsultera antyder ett mer jämbördigt förhållande mellan frågare och tillfrågad. Det implicerar inte att den tillfrågade sitter inne med ett svar utan att man funderar tillsammans.

När vi på min vårdcentral talade om telefonrådgivning och bedömningar och favoritsköterskan Mari hävdade att ”jag gör aldrig någonting som jag inte är helt säker på” insåg jag att jag aldrig gör en bedömning som jag är helt säker på.

Elliot Freidson, amerikansk sociolog, har beskrivit hur viktigt det är för allmänläkare att förankra sitt medicinska agerande hos andra läkare [1]. När jag intervjuat allmänläkare om resultatet av nyss genomförda patientbesök beskrev de samma sak. Om de hamnade i en konflikt mellan patientens önskemål och hur de tänkte sig att gruppen kollegor skulle tycka mådde de sämre om de bröt mot den egna gruppens normer än om de inte uppfyllde patientens önskemål [2].

"Allmänläkare förväntas nu för tiden att uppföra sig som datorer: Att ägna sig åt endast ett problem och ha det färdiga svaret på klassificering av problemet och lämplig åtgärd i en sorts internminne, eller åtminstone kunna slå upp det på lämplig internetsida."

När man känner sig osäker är det alltså viktigt att kunna förankra sina beslut hos kollegor. Man frågar en kollega eller tar upp ett fall i en läkargrupp. Jag har studerat hur det går till i några läkargrupper.

2011–13 gjorde jag återkommande deltagande observationer i en FQ-grupp där distriktsläkare träffades regelbundet för vidareutbildning. Samtalen spelades in, skrevs ut och analyserades.

De diskuterade bland annat hur man kan veta vad man ska göra [3]. Man har med sig ”en kokbok med kunskap man samlat på sig genom åren”. Man har sin kunskap från grundutbildningen, från böcker och PM man läst, man har tidigare erfarenheter, både egna och andras, men framför allt kunskap man fått genom att man pratat med kollegor.

För konsulterandet utvecklar man användbara vägar på samma sätt som när det gäller strategier för att hantera patientfall. De diskuterade vilka kollegor som gav bra svar. De var eniga

om att de frågade en viss kollega om de ville ha stöd för att inte utföra vidare åtgärder, en helt annan om de ville ha stöd för att skriva en remiss och en tredje om de ville ha stöd och hjälp driva en komplicerad utredning vidare.

Om det tog för lång tid att få igenom en remiss fann de på andra vägar, till exempel att skicka till akuten. Samtidigt oroade de sig för betraktas som okunniga och att deras remisser skulle uppfattas som dåliga av kollegor på sjukhuset.

Jag drog mej för att skicka den där remissen akut till barnkliniken fredag eftermiddag. För patienten var det det bästa men... När jag randade på barnkliniken var det alltid ett väldigt gäckande om allmänläkarna och deras knasiga remisser.

När de i gruppen tog upp patientfall hade de ett mycket speciellt sätt att tala med varandra. En kollega tog upp ett patientfall och de andra hängde på med frågor. Korta frågor som fick korta svar som ett blixtlås. Så utvecklades både frågeställningen och vägar mot tänkbara lösningar. Det blev koncentrerade och effektiva samtal. Slående var att de aldrig kritiserade varandra. Om någon hade en avvikande åsikt lindades den försiktigt in, typ ”jag skulle kanske ha försökt med loperamid”.

Här är ett exempel på hur en serie repliker leder frågaren framåt. Dr Bengtsson har frågat sina kollegor om hjälp att förstå sig på en patient, en dam med recidiverande hudutslag och hög CRP.

Dr Barsk: Är hon lite låg i HB?

Dr Bengtsson: Jaa, Hb ligger lite lågt men i och för sig har det varit så tidigare – men man vet inte i vilka situationer det är taget. Jättehögt ferritin men det kan vara en akutfasreaktion. Hur ska man bedöma anemin? Högt ferritin och lågt serumjärn. Taget samtidigt som hon hade högt CRP.

Dr Barsk: Jag skulle ha tagit en ny elfores. Eller ta ett nytt ferritin. Hur snabbt ändrar det sig?

Dr Storm: Om CRP är så där högt påverkas det ju säkert.

Dr Barsk: Även om det är trettio?

Dr Storm: Nej inte om det är trettio.

Dr Barsk: Jag menar trögheten. Hur snabbt går det ner? Det var en månad knappt sen hon hade mycket högre.

Dr Boman: Vid anemi och infektion. Det är akut fasreaktion. Det stiger alltid.

Dr Barsk: Jag menar hur snabbt det sjunker.

Dr Boman: Det vet jag inte, har ingen aning.

Dr Bengtsson: Det var lågt serumjärn.

Dr Barsk: Är hon normocytär?

Så utforskar de, funderar och finner lösningar eller planerar en fortsatt utredning. Även för en passiv lyssnare tillkommer det kunskap. Ingen sa ”aha nu förstår jag” eller liknande. Det förekom sällan tydliga ”kvitton” på dialogernas utvecklande och



Illustration: Annika Andén

utbildande funktion. Det kan vara en anledning till att den professionella dialogen mellan läkare inte har uppmärksammats mer.

Den här sortens samtal var också genomgående då jag grävde där jag stod och bandade läkargruppen med utbildningsläkare och ordinarie allmänläkare på min egen vårdcentral eller då jag intervjuade grupper med läkare om konsultationens resultat. Där förekom dock mera tydliga kommentarer om att frågaren förstått och lärt sig något.

ST-läkaren Åke har träffat en patient med triglycerider på 17.

Åke: Kan det vara så högt? Ska jag ringa till labbet och fråga?

Dr Ros: Det är nästan så det borde vara pärlor i serumet.

Dr Ål: Det kan man ju få ibland, en kommentar om lipemiskt serum.

Åke: Vad innebär det då?

Dr Ål: Jag fick en gång svaret 92, men då sa dom från labb att apparaten inte klarade av så höga värden. Det var en typ II-diabetiker som hade suttit i en grävmaskin och bara ätit chokladkakor och jobbat väldigt, väldigt mycket.

Åke: Det här var en egenföretagare och maskinförare och han hann inte promenera och diabetes visade han sig ha när man testade. Lite grann bara.

Åke: Man får inte fettembolier? Om det klumpar ihop sig?

Dr Ål: Nej, det tror jag inte.

Åke: Det var i alla fall skönt.

Dr Ål: Hur gammal är han?

Åke: I 40-årsåldern.

Dr Ål: Står han på några medikamenter?

Åke: Jag tror inte det.

Dr Ros: Hur ligger sockret?

Åke: Fastevärdet var 8 och HbA1c 60, så det är väl inte jättemycket.

Dr Örn: Blodtrycket?

... Så fortsätter det och mynnar ut i en diskussion om kost och medicinering.

Gabbay och Le May har följt och studerat allmänläkargrupper och grupper med andra läkare och funnit att en viktig framgångsfaktor för en allmänläkarmottagning är just att allmänläkarna diskuterar lösningar av patienters problem och pratar med varandra både enskilt och i grupp [4].

I en studie där mycket erfarna allmänläkare fyllde i en enkät om hur de uppfattat förloppet av sina konsultationer angav de att de kände sig säkra på hur de hanterat patientens problem i 76 % av konsultationerna [5]. Då återstod att hantera den fjärdedel av konsultationerna där de inte kände sig helt säkra. Låt oss hoppas att de har kollegor att fråga och diskutera med både enskilt och i grupp.

Allmänläkare förväntas nu för tiden att uppföra sig som datorer: att ägna sig åt endast ett problem och ha det färdiga svaret på klassificering av problemet och lämplig åtgärd i en sorts internminne, eller åtminstone kunna slå upp det på lämplig internetsida. Om det vore så skulle man inte behöva prata med kollegor, ja knappast behövas alls.

Annika Andén
Allmänläkare, MD
Specialistläkarmottagningen
Hermelinen, Luleå
annika.anden@gmail.com



Jäv saknas.

Referenser:

1. Freidson E: Doctoring together. A Study of Professional Social Control. Chicago and London: The University of Chicago Press Ltd, 1980.
2. Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C E: To make a difference. How GPs conceive consultation outcomes. A phenomenographic study. BMC Family Practice 2009;10:4.
3. Andén A: Professionell utveckling förutsätter kollegial dialog. Allmänmedicin 2017;4:10-12.
4. Gabbay J, LeMay A: Practice-based evidence for health care clinical mindlines. New York: Routledge 2011.
5. André M, Andén A, Borgquist L, Rudebeck C E: GPs' decision-making, perceiving the patient as a person or a disease. BMC Family Practice 2012;13:38.

AllmänMedicin informerar

Nätläkare beforskas

Är bedömningen via digital vårdgivare lika tillförlitlig som fysisk bedömning avseende Centorkriterierna för halsfluss? En del digitala vårdaktörer har valt att inte följa STRAMA:s riktlinjer. I en studie som Doktor24 och Karolinska Institutet genomför jämförs den digitala bedömningen av symptom med den fysiska bedömningen vid ett besök på vårdcentral eller närakut.

Checklistor som hjälp att bemästra osäkerhet

Checklistor av olika slag används för att minska läkarens – och patientens – osäkerhet. Det kan vara en skriven lapp, ett inlärt undersökningsschema, ett frågeformulär, en samtalsmodell eller en journalmall. Datorerna kan effektivisera och förbättra checklistorna, men inte ersätta den mänskliga hjärnan.

Jag döstar lite grann. Det är över 20 år sedan jag var kliniskt aktiv. Men det är svårt att göra sig av med vissa saker.

Jag hittar ett litet maskinskrivet papper, instoppat i plast (bild 1). Det bar jag un-

der många år alltid i bröstfickan på min rock. Dr Link lärde oss att på 5–10 minuter göra ett fullständigt neurologstatus i stående-sittande-liggande. Om allt var u.a. kunde man med stor säkerhet tala om för patienten med tillfällig huvudvärk eller yrsel att det inte finns tecken på något allvarligt. Patienten kände sig samtidigt väl undersökt.

Jag hittade också ett schema över olika typer av huvudvärkar (bild 2). Det använde jag inte lika frekvent. Den kunskapen var lättare att stoppa in i huvudet, eller behövdes inte lika ofta.

Från kurserna i ortopedisk medicin

hade jag mitt schema för undersökning av bland annat nacke och axlar. Jag fick en stor rökt ål när en patient förstått att det var i axeln han hade ont, inte i hjärtat. Även denna undersökningsteknik fick patienterna att känna sig väl undersökta.

Den noggranna kliniska undersökningen på avklädd patient, som jag lärde mig under professor Gunnar Björck på Serafimerlasarettet på 60-talet, är en sorts checklista. Den gör både mig och patienten mindre osäkra. Man ska heller inte underskatta betydelsen av att lägga handen på det onda stället.

Det goda samtalet är en sorts klinisk undersökning. Här är jag beroende av patientens medverkan. Det är patienten som ska känna att hen i trygghet kan beröra "det onda stället" och anförtro det åt läkaren.

Det finns andra checklistor, men de har inte fastnat i mitt minne. "Dessa prover ska tas vid symtomen X, diagnosen Y" etc. Sådant som ett dataprogram kan hålla reda på.

Så finns det frågor man ska ställa – om levnadsvanor, om våld i nära relationer, om arv, om depression, om jobb och familj, om tidigare sjukdomar ... (bild 3). Här finns frågeformulär som ska/kan användas. Intressant är att depression inte diagnostiseras bättre med utvärderade frågeformulär än med vanliga frågor i ett samtal [1].

Sjuksköterskor i telefonrådgivningen har alltid suttit med dessa frågeställningar.

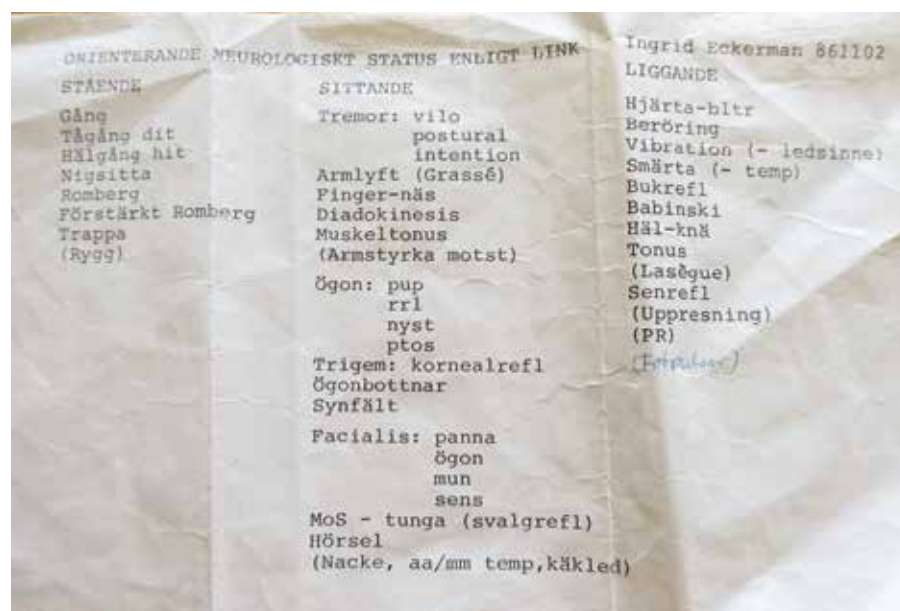


Bild 1

DIFFERENTIALDIAGNOSTISKT SCHEMA					
	MIGRAEN	KORTVARIG HUVUDVÄR	TRIGEMINÄL NEURALGI	SPÄNNINGS HUVUDVÄR	HUVUDVÄR VID TUNNA CEREBRI
Kön	Kvinnor (60-70%)	Män (80-90%)	Kvinnor: män 2:1	Kvinnor: män 3:1	Både könen
Debutålder (genomsnittlig)	10-20 år	20-40 år	50-60 år	15-50 år	Alla åldrar
Års	Florescerande (i 20% av fallen)	—	—	—	—
HUVUDVÄR					
Lokalisation	Ofta unilateralt, vanligen övre huvudhalvan	Alltid unilateralt, ögat, pannan, öronen, käken	Unilateralt, en eller flera av nervus trigeminusgrenarnas utbredningsområden, vanligt i nervus ophthalmicus	Vanligen hela huvudet ("båge rytt huvudet")	Variérande, ofta occipitalt vid baktal skuggpropp
Karaktär	Intensiv, pulserande, sprängande, förvärras av fysisk ansträngning	Mycket intensiv, kontinuerlig, skakande eller sprängande	Mycket intensiv "elektrisk stöt"	Kontinuerlig, döj, molande, tryckande	Sprängande, förvärras av fysisk ansträngning
Associerade symtom	Liv-, luddämning, illamående, kräkningar	Ögonrodnad, tårödnad, rök, eventuellt hörnar	Tic douloureux (smärtsamt)	Tryckbrott över skapels/rackens muskler, brisat	Ständiga, kränkningar, neurologiska fokalsymtom
Attackduration	4-72 timmar	15 minuter-3 timmar	Sekunder (prepetiv) 1-2 minuter	Ständig, fluktuerande (längre attacker)	Minuter-timmar
Attackfrekvens	Variérande, ofta 1-3 gånger/månad	Dagligen i veckor-månader ("clusters")	Ofta flera per dygn	Ständig, fluktuerande (längre attacker)	Ofta flera per dygn
Tid på dygnet	Ofta tidigt på morgonen	1-2 gånger/dygn, ofta nattetid	Dagtid, speciellt vid morgonväckning och måltider	Hela dagen, väcker i patienten	Efternatt-morgonen
Remissionstid	Variérande, exempelvis vid graviditet	Månader-år	Variérande	Års, eller beroende av yttre faktorer	—
Utlösnande faktorer	Stress, ost, vin, choklad, menstruationer	Öl, alkohol	Stimulation av triggerzoner	Frysiska påfrysningar, depression	Förvärras av host, nysst, fysisk ansträngning

Bild 2



Bild 3

RIGTIG SYG

HVOR SKAL DU RINGE HEN?



RING RIGTIGT

Egen læge, lægevagt eller 1-1-2? Det kommer helt an på situationen. Er du kommet til skade eller blevet pludseligt syg uden for lægens åbningstid, så ring til lægevagten på 70 150 300. Ring til 1-1-2, hvis der er tale om livsfare. Er det ikke akut, skal du altid ringe til din egen læge. Husk det, så ringer du altid rigtigt.

Se mere på rn.dk/ringrigtigt

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Region Nordjylland i Danmark har anvendt checklista för att "utbilda" patienter i att ringa rätt.

Idag har man stora förväntningar på artificiell intelligens, AI. Samtidigt varnas det för en övertro på AI-lösningar, och att vi "använder ointelligent AI för saker som kräver betydligt mer avancerad intelligens, till exempel förmåga att förstå, resonera, värdera och göra moraliska överväganden" [2]. Forskare påpekar att om människa och maskin kombineras så är de bättre tillsammans än var för sig [3].

Checklistorna, oavsett utformning och teknisk lösning, fungerar bäst tillsammans med en mänsklig hjärna med intuition nog att uppfatta osäkerhet och kunna göra avsteg från dem.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. Magnil M. Depression på vårdcentral. Personcentrerad konsultation bra verktyg för diagnostik. AllmänMedicin 2014;1:25-27.
2. Hellström T. Farlig övertro på AI som ännu är alltför ointelligent. DN Debatt 7.10.2018 <https://www.dn.se/debatt/farlig-overtro-pa-ai-som-annu-ar-allt-for-ointelligent/>.
3. Forskarna: Så ser vår framtid med artificiell intelligens ut. Metro 16.4.2018 <https://www.metro.se/artikel/forskarna-s%C3%A5-ser-v%C3%A5r-framtid-med-artificiell-intelligens-ut>.

För sin osäkerhet har de haft olika manualer att tillgå. Nu finns Stöd och behandling i 1177 för både läkare och sjuksköterskor. Fler stödfunktioner finns och är under utveckling. Nätläkarna är i hög grad beroende av sådana algoritmer*.

Man hinner inte med allt i ett telefonsamtal på 5 minuter eller en konsultation på i bästa fall 30 minuter (övriga specialister har ofta 45–60 minuter). Vad är viktigt för just den här patienten

just idag? Vad vet jag redan? Vad kan jag snabbt och effektivt utläsa ur journalen? Vilken undersökning ska jag prioritera idag? Frågan är om checklistor och dataprogram här är lika effektiva som doktors hjärna.

Än så länge kan datorerna hjälpa oss bara med det vi stoppat in i dem. Den potentialen är långt ifrån utnyttjad. Jag vill ha min checklista ett klick bort, projicerad på väggen bakom patienten, i mina magiska glasögon eller uppläst i öronproppen, samtidigt som den finns i journalen. Med ett ögonkast eller några ord ska jag kunna fylla i journalen. Om något inte är "u.a." så kommer det förslag till förfinade undersökningar.

* En algoritm är inom matematiken och datavetenskapen en begränsad uppsättning (mängd) väldefinierade instruktioner för att lösa en uppgift, som från givna utgångstillstånd (starttillstånd) inom ett ändligt antal steg når ett sluttillstånd (resultat). (Wikipedia)

AllmänMedicin informerar

Planera dina bidrag till AllmänMedicin!

Årets teman är:

- Våra mest behövande patienter (manusstopp 14.1)
- Allmänmedicin i grundutbildningen (25.3)
- 21 landsting – 21 system (19.8)
- Primärvården har blivit bättre! (14.10)

Kroniska förbättringar för kroniska patienter

Väntelistor och kallelser har använts för patienter med kroniska sjukdomar, trots brister. På vårdcentralen Vilan har vi utvecklat ett IT-system som gör en riskskattning utifrån diagnoser och andra uppgifter för att därefter automatiskt uppdatera väntelistan.

Vid min vårdcentral, som vid många andra, har vi gjort vårt bästa för att kalla våra patienter med kroniska sjukdomar till regelbundna besök med hjälp av väntelistor. Med tiden har det visat sig att våra väntelistor lämnar en del att önska. Vissa patienter saknas från listorna, andra finns med på listorna fast de inte längre är listade vid vårdcentralen (eller vid livet). Härtill saknar listorna till stor del struktur gällande måldatum och prioritet.

Kanske skulle detta – åtminstone delvis – gå att lösa med fastare rutiner och mer administration. Vi har dock valt en alternativ lösning: dynamiska väntelistor med algoritm-baserad riskskattning, som genereras på datorbaserad väg (via en kombination av R och MySQL) utifrån journaluppgifter, läkemedelsförskrivningar och registrerade lab/mätvärden.

"Det har blivit tydligt vilka av våra kronikermottagningar som är underbemannade och i hur hög grad."

Då lösningen i sin helhet är för omfattande för att beskrivas in i minsta detalj på dessa rader tänkte jag exemplifiera processen genom att beskriva metoden för våra patienter med hjärt-kärlsjukdom.

Urval

Alla patienter med essentiell hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, lipidrubbing och ateroskleros inkluderas. Patienter med diabetes mellitus typ 2 exkluderas, då de istället följs av diabetessköterska/läkare.

Riskskattning

Riskskattning sker enligt ESC/ESH:s riskskattningsmodell, dvs. risken bedöms utifrån en kombination av riskfaktorer, subklinisk/etablerad organskada samt blodtryck. Majoriteten av dessa faktorer kan hämtas direkt från diagnoskoder och lab/mätvärden. Andra faktorer förutsätter en mer strukturerad journalföring (ex. vänsterkammarhypertrofi), varför en del av detta arbete för vår del har varit att strukturera om våra journalmallar. Ett fåtal faktorer kräver beräkning. BMI beräknas för alla patienter där det finns mätvärden för längd/vikt, samt relativt eGFR för alla patienter med ett kreatininvärde (enligt LM-rev). Utifrån detta kan varje enskild patient bedömas ha låg, måttlig, hög eller mycket hög kardiovaskulär risk.

Arbetsätt

Riskskattningen gör det möjligt att definiera uppföljning med olika intervall för de olika patientgrupperna.

Då patienterna inkluderas och riskskattas utifrån diagnoser, lab/mätdata och genomförda besök uppdateras väntelistan automatiskt – patienter som nyligen varit på ett besök flyttas längre ner på listan, patienter som inte följts upp på längre tid stiger uppåt på väntelistan.

I väntelistan sammanställs samtidigt information gällande varje enskild patient, som gör det möjligt att få en snabb överblick inför besöket, exempelvis:

- *Hög kardiovaskulär risk*
- *Medelblodtryck: 142/67*
- *Behandling med ACE-hämmare, Betablockerare, Loop-diuretika, Statin, ASA*
- *Riskfaktorer: Högt BMI: 30, Högt kolesterol: 5.5 mmol/L, Högt LDL: 3.05 mmol/L Riskålder: 75 år*
- *Manifestationer: Högt pulstryck: 75 mmHg, Njurpåverkan: eGFR: 58.91 ml/min*
- *Inga komplikationer*

Utifrån den sammanställda informationen går det även att definiera provtagning inför besöket baserat på en rad parametrar, snarare än att beställa samma prover för alla patienter. På så sätt kontrolleras ex. kalium regelbundet för alla patienter som fått ACE-hämmare/ARB förskrivet; blodstatus för alla patienter som får antikoagulantia; HbA1c med tätare intervall för patienter med ålder >65 år, känd dyslipidemi eller övervikt; EKG på alla patienter med hjärt-kärlsjukdom där det inte finns ett tidigare EKG registrerat etc.

Som en ytterligare implikation av detta finns nu ett utförligt underlag där det med basis i vår medicinska bedömning på grupp-nivå går att visa hur många besök som krävs varje månad för att erbjuda våra patienter den uppföljning vi bedömt vara rimlig, vilket kan användas som ett underlag till schemaläggningen.

Det är också möjligt att på ett systematiskt sätt fånga upp patienter som kan ha blivit feldiagnostiserade och/eller felmedicinerade, ex. patienter med njursvikt där medicineringen inte anpassats därefter, patienter med hög FEV-kvot trots KOL-diagnos osv.

Vid sidan av de dynamiska väntelistorna för hjärt-kärlsjukdom, astma/KOL och diabetes finns slutligen även en väntelista för äldre patienter. Till skillnad från de andra listorna baseras inte denna på en traditionell riskskattning – här prioriteras i stället patienter med polyfarmaci, ett eller flera olämpliga läkemedel för äldre samt lång tid sedan senaste läkemedelsavstämning.

Resultat

Under de månader som detta arbete hittills pågått har den största förändringen jämfört med tidigare varit att de patienter som av olika anledningar fallit bort från väntelistorna och inte själva hört av sig till vårdcentralen nu prioriterats upp. På min



Illustration: Katarina Liliequist

vårdcentral har 1915 patienter som inte bor på särskilt boende eller sköts av hemsjukvården diagnostiserats med essentiell hypertoni – av dessa saknades 653 st på väntelistan (!).

Modellen har inneburit en möjlighet att, på gruppnivå, definiera med vilket tidsintervall patienterna ska träffa olika yrkesgrupper för sina regelbundna återkommande besök/kontroller. Det har också blivit tydligt vilka av våra kronikermottagningar som är

underbemannade och i hur hög grad – vilket i kombination med ett aktivt val att prioritera dessa patientgrupper varit en bidragande faktor till att vi satt av mer tid för detta inom verksamheten.

Vid uppföljning av detta i de regionala siffrorna för VGR (Munin, QregPV, kvalitetsersättning samt PrimärvårdsKvalitet) ses nu att en högre andel patienter når sina blodtrycksvärden, en högre andel patienter med kranskärslsjukdom har fått återbesök etc. Detta är än så länge sannolikt till största delen ett resultat av att dessa arbetsuppgifter prioriterats upp. På sikt är vår förhoppning att uppnå än bättre resultat när och om alla patienter som borde erbjudas möjlighet att komma till dessa mottagningar också får möjlighet att göra det.

Som så ofta är fallet har detta att förbättra fört med sig flera från början oförutsedda positiva bieffekter. Inför årets influensavaccination har vi så kunnat skicka ut personliga brev (med förifyllda uppgifter) till alla patienter tillhörande en riskgrupp. Vi har också kunnat ha dessa väntelistor som ett underlag när vi bokar in patienter från olika diagnos/riskgrupper till våra utbildningsläkare.

Mårten Segerkvist

Vårdcentralen Vilan, Skara
marten.segerkvist@brackediakoni.se

Jäv saknas.



Annons

God planering av återbesök minskar osäkerheten

Förutom en kort period omkring 1990 har svensk primärvård varit kraftigt underdimensionerad. De flesta läkare har ansvar för alltför många invånare. Ett ad-hoc-system för återbesök medför risk för patientsäkerhet. Är det "rätt" patienter som kommer? Får de rätt behandling och kontroll? Olika administrativa system har använts med samma syfte: att få kontroll över sina patienter och öka patientsäkerheten.

Väntrummodellen

Min provinsialläkare hade drop-in-mottagning. Man satte sig i väntrummet och väntade på sin tur. Journalanteckningarna skrev han in i svarta vaxduksböcker, i tidsordning. Kontinuiteten var hundraprocentig, utom på sommaren då en med.kand. vikarierade några veckor. Distriktssköterskan arbetade självständigt från sitt eget hus.

Tidsbeställning

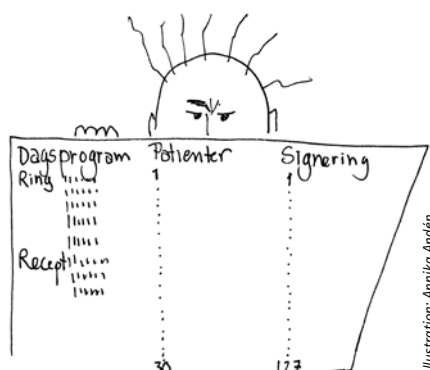
När jag gjorde min AT hade det blivit modernt med tidsbeställning.

En kollega berättade om en ort i Norrland där patienterna fick vänta timmar i väntrummet. Han införde tidsbeställning – till patienternas stora förtret. För att träffas brukade de stämma träff i doktors väntrum. De kom från byarna runt omkring, åkte in med skolbussen på morgonen och tillbaka sena eftermiddagen.

År 1977 blev jag "allmänläkarkompetent". På min första vårdcentral hade man en tidbok som sträckte sig tre månader framåt. Man kunde få en akuttid idag eller en tid om tre månader. Det ledde till överbokningar.

Lerummodellen

Efter några år skulle vi starta upp en ny vårdcentral, med 21 000 invånare på tre läkare. Kontinuiteten stöddes av att varje distriktsläkare tillsammans med två distriktssköterskor och senare AT-läkare hade huvudansvaret för ett geografiskt område. Jag ville ha ordning på tidbokningen med någon form av prioritering. Från Västsverige hämtade vi hem Lerummodellen. Den hade två viktiga komponenter:



– *Bokningsbara tider i tidboken* märktes med olika färger under den bokningsbara perioden (hos oss sex veckor): akut, halvakut och i rimlig tid.

– *RP-lappen* (Registrering och Planering) angav orsak till återbesöket, ungefärlig tidpunkt, prover och undersökningar före besöket.

Tidbokningen skedde helt och hållet av distriktssköterskorna i tidsbeställningen, med hjälp av RP-lappen. Alla utanför den bokningsbara perioden kallades skriftligen. Proverna var klara till läkarbesöket, läkarkontinuiteten blev god och oplanerade receptförnyelser var en sällsynthet. Utbildningar och ledigheter planerades två månader i förväg. Patienterna kunde styras till den utbildningsläkare som deras egen läkare handledde.

Husläkarmodellen

Primärvården blev ännu mer utbyggd, och husläkarmodellen infördes. Det blev omodernt att "ta över" ansvaret för patienterna som nu fick ringa direkt till sin läkare, lägga fram problemet och få tid. Även då ordinerades provtagningar och undersökningar i förväg med hjälp av RP-lappen. I vissa fall fick patienten en speciell påminnelseapp med sig hem. Vissa grupper fortsatte vi kalla: diabetiker, dem med nedsatt autonomi och andra där återbesöket inte fick missas.

När datajournalen kom fördes själva tidboken in där, medan RP-lappen tillsammans med pappersremsorna fortsatte sitt liv utanför datorn.

Anarkimodellen?

Av för mig okänd anledning tycks kallesystemet nu ofta övergått i anarki.

Patienten är kontinuerlig men många mottagningar strävar inte längre efter läkarkontinuitet. Ansvar för uppföljning har lagts över på patienten. Recept kan förnyas i flera år utan att patienten haft kontakt med sin läkare. Provtagning och andra undersökningar sker ofta efter själva besöket, vilket gör att ny patientkontakt måste tas.

Sittrondsmodellen

På några vårdcentraler används en form av sittronder där läkare, sjuksköterskor, kanske sjukgymnast och psykolog/kurator dagligen träffas för att diskutera och triagera de patienter som vill beställa tid. De som deltar måste vara pålästa om patienten. Fortbildningsvärdet är stort.

En annan variant är att sjuksköterskan träffar läkarna varje vecka och då diskuterar de patienter som vill ha tid.

Datorstyrd väntelista

På vårdcentralen Vilan låter man datorn ta fram en väntelista för patienter med kroniska sjukdomar, utifrån riskskattning (sid. 34). Fördelen är att man bättre kan avsätta tider för återbesöken och att lämplig provtagning görs före besöket. Färre missar görs beträffande uppföljning och läkemedelsförskrivning.

Nackdelen är att den personliga känningen om patienten, som compliance, språksvårigheter, samsjuklighet och patientens önskemål inte tas till vara. Det bör dock inte vara svårt att komplettera dataprogrammet med en möjlighet att manuellt lägga in önskad återbesök och att komplettera med andra undersökningar.

Intressant är om riskskattningen skulle påverkas av att friskfaktorer, t.ex. levnadsvanor och välmående, lades in i systemet.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Placebo: Säker plats i vetenskapsmetodiken, men osäker nytta i praktiken

Att använda behandling med "sockerpiller" har varit standard genom medicinhistorien. Placeboeffekten kan tyckas stor, men beror ofta på naturlig förbättring.

Begreppet placebo kommer från psalm 116 i den latinska bibelöversättningen Vulgata: "placebo Domino in regione vivorum" – "jag ska behaga Herren i de levandes land". Det är antifonen, den återkommande refrängen där församlingen stämde in, i en begravningsmessa från 800-talet.

Då en stor man dött hyrde rika familjer in professionella sörjare och gråterskor till begravningen, "placebosångare". "Placebo" blev en term för något oäkta. I Geoffrey Chaucers "Canterbury tales" får en lismande, falskt smickrande karaktär heta just "Placebo".

Att använda falsk men behagande medicin har varit standard genom medicinhistorien. Fram till 1800-talet används begreppet placebo för denna typ av behandling. Det var ofta piller gjorda av bröd eller färgat vatten.

"Sannolikt är det återgång till medelvärdet som förklarar varför placeboeffekten var störst hos de som mådde sämst."

Ofta var behandlingen framgångsrik. Den amerikanske presidenten Thomas Jefferson skriver att "en av de mest framstående läkare jag känner berättar att han använder mer 'placebosubstanser' än övriga läkemedel sammantagna".

Att en framstående läkare på 1800-talet använde placebo-behandlingar kan ha varit klokt med tanke på den bristfälliga förståelsen och behandlingen av många sjukdomar. Det bästa kunde vara att ge sockerpiller.

En studie om behandling av lunginflammation publicerades 1849 av den österrikiske läkaren Józef Dietl [1]. Patienterna delades in i tre grupper: en fick den gängse behandlingen åderlåtning, en fick kräkmedel som det moderna sättet att återställa vätskebalansen i kroppen, och (här gör Dietl något revolutionerande) en tredje grupp som inte fick någon behandling alls. Av dem som fick åderlåtning eller kräkmedel dog 20 %, men av dem som inte fått någon behandling endast 7 %.

Det är fascinerande att läkare för 150 år sedan gav en behandling som dödade var åttonde patient! Åderlåtning hade använts som behandling ända sedan Hippokrates och stod kvar som behandling av pneumoni i en europeisk medicinsk lärobok 1942 [2, 3].

Placebo börjar användas inom vetenskapen

Under 1930-talet var det vanligt med vaccination mot "vanlig förkylning". Studier på denna typ av vaccin utfördes på frivilliga vid universiteten. Man hade gjort studier utan kontrollgrupp där alla fick vaccinationen, med goda resultat – studiepopulationen rapporterade att de var mindre förkylda. Man gjorde om studierna med en kontrollgrupp som inte fick någon behandling och återigen såg man att de som fick vaccinationerna rapporterade färre förkylningar än de som inte fick behandling. Alla (inklusive läkemedelsföretagen) var nöjda och hundratusentals amerikaner vaccinerade sig mot förkylning.

1938 publicerade Harold Diehl en studie där han delade upp de frivilliga i två grupper: en som fick vaccin och en grupp som fick "placebovaccination" [4]. Studien anses vara en av de första randomiserade, dubbelblinda, placebokontrollerade studierna [5]. Diehl kunde påvisa lika goda resultat i båda grupperna – till och med något bättre resultat i placebogruppen: "One of the most significant aspects of this study is the great reduction in the number of colds which the members of the control groups reported during the experimental period. In fact these results were as good as many of those reported in uncontrolled studies which recommended the use of cold vaccines".



Józef Dietl. Litografi 1844 av Josef Kriehuber.

Från 1800-talet till första halvan av 1900-talet sker en glidning av begreppet placebo, från ett avsiktligt använt verkningslöst preparat som ges för att behaga patienter i klinisk vardag till en metod för att kunna blinda och få fram den "egentliga effekten" av ett läkemedel i en studie. En del kritiserade termen placebo och ansåg att det borde kallas attrappläkemedel ("dummy pills"): syftet är inte att behaga utan att vilseleda både patient och forskare.

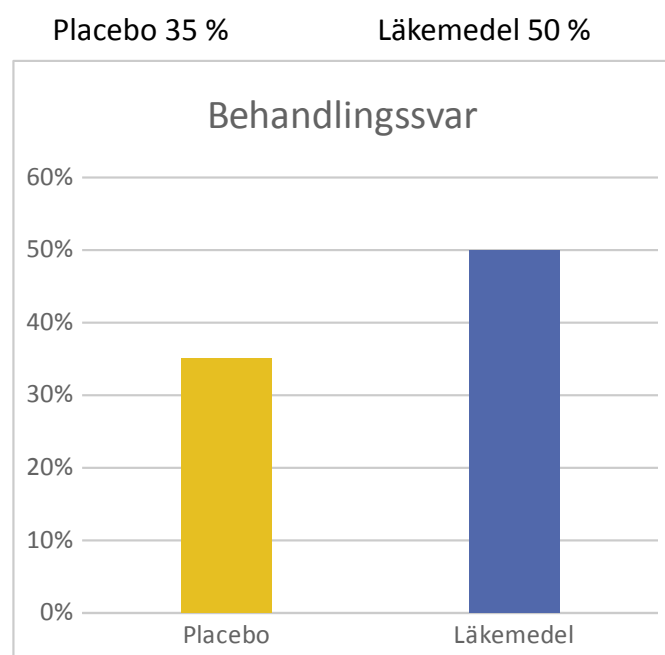
Placeboeffekten

Historiens pendel svänger. Under andra halvan av 1900-talet växer intresset för sockerpillrens effekter. Henry Beecher publicerar 1955 en studie som får stort genomslag – "The powerful placebo". Beecher tittade på femton placebokontrollerade studier och fann att 35 % av studiedeltagare i placebogrupperna hade fått en signifikant lindring av sina besvär. Förbättringen var större ju sjukare patienten var.

Nu uppkommer begreppet placeboeffekt: den effekt som man ser vid placebobehandling. Begreppet har fått starkt fäste. Dokumentärer och tidningsartiklar skildrar den kraftfulla placeboeffekten. Begreppet placebo får alltså ytterligare en betydelse, som ligger närmare 1700-talets syn med behagande behandling än Harold Diehls attrapper för att studera en obehandlad population.

Bilden av "den starka placeboeffekten" behöver problematiseras och har också kritiserats. Vissa menar att placeboeffekten som den normalt framställs inte finns. Hur kan en del mena att placeboeffekten är stor och andra mena att den inte finns?

Figur 1 visar ett exempel på hur man brukar jämföra placebo och studiäläkemedel. Utrymmet mellan placebo och den aktiva behandlingen är det som kallas behandlingseffekten. Men vad är placeboeffekten? Är den så stor som Beecher säger i studien "The powerful placebo", att 35 % förbättras av placebo? Om så vore fallet skulle vi bara behöva behandla tre personer med placebo för att göra nytta för en person (number needed to



Figur 1



Bild 1. Åderlätning. Från *Le Régime du corps*, Lille (?), Frankrike omkring 1285. British Library: MS Sloane 2435, detalj ur folio 11v. Foto British Library. – Läkaren Sir Hans Sloane (1660–1753) samlade manuskript om medicin, alkemi, kemi, botanik, resor, matematik, naturhistoria, magi och religion.

treat, NNT, = 3). Detta är ett missvisande resonemang. Den största delen av förbättringen är troligtvis utläkning – vi vet inte hur många som hade förbättrats med ingen behandling alls.

Placeboeffekten definierad som all förbättring man ser i kontrollgruppen i en studiepopulation kan delas upp i två delar. Dels en psykosomatisk "mina tankar, känslor, förväntningar, orosnivå påverkar mitt kroppsliga mående"-effekt och dels en "skulle-blivit-bra-ändå"-effekt. Att slå fast hur stor del av placeboeffekten som utgörs av dessa respektive delar är svårt.

Asbjørn Hróbjartsson publicerade 2010 en Cochrane-analys där man drar slutsatsen att "We did not find that placebo interventions have important clinical effects in general. However, in certain settings placebo interventions can influence patient-reported outcomes, especially pain and nausea, though it is difficult to distinguish patient-reported effects of placebo from biased reporting" [6]. Man ser inte någon mätbar effekt men subjektiv förbättring av framförallt smärta och illamående.

Återgång till medelvärde

Att man ser en klar förbättring i placebogruppen trots att den "psykosomatiska placeboeffekten" i de flesta fall är liten beror på ett statistiskt fenomen som kallas återgång till medelvärde ("regression to the mean"). Alla förlopp har ett större eller mindre inslag av slumpartade växlingar – det kan gälla resultat på ett prov, antal patienter som ringer på en dag eller ryggont. Dessa växlingar rör sig normalfördelat kring ett medelvärde och verkar på grund av sin slumpmässighet att sträva mot detta medelvärde.

Patienter med långvariga besvär söker då det är "värre än vanligt". Om det sedan får gå en tid mår de med stor sannolikhet bättre. Ju mer ont än vanligt, ju mer extrem en smärta är, desto mer troligt är det att den blivit bättre, då statistiska "extremer" alltid förbättras mest. Beechers skriver i "The power of the Placebo" att de som mår sämst svarade bäst på placebo. Sannolikt är det återgång till medelvärde som förklarar varför placeboeffekten var störst hos de som mårde sämst.

Fallgropar i kliniken

Inom vården möter vi alltid extremer. Den knappa procent av sina listade patienter som man möter på drop in-mottagningen mår sämre än de vanligen gör. Då är det en övervägande risk att övervärdera de insatser vi gör. Patienter söker då det är som sämst och de kommer sannolikt att bli bättre – oavsett behandling.

Det finns två fallgropar där man riskerar att tillskriva verkningslösa behandlingar nytta. En rör sig om kortvariga tillstånd med god prognos. Du kan behandla lumbago och förkylning nästan hur som helst – allt verkar fungera! Detta innebär att även direkt skadlig behandling kan fortgå. Antibiotika mot förkylning och sängläge mot lumbago kunde nog leva kvar så länge då många patienter ändå blev bra.

Den andra fallgropen rör mer långsamt växlande besvär som t.ex. depressiva symtom. Om man konsekutivt testat flera depressionsbehandlingar på en depression kommer sannolikt en förbättring kopplas samman med den senaste behandlingsförändringen – trots att dessa inte har något kausalt samband.

Vidare läsning

- De Craen, Anton JM, et al. "Placebos and placebo effects in medicine: historical overview." *Journal of the Royal Society of Medicine* 92.10 (1999): 511-515.
- Colquhoun, David "Placebo effects are weak: regression to the mean is the main reason ineffective treatments appear to work".

Risken är stor att vi uppfyller Voltaires satiriska citat: "Läkekonsten består i att underhålla patienten medan naturen läker sjukdomen."

Som läkare får man vara uppmärksam på att inte lura både sig själv och sina patienter med verkningslösa behandlingar – alla mediciner kan fungera som attrapper!



David Gyll
ST-läkare
Svartbäckens VC
Uppsala
gyll.david@gmail.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Dietl, Joseph. *Der Aderlass in der Lungenentzündung*. Kaulfuss Witwe, Prandel & Comp., 1849.
2. HA, Christian. "Osler's principles and practice of medicine." *London, United Kingdom: Century Co* (1942). p 61.
3. Thomas, D. P. "The demise of bloodletting." *JR Coll Physicians Edinb* 44 (2014): 72-77.
4. Diehl, Harold S., A. B. Baker, and Donald W. Cowan. "Cold vaccines: an evaluation based on a controlled study." *Journal of the American Medical Association* 111.13 (1938): 1168-1173.
5. Waller, Lance A. "A note on Harold S. Diehl, randomization, and clinical trials." *Controlled clinical trials* 18.2 (1997): 180-183.
6. Hróbjartsson, Asbjørn, and Peter C. Gøtzsche. "Placebo interventions for all clinical conditions." *Cochrane database of systematic reviews* 1 (2010).

Läkemedel som hot

Problemet med förfälskade läkemedel är stort globalt. Patienter med svårbedömda symtom kan ha biverkningar av sådana. Läkare behöver vara mer medvetna om förekomsten av förfälskade läkemedel, och veta hur de ska handskas med problemet.

- En 70-årig kvinna har varit på besök i sitt hemland och klagat vid återkomsten på besvär som kan misstänkas vara biverkningar av läkemedel.
- En 25-årig man med känd ångestproblematik och nya oklara besvär svarar undvikande på frågor om vilka mediciner han tar.
- I samband med en resa till ett soligt semesterland utanför Europa har en 50-årig man köpt läkemedel mot förkylning och hosta på ett lokalt apotek, och han tycker nu att han snarast blivit sjukare.

- En tonårsflicka med ryggvärk vill ha en riktigt bra medicin som hon provat men inte fått utskrivna på vårdcentralen.

"Försäljning av förfälskade läkemedel är en mycket lukrativ bransch, med stora vinster och låga straff vid upptäckt."

De här patienterna kan dyka upp i den svenska primärvården och innebära diagnostiska och terapeutiska problem. Fram till för några år sedan kunde allmänheten enbart få tag i receptbelagda läkemedel via sjukvården eller genom att

låna eller köpa av någon annan. Med den ökade rörligheten i världen och internets möjligheter finns det numera en mycket brokigare karta av tillgängliga läkemedel för envar som vill och vågar.

I ett globalt perspektiv

WHO är aktivt i fråga om läkemedelsförsörjningen i världen och har uppmärksammat risken för att läkemedel och andra medicinska produkter inte alltid är vad de utger sig för att vara [1]. Det finns globalt gemensamma begrepp i form av termen "substandard and falsified medical products", på svenska oftast "förfälskade läkemedel". Det begreppet är egentligen för snävt, eftersom den internationella termen omfattar fler aspekter.

1. "Substandard" innebär att auktoriserade medicinska produkter inte når upp till den utlovade kvaliteten eller kvantiteten, som t.ex. vid tillverk-

ningsfel, utgången produkt eller produkt som brutits ner i förtid.

2. "Falsified" innebär att produkten avsiktligt inte når upp till kraven, t.ex. vad gäller identitet, sammansättning eller ursprung. Detta kan innebära att läkemedel innehåller alltför lite av den angivna substansen eller till och med saknar den. Konsekvenser kan bli utebliven effekt av malariaprophylax och -behandling, ökad resistensutveckling vid infektioner etc. Det finns också exempel på att läkemedel innehållit toxiska substanser som skadat och dödat den som i god tro tagit medicinen. Sådana läkemedel tillverkas i stor utsträckning i Indien och Kina i verkstäder med undermålig hygien.
3. Oregistrerade och olicensierade läkemedel saknar utvärdering och tillstånd för den marknad där de säljs. I den här artikeln använder vi uttrycket "förfalskade läkemedel" som en sammanfattande beteckning för alla ovanstående aspekter.

WHO bedömer att 1–10 % av alla läkemedel som säljs i världen inte når den utlovade standarden. I låg och medelinkomstländer kan 30–70 % av vissa läkemedlen vara förfalskade. Värst drabbas fattiga som köper läkemedel på marknader där de säljs utan insyn från reglerande myndigheter.

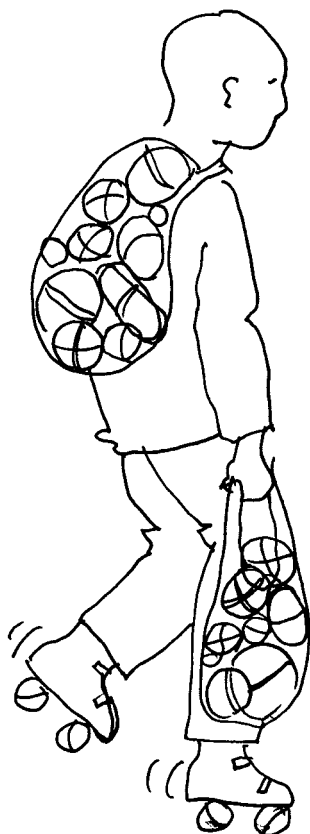


Illustration: Annika Andén

Forskargruppen

Vid Lunds universitet finns en tvärvetenskaplig forskargrupp som undersöker problemen med förfalskade läkemedel utifrån flera olika perspektiv. Gruppen leds av professor Susanne Lundin (etnologi). Docent Kristoffer Hansson (etnologi), professor Marianne Kristiansson (rättspsykiatri KI), med dr Cecilia Lenander (farmaci), och professor Margareta Troein (allmänmedicin) ingår i gruppen. En doktorand i service management, Rui Liu, och en i etnologi, Talieh Alsadat Mirsalehi, forskar inom området.

Forskargruppen samarbetar internationellt framför allt med Sydafrika. Fortsatta studier i Sverige kommer bland annat att fokusera på apotekspersonalens roll och uppfattningar bland barn och unga.

Globalt pågår ett arbete med att försöka reglera läkemedelsmarknader, bland annat genom inrättande av nationella myndigheter som har befogenheter att styra försäljning i etablerade kanaler. Läkemedelsbolag är aktiva när det gäller att bevara sina produkters kvalitet och goda renommé. En viktig åtgärd är att göra förpackningar unika och spårbara, så att det är möjligt att skilja äkta vara från förfalskningar. Ett sådant spårningssystem kommer att lanseras i Europa under 2019 [2].

Försäljning av förfalskade läkemedel är en mycket lukrativ bransch, med stora vinster och låga straff vid upptäckt. Det innebär att det finns många aktörer som tillverkar, paketerar och distribuerar förfalskade läkemedel [3]. Personer som avslöjat denna verksamhet har ibland utsatts för hot.

Förfalskade läkemedel innebär alltså ett stort hot mot folkhälsan, framför allt för fattiga som hänvisas till billigare alternativ på marknader istället för inköp på etablerade apotek. Det kan handla om behandling av infektioner som tuberkulos eller parasitsjukdomar, där antibiotikan inte räcker till. Vid förebyggande behandling mot malaria eller bromsmediciner mot HIV märks effekterna först när sjukdomen tar över.

För att undersöka vad som passerar länders gränser genomför Interpol årligen

operation Pangea. Det är ett återkommande samarbete mellan läkemedelsverk, tullmyndigheter och polis världen över, riktat mot försäljningen av illegala läkemedel online. År 2017 deltog 123 länder i operationen och 25 miljoner doser förfalskade läkemedel beslagtogs. Man sökte då särskilt efter opioider som Fentanyl.

I Sverige

I Sverige har man ännu inte sett några exempel på att förfalskade läkemedel tagit sig in i den reglerade distributionskedjan och nått kunder. Däremot är det väl känt att människor importerar läkemedel som saknar godkännande, t.ex. genom inköp i länder där regleringen är svag eller via internet.

På internet finns etablerade apotek som är anknutna till receptdatabasen. Dessa apotek identifieras med en symbol (figur 1) och fungerar som fysiska apotek, men alla inköp sänds med post eller paketservice. Alla fysiska apotek ska identifieras med den internationella symbolen för apotek (figur 2).

Därutöver finns en uppsjö av "apotek" som säljer receptbelagda läkemedel utan recept via internet eller darknet (den dolda delen av nätet), och deras läkemedel saknar kontroll av äkthet. En litteraturoversikt 2016 visade att det finns stora

Figur 1



Figur 2



luckor i kunskaperna om hur människor resonerar i förhållande till inköp och användning av läkemedel [4].

Den som väljer att handla på sajter utanför de etablerade distributionsvägarna har olika bevekelsegrunder. I en studie visade det sig att unga personer valde att diskutera åkomor med andra lekmän på Flashback och liknande fora, accepterade deras diagnosförslag och skaffade önskad medicin via nätet, utan recept [5]. Här gällde det bland annat läkemedel mot ADHD, antibiotika, antidepressiva, potensläkemedel och narkotiska smärtstillande.

I en internetbaserad studie där allmänheten inbjöds att svara uppgav drygt 10 % av de svarande att de fått läkemedel från släkt eller vänner i andra länder eller köpt själva utomlands [6]. Skälen var att läkemedlen var billiga, effektiva, kunde köpas utan recept eller saknades på den svenska marknaden. Läkemedlen var inköpta på apotek eller marknader utomlands. Det finns också exempel på att mindre butiker sålt läkemedel avsedda för en annan marknad än Sverige, och utan godkännande.

Risken för falska mediciner är överhängande när man skaffar läkemedel utanför kontrollerade kanaler. Dessutom finns, vid okontrollerad "förskrivning" av läkemedel, risken för allvarliga biverkningar som till och med kan vara livsfarliga för den enskilde. Hur vågar man?

Vad vet läkare i Sverige?

Våren 2016 genomfördes en webenkät till akutläkare och allmänläkare i Sverige [7]. Ungefär 4 av 5 läkare kände till begreppet förfälskade läkemedel och ungefär en tredjedel hade träffat på patienter de misstänkt tagit sådana läkemedel, främst narkotikaklassade smärtstillande och anabola steroider. Akutläkare hade misstankar baserat på patientens symtom och allmänläkare oftare baserat på anamnes. Få kände till vad man ska göra om man har misstankar om förfälskade läkemedel (se nedan).

Läkarna angav att de behövde mer kunskap om problemen, inklusive hur man ska handskas med dem.

Patientfallen

När det gäller den 70-åriga kvinnan med misstankar om biverkan är det av värde att få se läkemedlen hon tagit. Var är de inköpta? Kan de vara förfälskade? Kan de vara toxiska?

För den 25-åriga mannen är det svårt

att få fram vad han tagit och var han fått tag i medicinerna. Det säljs läkemedel illegalt, både i affärer och i gatulangning. Via nätet finns det mesta är få tag i, mer eller mindre äkta. Indikationen kan vara felaktig och kombinationen av förskrivna läkemedel och självmedicineringen kan innebära interaktioner, biverkningar och risker för patienten.

Den 50-åriga man som köpt medel mot förkylning och hosta på ett mindre försäljningsställe i solen löper relativt stor risk att ha fått tag i något preparat som inte är vad det utger sig för att vara. Det finns risk att han fått preparat som inte innehåller någon verksamt substans, som innehåller för lite substans eller som rent av är toxiskt.

Den tonåriga flickan med ryggvärk kan vara ute efter narkotiska smärtstillande som finns i omlopp. Det finns försäljning av legalt alltför generöst utskrivna tabletter och det finns import via internetförsäljare. Många försändelser lyckas ta sig in i landet trots tullens ansträngningar. Patienten löper risken att fastna i ett missbruk alternativt drabbas av förfälskade läkemedel.

Närhelst man hamnar i en situation där läkare överväger läkemedelsbiverkningar eller förfälskade läkemedel bör dessa anmälas till Läkemedelsverket, på den vanliga blanketten. Om blanketten inte passar för ändamålet kan man anmäla via ett email. Syftet med anmälan är att öka kunskapen om läget i Sverige när det gäller förekomst av förfälskade läkemedel.



Margareta Troein
Seniorprofessor
Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, allmänmedicin, Lunds universitet
margareta.troein@med.lu.se



Susanne Lundin
Professor
Institutionen för kulturvetenskaper, etnologi, Lunds universitet



Rui Liu
MA i tillämpad kulturanalys, doktorand
Institutionen för service-management och tjänstvetenskap, Campus Helsingborg, Lunds universitet

Författarna saknar jäv.

Tack! Studien om läkare har genomförts med stöd från Vinnova. Apotekare Elin Maria Bergsten, Läkemedelsverket, har bistått med information.

Referenser

1. World Health organization. Essential medicines and health products. <http://www.who.int/medicines/regulation/ssfc/en/>
2. Introduction to the European Medicines Verification System (EMVS). <https://emvo-medicines.eu/mission/emvs/>
3. Hall A, Koenraadt R. Illicit pharmaceutical networks in Europe: Organising the illicit medicine market in the United Kingdom and the Netherlands. *Trends in Organized Crime*. 2017;20:296–315.
4. Liu R, Lundin S. Falsified Medicines: Literature review. Working Papers in Medical Humanities. 2016 jan 1.
5. Brissman G. Illegala och förfälskade läkemedel i Sverige: En etnografisk studie av svenskaras attityder till att handla läkemedel illegalt. 2016 (Opublicerad).
6. Lundin S, Liu R. Where and how do you buy medicines? [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/where-and-how-do-you-buy-medicines\(17af00ae-c817-4920-8f48-7cad-7cbd30d2\).html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/where-and-how-do-you-buy-medicines(17af00ae-c817-4920-8f48-7cad-7cbd30d2).html).
7. Funestrånd H, Liu R, Lundin S, Troein M. Substandard and falsified medical products are a global public health threat. A pilot survey of awareness among physicians in Sweden. *J Public Health (Oxf)*. 2018 Jun 1. doi: 10.1093/pubmed/fdy092. [Epub ahead of print].

Vi måste ändra kurs!

Det är i mitten av juli i år. Vi är fjorton i besättningen på segelbåten "Freedom", på väg mot Gaza i ett försök att bryta Israels blockad. Kaptenen, Jens, är en gammal vän till mig och van sjöman och seglare, till skillnad från mig. Jag har mönstrat på i Lissabon och ska vara ombord tre veckor innan jag hoppar av i Palermo, där sista sträckan mot Gaza tar sin början. År 2012 var jag med till slutet med båten Estelle, vi blev alla bordade av israeliska soldater på internationellt vatten och tagna till Israel där vi sattes i fängelse några dagar innan vi deporterades. Jag har ingen lust att segla hela vägen igen detta år.

Jag är den ende sjukvårdsutbildade ombord. Vi seglar in i Gibraltar sund och Medelhavet breder ut sig, förvånansvärt tomt på båtar. Havet är lugnt och på styrbords sida ser vi de höga marockanska bergen i diset.

David, en journalist från England, är med för att dokumentera resan och skicka rapporter till sin tidning. Han är i 40-årsåldern, storvuxen och ser frisk ut. Vi språkas vid en hel del och pratar om läget i Italien och om alla flyktingarna som omkommit på havet. Några gummibåtar ser vi dock inte.

Ett dygn senare kommer han till mig och klagar över förstopning. Han har varit ombord i tre dagar, lika länge som jag. Det är väl miljöombytet, tänker jag och ger litet allmänna råd. Dagen efter, då vi har fyra dygns gång till nästa hamn, Cagliari på Sardinien, blir han sämre. Han får nu ont i buken och är lätt illamående.

Vi går upp på däck och han lägger sig på durken och jag undersöker och palperar försiktigt. Sjögången är ganska kraftig, men varken David eller jag själv brukar bli sjösjuka. Han är distinkt öm nere till höger och känns också litet spänd här. Reflexmässigt tänker jag på blindtarmen.

Jag går och pratar med Jens. Han är med på noterna och ringer upp "Sweden Rescue", sjöräddningskoordinatören, och jag får tala med en kollega som är jour i Göteborg. Vi kommer överens om att vi bör söka närmaste hamn så David kan få vård och minska risken för en perforation. Han själv vill absolut



inte detta, säger att det går väl över, det är bättre att vänta. En annan i besättningen kommer förbi och ropar "men han är ju bara förstoppad, det är nog ingen fara". Men David ger sig till slut och Jens har fattat sitt beslut: Vi ändrar kurs och går mot närmaste hamn, Algiers, tio timmar bort. Sweden Rescue ska ordna så han blir hämtad i hamnen och förd till sjukhus.

Mitt i natten närmar vi oss staden vars myriader av ljus breder ut sig i en mjukt böljande kulle över det mörka vattnet. På kajen står flera poliser och två ambulanser. En del formalia vidtar och David säger till sist farväl till alla ombord, stiger i land och försvinner i en ambulans. Alla är mycket vänliga och hjälpsamma. Vilken organisation, tänker jag, det finns hopp om mänskligheten.

Två dygn senare, på god väg mot Sardinien och med ett stim av delfiner runt fören, ringer Jens telefon. Det är David, han meddelar trött att han är opererad, blindtarmen var svårt inflammerad och han fick förtur till operation. Jag mottar nyheten då jag i 50-graders värme står och lagar mat i pentryt. Jag får en stark lyckokänsla, den känns som en våg i hela kroppen. Tänk om vi fortsatt, om vi avvaktat, "det går nog över"! En vecka senare träffar jag David i Neapels hamn och vi faller i varandras armar. Han kisar mot Vesuvius och ser glad ut men har magrat kraftigt.

Ibland går det bra, och då ska man glädjas. Men palestinierna i Gaza, de straffas kollektivt av den israeliska blockaden och saknar rent vatten, fungerande sjukvård och elektricitet. De får inte ens resa utomlands och deras fiskare beskjuts av patrullbåtar. Och jag tänker att om David tillfrisknade så kommer nog också blockaden en vacker dag att brytas.



Kristian Svenberg
Specialist i allmänmedicin, MD
Flyktingmedicinsk Mottagning
Närhälsan, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

Annons

Annons

Osäkerhet är nödvändigt

Osäkerhetens apostel. Ja, helt utan religiösa förtecken. Eller möjligen med ett och annat av helt personlig innebörd. Det är nog ett tillbörligt sätt att beskriva vad allmänläkaren eller möjligen också psykiatern egentligen sysslar med i sin lilla verkstad.

Inte kan vi just lita till våra medmänniskors utsagor. Det vet de själva likaväl som vi. Det som just nu rinner ur näsan kan ha runnit sedan årtal. Men något i berättarens upplevelse gör att hen knackar på min dörr just idag. En jävla måndag. Första dagen efter min skröpliga semester.

Allmänmedicin är till sist, då allt kommer omkring, konsten att hantera osäkerhet. En tes jag då och då stött på. Klokt tänkt. Klokt sagt och skrivet. Och dessvärre knappast något som jag själv myntat. Men jag känner inte till upphovskvinnan. Eller mannen.

Det döljer sig så mycket i de berättelser vi lyssnar till varje dag. Att referera en historia är svårt. Att förklara mitt lidande är så mycket svårare. Och värre. På alla håll och kanter. Jag blandar in allt jag tidigare känt och upplevt. Såväl det jag verkligen minns. Som att igår åt jag pocherad torskrygg med rosmarin i den vita såsen. Eller förra veckan såg jag en ung havsörn slå en sothöna.

Och det jag inte alls minns. Det bortglömda landet av minnen och känslor. Som att jag blev lämnad som fyraåring och skickad med nattåget till Hovedbanegården i Köpenhamn.

Mötet med dig blir därmed ett möte mellan så många olika människor. Ja, visst är jag numera 63 år. Men det jag framför, är alltid en flod av minnen och känslor, som får beteckningen nu. Kontaktsak – öken. Kontaktsak – livet. Eller något som är än svårare att lyssna till. Döden.

”Jag är döden” svarar döden i Bergmans film. Glasklart. Och det enda vi egentligen har visshet kring. Strax senare sågar han ned trädet där taskspelaren gömt sig.

Så i en eller annan bemärkelse måste allmänläkaren betrakta, lyssna till, tillmötesgå och behandla såväl sin egen som sin medmänniskas svävande essäistik. Så är det. Och alla våra manualer och kriteri-



Kungsfiskare fotograferad på Gotland vintern 2018.

er kan aldrig bli annat än räckena på en operationellt uppsatt stege och vägvisare.

Nu tänker jag detta. Då texten kommit så här långt. Eller kort. Att allmänläkarens mänskliga och diagnostiska instrumentarium i det skumma ljuset av erfarenhet och årens gång växlar från huvud och händer till mage. Iakttagelse läggs till iakttagelse. Erfarenhet till annan. För att småningom kunna sjunka ned som ett blysänke i kroppen. Till magen. Som är all kommunikations moder. Och förståelse.

Nåja, tag mig inte på orden alltför hårt. Jag menar inte att pölsan ska blanda sig med blåskatarren eller lymfomet rent bokstavligt. Även om det kanhända kunde vara intressant. Jag menar att känslan sjunker och upplevelsen blir mer av helhet. Ja, alltmer. De tidigare tecknen och fynden tar sig mer och mer uttryck som en komplex och igenkännbar bild. Där rörelsemönster, dofter, betoningar och sammanhang bildar ett mönster som du sett tidigare. Och känner igen utan svårighet, vanmakt eller ångest. Något

som Hans Larsson – den svenska filosof som skrivit om intuition – förmodligen skulle hålla med mig om.

Osäkerhet är på sätt och vis något nödvändigt. Så länge det är människor vi talar om. Kanske berikar det också. Inte minst vårt jobb. Som salt och peppar. Eller varför inte rosmarin. Det är osäkerheten som leder oss ut i nya banor, uppmuntrar till att beträda nya stigar genom undervegetationen. Osäkerheten som vågar. Där din medmänniska vågar kommer du att kunna följa med.



Torsten Green-Petersen
Allmänläkare och psykiater
Psykiatriska kliniken, Visby lasarett
torsten.green-petersen@gotland.se

Nödvändigt organisera sitt arbete och få gehör

– erfarenheter från 36 år som distriktsläkare

Gertrud Ekelöw, nyss fyllda 68, jobbar deltid som distriktsläkare på Tåbelunds vårdcentral i Eslöv. Där har hon funnits i 36 år. Hon har rykte om sig att kunna organisera arbetet så att både hon själv och hennes omgivning blir nöjda. En dag fick AllmänMedicin ett brev från en kollega som tyckte att nu var det dags att avslöja hur hon gör för att hantera vardagen.

Att allmänläkarjobbet på senare år har ändrat karaktär kan Gertrud Ekelöw intyga. Inte minst den psykiska ohälsan har ökat. Folk söker allt oftare vård för att de mår dåligt.

”Jag har varit hemma en vecka från arbetet och nu behöver jag sjukskrivning”. Så låter det ofta när folk ringer till sjuksköterskan, som tvingas sätta upp ett akut besök. Sjukskrivning är en administrativ åtgärd men legitimeras då som sjukdom och signalen blir ”du är så sjuk så du får komma akut”. Att ”må dåligt” tycks för övrigt vara ett ökande fenomen i samhället, menar Gertrud Ekelöw.

– I alla tidningar står det att du har rätt att må bra och det finns en tidning som heter Må Bra. Om du inte mår bra, gå till doktorn. Eller psykologen. Jagandet efter välbefinnande har blivit en utbredd sjukdom. Livet tillåts inte vara mörkt, inte ens efter en uppsplitande skilsmässa.

Är sådana patienter frustrerande?

– Jag har svårt att hantera det. Särskilt när det uppstår krångel med försäkringskassan som ofta är oförstående med sina byråkratiska regler. Den gamla stammen försäkringstjänstemän var bättre, dom jobbade för att patienten skulle återgå i arbete.

Samtalet glider in på mottagningsarbetet. Gertrud Ekelöw berättar att hon då och då tar in patienten på sin expedition, men bara när det verkligen behövs.

– Jag har de flesta konsultationer på undersökningsrummet, och innan jag går in har jag läst journalen, men man behöver sällan lusläsa den. Patienter med psykiatriska besvär tar jag in på min expedition om jag behöver datorn.

Blir du ofta stressad i jobbet?

– Nej, men man måste kunna stänga

dörren om sig ibland. Att väntrummet är överfullt med akuta patienter bekymrar mig inte så mycket. Men om jag har fullt med tidsbokade patienter och folk ideligen frågar mig om olika saker blir jag stressad. Då brukar jag säga: ”Nej, nu får ni inte komma hit på ett tag.” Till ST-läkare säger jag kanske: ”Kan du vänta, eller kan du gå till någon annan?”

Jobbar du ofta över?

– Ganska sällan och aldrig mer än någon timme. Och vi har flexitid så jag känner aldrig att jag jobbar gratis.

Samarbetet mellan olika medarbetare är viktigt för Gertrud Ekelöw. Hon erinrar sig tiden som underläkare, som inte alltid var så behaglig.

– När jag gjorde min ST, eller FV som det hette på den tiden, och gick på medi-

cinkliniken hade jag ofta nattjour. Dagen efter jour var det alltid någon äldre läkare som påpekade alla fel jag hade gjort. ”Du borde inte ha lagt in den där patienten!” ”Att göra så är fel!” Men på samma klinik fanns en överläkare som ansåg att för att kunna bedöma någon som har gjort fel måste man ha varit på samma plats och ha hört samma sak. Han frågade i stället och dömde aldrig ut dem. Det var lärorikt.

Vad säger du själv till dina medarbetare när de gör fel?

– Det händer, och då tänker jag först: ”Hur kan dom göra så? Hur kunde dom sätta upp den patienten?” Efter en stund går jag ut och frågar: ”Vad sa patienten egentligen?” Och då kan jag få höra något som jag inte kände till.

Vad har fått dig att stanna på Tåbelund i alla år?

– Att jag har fått gehör när jag påpekat att något inte fungerat och behöver ändras. Att bli lyssnad på och att få gehör för förslag är jätteviktigt, även om allt inte kan bli som man själv vill. Det är den viktigaste orsaken.

Som förebild lyfter Gertrud Ekelöw fram en av de tidigare vårdcentralcheferna.

– Jag kunde berätta om mina tillkortakommanden, och han visade alltid upp sina på ett prestigelöst sätt. Då känner man sig sedd, respekterad och accepterad. Frihet under ansvar, inget paragrafrytteri. Och det gjorde oss alla mer effektiva. Tråkigt nog har den där friheten nu blivit kringskuren med nya regler, register och dokumentationskrav.

Vad tänker du om dagens primärvård?

– Vi är på tok för få allmänläkare. När en läkare går i pension eller flyttar från vårdcentralen blir det ofta en ond spiral. Sånt blir dyrt i slutänden.

Hur har Region Skåne hanterat läkarbristen?

– Ett tag fanns det gott om läkare som ville hit, men ”överledningen” sa ifrån, vi fick inte anställa. Så, för några år sedan fick primärvården extra pengar för att byggas ut. Men då fanns det inga läkare



Gertrud Ekelöw

Ålder: 68 år

Grundutbildning i: Lund

Gjort AT i: Kristianstad

Bor i: Lund

Familj: Man, tre vuxna barn, flera barnbarn

Arbete: Vårdcentralen Tåbelund i Eslöv sedan 36 år, 3 dagar/vecka.

På fritiden: Sköta trädgården, sticka, laga mat, körsång, barn och barnbarn

Gillar mest hos sig själv: Uthållighet. ”Men man måste veta var gränsen går”.

Gillar inte: Att vara stressad och inte ha någon att prata med. ”Då får jag huvudvärk”.

Väl använd tid? En Balintgrupp i 12 år.

att anställa. Efter ytterligare några år sa ledningen: "Se där, mer pengar hjälpte inte, så nu drar vi in dem". Nu har Region Skåne inrättat många ST-tjänster i allmänmedicin, ett steg i rätt riktning.

Saknar du något i dagens primärvård?

– Kontinuitet. Vi var tidigare en "grön ö" med hög kontinuitet, men nu fattas det läkare och vi får inte tag på någon. Vi försöker leva upp till ambitionen om att kunna erbjuda våra patienter en fast läkare så gott det går.

Hur många invånare bör man ha på sin lista?

– Det beror på vad man förväntas göra. Idag skulle jag nog hjälpligt klara 1 800 på en heltid eftersom jag känner dom flesta ganska väl. Men ska man kunna leva upp till allt som ingår i primärvårdsuppdraget är det för mycket. I uppdraget ingår till exempel sjukhem, BVC och handledning av utbildningsläkare. Många patientärenden är dessutom mer komplexa idag än tidigare.

Hur många listade har du?

– Jag jobbar deltid och tar hand om 60 procent av en full lista som ligger på 1 800 per doktor. Ersättningen baseras på ACG, CGI och kvalitetsparametrar och man får skriva diagnoser till vansinne.

Till slut, hur får du arbetet att flyta?

– Jag har alltid sett till att ha ett patientfritt utrymme i tidboken den dag jag har



Gertrud utanför sin arbetsplats.

Foto: Gösta Eliasson

återkommit från sjukdom, semester eller annan ledighet. För då måste man vara helt eller delvis patientfri. Man måste stöka undan det som samlats sig innan man kan ta itu med patienterna. Annars kommer stressen som ett brev på posten.

Bokar du själv in patientfri tid?

– Ja. Tidigare hade jag en patientfri dag varje månad, en buffert. Det innebar att jag meddelade sekreteraren att jag skulle vara ledig den dagen. Tio dagar i förväg bestämde jag vad jag skulle göra med den där extra dagen. Oftast blev det patienter som jag inte fått plats med i tidboken, eller så tog jag över någon annan doktors akutmottagning så att denne skulle kom-

ma ikapp. Och ibland, när jag behövde det, tog jag ledigt på riktigt.

Internutbildning

– En sak som gör arbetet här på Tåbelund så stimulerande är våra dagliga halvtimmar då vi samlas och pratar patientfall. En gång i veckan har vi ett längre läkarmöte där vi själva bestämmer ämnet. Det kan vara en rapport från en kurs, någon artikel eller en föreläsning.

Ni tycks avsätta tillräckligt med tid för utbildning?

– Ja, det gör vi. Men för en tid sedan kom det besked från en "överchef" att det skulle bli utbildningsstopp i regionen under tre månader så att vi skulle kunna ta hand om fler patienter.

Hur reagerade du då?

– Dumheter, tänkte jag. Och det finns något som heter civil olydnad ...

Några slutord till yngre kollegor?

– Allmänläkarens arbete är komplext och alla tänker inte på samma sätt. Dagen på en vårdcentral är alltid spännande och obereknlig. Därför måste vi som möter patienterna vara med och bestämma över hur vår arbetsdag ska se ut.



Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Sju tips från Gertrud Ekelöw:

Undvik öppna telefontider

Låt sjuksköterskan berätta vad patienten söker för.

Administration är en del av jobbet

Samla inte uppgifter på hög.

Tänk igenom arbetsrutiner

Tänk efter vad det är som gör att du inte hinner med det du vill och föreslå åtgärder.

Undvik dubblade besök

Min undersköterska går igenom kallelserna och kollar om någon varit på besök nyligen och därför kan vänta. Om jag ser en akut patient passar jag ibland på att ta hand om det som patienten senare skulle kallats för.

Lägg inte på hög

Det som kommer in idag slutför jag idag. Remissvar, journalkopior och annan information läser och åtgärdar jag samma dag. Pappersdokument slänger jag när jag läst dem.

Delegera

Jag vill att så få som möjligt ska behöva komma till doktorn och sjukvården och att patienterna ska klara så mycket som möjligt själva. Ibland delegerar jag till sjuksköterska att ringa patienter och fråga hur dom mår.

Ge din tid till rätt patienter

Har du en orolig patient, ta ordentligt med tid vid första besöket. Det har du igen vid senare besök.



Hur håller doktorn balansen?

Resultat från en intervjustudie av allmänläkarens copingstrategier för att hantera sin arbetssituation

En intervjustudie har genomförts med kliniskt verksamma allmänläkare i syfte att kartlägga allmänläkares strategier för att hantera sin arbetssituation. Det anses viktigt att öka självkännedom, värna sig själv och anpassa sina strategier beroende på situationen. Organisatoriska insatser bör huvudsakligen riktas mot att förbättra grundförutsättningar för en hållbar arbetssituation, men de kan också öka individens copingförmåga. Vi identifierar ett behov av att diskutera lojalitetsbegreppet samt rimliga förväntningar och krav på läkarrollen.

En välfungerande primärvård är av stor betydelse för samhället [1, 2]. De senaste åren rapporteras om brist på allmänläkare och stigande arbetsrelaterad ohälsa inom professionen [3, 4, 5]. Idén väcktes att försöka identifiera och sprida goda exempel på coping. Coping kan definieras som individens ansträngningar för att hantera krav som överstiger (eller uppfattas överstiga) de egna resurserna [6].

Allmänläkares strategier för att hantera stress har studerats i Europa och sammanfattar hälsofrämjande strategier som förmåga att fatta effektiva beslut och investera personliga resurser på ett sätt som startar positiva spiraler, trots en stressfylld arbetssituation [7, 8]. Allmänläkaren Björn Landström har studerat hur allmänmedicinsk kompetens uttrycker sig i praxis. Positiva egenskaper sammanfattas i den "tillräckligt duktige allmänläkaren", som inser sina begränsningar och egna behov [9]. Allmänläkaren Ola Bergstrand presenterade 2017 rapporten "Bli en grön doktor", en samling konkreta tips utifrån egna erfarenheter, goda råd från kollegor och intervjuer [10]. Det saknas i nuläget publicerade studier som primärt syftar till att kartlägga vilka strategier svenska allmänläkare använder för att hantera arbetssituationen.

Metod

Studien genomfördes som en intervjustudie inom ramen för vetenskapligt ST-arbete. Inklusionskriterier utgjordes av erhållen specialistlegitimation i allmänmedicin samt erfarenhet som kliniskt verksam allmänläkare. En deltagare tillfrågades

personligen för pilotintervju. En allmän förfrågan skickades ut till allmänläkare i centrala länsdelen av Region Östergötland via gemensam maillista. Sex allmänläkare svarade på förfrågan. Ytterligare fem allmänläkare kontaktades därefter individuellt, baserat på kännedom om faktorer som bedömdes ge ökad bakgrundsvariation. Sammanlagt genomfördes nio intervjuer under augusti – oktober 2017 (tabell 1).

Deltagarna intervjuades individuellt enligt semistrukturerad modell, vilket innebar utgångspunkt i en enhetlig intervjuguide men frihet att modifiera frågorna. Intervjuerna spelades in. Ljudfilerna transkriberades och analyserades genom systematisk textkondensering [11]. Under den inledande analysen identifierades två aspekter som bedömdes intressanta att utforska vidare och deltagarna kontaktades igen med kompletterande frågor. Den ena aspekten berörde synen på lojalitet i en arbetsgrupp och den andra att hög stress kan upplevas vara en del av läkaridentiteten.

Resultat

I analysen framträdde tre kategorier och nio subkategorier, vilkas inbördes relation illustreras i Figur 1. Kategorin *Orsaker till en ansträngd arbetssituation* speglar de faktorer som allmänläkaren uppfattar ligger bakom att arbetssituationen blir ansträngd över tid. I en ansträngd arbetssituation uppstår ett behov av copingstrategier. Monat och Lazarus delar upp coping i huvudsakligen två typer [6]. *Känslomässigt fokuserad coping* innebär att försöka hantera de känslor och reaktioner som stress utlöser. *Problemfokuserad coping* är strategier där individen försöker göra något åt orsaken.

Orsaker till en ansträngd arbetssituation

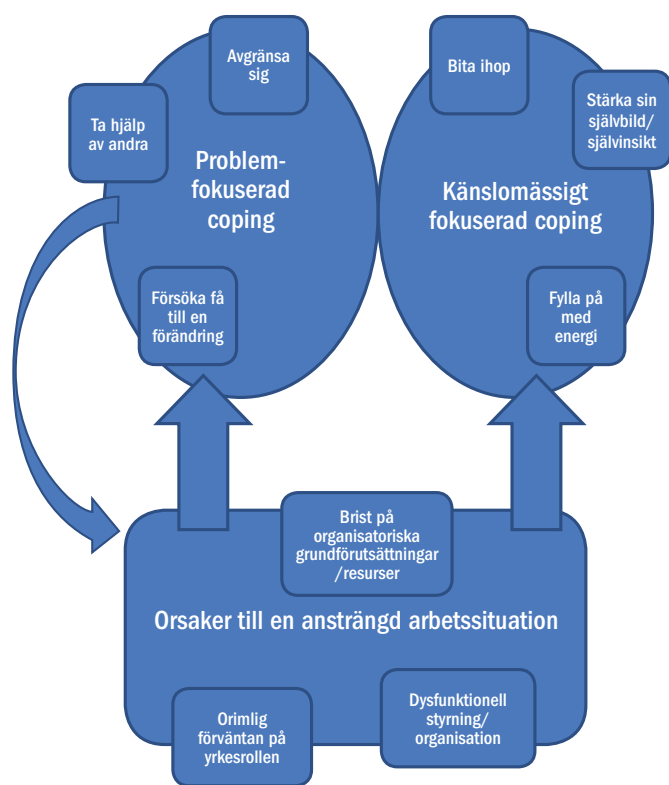
Allmänläkaren upplever att det saknas rätt grundförutsättningar för att kunna utföra sitt arbete på ett hållbart sätt. Brist på eftertanke, reflektion och återhämtning upplevs som en betydande källa till stress. Respondenterna har synpunkter på styrningen och organisationen av primärvården och sjukvården i stort. De upplever höga förväntningar på sin egen prestation och att det i yrkesgruppen råder en kultur att vara tillgänglig, lojal och bita ihop. *Jag har ju själv inte lösgjort mig från det att man bara är värd något när man är sönderstressad och överbelastad, för då är man ju en riktig doktor [B].* Lojalitet inom arbetsgruppen beskrivs både positivt och med vissa risker för individen. *Det går inte riktigt att beskriva känslan av nederlag och svek. Det här när man sticker [blir sjukskriven] och lämnar kollegorna i sticket [H].*

Känslomässigt fokuserad coping

För att skona sina kollegor väljer allmänläkaren ofta att bita ihop och kämpa på för att lösa de uppgifter som samlas på hög. *Det satt ju himla långt inne, för att när man har en ansträngd situation på en arbetsplats och väljer att lämna den så blir det ju förstås ännu sämre för dem som är kvar [C].*

Tabell 1: Bakgrundsfakta deltagare.

Antal	9
Kvinnor/män	5/4
Ålder	42–68 år (median 51 år)
Antal år sedan erhållen specialistlegitimation	2–34 år (median 9 år)
Erfarenhet från vårdcentral i offentlig/privat regi	9/3



Figur 1: Modell över huvudkategoriernas och subkategoriernas inbördes relation.

Allmänläkaren försöker bli medveten om sina egna beteenden, stressreaktioner och gränser. Hen anstränger sig för att orka vara närvarande, lyssna på sina egna signaler och dra lärdom av tidigare händelser. I situationer som inte går att förändra tränar hen på acceptans. *När jag märker att jag inte kan påverka, då har jag liksom bestämt mig att då ger jag upp istället för att hålla på och nöta i evighet. För det orkar jag inte [I].* Det egna måendet upplevs spela roll för copingförmågan. När allmänläkaren mår bra har hen lättare att prioritera och värna sina gränser. Hög stress kan få allmänläkaren att börja tvivla på sig själv, öka sina säkerhetsbeteenden och reagera instinktivt.

Problemfokuserad coping

Allmänläkaren försöker på olika sätt avgränsa sig, men upplever att det kan vara svårt och ser även risker med att sänka sin ambitionsnivå. Hen anser att primärvården måste kunna definiera sitt uppdrag och värna sina gränser. *Jag tycker det är principiellt fel, det att försöka smeta ut oss på alla behovande. Och då är ju risken att vi bara får en kräftgång inom primärvården [D].* Allmänläkaren tar hjälp av kollegor, familj, vänner och chef eller annan ledning. Att be om hjälp har inte alltid kommit naturligt men är något som hen har utvecklat.

Allmänläkaren accepterar att yrket är kravfyllt men försöker göra upp med sina egna och omgivningens orimliga förväntningar. Hen försöker påtala och förändra ohållbara situationer, genom att engagera sig i utveckling av lokala rutiner, ledning av verksamheten eller lyfta synen på yrkesrollen till diskussion i arbetsgruppen. *Ska man få någon lösning på problem så måste ju någon signalera att det inte funkar. [...] Den som talar om att det inte funkar, får nästan alltid skit i första läget. Och då är*

frågan. Vad är värt att uppmärksamma och vad är det bättre att leva vidare med? [E]. Allmänläkaren har erfarenhet från handledningsgrupper och upplever sig därigenom bli bättre på att hantera patienter, kollegor och sig själv. I ohållbara situationer kan allmänläkaren även välja att flytta på sig. *Det var galel smärtsamt [att lämna], men jag överlevde ju. Och den erfarenheten har varit väldigt bra och jobbig [...] bra på så sätt att jag har med mig det nu som en möjlig, en helt tänkbar utväg [H].*

Diskussion

Bland allmänläkarna identifieras en bred repertoar av strategier. Den huvudsakliga svårigheten består i att veta när och i vilken utsträckning varje enskild strategi ska tillämpas. I likhet med tidigare forskning framkommer att allmänläkare upplever att socialt stöd, mentorskap, återhämtning, ökad självkännet och avgränsning kan bidra till ett hållbart arbetsliv och att primärvården är i behov av avgränsning och mer resurser för att kunna utföra sitt uppdrag [7, 8, 12, 13]. I en redan ansträngd situation som framkallar stress vittnar allmänläkarna om svårigheter att använda sina mer långsiktiga strategier.

Lojalitet mot framför allt kollegor beskrivs i vår studie som den faktor som i störst utsträckning kan få allmänläkaren att bita ihop och inte säga ifrån, trots en ohållbar arbetssituation. Förväntningar på att vara lojal beskrivs närmast outtalade. Att bita ihop och arbeta på har även i andra studier visat sig vara en ofta använd strategi, men korrelerar med högre grad av känslomässig utmattning [14].

Det finns vetenskapligt stöd för att återkommande kollegiala diskussioner kan öka känsla av meningsfullhet i arbetet samt minska känslomässig utmattning och yrkesmässig isolering [15, 16]. Utbildning och träning i medveten närvaro och ökad självkännet har visat sig förbättra välmående hos allmänläkare och leda till en mer patientcentrerad vård [17-19].

Dock visar forskning att individriktade insatser mot stress på arbetsplatsen endast har en kortvarig effekt. För en bestående effekt bör dessa ersättas av eller kombineras med organisatoriska åtgärder, som ger individen exempelvis ökat inflytande, kontroll, utvecklingsmöjligheter och minskad tidspress [20].

I den bristsituation som råder i primärvården har önskemål om listningsbegränsning och att värna "gröna öar" (välfungerande enheter med låg personalomsättning) blivit än mer aktuellt. Önskemål om en listningsbegränsning har sedan många år framförs av Svensk Förening för Allmänmedicin och Distriktsläkarföreningen [21].

Flertalet beräkningar har genom åren gjorts för att försöka uppskatta vad som utgör ett rimligt antal listade per heltidsarbetande allmänläkare, beroende på hur uppdraget ska utformas [22]. Med anledning av bemanningsbrist i Örebro län 2013 blev ämnet en fråga för Arbetsmiljöverket, som ansåg att fler än 1 500 listade patienter är att betrakta som hög eller mycket hög arbetsbelastning [23]. I en kartläggning av läkartätheten i Sverige 2012 nådde inget landsting under 1 500 listade per heltidsarbetande allmänläkare [24], vilket är en tydlig indikation på att det finns strukturella problem med höga krav i svensk primärvård.

Begreppet "dual loyalty" har studerats bland läkare verksam i kriminalvård, militära konflikter och avseende konflikt mellan att ge patienten bästa vård och prioritera sjukvårdens resurser. Jag har inte funnit någon studie om möjlig konflikt



Illustration balans.

Foto: av och med Anne Liljedahl,
(specialistläkare i akutmedicin och ST-läkare i allmänmedicin).

mellan läkares egna behov och det ansvar hen känner gentemot kollegor och patienter. Det förefaller finnas behov av att synliggöra och diskutera lojalitetsbegreppet samt rimliga förväntningar på yrkesrollen.

Begränsningar

Studiens storlek är begränsad och mättnad kunde inte säkerställas. Det fanns en bra spridning av bakgrundsfaktorer bland deltagarna, men en större erfarenhet från andra länder och deras sjukvårdssystem hade varit önskvärt. För att minska effekten av en möjlig selektion bland intresserade deltagare innehöll intervjuguiden frågor om vilka strategier deltagarna ser hos kollegor.

Konklusion

Allmänläkaren använder en stor variation av strategier för att hantera sin arbetssituation. Känslomässigt fokuserade strategier är sannolikt av stor vikt i situationer som inte går att förändra, men problemfokuserade strategier framstår vara av större vikt på lång sikt. Studien identifierar ett behov av organisatoriska insatser för att förbättra grundförutsättningar för en rimlig arbetssituation.

Resultaten uppmärksammar även behov av diskussion kring lojalitetsbegreppet och synen på yrkesrollen.

Jenny Berggren

ST-läkare

Vårdcentralen Ekholmen, Linköping
jenny.berggren@regionostergotland.se



Jäv saknas.

Handledare:

Christian Ståhl

Bitr. professor i arbetsinriktad rehabilitering
Institutionen för Medicin och Hälsa
Avdelningen för samhällsmedicin
Linköpings universitet

Referenser:

1. Borgquist L, Engström S. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Linköping: Socialstyrelsen, Artikelnr 1999:03:019.
2. Stiernstedt, Göran. Effektiv vård - Ett slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: 2016. SOU 16:2.
3. Pettersson S, Jaktlund Å. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Stockholm: Sveriges Läkarförbund, 2013.
4. C, Ströberg. Hur mår vårdcentralens läkare? [Online] den 24 04 2017. [Citat: den 02 05 2017.] <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=6675208>.
5. Soler J K, Yaman H, Esteve M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008, Vol. 25:245-265.
6. Monat A, Lazarus R S. Stress and coping. New York: Columbia University Press, 1991, 3. uppl.
7. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Acad Med. 2013, Vol. 88:382-389.
8. Russo G, Pires C A, Perelman J, et al. Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis: findings from a survey in Portugal's capital city area. BMC Health Serv Res. 2017, Vol. 17:207.
9. Landström, Björn. Den kompetenta allmänläkaren - mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden. Diss., Göteborgs universitet, 2012.
10. O, Bergstrand. Bli en grön doktor - Om konsten att arbeta hållbart och effektivt som allmänläkare. Primärvården SUND, 2017.
11. K, Malterud. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, s 115-132. Lund: Studentlitteratur, 2014.
12. Hall L H, Johnson J, Heyhoe J, et al. Strategies to improve general practitioner well-being: findings from a focus group study. [Online] den 22 12 2017. [Citat: den 28 02 2018.] <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz130>.
13. Fisher R F, Croxson C H, Ashdown H F, et al. GPs views on strategies to cope with increased workload: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2017, Vol. 67(655): e138-e147.
14. Lemaire J B, Wallace J E. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. BMC Health Serv Res. 2010, Vol. 10:208.
15. Beckman H B, Wendland M, Mooney C, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. Acad Med. 2012, Vol. 87(6):1-5.
16. West C P, Dyrbye L M, Rabatin J T, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction and professionalism. JAMA Intern Med. 2014, Vol. 174(4):527-533.

17. Krasner M S, Epstein R M, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009, Vol. 302(12):1284-1293.
18. Asureo A M, Queraltó J M, Pujo-Ribera E, et al. Effectiveness of a mindful education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014, Vol. 34(1):4-12.
19. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*. 2013, Vol. 11(5):412-420.
20. E, Vingård. *En kunskapsöversikt - Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, 2015.
21. **Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Distriktsläkarföreningen.** Nationell primärvårdsreform - Distriktsläkares förslag för en tryggad och utvecklad nationell primärvård. [Online] 2017. [Citat: den 25 02 2018.] <https://www.slf.se/upload/Yrkesf%c3%b6reningar/DLF/Politiskt%20%c3%a5tg%c3%a4rdsprogram%20DLF-SFAM.pdf>.
22. C, Olofsson. Har taket blåst av? - om listning i primärvården. *Distriktsläkaren*. 2016, Vol. 4:7-11.
23. M, Ström. Fler än 1500 listade är lika med hög arbetsbelastning. [Online] Läkartidningen, den 28 11 2014. [Citat: den 28 02 2018.] <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/11/Lakarforeningen-i-Orebro-Principiellt-viktig-dom/>.
24. Pettersson S, Jaktlund Å. *Primärvårdens bemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*. Stockholm: Sveriges Läkarförbund, 2013.

Läkekonsten är ett konsthantverk

Distriktsköterskorna i Bergs kommun hade varit utan en kontinuerlig läkare i mer än sex år när jag kom dit. De mindes dessa första tio år med glädje då patienterna kände sig sedda och när de fick en värdig plats i vårdkedjan.

Distriktsköterskorna hade byggt sitt robusta system för att möta befolkningens frågor om sjukdom och hälsa och ge dem adekvat vård. Det var det första jag som ny läkare iakttog och lärde mig av. Min uppgift var att stå bakom mina distriktsköterskor i deras professionella beslut, finnas för deras frågor och ta emot de patienter som behövde läkarvård eller hembesök. Genom lagarbetet skapade vi en optimal vård i distriktet. När hälsocentralen, med sjukhuset, stod färdigt var det vårt samspelade system som flyttade in.

Min filosofi var att samspel och tillit mellan sköterskor och läkare i primärvården är a och o. I Bergs kommun hade distriktsläkarna få besök men distriktsköterskorna många fler än i de andra kommunerna i länet. Bergs primärvård belastade länssjukvårdens mottagningar minst.

Av alla kroppens och själens symptom bedömde jag att nittio procent är självläkande. Av dem som blev sjuka kunde upp till nittio procent skötas av primärvården och där få vård, råd, utredningar och kontroller. De resterande procenten åkte med ambulansen till sjukhuset eller fick remiss för behandling på länssjukhusen. Bergs befolkning var tålig och frisk.



Hoverberget vid södra änden av Storsjön har gett namn åt Bergs kommun.
Foto: Lena Svanberg.



Bergs kommun
Bierjen tjielte

En bra primärvård innebar för mig att det diagnostiska samtalet skulle leda till att läkaren, alternativt sköterskan, och patienten delade samma bild av den patientens problem. Att konsultationen blir effektivare visade forskare i en skotsk undersökning, gjord av allmänläkarkollegor i slutet av åttiotalet. Utöver att undersöka patienten kroppsligt skulle doktorn också fråga om trivsel och hemförhållanden.

1988 hade teologen Anders Jeffner, Uppsala, frågat ett tvärsnitt av Sveriges befolkning om olika livsvärden och vad man skattade högst. Högst satte de utfrågade sin egen eller familjens hälsa. På följdfrågan hur man skulle påverka det som man värdesatte högst låg hälsan mycket längre ned. De svarande trodde på ödet eller generna. Hälsan var något som man fick, kanske borde förvalta och kunde förlora. Via sådana insikter kom den socialmedicinska och folkhälsokunskapen in i primärvården.

Primärvårdens uppdrag handlade då och nu om att vårda och hjälpa befolkningen att vårda sin egen hälsa, att med information och åtgärder "vaccinera" bygdens folk genom att prata om vardagsvanorna, precis som att organiserat vaccinera mot sjukdomar.

När patienterna får kroppsliga skador, själsliga eller existentiella sjukdomar skall de få hjälp och vård i primärvården. Läkningens mål är att leda individen till hälsa, att hjälpligt rehabilitera den skadade. Läkeprocesserna gäller allt i livet och är det personliga livets utmaningar i livets kontinuitet. Den egna eftertanken är till för att lära patienten och ge människan som helhet chans att anknyta till livets allvar. Det är därför viktigt att man i primärvården med dess kontinuitet berör eller anknyter till patientens situation via distriktsköterskorna och

distriktsläkarna och detta från de tidiga åren på BVC ända till den oundvikliga döden.

Jämtlands distriktsläkare och deras primärvård fick mycket och färskt rinnande vatten på kvarnarna när SPRI-rapporten (SBU?) ”Effektiviteten i primärvården i Jämtlands läns landstings hälso- och sjukvård 1982 och 1984” publicerades och bekräftade doktors tes: Samarbetet mellan kompetenta distriktssköterskor och kompetenta distriktsläkare med kontinuitet bör vara hela den svenska sjukvårdens grund.

Då SPRI-rapporten kom 1986 var jag på väg att bli samhällsmedicinare i Östersund en eftermiddag i veckan. Den tiden räckte inte till och i beslutsfarten blev jag även länsdistriktsöverläkare. Att jag skulle bli samhällsmedicinsk överläkare och landstingsöverläkare och till slut direktörens högra hand var inte alls min ursprungliga målsättning. Mitt mål var att rädda primärvårdens idé och själv bli en humanistisk distriktsläkare i en, för patienterna, värdefull vård.

Utredaren Douglas Skalin gjorde en rapport som publicerades i Landstingsvärlden 1990. Han hade frågat och undersökt landstingens hälso- och sjukvård med diverse mått, allt från krass ekonomi till de sjukskrivna, till utbyggd primärvård, till färdigbehandlad i akutvården på sjukhusen... Rangordningen från bäst till sämst byggdes av officiell statistik från vården och länsstyrelsen. Han bad datorn att göra en olympisk poängsättning. Då fick han följande tabell: Jämtland 16 poäng (sic!). På andra

delade platsen med 7 poäng kom Uppsala, Kalmar, Halland, Värmland, Gotland och Malmös och Göteborgs kommuner.

Jämtland framstod återigen som unikt.



Kaj Norrby
Stockholm
kaj.norrby@telia.com

AllmänMedicin informerar

WMA om migration

Migration är ett globalt problem som orsakas av många olika faktorer. Mottagarländer är mer och mer restriktiva mot ekonomiska flyktingar.

Läkare måste försvara mänskliga rättigheter och rätten till vård efter behov.

Vid årsmötet i Reykjavik antogs en resolution där det internationella samfundet uppmanas se till att länder som tar emot stort antal flyktingar kan erbjuda migranterna nödvändig hälso- och sjukvård.

Annons



Framtidens specialistläkare samlas kring lägerelden i Malmö

Över tusen förväntansfulla deltagare var på plats när kongressen Framtidens specialistläkare gick av stapeln på Malmö Arena den 4 – 7 september. Kongressen återkommer vartannat år och riktar sig till ST-läkare, handledare, studierektorer, specialister, verksamhetschefer och huvudmän.

Kongresskommittén består av ett antal ST-läkare under ledning av Ola Björgell, som till sitt förfogande har ett Advisory Board, med representanter från Region Skåne, Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, SYLF, Sjukhusläkarna och Socialstyrelsen. Den röda tråden i årets evenemang var etik, mångfald och jämlikhet.

Ett av kongressens viktigaste syften är att erbjuda en mötesplats för utbildning och fortbildning för Sveriges alla läkare, oavsett specialitet. För ST-läkare finns särskilda kurspaket med inriktning på målbeskrivningens delmål, för studierektorer en temadag, för blivande SPUR-inspektörer en heldagsutbildning. Därutöver finns ett stort antal fria seminarier, föredrag och workshops inom olika områden.

SFAM, Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet arrangerade i år ett seminarium om professionell utveckling med den fascinerande professor Janet Grant från London som applåderad föreläsare.

Evenemanget gav deltagarna tillfälle att växla mellan kunskapsinhämtande och social samvaro, mellan stillasittande och fysisk aktivitet och mellan allvar och skämt. Vad sägs om morgonyoga, en volleybollmatch, kvällsmingel i Malmö Operas foajé med underbar mat, en galen rymdperformance med Ola Björgell och Per G Jonsson i huvudrollerna och, inte minst, en eftertänksamt reflekterande Mark Levensgood i knallröd kostym som avslutning? Man lär sig mycket och har samtidigt



Ola Björgell - kongressgeneral.

Alla foto: Gösta Eliasson

väldigt kul tillsammans under dessa dagar. Det är så kommittéordföranden Ola Björgell vill att det ska vara – en lägereld för kollegor att samlas kring.

Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Professor Janet Grant.



Karin Bätelson och Heidi Stensmyren, SLF. Anne Liljedahl, SYLF.



Annette Friström leder SPUR-utbildningsdagen.



Glesbygdsmedicinsk kongress i Indien

Svensk förening för glesbygdsmedicin ger varje år ut ett stipendium till någon ung och lovande som får möjlighet att åka på WONCA:s glesbygdsmedicinska kongress (Wonca Rural Health) någonstans i världen. I år 2018 hölls denna begivenhet i New Delhi och jag hade ynnesten att få närvara.

Temat var i år "Healing the heart of health care: Leaving no one behind!"

Hela kongressen invigdes av Indiens vice president Shri. M. Venkaiah Naidu och ministern för "Health and family welfare". Vice presidenten pratade mest om att plantera träd, vara ute i solen och yoga och att det på något sätt skulle lösa våra problem med människors hälsa, på sikt.

Efter den något luddiga inledningen blev det i alla fall något mer konkret av



Robin Lanken Verma och Anna-Karin Agvald.

och till. Det man tydligt märkte är att vi alla, oavsett land och resurser, brottas med ett stort problem: att få ut sjukvården till landsbygden. Överallt verkar läkare vara svåra att locka ut i glesbygd, och många hade funderat över lösningar på detta problem.

Just på grund av detta var också telemedicin en stor del av kongressen. Det blev tydligt att det är på stor fram- marsch, kanske framför allt i länder som



Telemedicin.

Indien som är otroligt stort och har knappa resurser för hälsosjukvård på landsbygden. Indien ligger långt fram i detta fält tack vare välutvecklad teknologi.

Det mest intressanta förslaget jag såg var en form av "hälsostation", en liten mini-vårdcentral, som skulle vara sjuksköterskebemannad och sedan uppkopplad till läkare via "skype". Med en sjuksköterska på plats kunde läkaren också lyssna på hjärta och lungor, med stetoskop, titta i nästan alla olika kroppsöppningar då allt man kan behöva fanns: otoskop, proktoskop, dermatoskop som allt var kopplat till nätet och läkaren. Ultraljud var även det under utveckling. Så mycket lättare att ställa korrekt diagnos då!

Dessutom hade distansläkaren tillgång till ett otroligt diagnosstöd för att ledas fram till rätt diagnos. När man väl ställt en diagnos kom förslag på behandling, förskriven text om tillståndet som läkaren kunde bättra på om hen ville. Därefter skrevs allt detta ut vid stationen hos sjuksköterskan som också kunde få ut medicin ur en annan box kopplat till det hela, och allt till patienten.

Den stora behållningen med att få åka iväg på en sådan här kongress är ändå att möta alla dessa fantastiska människor från hela världen som alla arbetar inom allmänmedicin och att få se hur mycket som, trots stora skillnader, också binder oss samman!



Anna-Karin Agvald
Tierps vårdcentral
aknagvald@gmail.com

Deklaration om hälsa i glesbygden

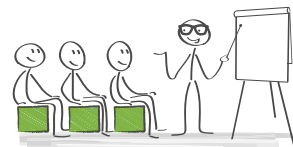
Deklarationen "Alma Ata revisited" antogs vid 15:e WONCA World Rural Health Conference i Delhi, april 2018. Den uppmanar det internationella samfundet att bekräfta principerna i Alma-Ata-deklarationen från 1978 för de 50 % av världens invånare som finns i "rural areas". FN, dess underavdelningar och nationella regeringar uppmanas fortsätta arbeta mot de mål som sattes upp för 40 år sedan, och man pekar på insatser som behövs för en jämlik, bättre hälsa.

EURIPA, European Rural and Isolated Practitioners, vill nu att medlemmarna sprider detta i sina respektive länder. En svensk översättning av deklarationen är på väg och kommer att publiceras på www.glesbygdsmedicin.info.

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida sfam.se/tidskriften "för kursgivare".





Framtidens primärvård – vart är vi på väg?

ST-dagarna i Jönköping 15–17 oktober 2018

I mitten av oktober var luften hög och brittsommarvärmens sista strålande dagar värmd i Jönköping. Samtidigt intog ca 350 ST-läkare i allmänmedicin Elmia konsert och kongress för tre späckade dagar med det högaktuella temat *Framtidens primärvård – vart är vi på väg?*

Det är mycket som händer inom primärvården och många diskussioner och tankar om hur framtiden ska utformas. Vi i arrangörsguppen för årets ST-dagar ville ingjuta hopp och framtidstro i våra kollegor. Vi planerade för en framåtblickande och upplyftande konferens där vi alla tillsammans skulle se hur vi kan göra för att ta de första stegen framåt mot en fantastisk framtid i primärvården.

Primärvårdens styrs av många regler och lagar. Ofta kommer direktiv uppifrån om hur vi ska arbeta och vilka tidsramar, remissvägar, arbetssätt och förskrivningar vi ska göra. Det är lätt att bli uppgiven, sätta sig bredvid de äldre kollegor som kör på i gamla hjulspår och inte tror på förändring, och som kommenterar förbättringsförslag med ”det där har vi hört förut, men än har inget hänt”.

Vi ville under konferensen lyfta fram den fantastiska kraft vi kan ha när vi gör något tillsammans, visa att det är dags för oss som kår att ta taktinnen och makten och driva frågorna och primärvården framåt för att vi ska få arbeta i den framtid vi själva vill verka i. Vi ville att vi under konferensen skulle få tillfälle att utbyta erfarenheter med kollegor från olika regioner och prata om hur vi har det nu. Vi skulle få lyfta blicken och drömma och visionera om vår framtid, höra hur andra gjort för att förbättra sina situationer och fundera över vad vi själva kan göra för att få det så som vi vill ha det.

En grundbult i framtidens primärvård är god vård baserad på goda medicinska kunskaper och färdigheter. Det fanns i programmet en hel del rent medicinska föreläsningar och seminarier. Konferensdeltagarna kunde höra om palliativ vård vid multisjuklighet, dermatoskopi, klinisk sexologi, pediatrik, oftalmologi, medicinsk lämplighet för körkortsinnehav, gikt, diabetes, kost och primärprevention – mycket av det vi dagligen möter på våra vårdcentraler.

För att knyta an till vad som händer i primärvården just nu delgav Anna Nergårdh oss sin syn på primärvården utifrån utredningen ”God och nära vård”. Emma Spak från SKL talade om sin dröm för primärvården och Åke Åkesson från Borgholm berättade hur han tagit rodret och genomfört förändringar och förbättringar på sin vårdcentral. De tre deltog tillsammans med Christer Andersson från Bergsjöns vårdcentral och Gudrun Greim från Närhälsan i Västra Götalandsregionen i en panel-



Sju strålande stjärnor. Från vänster Therese Wetterlöf, Anna Davelid, Sofie Tesan, Karolin Planting, Charlotte Arvidsson, Maria Eriksson, Emma Bro.

debatt med temat Framtidens primärvård. Under debatten avhandlades vikten av kontinuitet, resursfördelning, tillgänglighet till primärvården och andra aktuella frågor.

Digitalisering i vården är aktuellt nu och inför framtiden. Under konferensens första dag var det planerat en paneldebatt. Ironiskt nog blev den mer digital än planerat då tre av fyra deltagare inte kunde vara på plats på grund av sjukdom och tågförseningar. Debatten, som kantades av teknikstrul, uppehöll sig till stor del kring så kallade ”snuvappar”, de digitala nätläkartjänsterna. Även andra aspekter av digitaliseringen berördes.

För att inspireras att tänka utanför boxen fick vi höra ”rebellkirurgen” Erik Erichsen berätta om sin tid som läkare i Etiopien. Med en kavalkad av bilder och berättelser om olika människoöden visade han sin enorma uppfinningsrikedom och förmåga att hitta lösningar på problem, hur han med mycket små medel och begränsade resurser lyckats göra stor kirurgi och hjälpt många. Äventyraren Renata Chlumska höll en avslutande inspirationsföreläsning om vikten av ett gott teamarbete för att klara stora utmaningar, att fortsätta framåt genom att ha tydliga mål och att hela tiden ta nästa steg trots branta berg att bestiga.

Vi i arrangörsguppen hoppas att årets ST-dagar har spridit glädje över det fantastiska yrke vi har som läkare inom allmänmedicin och att konferensen bidrog till att stärka den allmänmedicinska kompetensen, identiteten och sammanhållningen. Vår förhoppning är att alla de ST-läkare som deltog har hittat drömmar och mål kring sin specialitet och att vi var för sig och tillsammans alla fortsätter arbeta för en fantastisk framtida primärvård!



Karolin Planting
ST-läkare i Allmänmedicin
Habo Vårdcentral
karolin.planting@gmail.com





Uppgifter för lokalt fortbildningsansvariga läkare

Allmänläkaren navigerar i gränslandet mellan berättelse och bevis och är i första hand en reflekterande praktiker. Vi måste göra oss hemmastadda såväl i patienternas livsvärld som i den evidensbaserade medicinen. Det finns sällan tid att skaffa sig kompetens på djupet i bredden av sjukdomar och hälsoproblem. Vi behöver ständigt omvandla påståendekunskap, baserad på studier av olika väldefinierade populationer, till praktisk visdom i mötet med den enskilde patienten, och då också ta hänsyn till dennes önskemål och preferenser. Detta gör arbetet komplext men också oerhört stimulerande. Behovet av reflektion tillsammans med kollegor enligt vuxenlärandets principer är stort.

Tiden som allmänläkaren använder för kollegial dialog och extern fortbildning har minskat över tid. Den lokalt fortbildningsansvarige läkaren är en nyckelperson på vårdcentralen när det gäller kollegial reflektion och att värna utrymmet för detta. Målet är att tillsammans med kollegorna etablera och vidmakthålla en fortbildningskultur i form av kollegial dialog på arbetsplatsen.

Det finns ett antal praktiska uppgifter att ta tag i för att nå detta mål. Dessa kan inkludera följande punkter som organiseras lokalt i samråd med verksamhetschef och medicinsk rådgivare.

- Inventera och motverka hinder för kollegial dialog.
- Skapa utrymme i form av regelbundna möten.
- Bokningar av konferensrum, laptop, projektor etc.
- Samla in önskemål från kollegor vad gäller innehåll.
- Se till att gruppen fastställer vissa regler kring sammankomsterna.
- Diskutera i gruppen hur tiden ska användas.
- Upprätta en planering, exempelvis halvårsvis.
- Leda läkarmöten och vid behov delegera ledarskapet.
- Samarbeta med schemaläggaren kring inbjudna gästföreläsare.
- Värna om fortbildningsinnehåll i förhållande till ren information.
- Vissa förberedelser krävs, men utnyttja gärna videomaterial för efterföljande reflektion.

Knowles principer för vuxenlärande

1. Vuxna motiveras inifrån och styr sig själva
2. Vuxna hänger upp ny kunskap på egna erfarenheter och kunskap
3. För vuxna är timingen viktig
4. Vuxna behöver se nyttan med det nya
5. Vuxna är praktiska
6. Vuxna elever vill bli respekterade

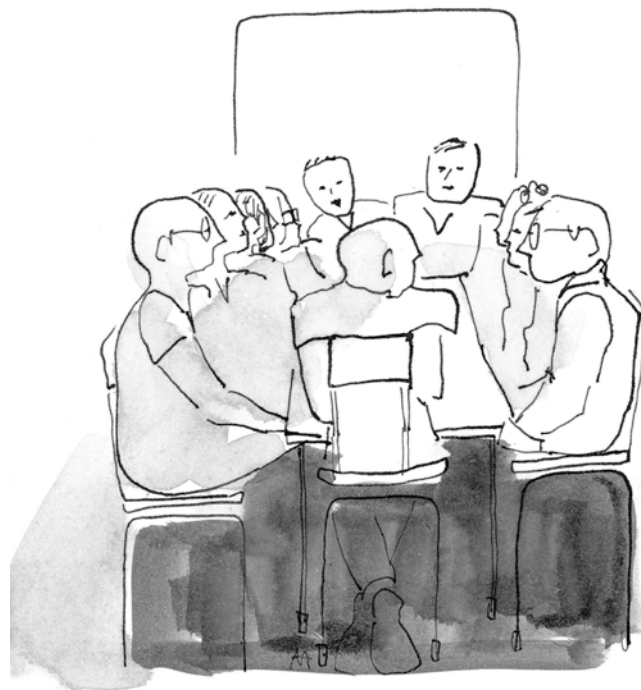


Illustration: Annika Andén

- Använd lokalt anpassade kunskapsstöd och fortbildningsmaterial (riktlinjer, webinarier, videotek, frågor/svar).
- Använd data från aktuellt datasystem (t.ex. PrimärvårdsKvalitet) för att diskutera förbättringsområden.
- Tidsmässig fördelning till fortbildningsdagar gemensamma för sjukvårdsområdet.
- Sprida information om utbudet av fortbildning utanför arbetsplatsen.
- Uppmuntra deltagande i fortbildningsaktiviteter utanför arbetsplatsen.
- Uppmuntra individuell fortbildningsplanering.
- Uppmuntra ST-läkare att presentera vetenskapliga arbeten/förbättringsprojekt.

Ett tips för att utvecklas i rollen som lokalt fortbildningsansvarig är att lära sig mer om gruppdynamik, t.ex. genom att gå på FQ-gruppledarutbildning. Då är steget inte så långt till att omvandla arbetsplatsgruppen till en FQ-grupp.

Anders Lundqvist
AKO-koordinator Skåne NO
Lokalt fortbildningsansvarig läkare
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com



Annons

Annons



Nu startar Sveriges första Balintgrupp över internet!

Vi planerar att starta en internetbaserad Balintgrupp för specialister i allmänmedicin i Sverige under våren 2019. Du kan oberoende var du befinner dig delta i en egen Balintgrupp!

Vi träffas alla först fysiskt för att börja lära känna varandra och få träna på både Balintmetoden samt den tekniska delen. Vi inleder med en heldag i Malmö lördagen den 2 februari 2019. Därefter blir det ett möte i månaden under våren och hösten på mobilen/plattan eller datorn. Vi kommer att använda plattformen Zoom, som kan laddas ned och användas gratis. Zoom är kompatibelt med programmet Skype för företag, som används på många arbetsplatser.

Balintgruppen är en fortbildningsmetod som varit i bruk sedan början av 1950-talet. Den har en stark internationell förankring. Balintgruppens syfte är att utveckla och underhålla den enskilde läkarens professionella förmåga att relatera till sina patienter och till sin kliniska omgivning.

I internationella sammanhang talas det ofta om Balintgruppens profylaktiska betydelse, som ett sätt att undvika utbrändhet, men metoden är i första hand avsedd för professionell fortbildning. Dorte Kjeldmand fann i sin doktorsavhandling om Balintgrupper i en kontrollerad studie (2006), att Balintgruppsdeltagare efter tre terminer i alla avseenden var mer tillfreds och bättre fungerande i sin arbetsmiljö – alltifrån sin förmåga att handskas med svåra psykosomatiserande patienter till trivsel i vardagen.

På den internationella Balintkongressen i Oxford hösten 2017 deltog vi i en workshop, där världens första internetbaserade Balintgrupp presenterades i realtid på en stor TV-skärm. Gruppen leddes av Donald Nease och Albert Lichtenstein, som hade startat och lett gruppen i tre år. De deltog själva i kongressen, men satt just då var och en på sitt hotellrum i Oxford med sina iPads.

Gruppen hade kommit till stånd på initiativ av unga läkare under utbildning till specialister i allmän medicin och organiserade i WONCA Young Doctors Movement. De var från världens alla hörn: Sydkorea, Spanien, Nigeria, Filipinerna, Tyskland m.fl. Alla ansikten sågs på skärmen, med olika klädstilar, från huvudduk och tunika till pyjamas. Vissa tydligt präglade av jobbiga tidzoner, men alla djupt engagerade i att hjälpa den som, tillsynes på stranden, drog sitt patientfall via sin smartphone.

Jämte oss på workshoppen satt en allmänläkare från Västerbotten som ofta varit med när Balintintresserade samlas, men som pga. stora avstånd inte haft en chans att någonsin få "sin



"Live Balintgrupp" från Balintkonferensen i Oxford 2017.

egen" Balintgrupp. För honom visade presentationen på en ny möjlighet. *Tänk att kunna få delta i en Balintgrupp med fasta medlemmar som träffas regelbundet, oberoende av alla dessa hinder som gör det så svårt!* Plötsligt verkade en dröm kunna slå in.



Anders Birr
Certifierad Balintgruppleddare,
psykoterapeut, specialist i onkologi
och palliativ medicin
Diagnostiskt Centrum,
Helsingborgs Lasarett



Dorte Kjeldmand
Certifierad Balintgruppleddare,
Dr.Med.
Nässjö vårdcentral,
Region Jönköping
kjeldmand@gmail.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Michael Balint: The Doctor, the Patient and the Illness, 1957.
2. Dorte Kjeldmand: The Doctor, the Task and the Group. Balint Groups as a Means of Developing New Understanding in the Physician-Patient Relationship. Uppsala Universitet 2006.
3. Donald Nease, Albert Lichtenstein: Balint 2.0: A Virtual Balint Group for Doctors around the World. Int J Psychiatry Med, 2018 vol. 53(3) pp. 115-125.

Du kan få mer info och anmäla ditt intresse via
balintinternetgroup@gmail.com.



Nyheter i PrimärvårdsKvalitet



PrimärvårdsKvalitet blir alltmer etablerat som primärvårdens eget kvalitetssystem där vi enkelt hittar data om våra egna patienter, som utgångspunkt för utveckling, dialog och fortbildning. Nu finns PrimärvårdsKvalitet på mer än hälften av alla vårdcentraler i landet och fler förväntas komma igång under 2019.

Nya indikatorområden

Sedan början av 2018 är det sex yrkesföreningar som samarbetar med SKL i arbetet: SFAM, Distriktssköterskeföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Fysioterapeuterna, Sveriges arbetsterapeuter och Psykologförbundet. En viktig del av arbetet handlar om att ta fram kvalitetsindikatorer där data går att hämta automatiskt, det vill säga utan extra dokumentation utöver ordinarie journalföring. Indikatorerna utgår i stor utsträckning ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Under 2017 och 2018 har alla indikatorer uppdaterats och ensats och en del nya ämnesområden har tillkommit. Några exempel på nya indikatorer är prioritering i primärvård, psykoterapi vid depression och ångest, rehabinsatser vid KOL och stroke samt olämplig läkemedelsbehandling. Det sistnämnda avser dels kombinationer av läkemedel som kan vara skadliga (till exempel NSAID vid kardiovaskulär risk), dels beroendeframkallande läkemedel som bensodiazepiner.

Även infektionsindikatorerna har uppdaterats och fått en lite annan utformning än indikatorerna för kronisk sjukdom. Genom denna förändring kan infektionsindikatorerna användas även på enheter som inte har någon listad befolkning, till exempel jourmottagningar och digitala vårdgivare.

De uppdaterade och nya indikatorerna kommer finnas i Medrave från och med början av 2019. I de landsting där man använder andra system för att visa PrimärvårdsKvalitet kommer det sannolikt ske något senare.

Aktiviteter 2019

Varje termin hålls en indikatorworkshop om aktuella ämnen, där den som är intresserad är välkommen att vara med och bidra. Nästa indikatorworkshop blir den 18 mars 2019 i Stockholm med preliminärt tema psykisk ohälsa och digitala kontakter. Utöver det kommer en inspirationsdag hållas den 24 januari, där man kommer få ta del av erfarenheter från olika håll i landet om hur man gjort för att komma igång med och använda sig av PrimärvårdsKvalitet. Anmälningsslänkar finns på hemsidan och Facebook (se rutan).

Ulrika Elmroth

Allmänläkare, projektledare PrimärvårdsKvalitet
Sveriges Kommuner och Landsting
Vice ordförande, SFAM
ulrika.elmroth@skl.se



Mer information

Följ PrimärvårdsKvalitet på Facebook så får du tips på användning och snabb information när det händer något nytt.

På www.skl.se/primarvardskvalitet finns information, indikatorer och stödmaterial till APT, läkarmöte, FQ-träff eller liknande.

På ringla.nu finns filmer om hur PrimärvårdsKvalitet kan användas.



Dags att söka Provinsialläkarstiftelsens kurser för 2019

– Kurser för och med allmänläkare

Läs mer om kursen
och anmäl dig på
[https://slf.se/dlf/
provinsiallakarstiftelsen/
aktuella-kurser/](https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/aktuella-kurser/)

Svenska
Distriktsläkar-
föreningen

Anmäl dig till en eller fler av kurserna för utökad kunskap inom flera områden.



Fina utmärkelser från WONCA



Louise Emilsson fick vid WONCA:s kongress i Seoul, Korea *Best SCI Citation Award*, en av de tre tyngsta forskningsutmärkelserna. Hennes artikel [1] var en av de tio artiklar som fick *The 1st Distinguished Research Making Family Medicine Shine Award* (DRA).

Artikeln handlar om statiners möjligheter att förebygga cancer. Genom att använda en ny statistisk metod kunde hon visa att en sådan effekt saknas.

Louise är ST-läkare vid vårdcentralen Värmlands Nysäter. Hon disputerade 2013 vid Örebro universitet om hjärtsjukdomar vid celiaki. År 2016 var hon postdoc vid Harvard School of Public Health. Nu är hon knuten till Oslo universitet där hon forskar om tjock- och ändtarmscancer. Vid FoU-enheten vid Landstinget i Värmland är hon forskningsledare och AVC-samordnare.

Referens:

1. Emilsson L, García-Albéniz X, Logan RW, Caniglia EC, Kalager M, Hernán MA. Examining Bias in Studies of Statin Treatment and Survival in Patients With Cancer. *JAMA Oncol.* 2018 Jan 1;4(1):63-70. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.2752.



Årets serviceföretag i Åre kommun



Järpens hälsocentral vann, i konkurrens med flera företag inom turism- och besöksnäringen, priset som "Årets serviceföretag" i Guldstjärnan 2018 i Åre kommun.

Bemanningen är stabil och kunnig vilket gör att hälsocentralen har ett gott rykte. På alla hälsocentraler runt om i kommunen arbetar cheferna deltid. Det gör att de ser verksamhetens behov och möjligheter på ett naturligt sätt eftersom de är en del av arbetslaget. Samhällets och patienternas krav och förväntningar förändras ständigt. Hälsocentralen i Järpen planerar hela tiden för att fungera utifrån dessa. Det handlar om att aldrig slå sig till ro utan att fortsätta utvecklas.



Hedersmedlem i Svenska Läkaresällskapet

Margareta Troein, professor och allmänläkare i Malmö, var tidigare ordförande i SLS och är nu förtroendevald revisor. Hon har nu utsetts till hedersmedlem.

Motivering: "För att genom sitt stora engagemang samt sin forskning och läkargärning ha medverkat till att skapa nya arenor och sammanhang för Läkaresällskapet med professionens bästa i fokus."



AllmänMedicin informerar

Ska AllmänMedicin gratulera?

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



Dramat utspelas inom människan

Jag gillar deckare. Allra mest dem som utspelar sig inom människor, där själva brottet inte är det viktigaste. Dorothy Sayers böcker om Lord Peter Wimsey har jag läst många gånger, liksom Simenons böcker som *inte* handlar om Maigret. Åsa Nilssonnes deckare utspelas mycket inom människor. Hennes bok "En passande död" recenserade jag i AllmänMedicin 2-2014.

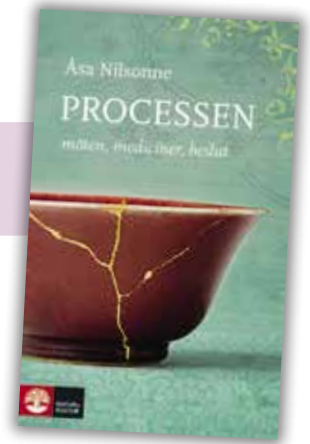
Min hunduppfödande kollektivhusgranne har träffat Åsa Nilssonne på hundtävlingar, och en oktoberkväll var hon här. Vi har träffats förut, men ingen av oss kommer ihåg i vilket sammanhang.

Jag har jag arbetat inom tre olika psykiatriska verksamheter: Förlängd AT på Maria ungdom, där jag lärde mig använda mig själv i stället för piller. Ett år på dagvården, SöS, där ECT användes på medelålders hemmafruar tills de tappade minnet. Som specialist ett år på avdelning inom det s.k. Nackaprojektet, där vården av vissa patienter kunde jämföras med livräddande intensivvård inom somatiken.

Jag har funderat på hur mycket av kvinno(o)hälsa som legat bakom mina kvinnliga patienters besvär. Hur många illegala aborter hade de äldre kvinnorna genomgått? Hur många våldtäkter, hur mycket sexuellt utnyttjande var mina patienter utsatta för?

Åsa började med att berätta om sitt yrkesliv – det som hon beskrivit i sin "professionella självbiografi". Senare kom hon in på sina kriminalromaner och sina hundar. Hon berättar glatt och inspirerande. Man är glad när man går ifrån mötet.

"Processen – möten, mediciner, beslut" är en spänningsbok som man inte gärna lägger ifrån sig. Efter två inledande kapitel kommer fem kommenterade fallbeskrivningar från 70- och 80-talen, därefter en redogörelse för hur hon själv behandlade sin egen panikångest. Slutligen berättar hon hur hon "räddades" att vara kvar i psykiatri via sin upptäckt av KBT och den mer krävande DBT (dialektisk beteendeterapi).



Åsa använde som ung läkare läkemedel enligt det som då var lege artis. Vissa patienter fick henne att börja ifrågasätta detta. Hon beskriver sin maktlöshet inför kvinnan som vrider sina händer, och konstaterar att idag hade hon nog tagit med både genusperspektiv och medicinbiverkan i sin bedömning.

Som lärare oroar hon sig för att de unga läkarna inte vågar stå för sin uppfattning. Samtidigt berättar hon om hur två olika bakjourer gav henne helt olika syn på samma patient.

Åsa beslutar sig för att sluta använda läkemedel. KBT kom som den räddande ängeln, följt av DBT. Hon jämför KBT med en blindtarmsoperation medan DBT är "en tekniskt krävande hjärttransplantation som bara kan utföras av en högspecialiserad kirurg tillsammans med ett sammansvetsat team". Teamet behövs som handledare, mentor, second opinion och stöd.

Med DBT fick hon ett verktyg att använda i arbetet med de "personlighetsstörda" kvinnorna, som ansågs omöjliga att arbeta med. Jag kommer ihåg hur de ansågs i princip obotbara och synnerligen manipulerande. De åkte ut och in på grund av självskadebeteende och självmordshot.

Åsa är emot den roll som psykiatrisk diagnostik fått idag där vården vilar på att patienten fått en diagnos. Diagnoser förknippas med läkemedel och andra behandlingsmöjligheter glöms bort. Hon talar om "överdiagnostikträsket" där friska människor klassas som sjuka, "underdiagnostikträsket" där sjuka klassas som friska och feldiagnostiken som lurar i bakgrunden.

Större vikt bör läggas vid tillstånd som orsakas av traumata, bland annat tortyr, och av långvarig stress. Hela människan i sin livssituation behöver behandlas. Hon pekar på behovet av gemenskap med andra människor och betydelsen av fattigdom och social utsatthet för den psykiska hälsan.

Avslutningsvis säger Åsa Nilssonne, som ägnat sitt yrkesliv åt att hjälpa individer, att "kriget mot den psykiska ohälsan aldrig kan vinnas ensamt av psykiatri".

Boken är lättläst och rekommenderas alla som är intresserade av psykiatriens utveckling, hur professionell utveckling kan förändra ens arbetssätt och hur psykoterapi kan förändra en människa.



Åsa Nilssonne är född 1949 och uppvuxen i Libanon, Etiopien, Thailand och Sverige. Hon är psykiater och professor i medicinsk psykologi vid Karolinska institutet. De fackböcker hon skrivit handlar framför allt om medveten närvaro (mindfulness).



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

T.f. ordförande
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Vice ordförande

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Facklig sekreterare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Ljungkvist
susanne.ljungkvist@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

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

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvane frågor

Åsa Wetterqvist
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

IT-rådet

Anne Björk, annejor@gmail.com

Rådet för hållbar diagnostik och behandling
Minna Johansson
minna.johansson@vgregion.se

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sll.se

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

Studierektorskollegiet

Pontus Stange
pontus.stange@gmail.com

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården
Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin
www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Forskningsnätverk psykisk hälsa i primärvården
Anna Nager, anna@nager.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

Euract

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

Equip

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

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sll.se

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Annika Larsson
annika.larsson@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

Maria Truedsson
maria.truedsson@gmail.com
<http://allmanmedicinbd.se>

VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND

Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Sofia Laven
sofia.laven@gmail.com

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dli.se

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
www.sfamstockholm.se

GOTLAND

Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Joseette Troon
joseette.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

Catarina Önnings Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397

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 C
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratörer

Annika Andén
annika.anden@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

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se
webmaster@sfam.se

**Utgivningsplan för 2019**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	14.1	18.2	18.3	Våra mest behövande patienter
2	25.3	13.5	10.6	Allmänmedicin i grundutbildningen
3	19.8	23.9	21.10	21 landsting 21 system
4	14.10	18.11	16.12	Primärvården har blivit bättre!

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

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

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

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltensern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

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/foreningen och klicka på Ordbyte

 Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2019**Januari**

Kurs i kompetensvärdering
14-16.1 Nyköping

Inspirationsdag PrimärvårdsKvalitet
24.1 Stockholm

Februari

Start för Balintgrupp på internet
2.2 Malmö

Mars

Indikatorworkshop PrimärvårdsKvalitet
19.3 Stockholm

Maj

Svensk allmänmedicinsk kongress
8-10.5 Borås

Glesbygdsmedicin för ST-läkare
14.5 Borgholm

Glesbygdsmedicinsk konferens
15-16.5 Borgholm

Juni

Nordic Young General Practitioners
15-16.6 Aalborg, Danmark

Nordisk allmänmedicinsk kongress
17-20.6 Aalborg, Danmark

24th Wonca Europe
26-29.6 Bratislava

December

Preventing over-diagnosis
5-7.12 Sydney

2020**Maj**

EGPRN
7-10.5 Göteborg

Internationellt

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

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se

KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se

Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.



Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.
chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se

Annons



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.