

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 2 2014 ÅRGÅNG 35



Tema: Vid livets slut

Vårda livet! sid 12 • Avhandling om diabetes med relevans för primärvården sid 30

- 2 **Ledare: SFAM – en förening för alla!**
Karin Träff Nordström
- 3 **Chefredaktören: Att slippa få livet förlängt**
Ingrid Eckerman
- 4 **SFAM bygger upp modell för allmänläkarnas fortbildning**
Gösta Eliasson
- 5 **SFAMs utbildningssatsning**
Karin Träff Nordström
- 6 **Fortbildningsverksamheten utvecklas...**
- 7 **Till Dig som är ST-läkare**
- 10 **Byt styrsystem för sjukvården!**
Sven Svederberg, Ven
- 10 **Alla generationer behövs!**
Gösta Eliasson
- 12 **Vårda livet!**
Hanna Dahl
- 13 **Våra mest sjuka äldre**
Eva Nilsson Bågenholm
- 14 **Leva livet hela livet – också sista sträckan**
Barbro Westerholm
- 15 **Avancerad hemsjukvård i primärvården**
Inger Fridegren
- 16 **SFAMs råd för sköra äldre i primärvården**
Sonja Modin
- 18 **Klokare läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre**
Gunnar Dahlberg & Birger Thorell
- 20 **Palliativ vård och New Public Management blev en dödlig mix**
Carl-Magnus Edenbrandt
- 22 **Det livsviktiga hoppet för en lugn död**
Agnete Kinman
- 24 **Ett program i åtta punkter**
Carl-Johan Kleberg
- 27 **Recension: Insikten om livets korthet**
Peter Olsson
- 28 **Recension: En berättelse om den självvalda döden**
Carl-Johan Kleberg
- 29 **Recension: Att planera sin död**
Ingrid Eckerman
- 30 **Avhandling om diabetes med relevans för primärvården**
Peter Engfeldt
- 33 **Mer antibiotika med "drop in" på Trossö vårdcentral?**
Caroline Beijar
- 35 **Osteoporosmodell från Storbritannien**
Helena Salminen & Anette Jansson
- 39 **Varför bli chef när man är utbildad för klinisk verksamhet?**
Henrietta Arwin
- 42 **Prioriteringar i praktiken**
Robert Svartholm
- 44 **Resurstrappor**
Ingrid Eckerman
- 46 **Biff till äldre, vatten till barn? Individualisera råden!**
Lars Bäcklund
- 48 **Ett ST-initiativ som blev en framgångsrik informationssajt**
Lasse Wilhelmsson
- 51 **Tobacco Endgame 2025**
Elin Khokhar
- 54 **Landstingsdirektören från Värmland fick toppjobb på SKL**
Gösta Eliasson
- 56 **Blev du kränkt, lilla gumman?**
Bertil Hagström
- 58 **KursDoktors matnyttiga Allmänläkardagar**
Gösta Eliasson
- 60 **Sydliga balintledare fortbildar sig**
Henry Jablonski
- 61 **Kulturspalten: This Allmänläkar Life**
Sonja Holmquist
- 62 **Utmärkelser**
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM informerar ■ Debatt ■ Temaartiklar ■ Utbildning & Fortbildning



Omslagsbild – Vid livets slut

Distriktsläkaren Kerstin Rönnblom på hembesök hos Siri Nyman som har varit Kerstin Rönnbloms patient i nästan 30 år. Siri fyllde 100 år strax innan hon avled 2010.

Fotografen Boris Ersson följde arbetet på Örnäsens vårdcentral under ett år. Ett 40-tal fotografier monterades på vårdcentralens väggar. Projektet kallas "Vården på vägen".

Boris Ersson, Fotograf
boris.ersson@gmail.com



SFAM – en förening för alla!

Anda sedan jag gick med i SFAM som nybliven vikarie på vårdcentralen i Södra Sandby har jag närt en hatkärlek till föreningen.

Kärlek, därför att jag här funnit starkt stöd för mina tankar kring allmänmedicinskt arbetssätt och idén att man under ST bäst lär sig detta genom tjänstgöring på vårdcentral, med egen patientlista.

Hat, då jag alltför ofta känt krav på en politisk korrekthet, som jag inte riktigt kunnat eller velat leva upp till och också upplevt har skrämt bort andra.

Min vision är att SFAM ska vara en förening, där ALLA allmänläkare, ST-läkare i allmänmedicin och andra som brinner för allmänmedicinsk utveckling ska känna sig hemma.

En oas där man kan få kräka över omöjliga IT-system, klåfingriga byråkrater och obegåvade politiker som skapar ersättnings-system som styr oss åt ett håll vi inte vill gå.

En kraft som vänder missnöjet till konstruktiva förslag om förbättring, i dialog med andra berörda.

En vetenskaplig förening som lyfter patientnära forskning i primärvården och som kräver åtminstone någon evidens även för förändringar i organisation och ersättningsmodeller.

En förening som arbetar för ökade generalistkunskaper under utbildning och fortbildning och som ställer krav på såväl arbetsgivare som oss själva att säkerställa kompetensutveckling hela arbetslivet.

En mötesplats, på kongresser, seminarier eller på Ordbyte, där vi möts och bryter åsikter med respekt för varandras olikheter. Du ska känna dig välkommen oavsett arbetsplats, politisk tillhörighet eller allmänmedicinsk ideologi.

Det som förenar oss är intresset för, ibland till och med kärleken till, människan i kombination med ett djupt och brett medicinskt kunnande satt i en samhällelig kontext.

Välkommen!

Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se



I pressläggningens sista skälvande ögonblick blev det klart att Karin Träff Nordström fortsätter som ordförande i ytterligare två år. Jag vill passa på att tacka henne för de gångna två åren. Karin har varit en tydlig och uppmuntrande chef som visat mig stor tilltro. Med en sådan uppdragsgivare är det roligt att jobba!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör

Glöm inte tävlingen i medlemsrekrytering!

Bästa lokalförening får en gratisplats till Nordiska kongressen 2015.

Att slippa få livet förlängt

- och i stället få en värdig död

Ett stort tack till alla författare i detta nummer! Livets slut blir belyst ur en mängd olika vinklar. Det är inte en enkel process som kan dokumenteras i register.

Döden har alltid varit en del av livet. Men inte idag. Nu förväntar vi oss att varje nyfött barn ska leva till åtminstone medellivslängd.

Döden har varit en del av samhället. Ritualer kring de döda och olika sätt att hantera effekter av dödsfall finns i alla samhällen. Men vår sjukvård vill inte erkänna att döden är ett av dess uppdrag.

Något ur mina egna erfarenheter

Ett par hade bott länge på pensionärshemmet i backen ovanför vårdcentralen, granne med sjukhuset. Så gick hon bort. Han blev sittandes. Jag träffade honom någon gång om året och förlängde hans recept.

En måndag fick han bröstsmärtor. Personalen försökte få honom till sjukhuset men han vägrade. Likadant kommande dagar. På fredagen stundade helgen med minskad personalstyrka. Då lyckades de. "Men jag vill inte åka ambulans, du får skjutsa mig." Biträdet tog honom i sin bil, svängde runt hörnet till sjukhuset. När de stod i inskrivningen segnade han ner. Han defibrillerades tre gånger och återbördades till livet.

"Vår sjukvård vill inte erkänna att döden är ett av dess uppdrag."

Några veckor senare träffade jag honom igen. "Varför fick jag inte dö?" var hans första fråga till mig. Han fortsatte leva några år till, på en allmänt sänkt funktionsnivå. Fortsatt oglad, som det heter på norrländska. Vad var livet värt för honom?

Varför bad de aldrig mig komma på hembesök?

Åldern på ens föräldrar

Mina föräldrar blev gamla, liksom deras föräldrar. Min mor tröttnade på livet på grund av all värk hon fick av en sönderfallande kotpelare. Hon längtade till far. Min far hade många krämpor, behövde mycket hjälp men var inte trött på livet. Båda slapp få sina liv förlängda när det var dags.

Jag äter inga piller mot kroniska sjukdomar eller riskfaktorer.

Risken är att jag blir väldigt gammal. Samtidigt märker jag hur mina icke-dödliga krämpor ökar. Att jag inte kan dansa mer har jag accepterat. Men om även fiolspelet tas ifrån mig? Och jag inte kan kompensera med att vara behövd?

Jag vill inte bli mer än 90. "Men om du är frisk och pigg?" invänder en hel hopper med röster. Då svarar jag med Evert Taube: "Varför ska just du ...?" Sannolikheten är stor för att jag har ännu fler reservdelar när jag är 90 och ännu större funktionsbortfall, förutom bortfall av sociala nätverk. Vem behöver en 90-åring? Inte barnbarnsbarnen.

Mitt eget åldrande

Jag vaccinerar mig inte mot influensa. Jag går sällan på hälsokontroller. Mammografi vid 72 års ålder? Men hur ska jag göra för att slippa bli hjärt-lungräddad om jag segnar ner på stan? De hurtiga dödsstopparna, skulle de titta efter bricka om halsen eller lapp i plånboken innan de sätter igång?

Att jag ser slutet på mitt liv närma sig, att jag kan uppleva meningslöshet, ibland känna livsleda – är det depression? Något som inte får finnas? Är det inte i stället en naturlig utveckling inför det man vet kommer? Ett sätt att acceptera att livet är ändligt?

Rädda liv, förlänga liv, hindra döden. Räddas till livet, återupplivas, uppstå från de döda, förhindras att dö. Ord för samma företeelse men med olika känslomässiga innebörd.

Ett värdigt liv inkluderar en värdig död. En värdig död inkluderar ett värdigt slut på livet. Ett värdigt slut på livet kräver människor runt omkring mig – anhöriga, personal av olika slag. Om de resurserna inte finns kan jag lika gärna avsluta livet lite tidigare. Kanske genom att sluta äta och dricka.

Vi måste se även resursbristen i ögonen.

Det är ni, mina kollegor i 30-40-årsåldern, som ska ta till vara mina intressen när jag är 90. Jag hoppas ni då kommer ihåg att ett år för en 90-åring bara är en nittiondedel av hans liv – det kan man både ha och mista. Annat är det för ett barn eller en ung vuxen – halva eller en femtedel av livet.

Glöm inte "brytpunktssamtalet" – lagom tillfälle är väl cirka två år innan jag går bort. Kanske när jag är 88?



Ingrid Eckerman
chefredaktör@sfam.se

Etik och smärta i nr 3-2014

Vilka aspekter vill du belysa? Skicka information om ämne + artikellängd till chefredaktör@sfam.se senast 15 juni.

SFAM bygger upp modell för allmänläkarnas fortbildning

Till grund för den fortbildningsmodell som SFAM nu är i färd med att bygga upp ligger en utredning beställd av SFAM:s styrelse. I den här artikeln sammanfattas utredningens förslag. Läs hela rapporten *Allmänläkares fortbildning* på www.sfam.se!

Just nu finns det flera skäl för SFAM att satsa på fortbildning. Det tyngsta skälet är att fortbildningen uppvisar allvarliga brister, både tids- och innehållsmässigt. Ett annat skäl är att Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet numera placerar fortbildning högt på dagordningen och att politiker har börjat förespråka myndighetsstyrd recertifiering. Ytterligare ett skäl är att EU nyligen ändrade det s.k. yrkeserkännandedirektivet och nu kräver dels att medlemsstaterna främjar professionell utveckling, dels om två år redogör för hur man kvalitetssäkrar fortbildningen.

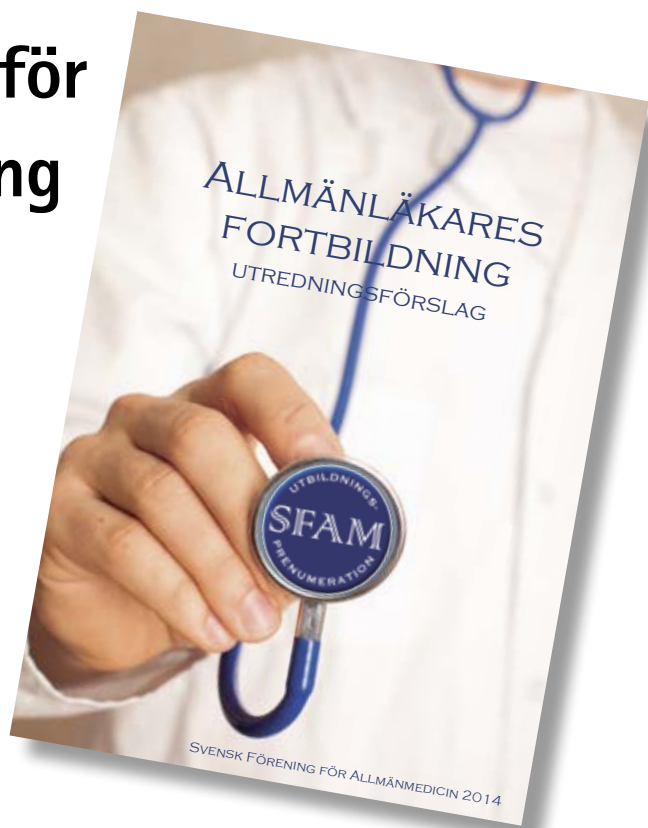
Första delen i utredningen beskriver fortbildningens effekter på lärande och på vårdkvalitet utifrån tillgänglig evidens. Interaktiva, vardagsnära seminarier och FQ-grupper visar effekt till skillnad från passivt lyssnande till föreläsningar. I rapporten redovisas SFAM:s tidigare kartläggningar av fortbildningen. Exempelvis fann man i en rikstäckande enkätstudie år 2000 att två tredjedelar av allmänläkarna uppfattade läkemedelsindustrins medverkan som betydelsefull och att knappt hälften av kåren vid den tiden deltog i FQ-grupp.

I utredningen diskuteras hur de nya ersättningssystemen och sjukvårdsreformerna påverkar fortbildningen. De modeller som kan användas för reglering av fortbildning beskrivs, alltifrån myndighetsstyrd recertifiering till inomprofessionella initiativ såsom SPUR-liknande granskningar och poängregistrering. I ett särskilt avsnitt belyses fortbildningen i Holland och Norge.

I utredningens andra del beskrivs en modell för fortbildning inom allmänmedicinen, inspirerad av regelverket för norska allmänläkare. I rapporten föreslås att SFAM bygger upp en s.k. fortbildningsmodul, bestående av tre delar: *katalogdel*, *uppföljningsdel* och *supportdel*.

Katalogdelen är en webbplats med tillgång till en databas där alla kurser, konferenser och seminarier som kan ha intresse för allmänläkare finns att söka på ett och samma ställe.

Uppföljningsdelen beskriver hur de fortbildningsaktiviteter man genomgått kan tilldelas s.k. CPD-poäng som man själv registrerar och övervakar. Vart femte år stäms poängen av mot en



målnivå, vilket ger läkaren en överblick över genomförd fortbildning och verksamhetschefen ett stöd för planering av enhetens kompetensförsörjning. Enligt norsk förebild föreslås att man erhåller poäng för allt som har med den individuella professionella utvecklingen att göra: kurser, kongresser, auskultation på sjukhusklinik, ömsesidiga vårdcentralbesök, FQ-grupp, handledning av utbildningsläkare, vetenskaplig artikel etc., allt efter egna behov och preferenser.

Supportdelen är avsedd att stödja lokala initiativ, underhålla nätverk för fortbildningssamordnare och tillhandahålla studiebreve och kurser för FQ-gruppledare.

Utredningen föreslår att SFAM bygger upp en organisation i form av ett kansli med uppgift att utveckla och underhålla den föreslagna fortbildningsmodellen. I organisationen bör finnas en huvudansvarig projektchef, två deltidsarbetande specialister i allmänmedicin samt inhyrda konsulttjänster. Fortbildningsmodulen beräknas kunna tas i drift i januari 2015.

SFAM har föreslagit att en långsiktig finansiering skall garanteras genom en individuell eller kollektiv fortbildningsprenumeration där prenumerationsavgiften kan ses som en fortbildningskostnad och betalas av arbetsgivaren. En motsvarande tjänst för ST-läkare, *SFAM:s utbildningsmodul*, startade redan vid årsskiftet och innehåller kraftiga rabatter på olika stöd för utbildningen, bland annat Mitt-i-ST, Allmänmedicinsk Kongress, kliniska beslutsstöd och läroböcker.



Gösta Eliasson
Utredningsansvarig
Ordförande i fortbildningsrådet
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Läs utredningen
Allmänläkares fortbildning på
www.sfam.se.

SFAMs fortbildningsatsning förverkligas med medel ur kronikersatsningen



Karin Träff Nordström talar på Allmänläkardagarna i Göteborg 2013.

Foto: Gösta Eliasson

SFAM har av regeringen fått beviljat medel ur satsningen kopplad till Nationell strategi för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar 2014-2017. För 2014 har föreningen erhållit 2,2 miljoner kronor. För 2015 finns 2,9 miljoner kronor avsatta under förutsättning att riksdagen beslutar att den fyraåriga satsningen ska fortsätta enligt plan även kommande år.

Medlen är avsedda att förverkliga intentionerna i den utredning kring Allmänläkares fortbildning som Gösta Eliasson gjort på styrelsens uppdrag.

Ur ansökan om medel för projektet om förbättrad vård för personer med kroniska sjukdomar:

Förväntat resultat:

För gruppen personer med kronisk sjukdom

- Kompetenta allmänläkare med allmänmedicinskt förhållningssätt innebär adekvata baskunskaper och färdigheter inom området kronisk sjukdom samt samsjuklighet, prevention och individuellt anpassad vård.
- Ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet.
- Ökad patienttrygghet.
- Ökad insyn vad gäller redovisningen av läkarnas fortbildning med jämförelser ger bättre förutsättningar att välja vårdenhet.

För allmänläkarkåren

- Bättre överblick över den egna kompetensutvecklingen.
- Ökade möjligheter att tillämpa ett allmänmedicinskt arbetssätt inom området kroniskt sjuka.
- Ökade möjligheter till kollegial dialog. Stöd till läkare som av någon anledning inte uppnår kraven på fortbildning.

För verksamheterna

- Överblick över fortbildningen samt möjligheter för verksamhetschefer att planera för optimal kompetensförsörjning inom angelägna områden, t ex gruppen kroniskt sjuka. Underlättande av identifiering av läkare som över- och underförbrukar fortbildningsresurser.

För landsting och regioner

- Möjlighet i öppna jämförelser att följa verksamheternas insatser för kompetensutveckling.
- Bättre underlag inför politiska beslut som rör primärvårdens kompetensutveckling.

För staten

- Staten kommer att kunna möta kraven i den nya formuleringen av Yrkeserkännandedirektivet med "främjande av fortbildning" och kan redovisa vilka åtgärder för som har vidtagits.
- Minskat krav på staten att reglera fortbildningen, då professionen visar vilja och förmåga att ta ansvar för kårens professionella utveckling.

Ur Regeringsbeslutet den 6 mars:

"Personer med kroniska sjukdomar har ofta kontakter med läkare inom primärvården och dessa läkare förväntas kunna koordinera patientens övriga kontakter med vården och olika vårdinsatser. Inte sällan har denna grupp patienter flera olika kroniska sjukdomar samtidigt, vilket ställer stora krav på kompetens kring samsjuklighet och individuellt anpassad vård. Därutöver krävs ofta ett effektivt samarbete med övriga yrkeskategorier på vårdcentralen liksom samverkan med övriga delar av sjukvården samt med kommunerna och andra samhällsaktörer."

Styrelsen är väldigt glad över att på detta sätt få möjlighet att snabbt komma igång med fortbildningsatsningen och säkerställa att den blir verklighet. Föreningens satsning kommer förstås även att omfatta andra områden än kroniska sjukdomar men då med annan finansiering. Den modell vi avser att utveckla är via utbildnings-/fortbildningsprenumerationer som ger rabatt på egna och andras fortbildningsprodukter.

Vi välkomnar också Eva Norell till föreningen som fortbildningschef med uppdrag att verkställa framtagandet av fortbildningsmodulen.

För styrelsen

Karin Träff Nordström

Ordförande

ktn@sfam.se

Fortbildningsverksamheten utvecklas...

Eva Norell blir fortbildningschef i SFAM



I syfte att utveckla SFAM:s utbildningsverksamhet har en tjänst som utbildningschef inrättats med ansvar för att genomföra utbildningssatsningen.

Eva Norell, som anställts på denna tjänst, har arbetat på Studentlitteratur där hon var verksamhetsansvarig för allmänmedicin.se. Hon har ett sedan många år väl utarbetat nätverk inom allmänmedicin

och har stor erfarenhet inom utveckling, projektledning och marknadsföring, under senare år med fokus på utbildningstjänster för allmänläkare.

Vi välkomnar Eva till SFAM!

Nytt uppdrag för Gösta Eliasson

Gösta Eliasson, som gjort utredningen om utbildningsmodellen, har av styrelsen fått uppdraget att ta fram en modell för individuell planering och uppföljning av utbildning.



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN

söker

Specialist i allmänmedicin till utbildningsprojekt

För att underlätta den professionella utvecklingen för specialister och ST-läkare i allmänmedicin kommer SFAM att sammanställa det nationella utbudet av kurser och andra aktiviteter i en webbaserad kurskatalog. Projektet ingår i statens satsning på kroniskt sjuka.

Vi söker nu en allmänläkare till projektet på 30-50 procent under 2014, sannolikt med möjlighet till förlängning under 2015.

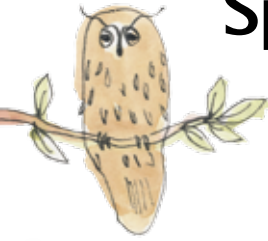
Lämpliga erfarenheter och egenskaper:

- tidigare erfarenhet av arbete med utbildning
- arbetar med webben som ett verktyg till vardags
- trivs med en rådgivande och utåtriktad roll

Skicka din ansökan senast 10 juni 2014 till helene.sward@sfam.se.

För information: Kontakta utbildningschef Eva Norell eva.norell@sfam.se, telefon 0708-52 39 56.

Läs mer om utbildningsprojektet på sid. 4 och www.sfam.se/blog/sfams-utredning-om-utbildning/



Specialistexamen i allmänmedicin 2014-2015

Anmälan till SFAMs specialistexamen i allmänmedicin ska vara inne senast 30 augusti 2014. Anmälningsblankett finns på SFAMs hemsida, www.sfam.se, gå till "Mitt-i-ST och Examen".

Specialistexamen anordnas årligen av SFAMs kompetensvärderingsråd. Examen består av fyra moment – portfölj, skriftligt prov, praktikdag och uppsats. Den inleds under hösten och avslutas med diplomering i samband med SFAMs kongress på våren. Examen är öppen för den som är i slutet av sin ST eller den som är färdig specialist i allmänmedicin. Utförlig information finns på hemsidan.

Frågor kan skickas till examen@sfam.se eller till Ulf Måwe, ulf@mawe.se.



För kompetensvärderingsrådet
Karin Lindhagen

Nytt nationellt vårdprogram om prostatacancer

I våras publicerades det första svenska nationella vårdprogrammet för prostatacancer.

En sammanfattning på tre sidor riktar sig till allmänläkare. Där finns indikationer för utredning och remiss samt riktlinjer för PSA-testning av symtomfria män och uppföljning av män med förhöjda PSA-värden eller prostatacancer. Man har enats om att införa samma, åldersberoende gränsvärden för PSA i hela Sverige.

SFAM:s representant i arbetsgruppen har varit Gustaf Allersstrand, Täby Centrum Doktorn, Täby.

Vårdprogrammet publiceras enbart elektroniskt:
<http://www.cancercentrum.se/vardprogram/>.



Ola Bratt
Ordförande för det
nationella vårdprogrammet
om prostatacancer
Lunds universitet och
Helsingborgs lasarett
ola.bratt@med.lu.se

Till Dig som är ST-läkare

Vi hoppas att du ser ett medlemskap i SFAM som att ha en god vän. Oavsett vilka val du gör så finns SFAM där för dig på din allmänmedicinska resa.

Nu anstränger vi oss för att ge dig ännu mer kunskap och inspiration – för att skapa mer nytta för alla. Dessutom sänker vi medlemsavgiften ytterligare för dig som är ST-läkare.

Du som valt allmänmedicin som specialitet ska känna att SFAM är din förening. År 2014 satsar vi rejält på förbättrade möjligheter till utbildning, fortbildning och utveckling för våra medlemmar. Det starka kollegiala nätverket och tidskriften AllmänMedicin utgör basen i medlemskapet.

Fler fördelar och sänkt avgift

SFAMs utbildningsprenumeration för ST-läkare ger kraftfulla rabatter på Mitt-i-ST, specialistexamen, utbildningar, kongresser, facklitteratur och webbaserade söktjänster.

Endast du som är medlem i SFAM har möjlighet att teckna prenumerationen. Ditt medlemskap innebär nu fler verkligt stora fördelar för både dig och din arbetsgivare.

Medlemsavgiften för ST-läkare sänks till 500 kr per år. Utbildningsprenumerationen kostar 1 000 kr per år och kan betalas av din arbetsgivare. Det betyder att du betalar mindre men får mer.

Utbildningsprenumeration 2014

	Rabatterat pris	Ordinarie pris
allmänmedicin.se	995	2 395
Medibas (ST-läkarpriser)	650	1 600
Mitt-i-ST	11 250	12 500
Svensk allmänmedicinsk kongress	4 500	5 600
Specialistexamen	11 250	12 500
SFAM:s ST-dagar	rabatt = 1 100 kr	olika

40-50 % rabatt på utvalda titlar från Studentlitteratur

Inloggning till fortbildningsdelen på sfam.se

Rabatterade kursavgifter (under förhandling)

Tack för att du är med i SFAM och gör skillnad! Ett högt medlemsantal ger SFAM legitimitet och möjlighet att vara en betydelsefull röst och samtalspartner i utvecklingen av sjukvården i Sverige.

Nu lönar sig ditt medlemskap mer, sådär i största allmänhet.

Ulf Österstad

Vice ordförande

ulf.osterstad@sfam.se

Aktivera din utbildningsprenumeration på
[www.sfam.se!](http://www.sfam.se)



16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN

19th Nordic Congress of General Practice

Sustainable healthcare through General Practice
– meeting the demands of a changing world

CALL FOR SYMPOSIUM & WORKSHOP PROPOSALS

Opens: 3 Jun 2014

Deadline: 25 Sep 2014

CALL FOR ABSTRACTS

Opens: 1 Sep 2014

Deadline: 18 Dec 2014

REGISTRATION OPENS 1 DECEMBER 2014

www.nordicgp2015.se



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa

- helhetssyn för god och jämlik vård

9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet, Stockholm



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN



Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

**9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet,
Stockholm**

Som ett samarbete mellan Svensk Förening för Diabetologi, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Allmänmedicin, Socialdepartementet och med stöd av Läkaresällskapet Levnadsvaneprojekt bjuder vi in till detta höstmöte.

Rubriken för mötet är "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård". Vi har valt detta tema eftersom helhetssyn och god samverkan mellan vårdgivare förbättrar möjligheten att förebygga och handlägga metabola sjukdomar och annan somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka. Syftet är också att dela med sig av kunskap om hur psykisk ohälsa, bl a depression och ångest, behöver upptäckas och behandlas för att kunna erbjuda god somatisk vård. Mötet vill förmedla kunskap och konkreta arbetsmetoder som underlättar vård och behandling ur ett helhetsperspektiv. Vi har mycket att lära av varandra! Föreläsningarna kommer att dels vara plenara och dels följa olika fördjupningsspår. Programmet är valt för att stimulera alla som arbetar med somatiska och psykiatriska sjukdomar såväl inom primärvård som specialiserad vård.

Vi hoppas på givande diskussioner, trevlig samvaro och mycket kunskapsutbyte under mötesdagarna i ett förhoppningsvis höstfint Stockholm.

Kostnad för mötet är 1995 SEK vid anmälan fram till 31 augusti, därefter 2995 SEK.

Kommitté

Svensk Förening för Diabetologi

Michael Alvarsson
Stig Attvall
Mona Landin-Olsson

Svenska Psykiatriska Föreningen

Lena Flyckt
Dan Gothefors
Ullakarin Nyberg
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Levnadsvaneprojektet/ Svensk Förening för Allmänmedicin

Åsa Thurffjell
Maria Wolf
Ulf Svensson

Socialdepartementet

Anders Printz

Kongressorganisatör

MeaConsulting AB
Hedåsgatan 5 A
412 53 Göteborg

Ref: Höstmötet 2014
hostmotet@meaconsulting.se

**Registrering till mötet och preliminärt program
uppdateras under april månad.**

Varmt välkommen till mötet i Stockholm 9-10 oktober 2014!



Byt styrsystem för sjukvården!

Jag skickade en remiss till sjukhuset i Ängelholm. Jag fick svar från rätt läkare – men från en privat mottagning i Eslöv. Det skulle finnas en väntetidsursäkt.

Hur många av kollegorna på sjukhusen i Skåne ”knäcker extra” på privata vårdenheter? Jag kände chefen på ett privat sjukvårdsföretag. Bad om en lista på deras läkare med ”syftet” att bättre kunna styra remisserna. Fult gjort! När jag fick listan kunde jag identifiera cirka trettio läkare från sjukhuset som var anställda hos den private aktören.

Dåvarande ordföranden i distriktsnämnden Ulla-Britt Andersson fick en lista på de kollegor som arbetade dubbelt men med företagets namn dolt. Eftersom detta inte är tillåtet frågade jag henne vad hon skulle göra åt saken? Jag fick en fråga ”Var har du fått denna lista ifrån?”

Hände något efteråt? Du tänkte rätt – inget.

Det finns en stor risk för korruption. En ineffektivitet på moderkliniken leder till fler besök på privatkliniken och ännu större inkomster.

När jag var en ung läkare fanns det mer pengar än vi kunde göra av med. Den klinik som kunde göra av med mest pengar fick ännu mera. På jourer fanns det ibland tid att sitta och diskutera med kollegor. Dåvarande chefen på ortopedien, Torsten Havdrup, uppskattade jag mycket, och han bidrog till att öppna mina funderingar kring styrsystem.

I nuvarande styrsystem finns inget som styr mot den för samhället billigaste vården – primärvården. Jo, ett stort avstånd till sjukhuset. Ju närmare man bor sjukhuset, desto mer av sjukvårdsbehovet förläggs på sjukhuset. Det är som ”sjukvårdens termodynamiska effekt” – finns det en säng hålls den varm!

Mitt styrsystem

I mitt förslag till nytt styrsystem fortsätter jag med ortopedikliniken som exempel.

Kliniken ska ansvara för all ortopedisk sjukvårdskonsumtion av invånarna i upptagningsområdet. Den betalar ur sin budget ortopedbesök som görs på egna kliniken, på andra mottagningar och sjukhus samt för regionvård.

Regionkliniken respektive den lokala ortopedikliniken får ett halvår på sig att remittera ut de patienter som befinner sig på fel vårdnivå, dvs. inte behöver just denna kliniks resurser. Den lokala ortopedikliniken ges möjlighet att genomföra en medi-



Foto: Sven Svederberg

cinsk revision på regionkliniken. Primärvården genomför i sin tur revision på den lokala ortopedikliniken. Om revisionen upptäcker att felet överstiger x % sker ekonomisk bestraffning.

Efter detta scenario borde väntetiderna försvinna omedelbart. Vilken klinikchef vill riskera att pengarna flyter ut från kliniken när patienterna söker andra mottagningar pga. långa väntetider eller dåligt upplevd kvalitet? Det kommer att utvecklas ett ”tryck” mot rätt vårdnivå. Ingen klinikchef skulle heller acceptera att klinikens läkare jobbar extra på andra mottagningar.

I dag finns inget som driver ortopedikliniken mot förebyggande arbete. Ju större behov, desto mer resurser behövs.

Låt mig ta artros som exempel. Två påverkbara faktorer är övervikt och yrkesartros. Det kommer att finnas en drivkraft för samarbete med primärvården för gemensamma förebyggande insatser mot övervikt-fetma och insatser mot yrkesskador. Ortopedikliniken kommer också att vara ytterligt angelägna om gott samarbete med primärvården för att bli remissklinik.

Vilket landsting har mod nog att ta upp den kastade handskan och fortsätta utvecklingsarbetet?

Sven Svederberg, Ven
sven.svederberg@telia.com

Replik till ”Bara åldringar” i AllmänMedicin 1/2014

Alla generationer behövs!

Björn Olsson och Anders Lindman finner att SFAM:s kontaktpersoner för råd och nätverk domineras av äldre kollegor. De anser att den äldre generationen bör träda tillbaka, eftersom de utgör ett hinder för yngre krafter.

Är inte detta ett omodernt, för att inte säga oansvarigt tänkesätt? Naturligtvis ska man dra sig tillbaka om man känner att man gjort sitt. Och visst behöver SFAM fler yngre och engagerade allmänläkare på ledande positioner, men är det för den skull rätt att uppmana de äldre kollegorna att lämna scenen?

Jag tillhör själv den äldre generationen men anser, till skillnad från artikelförfattarna, att föreningen behöver både yngre och äldre och att de med sina olika perspektiv kan åstadkomma mycket värdefullt tillsammans.

Om det nu skulle vara så att äldre kollegor utgör ett hinder är det väl snarare dessas attityd som utgör ett problem, inte deras ålder. Attityder går att förändra om insikt och vilja finns. Har t ex de båda skriftställarna gjort sig besväret att fråga de yngre vad de tycker?

Gösta Eliasson
Senior allmänläkare
Ordförande i fortbildningsrådet
gosta.eliaasson@sfam.se

Annons

Vårda livet!

Under de senaste åren har det gjorts stora nationella satsningar i form av expertgrupper, konferenser och kvalitetsregistreringar för att förbättra den äldre vård som finns och för att möta det större antalet äldre – och sjuka äldre – som vi står inför. Enligt beräkningar kommer var tionde medborgare vara över åttio år om tjugo år. Idag är det var tjugonde.

I det perspektivet kommer vi inte att ha resurser att ge avancerad sjukhusvård till äldre och sköra. Redan idag är våra sjukhus till stor del fulla av äldre sjuka. Trots vår vetskap om den åldrande kroppens sviktande organfunktioner följs vårdprogram som syftar till att behandla specifika sjukdomar i en i övrigt välfungerande kropp. Resultatet blir inte sällan att patienten skadas mer än lindras.

Makan till den gamle mannen, vi kan kalla honom Erik, med demens är förtvivlad. Han har skickats till sjukhuset tre gånger det senaste halvåret pga. infektioner. Nu befärs personalen på boendet att han har fått en lunginflammation. De har tillkallat ambulans. Det är söndag och tjänstgörande distriktssköterska i kommunen känner inte patienten. Någon plan om vad som skall göras vid försämring är inte skriven. Ingen vågar ta ansvar för att mannen stannar i den miljö han är van vid. Det kan ju hända att han dör.

Vårdpersonal av alla kategorier, inte minst läkare, har oftast en obönhörlig drivkraft då det gäller patienters överlevnad. Det fungerar utmärkt på ett sjukhus med traumafall, hjärtinfarkt hos medelålders och barn med svåra infektioner. Till skillnad mot den gamle mannen har de mer liv att leva.

Denna drivkraft gör det svårare och absurt nog till en mer aktiv handling att inte ge mer avancerad medicinsk behandling när Erik får en lunginflammation. Orsaken måste vara att vårdpersonal inte vågar erkänna att det är skillnad. De anhöriga vågar inte ens tänka tanken eftersom det ger skuld känslor.

Erik är inte orienterad i tid och rum och lever i nuet på ett sätt som vi andra går kurser för att lära oss. Den lugnande verkan av att vårdas i en känd miljö och befinna sig bland människor han har någon tilltro till är antagligen otroligt mycket mer värd i hans värld än att få intravenös antibiotika, även om det sker på bekostnad av någon levnadsmånad. I vilket skede ska vi acceptera att kroppen inte orkar mer?

Det var först som anhörig jag insåg varför mina samtal, i egenskap av distriktsläkare, ibland blev fulla av missförstånd och misstänksamhet när jag talade med de äldre sjukas anhöriga om vårdnivå vid försämring.

Min mor, som har en demenssjukdom, fick för ett par år sedan en femurfraktur. Jag pratade med en ortoped i ett tidigt skede. Jag hörde på hennes insinuerande men inte direkta frågor att hon ville veta om man skulle göra några återupplivningsförsök om mor fick ett hjärtstillestånd. Jag gav klart besked att det inte borde göras.

Min syster, som inte arbetar inom sjukvården, hörde samtalet och var mycket upprörd efteråt. Jag fick hålla huvudet kallt för att inte uppleva det som om jag önskade livet av mor. Därtill måste jag tydliggöra min argumentation som handlade om

mors bästa i hennes situation. Min syster ringde dagen därpå och var enig med mig.

Denna händelse fick mig att inse att vi som medicinskt ansvariga inte kan ställa sådana frågor till anhöriga. Som anhörig vill du naturligtvis att den sjuka äldre ska få bästa vård, men man har inte erfarenhet och kunskap att avgöra vad det innebär.

Eriks maka var förtvivlad. Hon önskade verkligen att maken skulle slippa åka till sjukhuset en gång till. Hon undrade hur länge detta skulle fortsätta. Hon var nog också förtvivlad för att det skulle tolkas som att hon ville neka Erik bra vård.

I egenskap av distriktsläkare anser jag att vi i varje enskilt fall måste ta ställning till vad som är vård och bästa vård. Ofta är det svåra ställningstagande, men om vi inte tar ställning – vem ska då göra det?

"När det gäller kontinuitet, individkännedom och lokal närhet är det distriktsläkaren som kan ta ansvar för hur den sjuka äldre får bästa medicinska vård. Det innebär även att kunna ta ett steg tillbaka och inse när medicinsk behandling inte längre är den bästa vården."

I Eriks fall skulle personalen behövt stöd i en nedskrivna plan vid försämring och en samsyn bland alla involverade yrkeskategorier. Distriktssköterskan hade kunnat ordinera febernedsättande. Personalen på boendet hade kunnat ge extra omvårdnad. Distriktsläkare hade kunnat göra hembesök på måndagen och ordinerat antibiotika per os, vilket Erik eventuellt hade kunnat ta. I annat fall hade han fått en värdig död på boendet i närvaro av sin hustru.

Med den erfarenhet och kompetens vi har som distriktsläkare borde vi inte tveka om att det är den bästa vården för Erik.

En god vård av äldre sjuka ges i första hand av undersköterskor och hemtjänstpersonal som möter vårdtagarna dagligen. Om vi i Sverige politiskt beslutar att äldre sjuka ska ha rätt till bra vård måste beslutsfattarna i våra kommuner förstå var resurserna ska läggas. Med bättre arbetsvillkor, högre lön och möjlighet till kompetensutveckling för undersköterskor och hemtjänstpersonal skapas förutsättningar för en äldreomsorg med större engagemang och kontinuitet, vilket kan ge de äldre den trygghet de efterfrågar.

Att ha en namngiven, för patienten välkänd läkare måste även det vara en viktig hörnpelare i den vården. I egenskap av distriktsläkare är det en unik möjlighet vi har.

Problemet är att vi är för få och att rekryteringen inte ökar tillräckligt. Det blir inte bättre om vi fortsätter att acceptera direktiv och nyckfulla omorganiseringar från huvudmän som

inte har kunskap om vad vi gör eller bör göra i vårt arbete. Vi måste höras och profilera oss mer för att slå vakt om det allmänmedicinska perspektivet.

Geriatriker och andra specialister i all ära, men när det gäller kontinuitet, individkännedom och lokal närhet är det distriktsläkaren som kan ta ansvar för hur den sjuke äldre får bästa medicinska vård. Det innebär även att kunna ta ett steg tillbaka och

inse när medicinsk behandling inte längre är den bästa vården.

Hanna Dahl

Novakliniken, Tomelilla
hanna.dahl@novakliniken.se



Våra mest sjuka äldre

Vården för de mest sköra äldre engagerar de flesta. Inför valet är det en fråga som media lyfter. Nyligen granskades vården av personer med demens, och brister finns. Samtidigt visar internationella undersökningar att Sverige är ett föredöme när det gäller äldrevård och omsorg. Det finns många bilder, och det är angeläget att möta den åldrande befolkningen med kunskap och värdighet.

Primärvårdens roll i äldrevården är central, t.ex. när det gäller att undvika onödiga sjukhusvistelser, erbjuda god demensvård, god läkemedelsanvändning, god vård i livets slutskede, god hemsjukvård, kontinuitet mm. Hela teamet är viktigt, och allmänläkaren måste inta en ledande roll.

En majoritet av de äldre i Sverige lever ett gott liv långt upp i åren, utan stöd från samhället. Risken att drabbas av ohälsa ökar med åldern. Många drabbas av sjukdomar och får stort behov av vård och omsorg. Idag beräknas cirka 310 000 kvinnor och män ingå i gruppen ”mest sjuka äldre”, personer över 65 år med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Äldre människor ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet och att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. God vård och omsorg inbegriper att få avsluta livet med värdighet.

Att stödja ett aktivt liv och erbjuda kvalificerad vård och omsorg för äldre är ett mål för regeringen som satsar 4,3 miljarder kronor under 2011-2014. De fördelas genom årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting, huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell, och utges till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda mål och krav. Ambitionsnivån höjs för varje år.

Överenskommelserna handlar om att kommuner, landsting och andra aktörer utvecklar ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen. Medlen används bl.a. till ökad användning av kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede, demensvården och munhälsan, förhindra fallolyckor, trycksår och undernäring, förbättra läkemedelsanvändningen och för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg.

De första årens resultat visar på flera framgångar. För utredning av demens har primärvården tagit ett stort kliv framåt. Ca två tredjedelar av landets vårdcentraler deltar i registret. De nationella riktlinjerna för demens samt Svenska Demensregistret, SveDem, är ett stöd för att fler äldre tidigt får rätt diagnos och adekvata insatser.

Läkemedelsanvändningen har förbättrats väsentligt. Använd-

ningen av olämpliga läkemedel minskar i alla län. Antipsykosläkemedel och antiinflammatoriska läkemedel används mindre, vilket för många äldre kan innebära minskad yrsel, konfusion, fallolyckor etc. En positiv bieffekt är att 2012 hade färre personer över 75 år tio eller fler förskrivna läkemedel jämfört med året innan.

Det svåraste området har varit att förbättra det vi kallar sammanhållen vård och omsorg. Vården för sköra äldre ska samordnas och koordineras bättre och vård ska ges i rätt tid. De mål vi använder är återinläggning på sjukhus inom 30 dagar och undvikbar slutenvård. Positivt är att det i alla län har kartlagts och analyserats hur vårdprocesserna ser ut för de äldre, vilket är en förutsättning för att veta hur man ska åtgärda. Överallt i landet pågår olika arbeten för att förbättra vården för de äldre. Förhoppningen är att det snart ska ge utslag i våra mätningar.

Under mina år som äldresamordnare har jag lärt mig mycket och fått en inblick i svensk äldrevård som jag inte hade som klinisk läkare. Många gör mycket gott inom sitt område, men det saknas samordning och koordinering. Kompetensbrister när det gäller geriatrik och gerontologi gör sig gällande inom alla professioner.

Jag har sett goda exempel på väl fungerande primärvård. I Göteborg har en vårdcentral anställt en geriatriker och en äldresköterska. I Ljungby finns mobil allmänläkare med ansvar för hemsjukvården. I Umeå har man tagit fram en standardiserad process för sammanhållen vård och omsorg med primärvården som central aktör. I Skåne arbetar flera vårdcentraler tillsammans med Minneskliniken Malmö/Lund för att förbättra utredning och vård vid demens. I västra Skaraborg har man radikalt minskat inläggning på sjukhus för de äldre genom samarbete mellan primärvård och närvård. Det finns många fler exempel.

Alla goda exempel ger hopp om förbättrad äldrevård i Sverige. Det kräver en väl utbyggd och fungerande primärvård. Det finns höga förväntningar, och jag är övertygad om att vi är på rätt väg.

Eva Nilsson Bågenholm

Nationell äldresamordnare
Socialdepartementet
eva.nilsson.bagenholm@regeringskansliet.se



Leva livet hela livet – också sista sträckan

”Det är de två sista levnadsåren man bör undvika”. Det yttrandet fölls av en tjänsteman på Statistiska Centralbyrån när han analyserat hur sjukligheten utvecklas under livet. Han såg de somatiska sjukdomarna, men inte den livsleda som en del människor lider av mot slutet av livet och som inte har något eget diagnosnummer. Möjligtvis kan den gömma sig bakom diagnosen depression.

Livsleda, ett hälsoproblem

Livsledan tar sig olika uttryck. Jag har mött människor som upplevt att de, sedan de lämnat arbetslivet, gått från att vara *Någon* till att bli *Ingen*. De behövs inte längre, och vad är det då för mening med livet? Lösningen kan vara att engagera sig i en ideell organisation. För andra kan ensamhet vara orsaken. Hemmets borg har förvandlats till ett fängelse när man inte kan ta sig ut och ingen hälsar på. Lösningen kan vara den samma, att gå in i en ideell organisation, eller att flytta till ett boende där man kan träffa andra, äta tillsammans och utöva olika aktiviteter.

Hur hjälper man damen i äldreboendet som sa följande till mig: ”Jag ber i min aftonbön varje kväll att få slippa vakna i morgon. Jag har levt färdigt. Vad har jag gjort för ont när Gud inte hör min bön utan låter mig vakna?”

Till dem med rädsla att bli en ”grönsak” hade jag önskat försäkra dem att i vård- och omsorgsboendena garanteras stimu-

lerande upplevelser anpassade till vars och ens intressen. Men det kan jag inte i dag. I Sverige är vi jämfört med många andra länder bra på att tillgodose materiella behov men inte på att ge innehåll i dagen till dem som har stora vård- och omsorgsbehov.

Dödshjälp en lösning?

Det för mig vidare till dem som frågat mig: När vi får dödshjälp i Sverige? Det svar jag kunnat ge är att vi kan ge palliativ vård och sedering till människor i livets slutskede för att de inte ska behöva lida av svår smärta, ångest och andnöd. Vi kan avbryta livsuppehållande behandling om en patient med uttryckligen vill det. Men det är inte de svar de uppringande velat ha. De har velat få läkemedel utskrivna som de själva kan avsluta sina liv med vid en tidpunkt som de själva bestämt. De blev naturligtvis besvikna på mitt svar.

Självmod, varför och hur vanligt?

Några väljer självmord. En fjärdedel av de registrerade självmord som begås årligen i Sverige utförs av människor 65 år och äldre, mest män. En del, men inte alla, har haft missbruksproblem innan. Ingående studier om vad som hänt före självmordet har vi inte. Vi vet inte heller vad som legat bakom det dryga tusentalet dödsfall som inträffar varje år och där dödsorsaken ”Hög ålder” angivits i dödsattesten. Jag frågar mig hur många av dem har slutat äta och dricka för att avsluta sina liv. Det jag vet är att det är väl känt bland människor i hög ålder att man kan ta livet av sig på det sättet även om det går långsamt.

Psykiatern Christian de Saussure [1] har skrivit ”Om livsleda är tillräckligt skäl för att få hjälp att begå självmord är det ett totalt fiasko för de livsvillkor vi kan erbjuda människor i samhället”. Jag håller med. Självklart måste vi anstränga oss för att förebygga livsleda och bota den om den inträtt. Vi måste kunna leva livet hela livet.

Vikten av att känna sig behövd

Min övertygelse är att för de flesta människor är känslan av att vara behövd bland det viktigaste i livet. Att man har en funktion i familjen och i samhället. Finns inte den känslan känner man sig utanför, obehövd, med livsleda som följd. Där kommer ålderismen in som en bov. Vi måste få bukt med den och den diskriminering av årsrika människors som är dess konsekvens. Jag försöker lansera ordet årsrik som synonym till orden gammal och äldre för att markera att det rör sig om människor som är rika på år, livserfarenhet och kunskap.

Ålderism definieras som fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas kronologiska ålder och som kan leda till åldersdiskriminering [2, 3]. Den finns inom alla sektorer som i arbetslivet och i hälso- och sjukvården. Där hittar vi kronologiska åldersgränser för t.ex. mammografi och dosering av olika läkemedel, men också i bemötandet av årsrika patienter. Deras självbestämmande och integritet måste respekteras. Inte bara deras materiella behov behöver tillgodoses utan också de sociala. Varför får inte de som bor i vård- och omsorgsboenden hjälpa till med matlagning och annat, om



se.freepik.com

de vill och kan? Det skulle få dem att känna sig behöva. Här lägger myndigheters regelverk hinder i vägen.

I en del vård- omsorgsboenden har man hundar, katter, kinesiska höns och andra djur. Det har visat sig vara väldigt värdefullt för trivselsn. Barbro Beck-Friis m.fl. [4] beskriver hur hundar kan komma in som ”terapeut” och tröstare vid kriser. Jag har sett hur en hund medverkade i sjukgymnastiken. Att kasta boll till en hund kan vara roligare än till en människa. Jag har sett hur en mycket dement man började tala när han fick en pudel i knät. Han hade haft pudlar själv tidigare.

Om jag måste tillbringa min sista tid på ett vård- och omsorgsboende vill jag ha en katt. Det var vår yngste sons katt Morris, som tyvärr inte lever längre, som gav mig idén. Morris var av och till inackorderad hos oss och då brukade han hoppa upp i min säng vid fyra–femtiden på morgnarna. Det är inte en tidpunkt då jag vill bli väckt men Morris var oemotståndlig. Han drog in klorna och klappade mig på kinden och ville bli klappad tillbaka. Han visade att han behövde mig då. Då tänker jag att när jag inte duger till något annat längre så ska jag väl ändå kunna klappa en katt och känna mig behövd också i livets slutskede och inte behöva lida av livsleda.

Slutord

Här vill jag citera Marit Paulsen: Vi måste ge människor i livets slutskede samma värme, omsorg och kärlek som vi ger våra barn under det första levnadsåret. Då kan livet bli värt att leva hela livet.

Referenser

1. de Saussure, C. (2008) citat Svenska Dagbladet 2008
2. Andersson, L. (2008). Ålderism. Studentlitteratur 2008.
3. Butler, R.N. (1969). Age-ism: A forework. Journal of Social Issues, 36 (2), 8 – 11.
4. Beck-Friis B, -11-20 Strang P, Beck- Friis A (2007) Hundens betydelse I vården – erfarenheter och praktiska råd.



Barbro Westerholm

Professor emerita

Riksdagsledamot (fp)

barbro.westerholm@riksdagen.se

Avancerad hemsjukvård i primärvården

Under de senaste 30 åren har den palliativa vården utvecklats oerhört mycket i Sverige. Vi står inför en utmaning att vårda allt fler och allt äldre personer, där många önskar vård i hemmet den sista tiden i livet. Socialstyrelsen har vaknat och insett behovet av kompetens i palliativ vård. Har vi allmänläkare det?

I början av 1980-talet, som distriktsläkare i Nacka, var mitt upptagningsområde 5 000 – 6000 personer. Hembesök var ovanligt. Väntetid till oss distriktsläkare var sex veckor och gud nåde oss om vi blev sjuka så att sjuksköterskorna behövde boka om våra patienter! Akuta hembesök var absolut inte tänkbara i den vardag som då rådde.

Jag har ofta undrat över varför inte grundutbildningen på läkarlinjen lärt oss läkare hur man sköter döende patienter. En av mina första hemsjukvårdspatienter, som dessutom var kollega, sa att "det enda säkra vi vet här i världen är att vi ska dö ihjäl". Det är ju sant, så varför får vi inte lära oss att lindra döendet? Under min tid som läkarstudent gick läkarna förbi rummet med döende under rondan. Vi gick in i rummet när patienten var avliden för att konstatera dödsfallet.

Är vi läkare så rädda för döendet? Eller förstår vi inte att vi också behöver lindra symtom när bot inte längre är möjlig?

1984 togs ett beslut i landstinget att äldre patienter som vårdat på långvårdskliniken i stället skulle få vård i hemmet. Patienterna var tänkta att skötas parallellt med ordinarie arbete. Alla svårt sjuka skulle skickas in till sjukhusen. De skulle inte dö hemma.

Nacka kommuns område delades upp mellan SAH (sjukhusansluten hemsjukvård) och PAH (primärvårdsansluten hemsjukvård). Jag antog utmaningen att som läkare från primärvården ansvara för PAH. Då det inte fanns förebilder eller direktiv ”uppifrån” blev patienterna de främsta uppdragsgivarna. Efterfrågan att vårdas hemma visade sig inte komma från äldre långvårdspatienter utan från lite yngre cancerpatienter på akutsjukhusen.

Jag glömmer aldrig det första hembesöket till en döende cancerpatient med svåra smärtor. Mina kollegor tyckte inte att jag kunde lämna vårdcentralen med patienter i väntrummet. Sköterskorna blev arga. Men patienterna i väntrummet tyckte att jag kunde gå. Jag tror att det kändes tryggt att veta att om det blev deras ”tur” att bli svårt sjuka, så skulle doktorn lämna mindre svårt sjuka för att gå på hembesök.

Primärvårdsansluten hemsjukvård i Nacka

PAH i Nacka var den första i sitt slag inom primärvården. Förebilderna fanns inom geriatriken och långvården: LAH (långvårdsansluten hemsjukvård) i Östergötland och SAH på Ersta. Barbro Beck-Friis Motalamodell blev förstas en förebild men den största inspirationen fick jag från hospicerörelsen i England.

PAH blev känt runt om i landet. På 90-talet var jag ofta ute och berättade hur man kunde arbeta med svårt sjuka i hem-

Mer läsning:

Odell J. *Distriktsläkarens roll i hemsjukvården*. Karlstad: Centrum för klinisk forskning 1/2010. ISSN 1652-9324.
 Fridegren I. *Att dö hemma*. Omsorg 2012;3:28-31.
 Strang P, Beck-Friis B. *Palliativ medicin och vård*, Liber, 4:e upplagan 2012. ISBN 978-91-47-10538-0.

men. I början av 2000-talet bytte vi namn till ASIH, avancerad hemsjukvård i hemmet.

För att få ut kunskap till läkarkåren författade jag skriften "Ingers lilla röda" [1]. Jag har också varit ansvarig för kursen i palliativ medicin som sedan 15 år bedrivs i Provinsialläkarstiftelsens regi. Så småningom blev det en bok till, skriven för omvårdnadsprogrammet på gymnasiet, "Palliativ vård" [2].

Utvecklingen av palliativ vård

Socialstyrelsen har de senaste åren gjort rejäla satsningar på den palliativa vården samt vård av äldre [3,4,5]. Ett nationellt vårdprogram i palliativ vård utkom 2012 [6]. Ett stöd för bättre vård av döende är kvalitetsregistret, Palliativregistret [7]. Socialstyrelsens mål är att alla som dör i landet registreras. Kommunernas särskilda boenden har hög anslutning liksom alla palliativa enheter. Sämst är akutsjukhusen i att registrera i registret.

Palliativ medicin ska bli en tilläggspecialitet 2015! För mig känns det som en seger. Äntligen har man förstått att det krävs kunskap i vård av obotligt sjuka och döende. Jag hoppas att det är många allmänmedicinare som önskar sig denna specialitet. Drömmen vore att alla vårdcentraler i landet har en allmänmedicinare med denna kompetens! Vilken kvalitetshöjning skulle det då inte bli för alla våra palliativa patienter!

Referenser

1. Fridegren I. Introduktion i palliativ medicin: "Ingers lilla röda". Täby: Skire projekt 2012. ISBN 978-91-89626-51-5.
2. Fridegren I, Lyckander S. Palliativ vård. Med studiehandledning. Liber, 3:e upplagan 2013. Även online. ISBN 978-91-47-10804-6
3. Döden angår oss alla - värdig vård i livets slut. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2001:6.
4. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen 2011-6-39. ISBN 978-91-86885-34-2.
5. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2013-6-4. ISBN: 978-91-7555-072-5.
6. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. Regionala cancercentrum i samverkan, Stockholm-Gotland 2012. ISBN 978-91-85947-30-0. <http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-vard/>
7. Svenska palliativregistret <http://palliativ.se>

Inger Fridegren

Pensionerad distriktsläkare
 Diplomerad i palliativ medicin
 Nacka
inger@fridegren.se



SFAMs råd för sköra äldre i primärvården

Rådet är ett forum där intresserade allmänläkare kan diskutera hur vi kan utveckla vårt arbete med de sköra äldre. Vi i rådet vill inom ramen för SFAM lyfta fram och dokumentera vad vi ser skulle behövas för att vården för den här gruppen ska bli bra. Vi vill ta fram ett underlag som kan användas som stöd för utvecklingsdiskussioner, både om vårt eget arbetssätt och som underlag för krav på att det finns förutsättningarna för ett bra arbete.

Närmast planerar vi att utveckla materialet på hemsidan så att det kan fungera som ett stöd för det dagliga arbetet med och förståelsen för den här patientgruppen. Vi planerar också att tillsammans andra specialiteter och yrkesgrupper och i samarbete med SKL starta en diskussion om etik och värdegrund i vården av sköra äldre.

Senast var vi med och tog fram underlaget till en motion som SFAM skickat till Läkarförbundet om att arbeta för en vårdgaranti för gruppen sköra äldre. En grupp som har svårt att ställa krav på vård vilket krävs för att dagens vårdgaranti ska gälla.

Vill Du vara med i arbetet? Hör av Dig!

Sonja Modin

Ordförande

Centrum för Allmänmedicin (CeFAM)

sonja.modin@sl.se



SFAMs råd för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, Stockholm (ordförande) CeFAM, Stockholm
 Gunnar Carlgren, LAH Linköping
 Christina Grzechnik Mörk, Mobila äldreakuten, Uppsala läns landsting
 Sara Hallander, Läkemedelskommittén, Stockholms läns landsting
 Eva Jaktlund, Sidsjö vårdcentral, Sundsvall
 Lena Pomerleau, Boo vårdcentral, Nacka
 Solveig Wanland, Tidans vårdcentral, Skövde
 Anders Wimo, Nordanstig och Karolinska institutet

Flera nya medlemmar är på väg in i rådet men har ännu inte hunnit komma med i arbetet.

Annons

Klokare läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

Problemen som uppstår vid läkemedelsbehandling av äldre sköra människor har varit föremål för stort intresse de senaste åren. Av denna anledning har representanter från Uppsala-Örebroregionens läkemedelskommittéer under ett år arbetat fram rekommendationer för läkemedelsbehandling i gruppen de mest sjuka äldre inom några särskilt angelägna terapiområden. Våra rekommendationer är ett försök att kombinera minskandet av olämpliga läkemedel och kombinationer av läkemedel, med att verka för att dessa patienter får de läkemedel som ger ökad hälsa och livskvalitet.

Bakgrund

Vi får allt fler äldre i samhället. Trots att vi är friskare längre upp i åldern får vi samtidigt fler multisjuka äldre med stora behov av omsorg och sjukvård. Vi kallar detta äldreparadoxen.

Kunskapen om symtom, utredning och behandling för de mest sjuka äldre är bristfällig inom stora delar av sjukvården. Den gamla människan visar många gånger helt andra symtom på vanligt förekommande sjukdomstillstånd än vad yngre människor gör. Det leder till såväl feldiagnostik som över- och underbehandling av sjukdomstillstånd hos de mest sjuka äldre.

Slutsatser i SBU-rapporten från 2009 [1] visar att äldre oftare än andra behandlas för symtom utan rimlig utredning. Upp till 20 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus helt eller delvis beror på läkemedelsrelaterade problem, och upp till hälften av dem bedöms möjliga att undvika.

Socialstyrelsen definierar de mest sjuka äldre som personer över 65 år med betydande funktionsnedsättning beroende på åldrande, skada eller sjukdom och som har behov av omfattande omsorg och eller sjukvård [2]. Totalt består denna grupp i Sverige av cirka 300 000 personer, varav hälften har behov av omfattande omsorg och den andra hälften av omfattande sjukvård. Kärngruppen som har behov av både omfattande omsorg och sjukvård utgörs av cirka 30 000 personer.

Vi har utgått från Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre men lagt gränsen vid 75 år och äldre vilket ger mer fokus på kärngruppen. Många av dessa bor på särskilt boende (SÄBO)

eller har massiva omvårdnadsinsatser i ordinärt boende. Alla har stora sjukvårdsbehov och många har kognitiv svikt. I genomsnitt använder denna patientgrupp tio läkemedel per dygn. Den kvarstående livslängden överstiger sällan två till tre år.

Nationella riktlinjer, vårdprogram och kvalitetsregister

För några sjukdomstillstånd finns nationella riktlinjer för den aktuella patientgruppen, till exempel demenssjukvård [3] och behandling av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) [4]. I flera landsting har riktlinjerna översatts

till lokala vårdprogram, men för de flesta andra sjukdomstillstånden finns inga riktlinjer eller vårdprogram som tar hänsyn till gruppen de mest sjuka äldre. Många vårdprogram bygger på dokumentation från läkemedelsprövningar där betydligt yngre människor än de mest sjuka äldre inkluderats och där hänsyn inte tas till de äldres förmåga att klara läkemedelsbehandling. Generellt saknas vetenskaplig dokumentation eller evidens för behandling av de mest sjuka äldre.

Vissa kvalitetsregister kan till och med vara kontraproduktiva för gruppen de mest sjuka äldre. Nationella diabetesregistret syftar till att förbättra vården för diabetiker, där en låg HbA1c-nivå kan indikera en bra diabetesvård. Det gäller inte alltid de mest sjuka äldre där hypoglykemi ofta utgör en större risk än högre blodsockervärden.

I Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre” [5] står under rubriken ischemisk hjärtsjukdom och rationell terapi att statiner har visat på sekundärpreventiv effekt. Frågan som inte besvaras är om det gäller hur långt upp i åldern som helst.

Det finns även tillstånd där gruppen mest sjuka äldre får fel behandling eller underbehandlas för sin sjukdom. Vid förmaksflimmer framkom i SBU rapport 2013 [6] att acetylsalicylsyra inte har visat någon emboliprofylaktisk effekt utöver placebo för vår målgrupp utan att det är antikoagulantbehandling med warfarin eller Nya Orala Antikoagulantia (NOAK) som bör ges. Med stigande ålder och sjuklighet ökar emboliriskerna men behandlingen med warfarin eller NOAK minskar och behandlingen med acetylsalicylsyra ökar, tvärt emot rekommendationerna.



se.freepik.com

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre.

Behandlingsrekommendationer 2014

Bakom dessa rekommendationer står läkemedelsrådet i Uppsala-Örebroregionen, dvs. läkemedelskommittéerna i sju landsting: Landstinget i Uppsala län, Landstinget Gävleborg, Örebro läns landsting, Landstinget i Värmland, Landstinget Dalarna, Landstinget Västmanland och Landstinget Sörmland.

http://www.ltv.se/Halsa_och_varld/Lakemedel/Broschyren/Lakemedelsbehandling-av-de-mest-sjuka-aldre/



Ett annat exempel är en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen [7] som visar att patienter som söker för minnesproblem i alltför liten del blir föremål för utredning och adekvat behandling med demensläkemedel.

Våra rekommendationer

Syftet med våra rekommendationer är att förbättra livskvaliteten för de mest sjuka äldre, undvika läkemedel som inte tillför något positivt vad gäller livskvalitet och minska vårdskadorna på grund av polyfarmaci och olämpliga läkemedel.

De terapiområden som belyses är Diabetes mellitus typ 2, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni, kronisk hjärt-

svikt, lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär sjukdom, antitrombosbehandling vid kardiovaskulär sjukdom, syrelaterad sjukdom/symtom i matstrupe och magsäck, förstoppning, osteoporos, smärtlindring, depression, sömnstörningar, oro/ångest, Parkinsons sjukdom, demens och beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

Rubriksättningen är den samma för alla terapiområden: Vad skall behandlas? Icke-farmakologiskbehandling. Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas? När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vi vill även lyfta fram betydelsen av att, för varje patient i gruppen mest sjuka äldre, ha en aktuell bedömning av njurfunktionen för att kunna göra en adekvat dosjustering av läkemedel. Inom klinisk farmakologi och vid framtagning av doseringsanvisningar för läkemedel har filtrationshastigheten i glomeruli (GFR) sedan länge skattats (eGFR) från P/S-kreatinin med Cockcroft–Gaults formel. SBU har i en färsk rapport (2012) [8] menat att denna formel bör ersättas av mer noggranna formler, baserade på P/S-kreatinin och/eller P/S-cystatin C. På SBU:s hemsida kan man ladda ner ett program för skattning av GFR.

Rekommendationerna presenteras i en webbaserad bakgrundsdokumentation, med referenser och länkar som finns att hämta på respektive läkemedelskommittés hemsida [9]. Dessutom finns en lathund i fickformat.

Referenser

- [1] Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 193. ISBN 978-91-85413-27-0.
- [2] De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-10-20.
- [3] Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-5-1.
- [4] Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD. Information från Läkemedelsverket 2008;5:15-24.
- [5] Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen 2010. Artikelnr 2010-6-29.
- [6] Förmaksflimmer - förekomst och risk för stroke. Stockholm: SBU 2013.
- [7] Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen 2014. Artikelnummer 2014-2-4.
- [8] Skattning av njurfunktion. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 214. ISBN 978-91-85413-53-9.
- [9] http://www.ltv.se/Halsa_och_varld/Lakemedel/Broschyren/Lakemedelsbehandling-av-de-mest-sjuka-aldre/



Gunnar Dahlberg, Västerås
gunnar.dahlberg@ltv.se



Birger Thorell, Kungsör
Båda informationsläkare i Läke-
medelskommittén Västmanland



Entrén till Royal Liverpool University Hospital.

en.wikipedia.org



Entrén till Marie Curie Hospice, Liverpool.

www.mariecurie.org.uk

Palliativ vård och New Public Management blev en dödlig mix

I Storbritannien pågår en livlig och upprörd debatt där palliativ vård, vanvård och New Public Management (NPM) står i fokus [1]. Hundratals artiklar i medicinska tidskrifter, dagspress, bloggar och insändare skärskådar standardvårdplanen "the Liverpool Care Pathway for the Dying" (LCP). En av regeringen tillsatt granskningskommission, ledd av Julia Neuberger, publicerade sina resultat i juli 2013 [2].

Utvecklandet av LCP i slutet av 1990-talet sammanförde två kulturer, hospicefilosofin och managementfilosofin [3]. Inom hospicerörelsen utvecklades från 1950-talet en vård av döende som synliggjorde komplexiteten i patientens, närståendes och personalens möte med döden.

Tryggt förankrad i hospicefilosofins människosyn och värdegrund kunde lidandets fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella aspekter analyseras och integreras i en helhetssyn. En värdig vård vid livets slut innebar uppmärksamhet på både kroppsliga symtom och djupa mänskliga behov av mening, trygghet och omsorg.

Dessa goda erfarenheter av palliativ vård på hospice var anslaget att överföra till akutsjukhusens vårdavdelningar, där vården av döende fortfarande är mycket bristfällig.

Det specialiserade palliativa teamet vid Royal Liverpool University Hospital valde att använda "integrated care pathways" som ett lämpligt verktyg för att sprida kunskapen och skapade så standardvårdplanen LCP. "Integrated care pathways" kom först till sjukvården i USA på 1980-talet och till Storbritannien på 1990-talet. Modellen var hämtad från industrins kvalitetsarbete med att definiera processer, mäta variation och resultat.

I början av 2000-talet lyftes LCP fram som ett lyckat exempel inom flera nationella riktlinjer i England, bland annat "the national End of life care strategy", "Quality Markers and Measures for End of Life Care", "General Medical Council guidance" och "The NICE quality standard for end of life care

for adults". Vårdgivarnas krav på att patienter registrerades i LCP och den prestationsbaserade ersättningen från staten medförde att efter hand närmare 1/3 av avlidna patienter på akutsjukhusen vårdades enligt LCP, trots att det vetenskapliga underlaget är svagt [4].

Neubergerreporten

Från 2009 började alarmerande berättelser framföras i press och media av anhöriga och läkare om vård utan empati och utan respekt, om undanhållande av mat och dryck från patienterna, om sedering med läkemedel och förtäckt dödshjälp av äldre [5]. Dessa berättelser hade mycket gemensamt med de klagomål som ledde till utredningen om sjukvården i Mid Staffordshire [6] och tvingade regeringen att tillsätta en oberoende undersökningskommission. Neubergerkommissionens slutrapport, "More Care, Less Pathway", publicerades i juli 2013 [2].

Många vittnade till kommissionen om att patienter bedömdes som döende och sattes på standardvårdplanen utan att själva eller anhöriga informerats. Smärtstillande och sederande läkemedel tillfördes parenteralt som första åtgärd i LCP, ofta utan indikation, vilket förhindrade patienten att kunna äta och dricka. Följaktligen upplevde närstående att standardvårdplan ("pathway") innebar ett beslut av vårdarna att ta livet av patienten. Vården av patienten försumrades även till följd av personalbrist, resursbrist och bristande kunskap och engagemang. Det blev viktigare att dokumentera ("tick-box exercises") för att få ersättning till sjukhuset än att vårda patienten.

Den mest uppseendeväckande av Neubergerreportens 44 rekommendationer är att standardvårdplanen LCP måste upphöra och ersättas av individuella planer för varje patient i palliativ vård. Rapporten understryker riskerna med prestationsersättning av vård i livets slutskede och kräver att den avskaffas. Viktigare är det att vårdpersonalens kompetens i palliativ vård ökar och att tillräckliga resurser tillförs sjukhusvården. Regeringen

accepterade genast kommissionens slutsatser och beslutade att LCP ska utvecklas inom 6-12 månader.

Hur kunde det gå så här?

Ingen betvivlar att intentionen från företrädare för palliativ medicin har varit god. Kommissionen fick höra att när vården enligt LCP utfördes av välutbildade, empatiska kliniska team med goda resurser så fungerade det väl. När den palliativa vården från hospice kom in på akutsjukhusen mötte den en vård präglad av NPM. Vården av döende skulle effektiviseras, registreras, utvärderas och prestationsersättas. Professor Rob George deltog som expert i Neubergerkommissionen och skriver att *"Palliative medicine has been naïve and slow to realize that if it tries to play in the biomedical sandpit without its own bucket and spade, things will end in tears"* [7].

"När den palliativa vården från hospice kom in på akutsjukhusen mötte den en vård präglad av NPM. Vården av döende skulle effektiviseras, registreras, utvärderas och prestationsersättas."

Professionella normer och principer fick ge vika för krav på mätbar effektivitet. Yngre läkare berättade att utbildningen handlade mera om hur man skulle fylla i LCP-blanketten än om vilka etiska värden som låg till grund för den. Standardvårdplanen förvandlades från ett hjälpmedel för att uppnå god och omfattande helhetsvård till ett mål i sig. Den skulle visa att god vård i livets slutskede tycktes ske, men visade bara om vårdpersonalen var bra eller dåliga på att fylla i blankettens rutor.

Professionell kompetens och omdöme om den komplexa situation som lidandet i livets slutskede innebär fick stryka på foten för enkla mätningar av det som går att mäta med fokus på smärtstillande och sederande läkemedel i ett inskränkt biomedicinskt paradigm.

Hur går man vidare i England?

Regeringen har slagit fast att standardvårdplanen LCP ska upphöra senast i juli 2014. I linje med Neubergerreportens rekommendationer bildades därför i oktober 2013 en bred sammanslutning av organisationer kallad "Leadership Alliance for the Care of Dying People" för att i dialog med allmänhet och professioner utarbeta nya riktlinjer för vården i livets slutskede [8]. Alliansen leds av dr Bee Wee, som tidigare var ordförande i Association for Palliative Medicine, och ska före sommaren 2014 ge svar på de 44 rekommendationerna i Neubergerreporten.

Vad kan vi lära?

LCP-skandalen i England är en väckarklocka för oss i Sverige och understryker vikten av kompetens i palliativ medicin för att vården i livets slutskede ska bli empatisk, säker och värdig. Därför är det glädjande att ämnet palliativ medicin blir en del i den gemensamma kunskapsbasen för ST i de patientnära

specialiteterna och även en tilläggspecialitet 1/1 2015. De senaste åren har vi fått ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård [9], ett nationellt vårdprogram [10] och en författning för övergången till palliativ vård i livets slutskede [11], vilka tydliggör vad som krävs för en god palliativ vård.

Kompetensen är nödvändig men även i Sverige möter vården i livets slutskede ett sjukvårdssystem präglad av NPM, med krav på produktion, effektivitet och mätbara resultat. Riskerna med ytlig resultatmätning av komplexa skeenden, prestationsersättning av svårtolkade indikatorer och avprofessionalisering blev tydliga i England. I Sverige har både journalister, statsvetare [12,13] och myndigheter [14,15] signalerat fara. Utmaningen i England likaväl som hos oss är att kunna sprida god palliativ vård till alla som behöver det och deras närstående utan att vi överger de etiska värden, den människosyn och den djupare förståelse av mänskligt lidande, "the total pain", som hospice rörelsen har lärt oss [16].

Referenser

1. Last rites. Fiona Godlee, editor, BMJ 2013;347:f4714
2. Department of Health. More care, less pathway: a review of the Liverpool care pathway. Jul 2013 [citerat 25 sep 2013] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf
3. Care of the dying, A pathway to excellence. Ed. John Ellershaw & Susie Wilkinson. Oxford University Press 2003.
4. Chan RJ, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11
5. Top doctor's chilling claim: The NHS kills off 130,000 elderly patients every year. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2161869/Top-doctors-chilling-claim-The-NHS-kills-130-000-elderly-patients-year.html>
6. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry- chaired by Robert Francis QC 2013. <http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>
7. The Liverpool Care Pathway for the dying (LCP): Lost in translation and a tale of elephants, men, myopia - and a horse. Palliative medicine 2014;28(1):3-7
8. Leadership Alliance for the Care of Dying People <http://www.england.nhs.uk/ourwork/qual-clin-lead/lac/>
9. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Socialstyrelsen 2013.
10. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. Regionala cancercentrum i samverkan. Västerås 2012.
11. Livsuppehållande behandling. Föreskrifter och allmänna råd. SOSFS 2011:7. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
12. Lundquist Lennart 2011. Slutet på yttrandefriheten (och demokratin). Stockholm, Carlsson bokförlag
13. Shirin Ahlbäck Öberg & Sten Widman. NPM på svenska. I: Maciej Zaremba. Patientens pris, ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Weyler 2013
14. Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning? RIR 2013:20
15. Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Vårdanalys rapport 2013:8
16. Some challenges that face us. Cicely Saunders. Palliative Medicine 1993;7(suppl 1):77-83

Carl-Magnus Edenbrandt
Ordförande i Svensk Förening för Palliativ Medicin, Docent och överläkare vid institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds Universitet
carl-magnus.edenbrandt@med.lu.se



Det livsviktiga hoppet för en lugn död



Agnete Kinman.

Foto: Stefan Jerrevång

För en lugn död behöver patienten ett hopp! Olika faktorer som ökar respektive minskar hoppet förs fram liksom läkarens viktiga roll här. Dödsångest och begäran om aktiv och passiv eutanasi tas upp, liksom det hopp som kan förmedlas i ett brytpunktssamtal. Som avlastning för vården kan en samverkan med kyrkan ske.

Läkarens viktiga uppgift

För att kunna leva hela sitt liv och avsluta det på ett för henne värdigt sätt behöver en människa ett hopp, men hoppet förändras under sjukdomstiden. Läkaren och övrig personal har här en viktig uppgift.

Att läkaren kommer på besök till döende som vårdas i hemmet, på sjukhem och äldreboenden är av så stor vikt att patienten ofta spontant berättar om detta för andra besökare. Övriga vårdgivare utför det nära patientarbetet och deras insatser är oundgängliga på många plan. Men om läkaren inte kommer kan detta tolkas så att hon eller han har gett upp. ”Det finns inget hopp för mig. Doktorn kommer inte ens.” Läkarens besök upplevs som en ”garanti” för att patienten inte ska överges mot slutet.

”Många gånger har jag hört hur den fysiska smärtan minskar genom att någon finns med som skingrar känslor av övergivenhet.”

Att få tala om sin rädsla för döendet och döden kan vara av största vikt för en patients lugn. Frågor läkaren kan få är ”Är det mitt fel att jag blev sjuk? Var det för att jag ...?” ”Hur går det till när man dör?” ”Gör det ont att dö?” Att någon lyssnar till ens innersta färor kan inge hopp!

Men patienten själv bestämmer om hon vill prata och om vad. Kanske vill hon inte föra upp känsliga tankar till ytan, orkar inte eller känner ännu inte tillit. Doktorn kan visa på möjligheten genom att enkelt fråga om det är något patienten funderar över och när vi anar ångest kanske fråga om det är något hon är rädd för. I sådana samtal kan man också komma

in på var patienten vill vårdas vid en försämring, i hemmet med assistans eller på sjukhus/sjukhem. Även om just den läkaren inte ansvarar för patienten in i det sista kan den tidigare givna tryggheten finnas kvar som ett stöd för den döende. Detta hör jag inte sällan från både den döende och de anhöriga.

Ökat hopp

Det är av största vikt för den döende att få veta att optimal smärt- och symptomlindring kommer att ges vid behov. Beredskap kan behövas för att behandling ska kunna sättas in snabbt. Hoppet hänger också samman med goda relationer till närstående och vårdgivare. Det är ofta viktigt att ha de anhöriga hos sig eller att kanske fått hjälp att telefonera till dem på avlägsen ort. Ibland behövs en försoningsprocess. Inför döden kan en sådan gå snabbt till skillnad mot tidigare i livet. Den döende kan också behöva försonas med sig själv för felaktiga livsval; avgörande är de faktorer som var kända när beslutet en gång togs, inte när facit föreligger. Att bli påmind om goda minnen och mötas med ömsint humor i samförstånd ökar en människas hopp liksom om någon ännu inte uppfyllt önskan kan infrias.

En tid före döden aktualiseras ofta de existentiella livsfrågorna, varför-frågorna om lidande, skuld, meningen med livet, att livet snart är slut och vad som händer i döden och därefter. Många lider av den existentiella ensamheten, det lidande som ingen kan lyfta av. Kristna kan dö med hoppet om ett liv efter döden, kanske med hoppet om att få möta döda anhöriga. Andra upplever vanda av ambivalens till Gud och sin tro. Religionen kan således vara både stöd och börda. Aktiv religiös tro och trosutövning är av betydelse för en döendes hopp [1, 2]. För andra kan hoppet vara att lidandet snart är slut eller att bli förenad med jorden eller universum i ett kretslopp.

Patientens hopp ökar också när någon bekräftar hennes situation; hon får stöd till realistiska mål och får känna sig värdefull genom att läkaren och andra vårdgivare ger tid och intresse. Viktigt är att den döende känner sig respektfullt bemött. Många gånger har jag hört hur den fysiska smärtan minskar genom att någon finns med som skingrar känslor av övergivenhet. Människor med vanda inför trosfrågor kan ofta hjälpas till trygghet [3].

Minskat hopp

Hoppet minskar av otillräcklig symptomlindring, liksom vid uttalanden som ”Vi kan inte göra något mer” eller oklar information om vilken hjälp som kan ges. Likaså förloras hopp när patienten inte finner någon att prata med om sin situation eller får höra falsk tröst. Även en osäkerhet om tillvarons mening motverkar ett hopp [1]. Att inte veta vem man ska vända sig till eller att hamna mellan vårdcentral och specialistklinik berövar döende hoppet. Känsla av övergivenhet leder till upplevelse av värdelöshet och följden kan bli att livet känns meningslöst. Risken är att vanmakts- och hopplöshetskänslor kan utvecklas, vilket i sin tur kan påverka överlevnaden [4-6]. Behandlingsbar depression behöver övervägas i tidigare stadier.

Begäran om eutanasi

En del patienter bär på en så djup ängslan att inte klara av sjukdomens, symptomens progress och själva döendet att de ber om hjälp att avsluta sina liv. Hos dessa patienter har avstående eller avbrytande av livsuppehållande behandling inte hunnit bli aktuell utan deras begäran handlar om *aktiv eutanasi*. Det är viktigt att samtala med patienten, kanske flera gånger, för att försöka förstå de bakomliggande orsakerna. Min erfarenhet som sjuksköterska är att en sådan önskan ofta är ett rop på hjälp på grund av dödsångest. Genom att få tid att sätta ord på sin vånda, få svar på de frågor som går att besvara, tillförsäkras optimal symptomlindring och genom att inte bli övergiven kan en döende nå lugn och våga fortsätta att leva. Doktorn kan här förmedla trygghet utan att varken ”påskynda eller fördröja döden” [7].

"Genom att få tid att sätta ord på sin vånda, få svar på de frågor som går att besvara, tillförsäkras optimal symptomlindring, och genom att inte bli övergiven kan en döende nå lugn och våga fortsätta att leva."

När det gäller ställningstagande till att avbryta eller avstå från att sätta in *livsuppehållande behandling* har patienten ett avgörande inflytande eller anhöriga som känner till patientens vilja om hon inte själv kan förmedla den. När man i tidigare skeden hör med patienten om hennes liv, kan man också fråga hur hon ser på den tid som kommer. Här kan komma fram en tydlig vilja att avstå livsuppehållande behandling i ett senare skede. Men! Patienten måste få möjlighet att, om en sådan situation uppstår, få bekräfta sin inställning om detta fortfarande är möjligt. Det är viktigt att övriga vårdgivare informeras om patientens önskan.

Brytpunktssamtal

Av det sagda framgår vikten av att i brytpunktssamtalen – när hopp om överlevnad berövas – stärka hoppet om optimal symptomlindring, ge realistiska mål så långt möjligt är och betona vikten av att patienten inte ska bli övergiven. Brytpunktssamtalen blir på detta sätt paradoxalt nog också hoppingivande. Den döende känner ofta redan att hon snart ska dö även om hon väljer vem eller vilka hon erkänner detta för. Svårare är det för de anhöriga om döende och närstående inte förmått

Agnete Kinman var läkare i akutsjukvården under tre decennier med S:t Lukasutbildning i Enskild sjuksköterska. Sedan 12 år präst med erfarenhet av döende från sjukhus, sjukhem, äldreboenden och från döende vårdade i hemmen.

prata med varandra. Också här kan samtalen med en lyhörd och empatisk läkare ha en stödjande funktion och förbereda för lugn vid dödsbädden och i det kommande sorgearbetet.

Samverkan med kyrkan

Många frivilligt arbetande och anställda inom kyrkan har människovårdande yrken eller egna erfarenheter av att vårda döende. Jag har själv mycket goda erfarenheter av samverkan mellan vården och kyrkan! Församlingens representanter behöver anpassa sig till vårdens förhållanden och komma som medmänniskor med full respekt för dem utan tro eller med en annan religion.

Min erfarenhet är att vi har mycket att lära av dem som lever sin sista tid; om livsmod och att hitta vad som är väsentligt i livet. I alla möten med gamla, handikappade, sjuka och döende kan vi bära med oss Viktor Frankls ord: *"The patient as the sufferer may be superior to the doctor."*

Referenser

1. Juul Bush C. Hopplöshet och hopp. I: Kaasa, S. (red.) Palliativ behandling och vård. Studentlitteratur, Lund. 2001. (Fritt efter Herth K. 1990, Twycross R 1995 samt Faulkner A.& Maguire P 1994.)
2. Pargament KI. The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. The Guilford Press, New York. 1997.
3. Kinman, A. Ett stycke av vägen. Möten i livets slutskede. Recito, Norsborg. 2013.
4. Anda R, Williamson D, Jones D, et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidem. 1993;Jul;4(4):285-94.*
5. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom. Med. 1996;Mar-Apr;58(2):113-21.*
6. Antoni MH, Lutgendorf SK, Cole SW, et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nature reviews Cancer 2006;Mar;6:240-48.*
7. National cancer control programs: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.



Agnete Kinman

Överläkare emerita, präst i Svenska kyrkan
Linköpings stift
agnete.kinman@telia.com

Dags för Senior-SFAM i Stockholm?

Alla kunde inte komma till seniomötet på kongressen.
Är du intresserad av ett möte i Stockholm?

Hör av dig till chefredaktor@sfam.se.

Att avrunda livet

Ett program i åtta punkter

I gamla tider talade man om *Ars Moriendi*, konsten att dö. Jag vill tala om något större, konsten att avrunda livet. Jag är 85 år, utan allvarligare krämpor men medveten om att slutet närmar sig. Många föredrar att blunda. Jag vill ha kontroll över resten av mitt liv och om möjligt min död. Jag vill avrunda livet stegvis.

Att förhålla sig till döden

Det första ledet i mitt arbete är att klara ut mitt förhållningssätt till döden.

Döden är det definitiva slutet för oss alla. Kroppen upphör att fungera. Attityden till detta biologiska förhållande har varit och är fortfarande häpnadsväckande olika i olika kulturer. Vi möter detta faktum med föreställningar om en fortsättning och, när det inte längre gäller, ett räddhågat undvikande av hela frågan. Döden är vårt sista tabu i vårt svenska sekulära samhälle.

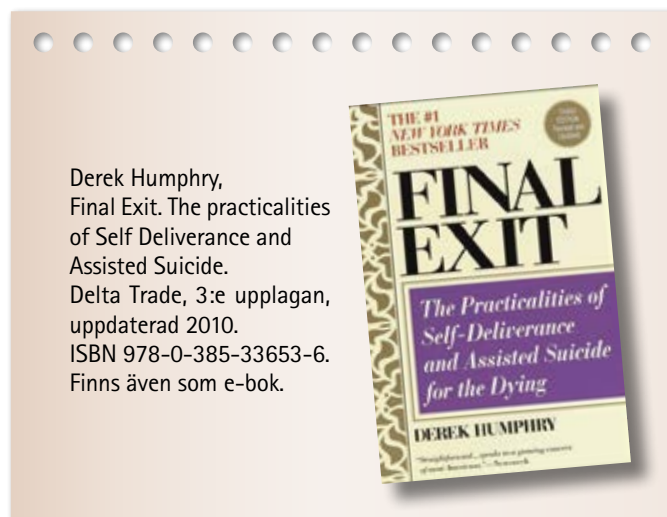
I ett historiskt perspektiv framträder skillnaderna tydligt. I Bibeln, i Koranen, i Mozarts Rekviem och hos Bach är döden domens dag, då människor skall fördelas mellan himmel och helvete. Skäl fanns för fruktan för vad som skulle komma. Helvete och himmel lever än idag i stora delar av världen.

I den kristna världsbilden har helvetet fått träda i bakgrunden. I varje begravning utlovas uppståndelse för de döda. Numera gäller himmelen, fast bibeln är tydlig om att det finns två alternativ. De kristna har insett det grymma i hotet med helvetet och därför låtsas man helt enkelt inte om det.

I vår sekulariserade kultur skapar inte religionen de största problemen – eller spökar den i oviljan att hantera frågor om döden? Rätten till en värdig död (RTVD) tar tag i aspekten att de flesta fruktar döendet mer än döden. Längre var läkarna förbjudna att tala med döende om hur det stod till. Här har det skett en ändring till det bättre. Palliativ vård är fin men ingen lösning. Självbestämmande om när man skall få sluta sitt liv förbehåller läkarna sin egen yrkesgrupp men nekar andra. De kan skriva ut medicin för sig själva men är förbjudna att göra det för andra.

För mig som humanist är människans bästa den överordnade principen. Jag vill främja ett avspänt förhållningssätt till döden. Hur hanterar jag den? Hur förbereder jag mig? Jag har tankar om åtta steg i en process.

Carl-Johan Kleberg är f.d. stf. direktör för Statens kulturråd, där han arbetat med kulturpolitisk utveckling och tvärkulturella frågor. Han var tidigare ordförande för Humanisterna och är aktiv inom organisationen Rätten till en värdig död.



Derek Humphry,
Final Exit. The practicalities
of Self Deliverance and
Assisted Suicide.
Delta Trade, 3:e upplagan,
uppdaterad 2010.
ISBN 978-0-385-33653-6.
Finns även som e-bok.

Att börja dagen med dödsannonser

En del människor menar sig kunna hålla döden på avstånd. Det förstår jag inte alls. Varje morgon får jag en påminnelse genom dödsannonserna och nekrologerna. Först kollas om det är någon jag känner som gått bort. Sedan ser jag efter hur gamla de döda är, äldre än jag, född 1929? Tänk så många yngre som gått bort! Tänk att en del hållit ut så länge! Sedan tittar jag på begravningsformen och upplever hur få det är som väljer ett sekulärt slut. Studiet av dödsannonser är för mig en ständig påminnelse om att förbereda mig själv och därmed också få efter mig en dödsannons och en minnesstund som speglar vad jag står för och något av vad livet lärt mig om våra villkor på jorden.

Att hejda kroppens förfall

Det eländiga med att bli gammal är *kroppens förfall*. Sjukdomar och problem med hörsel, syn och balans träffar inte bara mig. Det är dystert att se mig i spegeln. Men jag har bestämt mig för att övervinna min motvilja mot denna kropp och är en uthållig, regelbunden Friskis och Svettis-gymnast. Jag är stolt över att kunna klara medeljympa. För mig är jympa en livsnödvändighet. *Jympa är det andra ledet* hur jag förbereder mig och möjligen skjuter på döden och framför allt uppehåller vitaliteten dessförinnan.

Att hejda själens förfall

Efter fysisk hälsa kommer *andlig hälsa*. Mitt decennium, åtti-årsperioden, är den farliga, då krämpor alltmer slår till. Då gäller det att ransonera sina krafter och välja bort allt onödigt. Att ordna gymnastik för själen lika viktigt som gympan för kroppen. För mig är pensionsåldern underbar, då man är fri från arbetslivets krav och problem och pengar kommer ur vägen. Det gäller att *prioritera* det som är roligt och utvecklande och *prioritera bort* det tråkiga och elaka människor.

Jag är intresserad av mina rötter. Det har lett till en hemsida för min familj. Av min far har jag fått ett tungt ansvar för ett stort arkiv med mycket bilder. Ordnar jag inte det så hamnar allt som i många dödsbon på soptippen.

Ett viktigt och livsbefrämjande inslag i mitt liv är de årliga vistelserna på ön Gili Air i Indonesien. I värmen blir livet lätt att leva och fylla med läsning och skrivande.

Att skriva testamente och ordna sina prylar

Det *fjärde ledet* handlar om mitt *testamente*. Det är tillfredsställande att visa tacksamhet mot närstående eller rikta gåvor till ändamål som engagerar. Jag har dessvärre så litet av slantar men mer av prylar att lämna efter mig. Varje av mig älskat föremål har en historia som jag måste berätta om.

Livsslutsdirektiv och avskedsceremoni

I *det femte ledet* kommer RTVDs *livsslutsdirektiv*. Det är viktigt att göra det lilla jag kan göra för att stoppa onödiga behandlingar i ett skede där jag är mycket sjuk och vill sluta. En del i livsslutsdirektiven är att utse *den person som skall kunna ta över min beslutskapacitet* om den brister.

"Jag vidgar tanken från det begränsade perspektivet på mig själv och undrar hur man mer generellt skall kunna finna läkare som är villiga att vara rådgivare i sådana här situationer."

Det är nyttigt att tänka på vad som skall hända med min gamla kropp. Sedan länge har jag anmält mig för *organdonation*. Det blir *den sjätte punkten* i mitt program. Det är underbart om jag kan komma till nytta på det sättet.

Ett sjunde led handlar om den *avskedsceremoni* som jag vill påverka som det sista jag kan göra. En minnesstund, där jag talar om vilka dikter och vilken musik man kan välja bland. Att minnesstunden avslutas med en måltid är viktigt. Detta är den sista gången jag kan bjuda folk på middag. Jag hoppas det blir en trevlig fest med glada minnen.

Den svåra frågan: att förbereda en självvald död

När jag kommer till den sista, *åttonde punkten* i mitt handlingsprogram, *en självvald död*, blir det kontroversiellt. När läkarna är förhindrade att hjälpa mig med slutet så måste jag ta ansvar för det själv. Jag respekterar helt att de inte vill riskera att förlora

sina läkarcertifikat och därmed sitt levebröd.

Jag har beställt *Final Exit* med undertiteln *The practicalities of Self Deliverance and Assisted Suicide* (observera språkbruket *Self Deliverance*, jag avskyr ordet *själv-mord*). Derek Humphry diskuterar hur man skall förbereda sig så att man har kontroll över läget. Här värderas tekniska lösningar, många svåråtkomliga, andra lättåtkomliga, som helium för ballonger (lär finnas hos Buttricks).

Politikerna tror sig kunna reglera människors självbestämmande. På detta område precis som i diktaturer skapar den nya tekniken ändrade förutsättningar. Det är en frihet som vi måste lära oss att leva med och som måste ha regler. Varje diskussion om självmord är känslig men samtidigt viktig. Det upprör mig att läkarkårens majoritet motsätter sig eutanasi för andra men själva har möjligheter att välja sitt slut.

Det gäller för mig att i förväg klara ut min egen strategi. Det är för sent då Alzheimer eller en handikappande Parkinson slår till. Jag hamnar i en demensinrättning och blir en skugga av mig själv, omgiven av skuggor!

Varför uppmanas vi att lägga omsorg på egna val om yrke, partner, konsumtion och vård men inte – enligt en av religionerna understödd föreställning – får välja när vi vill avsluta livet? För mig handlar det om individens självbestämmande som annars är en helig regel.

Själv-mord är många gånger desperata åtgärder som vi skall göra allt för att stoppa. *Final exit* har ett långt kapitel om att välja läkare som man har förtroende för. Jag drömmer om att hitta en klok läkare och en förstående familj att rådgöra med så att jag inte i onödan på grund av tillfällig depression eller med botbar åkomma fattar ett förhastat beslut.

Problemet med den självvalda döden har två olika aspekter. *Hur fäst är jag vid livet?* Har man en älskad partner, barn och barnbarn är viljan att hålla ut större än för mig själv, ensam utan riktigt nära släkt eller partner.

Den andra frågan är: *Vad vill jag utsätta mig för i fråga om placering på institution och vårdinsatser?* Varför skall man överleva till varje pris? Jag är så fruktansvärt fäst vid mitt för mig fullkomligt perfekta boende. Jag drömmer om att kunna sluta där jag bor, ensam som jag levt i hela livet. Jag älskar de saker och böcker jag samlat på mig, som en del av mig själv.

Jag vidgar tanken från det begränsade perspektivet på mig själv och undrar hur man mer generellt skall kunna finna läkare som är villiga att vara rådgivare i sådana här situationer.

Carl-Johan Kleberg
kleberg@comhem.se




Att bestämma själv
RTVD · RÄTTEN TILL EN VÄRDIG DÖD

Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död (RTVD) är en partipolitiskt och religiöst obunden ideell förening som baseras på individuellt medlemskap. Föreningen vill främja varje människas rätt att på egen begäran få hjälp att dö.
Läs mer: www.rtv.dnu

Annons



Peter Strang. *Så länge vi lever. Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter. Libris förlag 2013. ISBN 978-91-7387-320-8.*



Insikten om livets korthet

En mycket vacker och positiv tanke-bok, skriven med ett enkelt och lätt tillgängligt språk. Det var i en ”palliativ” grupp vi bestämde att köpa in boken till Hälsocentralen. Den tar bara några timmar att läsa men känns ändå fylld av väl formulerade och nogga övertänkta ställningstagande.

Vi har tidigare haft Strang som uppskattad föreläsare i palliativa frågor. Här har han nu samlat sina erfarenheter om existentiella frågor. Det blir en del fall från den egna verksamheten som läkare. Även en del försiktiga exempel från det egna livet. Texten är genomarbetad och enkel utan att bli platt och ytlig.

Med referens till antiken inleds med begreppen ”Memento mori” (minns att du är dödlig), ”carpe diem” (fånga dagen) och ”vanitas” (fåfånglighet). Möjligen hade ”Memento vivere” (minns och ta vara på livet) passat bättre till den positiva grundsynen i boken? Därefter beskrivs en del av Irvin Yalom's lära. Strang blev starkt berörd av den i en fyrtio-årskris.

Yalom, amerikansk existentiell psykiater med ryskt påbrå, beskriver de fyra stora kategorier eller livsvillkor som vi alla måste möta, som ingen kommer undan: döden, friheten, meningslösheten och ensamheten.

I boken diskuteras stillsamt, nyfiktet och intressant, relevanta begrepp som skuld och ansvar, den sekulära svenskens tankar, kärlek och tomhet.

Religiösa exempel förekommer. Det betonas Individuella öden och personligheter när vi bemöter patienter. Det vardagliga samtalets tyngd och vikt lyfts fram. Alla måste få känna

tillhörighet och gemenskap, den sjuke får inte stängas ute. Fångar vi sådana avgörande nyanser i palliativa (kvalitets)register?

Människan är en ständigt meningssökande varelse. Ofta skärps frågan när livet går mot sitt slut. Strang beskriver med enkla ord sin egen tolkning av existentalister. Viktigast är Viktor Frankl, österrikisk psykiater och neurolog med erfarenhet av koncentrationsläger om meningsskapande värden. Frankl beskriver tre källor till människans längtan till gemenskap: den kreativa eller skapande, den upplevda av gemenskapen med våra närmaste och inställningen till det som sker. Den tredje, inställningen, kan vara antingen glädje och tacksamhet över det vi får, eller bitterhet över det vi saknar. Andra viktiga referenser är C G Jung, schweizisk psykiater, mystiker, analytisk psykolog och Martin Buber, österrikisk filosof mest känd för ”Jag och Du.”

Strang citerar medarbetaren, den kloke sjukhusprästen Lars Björklund, som ibland hörs på radions ”Tankar för dagen”. Denne har stor erfarenhet av samtal med människor som samlar ihop sin livserfarenhet och vikten av att lyssna till den.

Det slår mig en skillnad. Vi som allmänmedicinare ser ofta en längre process. Vi möter människor medan de fortfarande är aktiva och följer ibland till vad vi kallar palliativt skede. Efter dödsfallet fortsätter vi att möta de anhöriga. Det ger en något annorlunda vinkel i arbetet jämfört med palliativa specialister.

Naturens kraft och upplevelsen av återhämtning och andlighet i skog och mark kan jag verkligen känna igen. Här lurar



Lisa Sand och Peter Strang. *När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård. Natur & Kultur 2013. ISBN 9789127133426.* Tillsammans med Lisa Sand, socionom som disputerat på hur cancersjuka människor hanterar existentiell kris, har Strang även gett ut denna lärobok. Dispositionen liknar den i Strang's egen bok med små skillnader men varje kapitel avslutas med diskussionsfrågor för arbetsgrupper och även självreflektion.

Coping beskriver hur människor hanterar svåra

livssituationer för att undvika ångest. Den avslutande delen samlar ihop ett antal konkreta råd om vad sjukvårdspersonal kan göra.

Även närståendes behov tas upp liksom den svåra frågan om hur barn ska informeras.

Referenserna är likartade dem i Strang's egen tankebok men något mera omfattande. Cullbergs kristeori och Antonovskys KASAM är viktiga delar. Här finns också ett sakregister.

En väl genomarbetad bok riktad till personal och grupper som sköter om palliativa patienter.

dock en risk eller motsättning i glesbygdens isolering, mellan eremitens erfarenhet och strävan efter mänsklig gemenskap.

Tilltalande är även norskan Siri Naess alternativa livskvalitetsdefinition, om existentiellt välbefinnande. Den tar upp fyra aspekter; att vara aktiv, att känna samhörighet, självkänsla och en grundstämning av glädje. Det uppfångas inte riktigt i traditionella livskvalitetsformulär!

Att bli sedd, uppleva gemenskap och kärleken som det viktigaste tas upp engagerat. Men utan så mycket personliga vittnesmål blir det ändå något distanserat. Hade det blivit för privat?

I avslutningen citeras ur den underbara lilla barnboken av Ulf Nilsson, "Adjö Herr Muffin", om ett marsvin som begravs i trädgården.

Boken kan säkert vara till tröst och till styrka för dem som arbetar med döende patienter!

Peter Olsson

Jokkmokk

peter_olsson@hotmail.com



Noëlle Châtelet, *Den sista lektionen*. Elisabeth Grate bokförlag, 2005.
ISBN: 978-91-9753-280-8

En berättelse om den självvalda döden

”Det blir alltså den 17 oktober”. Det var med dessa sex enkla ord som Noëlle Châtelet fick beskedet från sin 92-åriga mor att hon skulle ta livet av sig. Det är upptakten till hennes berättelse **Den sista lektionen** om den självvalda döden, ett tabubelagt tema som hon behandlar med utomordentlig finess och inlevelse.

Châtelet beskriver en livslång, kärleksfull relation mellan mor och dotter där dottern för en smärtsam kamp för att kunna förlika sig med moderns beslut. Det är aldrig är tal om att ifrågasätta beslutet. Respekten är total och ömsesidig. Modern gör inget för att dämpa hennes upprorsförsök och vredesutbrott. Här finns en underbar skildring hur de fyller tiden innan beslutet verkställs med kontakter med anhöriga och vänner. Man unnar sig att frossa i ostron, rökt lax och mycket blommor och har fester med glada skratt. Tänk vilken skillnad mot alla berättelser om sorgesamma, sentimentala avsked!

Beslut av det här slaget tycks kräva starka, beslutspotenta människor. Moderns motiv är mycket klara. Hon önskar en värdig död. Hon ser gränsen mellan värdighet och ovärdighet. Hon är säker på att stunden är inne. Det är bara hon som kan veta. Hon har levt som en fri kvinna, där självständigheten varit en livsprincip. Det är ingen sjukdom som ligger bakom beslutet. Hon känner sig bara alldeles utsliten, orkeslös och har nått den yttersta punkt från vilken det inte finns någon återvändo.



Döden, och inte minst den värdiga, självvalda döden, tillhör det mest tabubelagda. Här får vi möta två mogna kvinnor i ett fantastiskt samtal inför det slut som den ena av dem valt. Noëlle Châtelet har en underbar förmåga att finna viktiga och provocerande uttryck: ”Ibland måste man älska livet mycket högt för att föredra döden. Att välja döden kan vara en lovsång till livet.”

Châtelets berättelser stämmer mig till eftertanke inför hur jag själv förhåller mig till min död, men också hur samhället gör det. Jag har senaste tiden vistats mycket bland demenssjuka, skugglika varelser utan minne och utan förmåga till kommunikation. Den tillvaron skrämmer mig. Noëlle Châtelets berättelse visar på en lösning. Tänk om läkarna också vågade tackla frågan om gamlas självvalda död!

Carl-Johan Kleberg

Oberoende kulturpersonlighet

kleberg@comhem.se





Åsa Nilsonne. *En passande död*. Natur&Kultur 2013. ISBN: 978-91-2713-477-5



Att planera sin död

Åsa Nilsonne har denna gång utkommit med en bok som belyser möjligheten att själv besluta om när och hur ens liv ska avslutas. I en intervju säger hon "Om vi vill ha självbestämmande i livets slutskede måste vi vara lite proaktiva."

Boken, som handlar om hur en kvinna planerar sin död, är skriven i dagboksform. Den är utformad som en triller vilket gör den lättläst. Spänningen hålls uppe till sista sidan. Samtidigt ger den utrymme för reflektioner över liv och död liksom över hur man som terapeut kan bli vilseförd av sin patient. Medicinska förkunskaper krävs inte.

"Ty även döden är ju en av våra livsuppgifter. Sök därför att lyckligt lösa även den."

Markus Aurelius (121-180): Självetraktelser.

Huvudpersonen är en väletablerad psykolog. En dag blandar hon ihop två patienter. Nästa gång kan hon inte läsa klockan. Hon börjar observera sig själv. Utredningen bekräftar hennes farhågor: Alzheimers sjukdom. Därefter börjar hon planera för en

Åsa Nilsonne 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). Hennes kriminalromaner har polisinspektör Monika Pedersen som huvudperson. Hennes make, ortoped Ulf Nilsonne, avled i Alzheimers sjukdom.

passande död som inte skuldbelägger dottern. Datum bestäms.

Minnesluckorna medför en ständig osäkerhet. Tröttheten är en följd av sjukdomen och anspänningen att klara av sitt liv. Kroppen lyder henne inte, hon förstår inte instruktioner. Maten smakar inte. Aktiviteter måste planeras noga, och en GPS hjälper henne att hitta vägar som borde vara välkända.

Så erbjuds hon av en ungdomsvän att bli forskningspatient, försökskanin. Detta medför oväntade komplikationer, både av behandlingen och av att vara "ägd" av företaget. In i det sista vet man inte om hon ska lyckas med sin passande död.

Texten väcker flera frågor

- Är det så här att börja bli dement? Kan man ha kvar sitt intellekt, sitt språk, sin skrivkunnighet samtidigt som man glömmer banala vardagliga saker?
- Vilken rätt har man till sin egen död? Idag är självmord inte längre förbjudet. Men socialt är självmord fortfarande inte accepterat. "Märkligt att vår kultur talar så tyst om fördelarna med att vara död."
- Vilken rätt kan ett företag ha till en försöksperson? Vilka klausuler är rimliga att skriva in i kontraktet? "Jag sitter alltså här med en hjärna där det pågår ett hemligt och tydligen farligt experiment som inte tillhör mig. Som jag inte har någon kontroll över alls."
- Korrumpas läkaretiken vid forskning? Vad är forskarens roll gentemot sina försökspersoner och sin finansär? "Är en läkare som säljer sig till högstbjudande driftig eller prostituerad?"

Boken rekommenderas varmt till alla läsare av denna tidning och till alla som är intresserade av etik, sjukdom, liv och död.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Annons

Avhandling om diabetes med relevans för primärvården

Prevalensen av diabetes i Laxå ökade från 1972 fram till 1988 men därefter noterades ingen ökning och prevalensen uppskattas till 4,3 – 4,5 %. Detta är i motsats till vad många andra studier från olika delar av världen har visat. Incidensen har likaledes varit stabil och utan ökning under hela studietiden. Överlevnaden för personer med diabetes har förbättrats de senaste 30 åren och överdödligheten för personer med diabetes i Laxå jämfört med personer utan diabetes är den hittills lägst rapporterade i världen. Kvinnorna i jämförelse med männen med diabetes har inte haft samma gynnsamma utveckling. Läkemedelsbehandling mot diabetes visar på en starkt skyddande effekt mot risken av att drabbas av makrovaskulära komplikationer. Effekten tycks vara större om fler läkemedel ges samtidigt. Screeningupptäckta patienter med diabetes tycks inte i jämförelse med kliniskt upptäckta ha en minskad risk att drabbas av makrovaskulära komplikationer eller förtida död.

Stefan Jansson, distriktsläkare i Örebro läns landsting, disputerade 17 januari 2014 vid Uppsala universitet på en avhandling med titeln "A longitudinal study of diabetes mellitus. With special reference to incidence and prevalence, and to determinants of macrovascular complications and mortality".

Huvudhandledare har varit medicine doktor Dan Anderson och bihandledare professor Kurt Svärdsudd, båda vid Uppsala universitet.

Fakultetsopponent var professor Mats Eliasson från Umeå universitet. Tillsammans med respondenten presenterades och belystes forskningsområdet och avhandlingen på ett synnerligen intressant och för klinikern givande sätt. Detta engagerade även auditoriet som ställde många frågor till respondenten.

I avhandlingen har man under 30 år studerat en kohort av 776 patienter i Laxå med diabetes, majoriteten med typ 2 diabetes. De olika delarbetena belyser incidens, prevalens, mortalitet, komplikationer, läkemedelsbehandling samt screening.

Prevalensen ökade inte

I delarbete ett studerades förekomst och nyinsjuknande i diabetes från 1972 till 2001 i Laxå. Undersökningsspopulationen utgjordes av hela Laxås befolkning. Den åldersstandardiserade incidensen av diabetes typ 1 och typ 2 uppgick till 0,15 respektive 3,03 individer per 1000 invånare och man fann ingen incidensökning över tid. Den åldersstandardiserade prevalensen för kvinnor och män ökade signifikant från 28,3 respektive 25,9 per 1000 invånare 1972 till 45 respektive 46,3 per 1000 invånare

"Uppgiften som ordförande vid disputationen var mycket stimulerande och lärorik då opponent och respondent diskuterade avhandlingen utifrån både ett vetenskapligt och kliniskt perspektiv. Stämningen var mycket god och auditoriet hade en mängd intressanta frågor som gav respondenten tillfälle att briljera och idéer till fortsatta studier."

Peter Engfeldt var ordförande vid disputationen. Denna sammanfattning gjorde han för AllmänMedicins läsare på begäran av Bengt Karlsson, Baggängens vårdcentral, Karlskoga.

1988. Under den återstående studietiden sjönk prevalensen för kvinnor till ett medel på 43,5 per 1000 invånare och för män till ett medel på 44,9 per 1000 invånare.

Sammanfattningsvis kunde konstateras att prevalensen av diabetes i Laxå är hög men att den inte ökade under de sista 13 åren av studietiden. Incidensen var relativt stabil under hela 30-årsperioden.

Världens lägsta överdödlighet

I delarbete två analyserades mortaliteten i studiepopulationen. Diabetikerna jämfördes med 3 880 köns- och åldersmatchade kontrollpersoner från Laxå. Kontrollpopulationen inhämtades från befolkningsregistret på SCB medan dödsorsaksuppgifter inhämtades från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Under den 33-åriga uppföljningstiden dog 233 (62 %) kvinnor med diabetes och 240 (60 %) män med diabetes. I kontrollgruppen dog 995 (52,9 %) kvinnor och 1 082 (54,1 %) män. Den åldersstandardiserade hazardkvoten för totalmortalitet var för individer med diabetes i jämförelse med individer utan diabetes signifikant ökad till 1,17 (kvinnor 1,22 och män 1,13). Motsvarande siffror för hjärtkärl-död var signifikant ökad till 1,33 (kvinnor 1,41 och män 1,27). Över tid minskade dödligheten signifikant hos kontrollpersonerna och män med diabetes men inte för kvinnor med diabetes. Samma resultat fann man för koronar hjärtsjukdom.

Sammanfattningsvis noterades att personer med diabetes har fått en förbättrad överlevnad men inte i lika hög grad som personer utan diabetes. Överdödligheten för personer med diabetes i studien var dock den hittills lägst rapporterade i hela världen.

Jansson, Stefan P.O., A Longitudinal Study of Diabetes Mellitus: With Special Reference to Incidence and Prevalence, and to Determinants of Macrovascular Complications and Mortality, Acta Universitatis Upsaliensis, ISBN 978-91-554-8819-2



Stefan Jansson med journaler.

Foto: Magnus Westerborn

"Epidemiologisk forskning är mycket tidskrävande samtidigt som det ger mycket värdefulla data om, i detta fall, långtidseffekter av behandling i en vardaglig klinisk situation. Inga inklusions- (förutom diabetes) respektive exklusionskriterier – detta är en totalundersökning över tid.

Arbetet har handlat om alltifrån fysiskt timmavis bläddrande i gamla journaler i arkiv till att läsa dessa i datorn.

Ihärdigheten har jag nog från en tidigare simmarriär, i bassängen tidig morgon som sen kväll, då måste man ha tålamod. Denna stora patientgrupp är en utmaning att forska kring då sjukdomen är komplex och forskning inom allmänmedicin och diabetes behöver förstärkas.

All personal på vårdcentralen har varit/är ett fint gäng att samarbeta med. Diabetespatienterna är mycket tack-samma och intresserade och har under alla år stöttat min forskning.

Min fina handledare Dan Andersson, en pionjär inom området, har varit med nästan hela tiden. Jag påbörjade AT 1989 och kom till Laxå vårdcentral 1990 där jag stannade till 2008. Forskningsbiten har jag hela tiden haft kvar. Det finns planer på att uppdatera detta unika forskningsprojekt."

Stefan Jansson arbetar vid Brickebackens vårdcentral i Örebro och nås på stefan.jansson@orebroll.se.

Läkemedel gav färre hjärtinfarkter

I delarbete tre var syftet att analysera effekterna av högt blodsocker och högt blodtryck respektive farmakologisk behandling av dessa tillstånd hos diabetikerna. I analysen ingick att registrera alla kardiovaskulära nyinsjuknanden som inträffade under perioden. Patienternas slutenvårdsdiagnoser och uppgifter om död erhöles från Socialstyrelsens patient- respektive dödsorsaksregister. Från det lokala Laxåregistret kunde uppgifter om patienternas årliga blodtrycksvärden, blodsockervärden samt läkemedelsbehandling av dessa tillstånd inhämtas.

Under uppföljningstiden kunde en rad faktorer visas ha signifikant påverkan på den kumulativa incidensen av kardiovaskulär sjukdom: ökning beroende på manligt kön (hazardkvot 1,48), antal tidigare kardiovaskulära sjukdomshändelser (hazardkvot 1,13), ålder (hazardkvot 1,05), medelfastebloodsocker (hazardkvot 1,05) BMI (hazardkvot 1,04) och medelartärbloodtryck (hazardkvot 1,02). Minskning beroende på metforminbehandling (hazardkvot 0,58) och sulfonylureabehandling (hazardkvot 0,73). Kumulativ incidens av hjärtinfarkt ökade signifikant för manligt kön, antal tidigare hjärtinfarkter, medelfastebloodsocker, BMI, ålder och medelartärbloodtryck samt minskade med metforminbehandling. Kumulativ incidens av stroke ökade med antal tidigare stroke, ålder och medelartärbloodtryck.

Sammanfattningsvis ökade den kumulativa incidensen av kardiovaskulär sjukdom och hjärtinfarkt med antal tidigare sjukdomshändelser av dessa tillstånd samt av högt blodtryck och högt blodsocker. På motsvarande sätt fann man en minskning av kardiovaskulär sjukdom och hjärtinfarkt med läkemedelsbehandling för diabetes. Antal tidigare strokeinsjuknanden ökade risken för att drabbas av en ny stroke men man fann däremot ingen signifikant riskminskning med läkemedelsbehandling för att minska risken för stroke.

Screening förbättrade ej

I delarbete fyra var syftet att studera om dödlighet och insjuknande i kardiovaskulär sjukdom skiljer sig åt hos patienter med diabetes i Laxå beroende på om de är diagnostiserade via screening eller kliniskt. Tidigare studier har visat att individer som insjuknar i diabetes i hög grad har någon form av komplikation vid sjukdomsdebut, att sjukdomen har en lång latensfas samt att många personer är odiagnostiserade. Av dessa anledningar har många diabetesorganisationer i världen rekommenderat att man bör screena individer med hög risk att insjukna i diabetes.

En screeningverksamhet startade på Laxå vårdcentral 1983 och pågick fram till studiens slut. Alla individer i Laxå som var mellan 35 år till 79 år ingick i denna screening som upprepades i cykler om fem år. Man fann ingen signifikant skillnad i dödlighet eller insjuknande i kardiovaskulär sjukdom mellan de som diagnostiserats via screening respektive kliniskt.

Sammanfattningsvis fann man ingen minskning av dödlighet eller makrovaskulära komplikationer hos personer som genomgått screening jämfört med personer som diagnostiserats kliniskt.

Peter Engfeldt

Adjungerad professor, Örebro universitet och Allmänmedicinskt forskningscentrum
peter.engfeldt@orebroll.se



Annons

Mer antibiotika med "drop in" på Trossö vårdcentral?

En jämförande studie mellan sex olika vårdcentraler med och utan drop in

Sex vårdcentraler, varav två öppnat drop in-mottagningar i samband med införandet av hälsoval i Blekinge 2010, jämfördes beträffande sin förskrivning av antibiotika. Man fann en liten icke statistisk säkerställd högre förskrivning hos de två mottagningsarna med drop in. Snabba medicinska bedömningar kan vara orsaken. Det finns anledning att upprepa undersökningen för att se om skillnaden kvarstår.

Bakgrund

Trossö vårdcentral ligger centralt i Karlskrona och har cirka 10 000 listade patienter. Där arbetar tolv läkare med varierande tjänstgöringsgrad, elva distriktssköterskor, en biomedicinsk analytiker, två undersköterskor och tre sekreterare.

Det finns en jourcentral som tar hand

om patienterna från hela kommunen. Den är öppen måndag till fredag kl. 17.00 - 21.00 och lördag och söndag kl. 8.00 - 21.00. Den bemannas av läkare från alla kommunens vårdcentraler.

Den 1 april 2010 startade Hälsoval i Landstinget Blekinge. Då öppnade en konkurrerande verksamhet i närheten, och för att behålla patienter och tillmötesgå politiskt krav på tillgänglighet startade Trossö vårdcentral en drop in-mottagning. Patienten träffar en distriktssköterska som antingen hänvisar patienten till en drop in-läkare, till en back up-läkare eller skickar hem patienten. Drop in-läkaren tar hand om lättare akuta problem, 10 minuter är avsatt tid. Back up-läkaren handlägger svårare, mer tidskrävande, akuta problem, 30 min är avsatt. Drop in-mottagningen är öppen

måndag till fredag kl. 10.00 - 15.00.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om och hur det nya mottagningssystemet påverkade antibiotikaförskrivningen till Trossö vårdcentralens listade patienter. Jämförelse gjordes mellan ett år före drop in och ett år efter. Även recept skrivna till Trossös patienter från jourcentralen var med då man kunde misstänka att ett förändrat mottagningssätt på vårdcentralen kunde påverka sökmönstret på jourcentralen och då också förskrivningen.

Material och metod

Data från perioden 090701-110630 samlades in. Programmet Apotekens Service AB Consice användes för att hitta uthämtade recept av patienter listade på Trossö vårdcentral, utskrivna av läkare på Trossö vårdcentral eller jourcentralen. Alla åldrar, diagnoser och antibiotika var med.

Data samlades även in från fem andra landstingsdrivna vårdcentraler i kommunen. E-post skickades till verksamhetschefer för att få reda på om de gjort några förändringar under nämnda period. Ytterligare en vårdcentral öppnade drop in-mottagning (vårdcentral A).

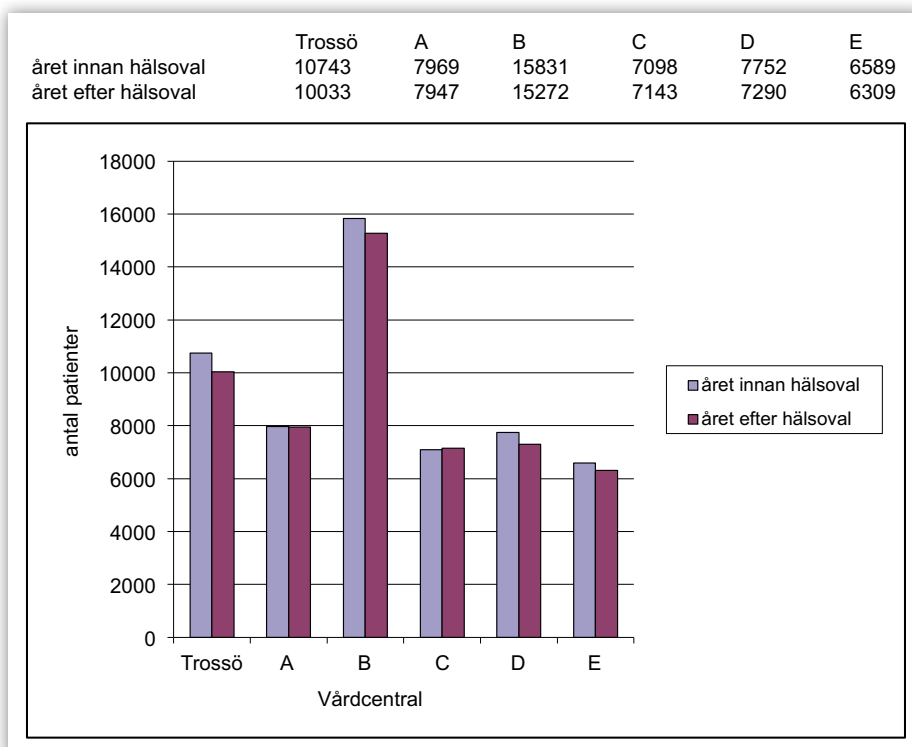
Data presenteras i antal recept per 1000 listade patienter eftersom vårdcentralerna är olika stora.

Resultat

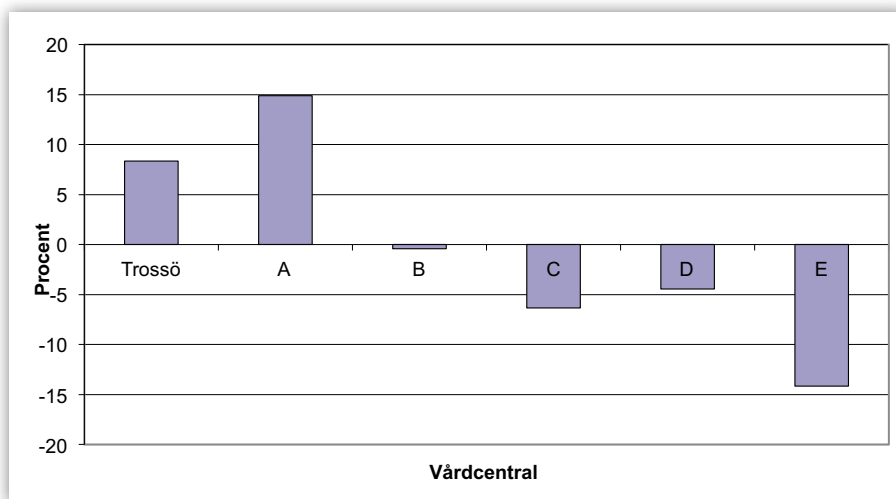
Antalet listade patienter på de olika vårdcentralerna (beteckningar A-E) låg tämligen stabilt. Se figur 1.

Året före drop in gjordes 851 läkarbesök till jourcentralen från Trossö vårdcentral och året därpå 718. Det är en minskning med 15,6 % och antalet uthämtade antibiotikarecept skrivna härifrån minskade med ungefär samma omfattning från 289 stycken per 1000 listade patienter till 233, 19,3%.

Två vårdcentraler hade en tendens till ökning av recept medan de andra låg sta-



Figur 1. Antal listade invånare per vårdcentral.



Figur 2. Procentuell förändring av antalet antibiotikarecept före och efter hälsoval.

bilt eller hade en tendens till minskning. Ökad tendens hade Trossö vårdcentral och vårdcentral A. Ökningen hos Trossö blev 8,4 % och vårdcentral A 14,9 %, se figur 2. Skillnaderna mellan åren var inte signifikant för någon av vårdcentralerna med $p < 0,05$ som gräns.

Eftersom både vårdcentral A och Trossö öppnade en drop in-mottagning har beräkning gjorts på deras sammanlagda siffror. Skillnaden mellan åren är inte heller då signifikant, $p = 0,11$.

Trossö vårdcentral hade nästan lika många läkarbesök året före drop in-mottagning som året efter, 14 357 respektive 14 105. Om besöken var akuta eller plane-

rade går inte att utläsa av journalsystemet.

Diskussion

Det huvudsakliga fyndet, om än ej statistiskt säkerställt, är en liten ökning av antibiotikaförskrivning på Trossö vårdcentral. Att den andra vårdcentralen som också öppnade drop in har samma ökningstendens talar för att det kan finnas en reell ökad förskrivning.

En drop in-mottagning är behäftad med snabba medicinska bedömningar och många patienter. Då kan det vara lättare att skriva ut recept än att avstå. I en isländsk studie [6], där man intervjuade allmänläkare om varför de skrev ut antibiotika utanför riktlinjerna, angavs tidsbrist som en av de främsta anledningarna.

Antalet besök kan påverkas av att både Trossö vårdcentral och vårdcentral A har det första mötet ansikte mot ansikte istället för i telefonen. Det kan vara svårare för sjuksköterskan att neka läkarbesök när patienten befinner sig på vårdcentralen än om kontakten sker via telefon.

Å andra sidan kan ökningen bero på slumpen utan någon skillnad mellan tidsperioderna.

Ett faktum som talar för att drop in-mottagning orsakar fler antibiotikarecept är att Strama under 2010 ändrade sina riktlinjer för akut mediaotit och startade lokala arbetsgrupper. Det borde medföra att färre patienter än tidigare behandlas med penicillin.

Ett anmärkningsvärt fynd är att det är lika många läkarbesök under de två

perioderna, cirka 14 000. Kan planerade besök ha ersatts med drop in-besök? Det är en misstanke som inte kan bekräftas med dessa data.

Svagheten i studien är att Trossö vårdcentral ligger i stadskärnan och de andra vårdcentralerna i ytterområden. Kanske är inte populationerna jämförbara. Styrkan med studien är att populationen är stabil och homogen hos de sex vårdcentralerna. Bemanningen har också varit relativt stabil under studerad tidsperiod.

Det vore av intresse att upprepa undersökningen för att se hur antibiotikaförskrivningen utvecklas.

Referenser

1. Hellstern RA. The Impact of ambulatory care centers on emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* 1987; 5: 103-117
2. Hutchison B. The place of walk-in clinics in healthcare systems. *BMJ* 2000; 321: 909-910
3. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of international literature. *British Journal of General Practice* 2003; 53: 53-59
4. Salisbury C et al. Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study. *British Journal of General Practice* 2002; 52: 554-560
5. Grant C, Nicholas R, Moore L, Salisbury C. An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct using standardised patients. *BMJ* 2002; 324: 1556-1561
6. Petursson P. GP's reasons for "non-farmalogical" prescribing of antibiotics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2005;23:120-125



Caroline Beijar

ST-läkare

Trossö vårdcentral Karlskrona
caroline.beijar@ltblekinge.se

Handledare:

Rut Öien

Sårcentrum Karlskrona

De första drop in-mottagningarna öppnade i USA under tidigt 70-tal [1] och i Kanada under 80-talet [2]. Senare kom de till Europa och Storbritannien [3]. Man har utvärderat drop in-mottagningar med avseende på väntetid, patientnöjdhet, behandling, remisser och tillgänglighet. Resultaten visar att patienterna är nöjda med vården och tillgängligheten. I ovanstående länder drivs drop in-mottagningar av sjuksköterskor och resultaten är därför svåra att jämföra med våra förhållanden [3,4,5]. Studier där man tittar på antibiotikaförskrivning saknas.

Osteoporosmodell från Storbritannien

– något för svensk primärvård?



Projektgruppen utanför Bridge Medical Centre i Crawley, den enda primärvårdsbaserade Fracture Liaison Service (FLS) i Storbritannien. Från vänster: Päivi Piispanen, CeFAM, Eva Toth-Pahl, CeFAM, Per Stenström, Medrave, Helena Salminen, CeFAM, Anette Jansson, Heart, Anne Claesson, CeFAM.

Foto: Anette Jansson

jarder kronor [1]. Sverige har den högsta incidensen av benskörhetsfrakturer i världen [2]. Trots nya behandlingsriktlinjer, effektiva behandlingsmetoder och omfattande vetenskaplig dokumentation drabbas alltför många patienter i onödan av höftfrakturer och andra senare uttryck för osteoporos. Hälften av dem som får en höftfraktur har haft en tidigare benskörhetsfraktur [3]. Senaste Öppna jämförelser [4] visar att endast 14,3 % av kvinnor som drabbats av en lågenergifraktur erhåller läkemedelsbehandling, trots att det är högt prioriterat enligt Socialstyrelsens riktlinjer [5]. Sannolikt borde 60-70 % av patienter som drabbats av en benskörhetsfraktur behandlas.

Fracture Liaison Service (FLS) – en modell från Storbritannien

Sedan 1997 har man vid Glasgow University Teaching Hospitals i Skottland arbetat för att bättre ta hand om patienter som drabbats av en lågenergifraktur och därmed har ökad risk att senare drabbas av en höftledsfraktur. Genom att etablera Fracture Liaison Service (FLS) har de lyckats säkerställa att 95 % av dessa patienter erbjuds läkemedelsbehandling, jämfört med endast 25 % av patienterna vid andra kliniker [6].

Utformningen av FLS ser något olika ut beroende på geografiska förutsättningar.

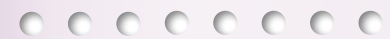
Fracture Liaison Services, frakturkedjemedell för omhändertagande av benskörhetsfrakturer, visar att vi kan effektivisera arbetet med osteoporospatienter med enkla medel och modeller som vi känner igen från arbetet med diabetes och astma/KOL. Det finns stora vinster både för sjukvården och för de patienter som drabbas. I det primärvårdsbaserade projektet i Crawley i södra England fick man 34 % färre höftfrakturer på bara tre år.

Inom ramen för ett projekt finansierat av Vinnova, Sveriges statliga innovationsmyndighet, har en grupp

från CeFAM (Centrum för Allmänmedicin i Stockholms län), Medrave Software och Heart Communication gjort ett studiebesök i Storbritannien för att studera hur man arbetar för att förbättra omhändertagandet av patienter med manifest osteoporos.

Osteoporos – vanligt bland primärvårdens patienter

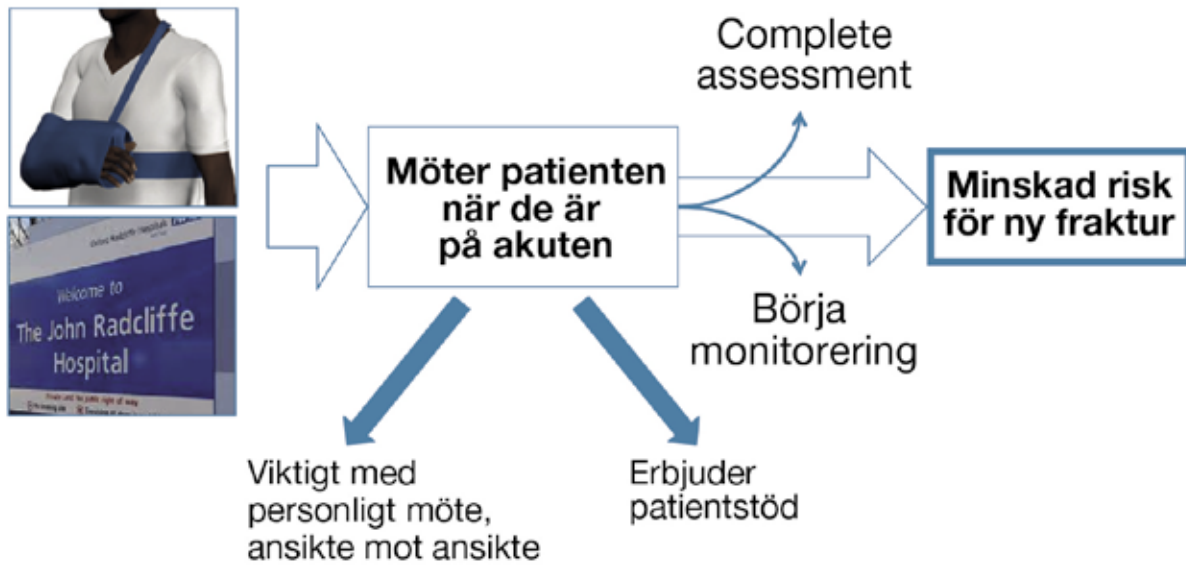
Osteoporos (benskörhet) är en stor folksjukdom med omfattande underdiagnostik och underbehandling. Dess konsekvenser, främst i form av frakturer, kostade år 2006 samhället runt 4,6 mil-



Huvudförfattare och kontaktperson:
Helena Salminen, specialist i allmänmedicin, lektor i allmänmedicin, enhetschef grundutbildningen CeFAM/SLL, Biträdande sektionschef sektionen för allmänmedicin, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet; helena.salminen@ki.se

Medförfattare: Anette Jansson, pedagog, projektledare på Heart Communication; anette.jansson@heart.se

Identifiera patienter – sjukhusbaserad FLS



Flöde för att fånga upp patienter med lågenergifrakturer i samband med sjukhusvistelse. Exemplet hämtat från Oxfords Universitetssjukhus med tillstånd från dr Kassim Javaid och dr Sally Hope.

Det brittiska osteoporossällskapet har samlat dokument, publikationer, kostnadsberäkningar och andra resurser på sin hemsida för att stötta fler att starta liknande mottagningar [7]. Regelbundet genomförs nationella audits om osteoporos, liknande våra Öppna jämförelser. Senaste rapporten från Skottland visar att 66 % av sjukhusen nu erbjuder en FLS-mottagning och att cirka 78 % av patienterna rutinmässigt erbjuds ett strukturerat omhändertagande efter en första lågenergifraktur [8].

Vi har besökt två verksamheter för att få bättre förståelse för hur de har byggt upp sina modeller, hur de lyckats att finansiera dem och vilka framgångsfaktorer respektive hinder de har stött på. Vid Oxford University Hospital utgår man från slutenvården där sjuksköterskor söker upp de patienter som drabbats av lågenergifraktur. I Crawley utgår verksamheten istället från primärvården, framför allt för att kunna fånga även de patienter som drabbas av kotkompressioner, som inte alltid självklart hamnar på akutmottagningen.

"A perfect example of protocol driven medicine"

Vid Oxford University Hospital träffade vi dr Sally Hope, allmänläkare, och dr Kassim Javaid, reumatolog, båda verksam i Oxfordshire med ca 600 000

invånare. Deras FLS-modell ligger i avslutning till sjukhuset och bemannas av fyra heltidsanställda sjuksköterskor med stöd av Dr Hope och Dr Javaid. Dr Javaid ansåg att osteoporos är "ett perfekt exempel på protokollstyrd medicin", och att endast de få svårare fallen behöver anpassning av behandling och mer omfattande omhändertagande. Han menade att det finns läkemedelsalternativ som passar de flesta, vilket innebär att målen för hur många som bör få benspecifik behandling ska ställas högt. (Bild ovan)

Utgångspunkten är att alla patienter med lågenergifrakturer kommer till sjukhus i det akuta skedet, och därför är det där en mottagning för att strukturerat utreda och följa upp osteoporos bör finnas. Mycket av arbetet sker med hjälp av listor från de olika mottagningar där patienter kan finnas. Sjuksköterskorna går igenom listor på frakturer från de olika avdelningarna, framför allt från radiologen, för att identifiera klassiska lågenergifrakturer. De besöker de ineliggande patienterna, och när dessa är utskrivna skickar de behandlingsråd till patienterna och rekommendationer på förskrivning av läkemedel till primärvården. De skickar ut enkäter och information till patienterna för att säkerställa att de fortsätter sin behandling, och vid behov tar de telefonkontakt för att diskutera alternativ till behandling. Genom att följa upp pa-

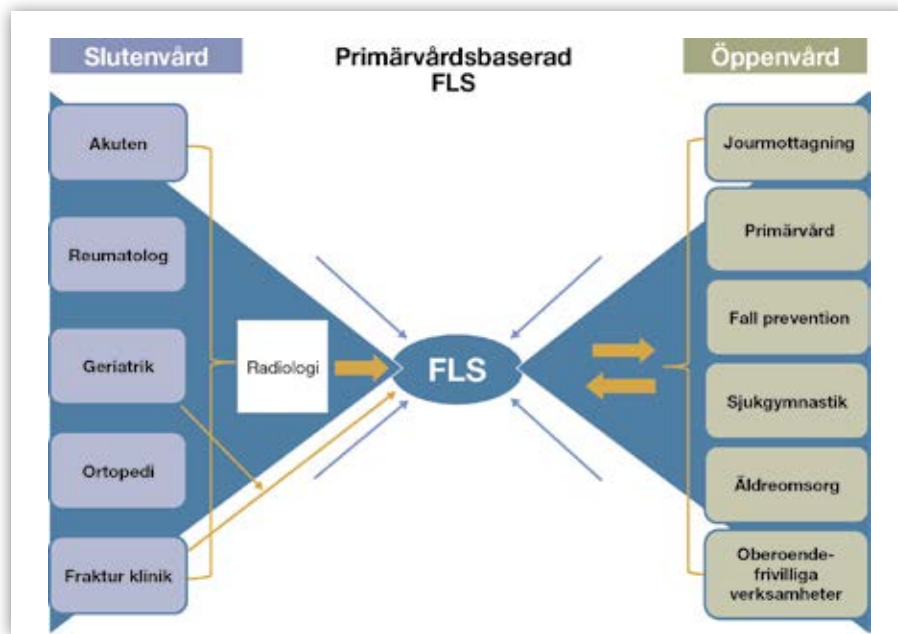
tienterna efter tre respektive tolv månader har de sett en ökning av följsamheten till behandlingen.

Det senaste är ett datorstöd för att effektivisera identifieringen av patienterna och förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på omhändertagandet. Mjukvaran, ELFIN, liknar ett kvalitetsregister, men avses att användas dagligen för att förstärka förbättringsarbetet och systematisera rutinerna så att färre patienter faller mellan stolarna. Den förväntas kunna tas i bruk under 2014.

Primärvårdsbaserad FLS

Av störst intresse för svensk sjukvård är kanske FLS i regionen Crawley i West Sussex, det enda exemplet på primärvårdsbaserad FLS i Storbritannien. Crawleys upptagningsområde med 320 000 invånare motsvarar ett normalstort svenskt landsting. Där finns flera primärvårds-mottagningar, ett sjukhus, äldreomsorg med mera, som i stort liknar de svenska förutsättningarna. Dr Alun Cooper och specialistsjuksköterskan Mary Elliott har under snart fem års tid arbetat för att etablera en primärvårdsbaserad FLS. Dr Cooper lägger ungefär 20 % av sin tid på att stötta Mary Elliott och sina allmänläkarkollegor på de andra vårdcentralerna.

De anser att det finns större möjligheter för primärvården att fånga framför allt kotkompressioner tidigt och att dessa



FLS baserad på primärvårdens roll i relation till andra funktioner. Med tillstånd från Mary Elliot, specialistsjuksköterska i Crawley.

patienter bäst tas omhand i primärvården, både för patientens skull och ur ett ekonomiskt perspektiv. De utgår liksom i Oxford från listor från röntgenkliniken för att hitta alla lågenergifrakturer. För patienterna innebär det att deras huvudkontakt, allmänläkaren, är den som behåller det övergripande ansvaret, och de behöver inte gå till flera olika instanser för att få behandling för sin osteoporos.

I Crawley finns lång erfarenhet från sjuksköterskemottagningar för bl.a. diabetes och astma/KOL, vilket gav Dr Cooper trygghet att det skulle gå att genomföra även för patienter med osteoporos. (Bild 3)

Grundtanken är att avlasta läkarna i upptagningsområdet genom att säkerställa att alla undersökningar är gjorda, att uppföljningar planeras och att monitorering av följsamhet sker via FLS. Man erbjuder allmänläkarna i området fortbildning och verksamhetsnära uppföljning av mottagningarnas egna resultat.

Dr Cooper och Mary Elliott fick 2013 utmärkelsen "Best Practice Rheumatology Awards", då de visat att de under en treårsperiod lyckats minska kostnader för enbart höftledsfrakturer med nästan 2,5 miljoner kronor – och då har de räknat med de extra kostnader som FLS kostar. Inom Crawleys upptagningsområde har de dokumenterat 34 % färre höftledsfrakturer under de tre åren [9].

Inspiration för svensk primärvård

Strukturen för FLS i Storbritannien är inspirerande och skulle lätt kunna passa in i den svenska primärvården där det finns gott om erfarenhet av sjuksköterskeledda mottagningar.

De eldsjälur vi träffade visade stort engagemang och passion för patienter med osteoporos. Det känner vi igen som en nyckelframgångsfaktor för att starta till exempel diabetesmottagningar. De människor vi träffade under vår studieresa jämförde första frakturen med en hjärt-kärlhändelse och sekundärpreventionen som lika viktig som sekundärprevention efter en hjärtinfarkt. Väl utarbetade protokoll och riktlinjer finns för den hjärt-kärlsjuke patienten, och i Storbritannien är deras mål att det ska se likadant ut för lågenergifrakturer och patienter med osteoporos.

En utmaning är hur vi i Sverige kan få tillgång till radiologens listor på liknande sätt som demonstrerades både i Oxford och Crawley. Vi möter PUL-problematik och ägandeskap över journaldata. En lösning kan vara en rutin med informerat samtycke i samband med röntgenundersökning.

Slutligen såg vi på plats och i våra bakgrundsundersökningar hur långt sjukvården kan komma i att identifiera patienter i behov av vård och behandling med bra IT-stöd. Genom att samla

uppgifter om dessa patienter och se vilka som har behandling, hur många som genomfört utredning med DXA och fånga frakturerna över tid, så som i Crawley, blir framstegen så mycket tydligare och skapar värde för det arbete som mottagningen lägger ner.

Vi hoppas att vårt projekt kommer att ge oss ledtrådar till hur vi kan förbättra omhändertagandet av dessa patienter genom verksamhetsnära förbättringsarbete, med utgångspunkt taget i vardagsarbetet med våra patienter. Studiebesöket i England var en viktig inspirationskälla till detta.

Referenser:

1. F. Borgström, Läkartidningen Nr 40, 2006, Volym 103
2. C. Cooper & J. Stenmark & E. V. McCloskey & B. Jönsson & J. A. Kanis Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden Arch Osteoporos (2013) 8:136
3. GallaMcLellan aR, et al. NHS Quality Improvement Scotland. Effectiveness of Strategies for the Secondary Prevention of Osteoporotic Fractures in Scotland. 2004; Edwards BJ, et al. Prior fractures are common in patients with subsequent hip fractures. Clinical Orthopaedics and Related Research. 2007;461:226-30.
4. Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. SKL 2013
5. Socialstyrelsens riktlinjer: Rörseleorganen 2012
6. McLellan aR, Reid DM, Forbes k et al. NHS Quality Improvement Scotland. Effectiveness of Strategies for the Secondary Prevention of Osteoporotic Fractures in Scotland.
7. <http://www.nos.org.uk/page.aspx?pid=986>
8. Up and about or falling short? National Falls programme, March 2012; <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00393638.pdf>
9. http://www.rheumatology.org.uk/publications/best_practice/crawley_primary_care_centre.aspx



Helena Salminen
& Anette Jansson

Lektor
Sektionen för allmänmedicin, Karolinska
Institutet
helena.salminen@ki.se

Annons

Varför bli chef när man är utbildad för klinisk verksamhet?

Introduktion

Högkvalitativ sjukvård kräver ett kompetent medicinskt ledarskap [1]. Antalet läkare som engagerar sig i chefskap i vården och specifikt den offentliga primärvården har stadigt minskat [2, 3]. Att det finns en blandad kompetens bland hälso- och sjukvårdens chefer är av godo för vårdens framtida utveckling, och personer med goda chefs- och ledaregenskaper går att finna inom alla yrkeskategorier.

Läkare kan med sin medicinska kunskapsbas ha särskilda goda förutsättningar att leda sjukvården [4] med alla dess krav på tillgänglighet, produktivitet och kvalitet. Det finns också studier som pekar på vikten av läkare på ledande positioner för att patienten ska få vård av hög kvalitet [5, 6].

Genom att förstå varför man väljer ett chefskap som kliniskt aktiv (läkare, sjuksköterska eller annan kliniskt aktiv yrkesgrupp) och söka faktorer som gör att man relativt tidigt väljer att intressera sig för ledarskap kan man också framledas lättare identifiera individer som är

intresserade av chefskap. Därigenom kan man förbättra förutsättningarna för läkare men även för övrig kliniskt verksam personal att välja ett chefsuppdrag och säkra kompetensförsörjningen.

Huvudfrågeställningarna var:

- Varför väljer kliniskt yrkesverksamma individer ett chefskap i den offentliga vården?
- När påbörjades deras första kontakt med ledarskap (t ex ledarskapsutbildning, fackligt uppdrag eller andra uppdrag)?
- Vad tror redan verksamma chefer kan få fler individer i det egna yrket att söka chefsuppdrag?
- Finns det något som skiljer gruppen läkare som är chefer från övriga chefer vad gäller ovanstående frågor?

Metod

Samtliga 104 offentligt anställda vårdcentralschefer inom primärvården/Närhälsan i Västra Götalandsregionen fick en enkät med frågor angående studiens



Antalet läkare som engagerar sig i chefskap i vården och särskilt den offentliga primärvården har stadigt minskat. Det blev grunden för Henrietta Arwins ST-uppsats som handlar om motivet till chefskap när man är utbildad för klinisk verksamhet.

Handledare var Robert Eggertsen, verksamhetschef för Närhälsan Mölnlycke vårdcentral och professor vid institutionen för medicin/allmänmedicin, Göteborgs universitet robert.eggertsen@vgregion.se.

frågeställningar. Svaren kategoriserades utifrån kön, ålder, de svarandes yrkesbakgrund m.m. Gruppen läkare som var chefer jämfördes med övriga chefer. Datamaterialet var inte normalfördelat varför en icke-parametrisk statistisk metod, chi-två-test, användes för jämförelse mellan grupperna [8].

Resultat

Enkäten besvarades av 90 chefer vilket motsvarar en svarsfrekvens på 86,5 %. Av dessa var 57 sjuksköterskor, 25 läkare (24 specialister i allmänmedicin, och en ST-läkare inom allmänmedicin), 3 sjukgymnaster, 1 psykolog, och 4 med andra yrken i botten. Fortsättningsvis jämförs gruppen läkare med gruppen "samtliga yrkeskategorier utom läkare".

En majoritet av cheferna var 51-65 år, endast ett fåtal var yngre än 40 eller äldre än 65 år. Bland läkarna var 11 kvinnor och 14 män, bland övriga 61 kvinnor och 4 män. Största gruppen var kvinnliga sjuksköterskor som arbetade 45-50 timmar per vecka och hade ingen eller nästan ingen klinisk verksamhet kvar. Även läkarna arbetade 45-50 timmar per vecka men med minst 50 % klinisk verksamhet samtidigt. Se diagram 1.

Önskan att vara chef bottnade enligt studien främst i att arbeta för att skapa en

Hur mycket arbetar du kliniskt i procent av din totala arbetstid?

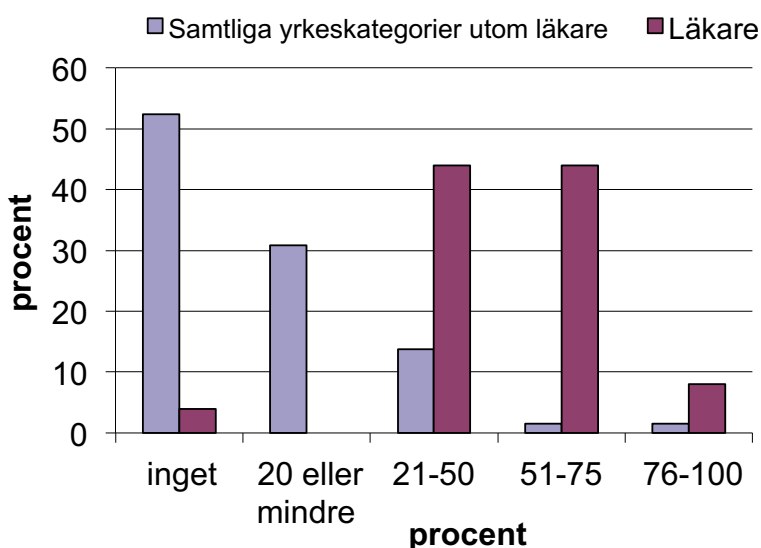


Diagram 1

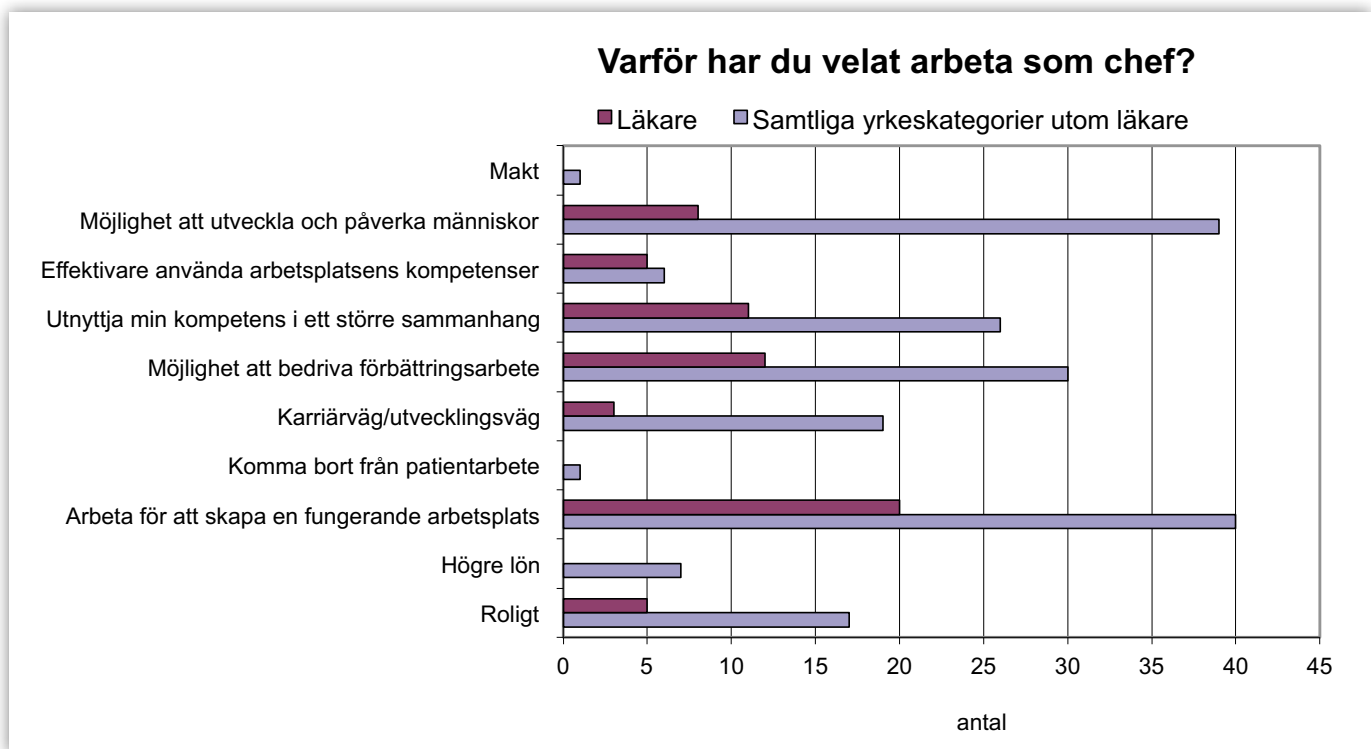


Diagram 2

fungerande arbetsplats, möjligheten att utveckla och påverka människor, att bedriva förbättringsarbete och att utnyttja sin kompetens i ett större sammanhang. Se diagram 2.

Chefstjänsten var ofta den första kontakten med ledarskap, och cheferna hade ofta blivit uppmanade att söka en tjänst. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande när de påbörjade ledarskapsuppdrag, ledarskapsutbildning eller facklig verksamhet första gången inom sin profession. Kontakten med ledarskap påbörjades efter 2-5 år som yrkesverksam inom sin profession av 37,8 % medan 27,8 % väntade i 10-19 år. Tendensen var att läkare generellt påbörjade och tog plats inom ledarskap tidigare i sin karriär, dock inte sagt i yngre ålder då ju läkarutbildningen är mycket lång jämfört med övriga kategorier.

Om sjukvårdsorganisationen hade uppfattat dem som kompetenta, om ledarskapsintresset väckts tidigare och om de inte hade haft familj skulle de ha börjat arbeta som chef ännu tidigare, uppgav de svarande. För att få fler individer att söka ett chefsuppdrag menade de att man måste få större möjlighet att påverka verksamheten än idag och möjlighet att arbeta heltid som chef utan samtidig klinisk verksamhet, det vill säga att chefsuppdraget får

ta mer tid. Men de fanns även svarande som önskade möjlighet att kombinera chefskap och klinisk tjänst, det vill säga en ökad flexibilitet kring dessa frågor.

I gruppen övriga yrkeskategorier utom läkare ansåg man till viss del högre lön ha betydelse för att få fler individer att söka ledarskapsuppdrag. Även möjlighet till ledarskapsutbildning före eller under första chefstjänst har betydelse. Det största hindret för att utföra arbetet tillfredsställande som chef är enligt de svarande tiden, som sällan räcker till. Andra hinder är bristande stöd från organisationen, bristande påverkansmöjligheter och bristande stöd från närmsta chef. (Diagram 3 på nästa sida).

Diskussion

Det tycks vara så att chefer som är läkare i grundprofessionen arbetar kliniskt en avsevärd del av tiden och betydligt mer än övriga yrkeskategorier. Den kunskap om verksamheten som man får i klinisk verksamhet borde vara en fördel som verksamhetschef. Frågan är om det finns olika förväntningar på läkare som är chefer och andra chefer? Är möjligheterna att återvända till kliniskt arbete efter några år så begränsade att läkare som är chefer tvingas arbeta kliniskt för att "ha en väg ut"? Inom ramen för denna studie har

inte undersökts närmare vad läkarchefer respektive övriga chefer har för stödfunktioner runt omkring sig och om det skiljer sig åt mellan grupperna och har betydelse för svaren på frågan.

Underlaget i studien är litet, vilket gjorde det svårt att få fram signifikanta skillnader mellan grupperna. Ofta var det på grund av det låga antalet i respektive svarsalternativ inte möjligt att beräkna signifikans. Avsaknaden av signifikans kan självklart också bero på att vårdcentralchefer inom offentlig primärvård är relativt lika varandra och att grundprofessionen är av underordnad betydelse när man väl blivit chef. Studien kan vara ett underlag för att fortsätta diskussionen kring hur fler kliniskt utbildade ska kunna och vilja ta steget till chefskap.

Sammanfattningsvis gav studien en fingervisning om vad sjukvårdsorganisationen, och här i första hand den offentliga primärvården, kan arbeta vidare med för att säkra kompetensförsörjningen inom ledarskap. Man skulle sannolikt vinna på att mer systematiskt fånga upp ledarskapsintresserade individer tidigare. Tydligt är att organisationen inte har tillräckliga funktioner för att väcka intresse för ledarskap, få fram intresserade individer och ta vara på de kunskaper de redan besitter.

Vad hade fått dig att börja arbeta som chef ännu tidigare än du gjorde?

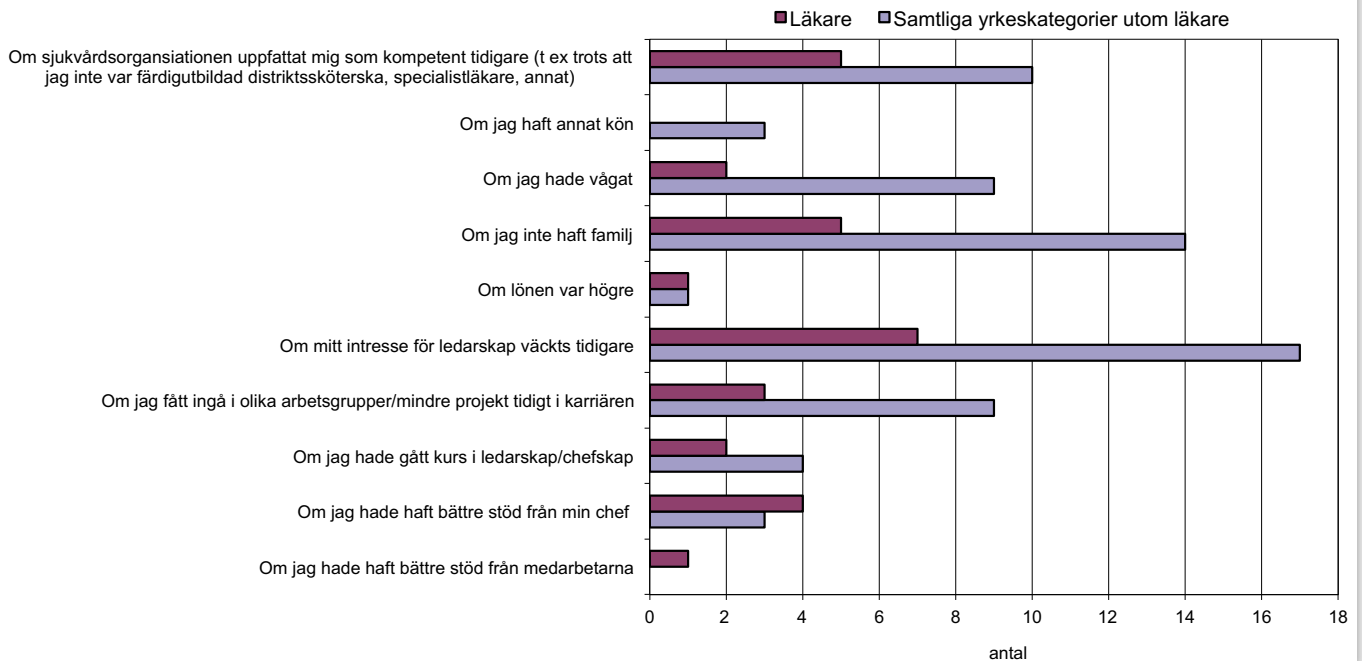


Diagram 3

Att familjebildning påverkar valet att gå in i ett chefskap är också tydligt. Vidare skulle verksamheten gynnas av en ökad flexibilitet kring ledarskapet. På detta sätt ökas förutsättningarna för yngre individer att ta på sig chefsuppdrag.

Dessutom behövs sannolikt mer stödfunktioner i form av mänskliga resurser kring chefen och ändrade värderingar och förväntningar för att uppdraget ska bli rimligt till tid och omfattning, i synnerhet hos läkare som ofta arbetar kliniskt samtidigt med sitt chefskap.

Referenser

- Warren O, Carnall R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J*. 2011;87:27-32.
- Bejerot E, Aronsson G, Hasselblad H, Bejerot S. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. *Läkartidningen*. 2011;108(50):2653-2656.
- Allt färre läkare lockas av att arbeta som chefer. *Dagens medicin*. 2004 2 november:1. [Webbsida läst 2013-12-02].
- Sveriges läkarförbund. Läkare behövs som chefer, Sveriges läkarförbund om chef- och medarbetarskap i vården. [Webbsida läst 2013-12-02].

Tillgänglig: http://www.slff.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/PDFer/Vi%20tycker/webbversion_lakare_chef.pdf.

- Chantler C. The rule and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet*. 1999;353:1178-1181.
- Goodall A. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Social science & medicine*. 2011;73:535-539.
- Gunnarsson R. Kunskapsansats- kvalitativt eller kvantitativt perspektiv? 2007 5 januari:1. [Webbsida läst 2014-01-07].

Tillgänglig: <http://infovoice.se/fou/bok/10000002.shtml>

- Gellerstedt M. *Medicinsk statistik*. Malmö: Merck Sharp & Dome; 2004:107-113.



Henrietta Arwin

ST-läkare allmänmedicin
Närhälsan Lerums vårdcentral
Avslutad ledarskaps-ST, VGR
henrietta.arwin@vgregion.se

Ska SFAM gratulera?

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

Prioriteringar i praktiken

Varför ska primärvården/allmänläkaren prioriteras? Vad gör vi för nytta – för patienten och för vårdkedjan? Är vi bara en allmän "städgumma" som rycker ut när någon skriker högt – eller har vi en seriös funktion? Vad är bra allmänmedicin? Vi har inte fått politiken att satsa på allmänläkaren – annat än i verbala termer. Vi måste ta hand om de akut sjuka för att ge utrymme för de svårast sjuka.

Sitter på ännu en kvällsjour. Flera sköterskor, en stor lokal och en doktor som flera timmar hanterar banala förkylningar och små stickor i fingrar. "Jag är en hönsamma" som modern till det förkylda barnet sa, där 1177 sagt att hon skulle söka om "flickan blir sämre".

På vår dagjour skyfflar vi patienter. Diskontinuitet satt i system, när det gäller njursten, ÖLI/pneumoni, stukningar, prickar och allmän oro. Ibland (ofta!?) blir vi själva oroade och skriver remisser och tar prover som inte ger något annat än "lugnande besked". Provtagningarna har tiofaldigats de senaste åren. Vi skjuter från höften – liksom sköterskorna som bokar in "för säkerhets skull".

"Akuta" behov

Vår hälsocentral har mer än 3 000 "akuta" besök om året (15 besök x 5 dagar x 52 veckor) – dvs. besök som patienten vill ha, som vi inte kan "mota" och som måste få tid samma dag. Alla har rätt att söka läkare och få en bedömning inom sju dagar, inom 24 timmar. Trots dessa regler får akutmottagningen på sjukhuset "onödiga besök" som de vill hänvisa till respektive hälsocentral – "i morgon bitti", där patienten inte får tid, fastnar i telefon eller blir återhänvisade till jourcentralen eller akutmottagningen.

Vi läkare tar även emot ett stort antal "halvakuta" besök, dvs. besök som patienten efterfrågar och som vi själva eller sköterskan bokar in de närmaste dagarna eller veckorna. Akuta, halvakuta, "röda tider", gula eller gröna. Rutinerna skiftar, men för patienten gäller att komma fram och få en tid till doktorn. Går inte det så åker patienten "till akuten" med garanti att hanteras inom fyra timmar.

Politiken inrättar akutmottagningar för att patienterna inte vill "vänta" på sin hälsocentral – de måste få söka läkarvård. Allt fler besök – till en allt högre kostnad. Akuta småsaker och diffus patientoro stjälar allt mer resurser, tar allt mer tid. Allt fler av oss får arbeta kvällsjour, på akuten och på OB-tid i stället för att ta hand om våra egna patienter på dagtid. Sjukvårdens resurser satsas på små akuta problem – vart tog prioriteringsutredningen vägen?

Vad gör vi allmänläkare?

Vårdcentralen och primärvården – och allmänläkaren – ska, enligt tradition och samstämmiga måldokument, stå för första linjens sjukvård. Uppdraget att "triagera" dem som söker är viktigt och svårt, inte minst på den primära nivån där det ofta handlar om oklara symtom som kan vara allvarliga men sällan är det. 1177 finns och försöker, mottagningsköterskor finns,

men besöken ökar. Att klara primärt omhändertagande på ett säkert och effektivt sätt kräver en tydlig medicinsk kompetens.

På en normalstor hälsocentral med 3 000 "akuta" besök om året måste varje läkare ha cirka fyra lediga ("akuta") tider varje dag. När någon läkare är borta måste kvarvarande *varje dag* ha *dubbelt* antal lediga tider, och, om fler är borta, *tre gånger* så många akuta/bokbara tider. Efterfrågan är hög – 1177 har knappast minskat denna.

Om vi *inte* tar emot dessa småsaker, om vi "motar", om vi krånglar till det, blir patienten irriterad på "primärvården". De söker på akuten vilket krånglar till och fördyrar vården. Den "prioritering av de svårast sjuka" som vi ville göra förvandlas till dess motsats. Allt mer resurser läggs på "oprioriterade" patientgrupper – på "hönsammor", som sett en liten blåsa och tror det är svinkoppor, eller på den stukade lilltån som absolut måste till doktorn idag. Det blir en evig rundgång med fler och fler besök producerade till liten nytta.

Tillgänglighet, kontinuitet, kompetens

Den gamla allmänpraktikern – provinsialläkaren och föregångaren till vår specialitet – fanns i samhället för sina patienter som sökte när de behövde. När hälsan sviktade sökte man sin doktor som tog tag i problemen. Tillgängligheten var avgörande. I takt med ökad efterfrågan och färre provinsialläkare brakade systemet samman. Staten lämnade över ansvaret till landstingen att förse befolkningen med en tillgänglig läkare som kunde möta behoven i lokalsamhället.

Våra internationella förebilder i England, Danmark, Norge har sin lista och patienterna väljer sin läkare – en läkare som har tid för sin patient, som är tillgänglig.

När patienten funnit sin läkare att söka vid behov lär läkaren känna sin patient. Det blir i medgång (prevention) och motgång (sjukdomar). Läkaren lär sig patientens sjukhistoria, lär sig hur patienten hanterar kriser, kaos, sjukdomar och oförklarliga kroppsliga fenomen. Läkaren förstår patientens sociala situation och kan leva sig in i patientens hela verklighet. Det ger förutsättningar för empati, att lugna där det behövs, att ta initiativ där det behövs. Det uppstår en personlig relation mellan patient och doktor. Kontinuiteten är önskad och efterfrågad av patienterna. Den är bevisat effektiv ur hälsoekonomisk synvinkel [1].

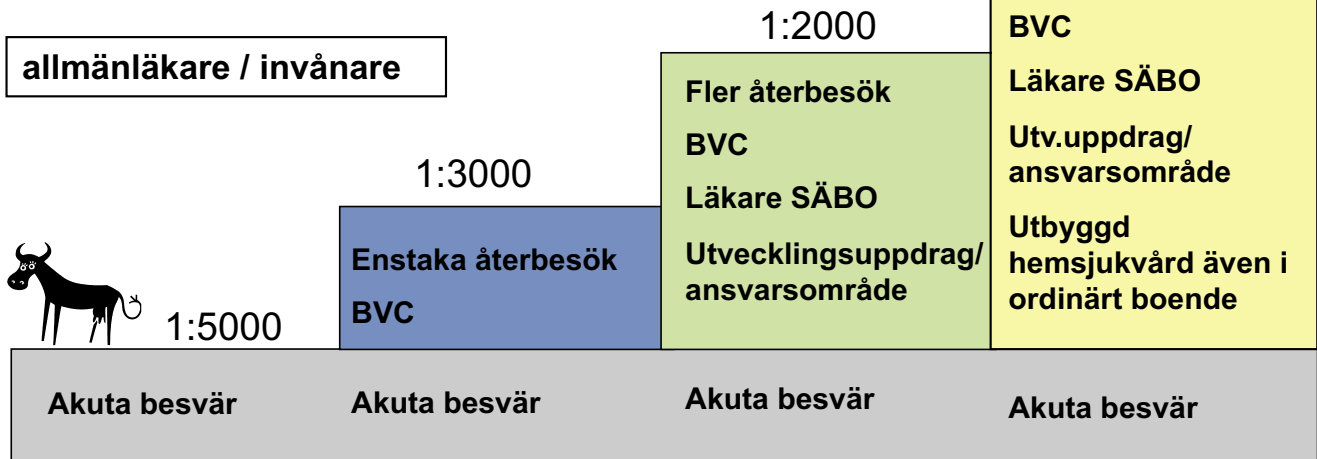
På den gamla tiden räckte det med nio månaders sjukhus-tjänst för att anses kompetent att vara provinsialläkare. Nu är kraven andra. Den svenska målbeskrivningen är betydligt mer omfattande än den internationella. Allmänläkaren måste kunna mer och uppdatera sin kunskap. Det är tryggt för patienten att veta att doktorn är kunnig, någon att lita på. Det är tryggt för sjukhuset att veta att patientens egen läkare har en bred kompetens så att det går att remittera ut svåra och komplicerade fall. Det är tryggt för samhället att veta att allmänläkaren kan ta ett brett ansvar och hitta svåra sjukdomar i det brus av symtom som visar sig på en vårdcentral.

Vårt ansvar

Vi allmänläkare måste, för att bevara vår legitimitet och bidra

Första linjens sjukvård med allmänläkare – kontinuitet är effektivt och resursbesparande!

Möjligheter vid olika bemanningsnivåer



Dr Robert Svartholm efter Maria Randjelovic efter Ulf Måwe efter Bengt Dahlin och Göran Westman. Baserat på internationella studier.

till en resurseffektiv sjukvård, ta ett tydligare ansvar för den akuta vården, vara tillgängliga för vår lista. Med kontinuitet i denna vård kan den effektiviseras och skapa utrymme för "de svårast sjuka". Det är politikens ansvar att dimensionera vården så att detta är möjligt. Vi verkar vilja dölja den primära läkarbristen genom att ta alla kontroller som skulle kunna skötas på sjukhusets specialistmottagningar och överge besök som alstras av patienternas behov – besök som ingen annan yrkeskategori kan sköta effektivt och säkert.

Bilden på "trappan" (min redigerade bild ovan) – 1 läkare på 1 500 patienter – visar detta tydligt. Det primära uppdraget är att ta hand om "akuta" besök. Blir vi tillräckligt många kan vi ta hand om annat också. Det är vi som måste ta ansvar för detta, det är detta som är vårt uppdrag som samhällsanställda

läkare. En väl utbyggd primärvård, byggd på allmänläkarkompetens, är kostnadseffektiv och bidrar till att de svårast sjuka kan få hjälp. Blir vi tillräckligt många kan dessa patienter få hjälp nära hemmet. Om vi duckar från att säga ifrån drabbar det de svårast sjuka.

Den allt mer avancerade medicinska teknologin och kunskapsmassan, tillsammans med hälsoängesten i samhället, ökar efterfrågan på läkarbesök. Patienten kräver tid och har rätt till tidskrävande information. Allt detta gör förstås att "listan" måste göras kortare.

På 50- och 60-talen kunde en provinsialläkare ta hand om 5 000 patienter (Dahlin's trappa, sid. 44). På 70-talet diskuterade man 1 500 (Måwes DLF-trappa i vänsterspalten). Danska och engelska listor handlar om upp mot 2 000 patienter, men i Norge talar man om 1 100 i sin fastlegeorganisation.

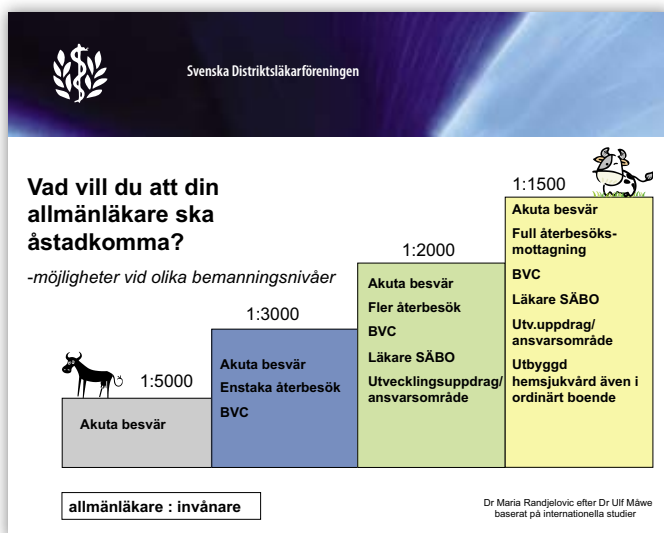
Förhållandena är olika, men alla bygger på stabil service-nivå med akut tillgänglighet. Utan denna bas i sjukvården slösas resurser bort och de allvarligast sjuka får inte utrymme. I Sverige måste allmänläkaren ta detta primära ansvar om vi ska ha en funktion att fylla i vården. Kontrollmedicinen kan organiseras på andra sätt.

Referens

1. Patient-läkarrelationen – Läkekonst på vetenskaplig grund. SBU rapport 144, 1999. ISBN: 91-27-07343-2.



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



Resurstrappor

Försök att räkna ut behovet av allmänläkare har gjorts vid ett flertal tillfällen.

Bengt Dahlin gjorde, som blockchef för primärvården i Södra Älvsborg tillsammans med Göran Westman i Vänäs, den första ”resurstrappan” i mitten av 1970-talet (bild 1) [1]. Målet var en allmänläkare per 2 500 invånare. Detta ansågs som totalt orealistiskt av Läkarförbundet – det skulle inte finnas tillräckligt många intresserade läkare att utbilda.

Bertil Hagström räknade 1984 ut att det behövdes fem läkare för att täcka behoven för 7 300 invånare, dvs. 1 460 invånare per läkartjänst [2].

Ulf Måwe vidareutvecklade Bengts trappa och Maria Randjelovic gav den ny layout. Det är den trappa som Robert Svartholm använder (sid. 43).

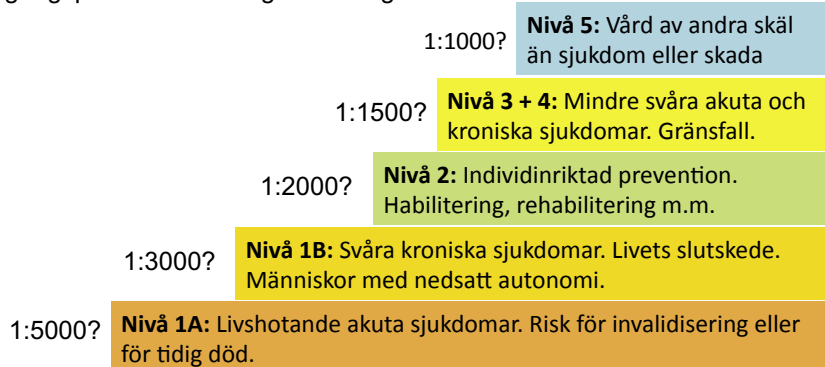
I Torsby, Värmland har man använt ett poängsystem som ger 1 200 invånare per heltidsarbetande läkare med ansvar för BVC, MVC och särskilt boende (pers. medd. Anders Holm).

Idag ska kronikerna prioriteras. Det ger möjligheten att följa prioriteringsutred-

Resurstrappa 2014?

Antal invånare per primärvårdsläkare i förhållande till uppdraget.

Utgångspunkt: Prioriteringsutredningen¹



1. Vårdens svåra val. SOU 1995:5

Ingrid Eckerman april 2014

Bild 2. Resurstrappa enligt Ingrid Eckerman

ningen [3] som bakats in i vår hälso- och sjukvårdslag. Jag ger här ett förslag på ny trappa (bild 2).

Med tanke på att specialister i allmänmedicin inte alla jobbar heltid som primärvårdsläkare är det en självklarhet att

antalet specialister betydligt måste överstiga antalet läkare i primärvården. En ”överutbildning” måste ske kontinuerligt för att bemanna upp såväl primärvården som forskning, chefstjänster, annat kliniskt arbete, administrativa tjänster mm.

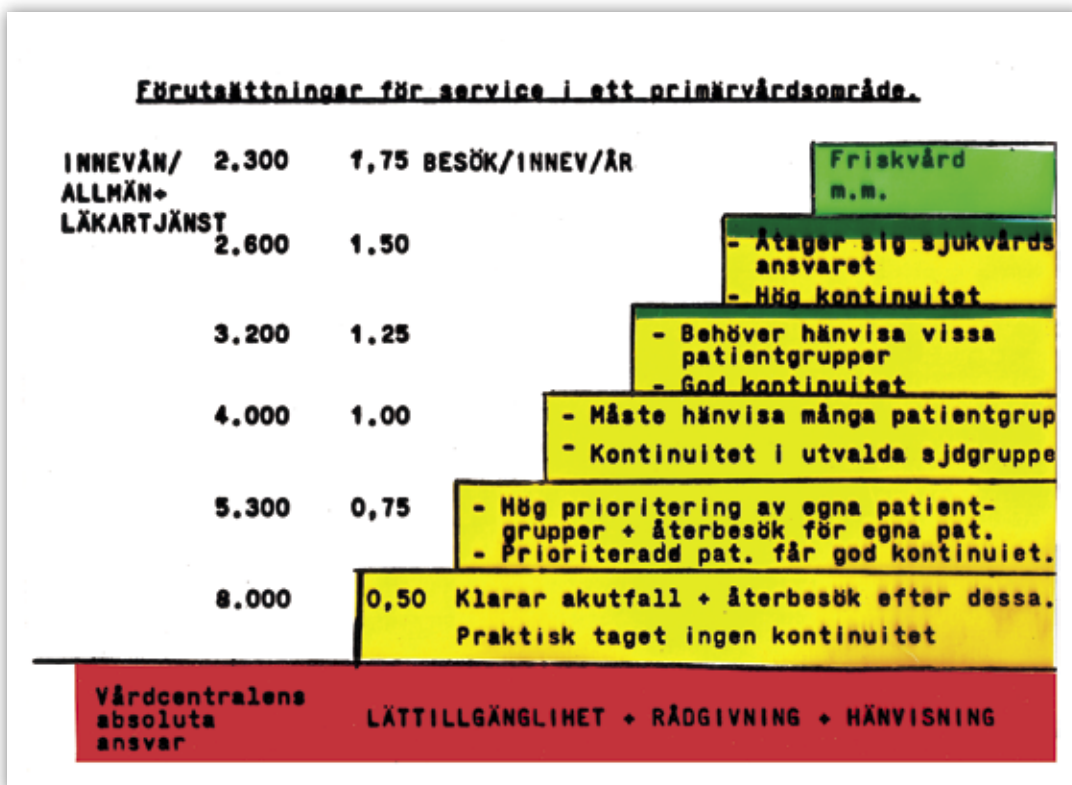


Bild 1: Servicetrappa enligt Bengt Dahlin.

Referenser

1. Bengt Dahlin, Jan Kuuse. Ambitioner, personal och produktion. I: Öppen vård i Mittens Älvsborg då, nu och sedan med fokus på Lerum. Del II Primärvården. 2006. http://bengtdahlin.se/HoSStorbyn2/filer_del2J/ambitioner-produktion.html Hämtat 12.4.2014
2. Teoretisk bemanningsplan för Storviks Hälso-central. Bertil Hagström 29.2.1984.
3. Vårdens svåra val. SOU 1995:5. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124>

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Annons

Biff till äldre, vatten till barn? Individualisera råden!

I går kväll bjöds jag för första gången på länge på en blodig entrecôte och fick höra att då jag nyligen ha fyllt 66 vore det enligt tidningsuppgifter fritt fram för rött kött. Hoppsan! Källan till skrivierna visade sig vara en artikel med Valter D. Longo bland författarna [1]. De slöt sig till att ökat proteinintag är mindre farligt efter 65-årsdagen efter att ha tittat på data från män och kvinnor över 50 års ålder, deltagare i den amerikanska koststudien NHANES III. Dessas kolhydratintag skattades stå för 51 % av totalt kaloriintag (det är inte lite, det).

Deltagarnas proteinintag skattades och indelades i tre grupper (inget sägs om rött kött). För personer under 65 år ålder ökade mortalitet med proteinintag (lite mindre om de åt en högre andel proteiner från växtriket).

Utgångspunkten var att personer med tillväxthormonreceptordefekt (GHRD) må vara överviktiga men i minskad utsträckning drabbas av åldersrelaterade sjukdomar, samt att proteinrestriktion minskar aktiviteten av IGF-1-receptorer och IGF-1 vilket kanske bidrar till att förklara att vissa men inte alla studier visat att kalori-restriktion minskat mor-

talitet. Författarna spekulerar i inverkan av IGF-halt minskande med ålder, och erkänner att det saknas välgjorda longitudinella studier av kostens inverkan på hälsa.

Evidens för kostråd till äldre?

Andra författare har med hänsyn till att njurfunktionen tenderar att försämrats med åldern avrått från högt proteinintag bland äldre. Vissa forskare varnar av olika skäl för rött kött (trots att människor med framgång ätit sådant sedan urtiden) eller för mejeriprodukter (som inte ingick i stenåldersmänniskans diet). Flera rekommendationer om minskat intag av animaliska proteiner har kommit på senare år. Evidens finns för hälso nytta av ökat intag av nötter och baljväxter. Mothugg kommer från de kliniskt verksamma läkare som till äldre ordinerar proteinrik kost: mjölkprodukter såväl som kött- och fiskbaserade kostinlag.

Kliniker brukar anföra att många äldre medborgares matleda, magerhet och minskande muskelmassa är ett problem – inte endast för att livskvalitet minskar, utan för att fysisk aktivitet förhindras och sömnsvårigheter, falltendens, skelettur-

kalkning och frakturrisik ökar. Individer är fräcka nog att skilja sig åt, även i sådana hänseenden. Kostråd för barn anses av barnläkare vara bättre underbyggda än kostråd för vuxna inklusive de äldre. Hur det är med den saken får framtiden utvisa.

Fasta anges av rättsforskare göra nytta. Mekanismer? Enligt en aktuell sammanfattande artikel kan fasta ”reducera oxidativ cell- och vävnadsskada och inflammation, optimera energimetabolism och främja cellulär protektion” [2]. Relevans för åldrande människa är okänd.

”Individer är fräcka nog att skilja sig åt.”

I brist på väl genomförda longitudinella studier på äldre går debatten vidare. Som karnivor vill jag återropa Professor Sir Richard Doll CH OBE FRS för ett inslag av eminentbaserad medicin. Han lär ha sagt att om man någon gång ska ge folkhälsoråd som kan tänkas gå emot vad vi gjort under vår evolution ska de råden vara mycket väl underbyggda.

Skatt på socker?

WHO inbjöd under mars månad alla att kommentera ett utkast till rekommendationer innebärande att kalori procenten socker bör sänkas från 10 (som rekommenderades 2002) till 5 (motsvarande 25 gram/dag för en vuxen med ordinarie BMI) [3].

Sockerindustrin har länge bekämpat sådana förslag. Klart är att industriprodukter blivit sötare över tid, vilket särskilt verkar gälla för vissa som ”fettfattiga” marknadsförda matvaror. Förment nyttiga ”sockerfria” produkter, som t ex frukostflingor, visar sig allt oftare ha begjutits med äppelsaft eller andra ”naturliga sötningsmedel”. Allt oftare hittar man i innehållsförteckningar isomaltos, sorbitol, xylitol – i värsta fall den med



Foto: www.fotoakuten.se



Foto: www.fotoakuten.se

biverkningar orsakade av glykering belastade fruktos-glukossirapen (high fructose corn syrup). Snacksförsäljningen i Sverige har ökat lavinartat, något alla kan se i snabbköp och köplador.

Konsumtionen av läskedrycker, cider mm har trefaldigats sedan 1980 och ligger enligt Jordbruksverket idag kring enorma 90 liter per person och år. Sveriges bryggerier rapporterar en försäljningsuppgång på 28 % av "sportdrycker" och "energisdrycker".

"Konsumtionen av läskedrycker, cider mm har trefaldigats sedan 1980 och ligger enligt Jordbruksverket idag kring enorma 90 liter per person och år."

De senaste två uppgifterna hämtades ur en läsvärd artikel i ett temanummer om barns mat av *Läkartidningen*, nr 11/2014 [4]. Där nämns bl.a. riktlinjer för behandling för kostbehandling av fetma hos barn från BODIS, Barnobesitasdietister i samverkan [5]. Exempel: Vatten respektive mjölk i stället för söta drycker! I artikeln framhävs att konsumtionstendenserna i samhället visar en skrämmande utveckling.

Ann Fernholm, som skrev boken *Ett*

sötare blod (se recension i *AllmänMedicin* 4-2013), utkommer i slutet av september med en ny bok om barn och socker: *Det sötaste vi har* med undertiteln *Om socker och växande kroppar*. Kan något göras nu för att 2080-talets svenska åldringar ska kunna må bättre än 2010-talets?

Norge har haft en sockerskatt sedan 1980-talet, och i Finland har man i fjol bestämt sig för att höja skatten på godis och införa en särskild skatt på läsk [6]. Av drygt 11 000 amerikaner intog drygt 70 % mer än 10 kaloriprocent tillsatt socker i kosten. Kardiovaskulär dödlighet var relaterad till sockerintag [7]. Tänkbar biologisk förklaring: glykering leder bl.a. till kärlinflammation. Många hävdar att även "sockerfria" sötningsmedel, som påverkar hjärnans belöningssystem, borde beskattas. Debatten flammar upp då och då, men i politiken händer kanske inte något före valet?

Många svenskar och svenskor, i alla åldrar, är idag både överviktiga och felnärda. Hälsoeffekter av sådana kombinationer av näringsbrist och överskott behöver belysas. Människor är från födseln inbördes olika och kan förändras över tid (jfr. epigenetik). Mätbara resultat av viss kost skiljer sig åt mellan personer, se t.ex. en fin liten studie [8]. Vi vet nu att skillnaden mellan individer av effekter av lika näringsintagsprofil varierar. Systemepidemiologiska metoder för studium av hälsoeffekter av arv och miljö visar att kostfaktorer modifierar genuttryck, och

att genetiska faktorer påverkar hälsoeffekter av kostinslag [9]. Tillämpad allmänmedicin: Individualisera råden och se vad som fungerar!

Forskning kring leptin och andra aspekter på mättnad är livaktig. Evidensen tilltar för att sockerarter (särskilt fruktos, glukos och sackaros) är obesogena och ger kärl- och organskador bl.a. via glykering. Man kan utifrån vissa studieresultat befara att andra sötningsmedel (t.ex. steviolglykosider, cyklamat, aspartam) genom att öka hungerkänslor bidrar till onödigt högt kaloriintag.

Dame Sally Davies, Chief Medical Officer, UK, sade nyligen att om vi måste införa skatt på socker så gör vi det (10). Anders Borg vill höja alkohol- och tobaksskatter. Införs efter valet en ny syndskatt?

Referenser

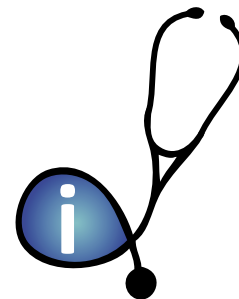
1. Levine ME et al. Low protein intake is associated with a major reduction in IGF-1, cancer, and overall mortality in the 65 and younger but not older population. *Cell Metab* 2014; 19(2):407–417.
2. Longo VD, Mattson MP. Fasting: Molecular mechanisms and clinical applications. *Cell Metab* 2014; 19(2):181–192.
3. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/consultation-sugar-guideline/en/>
4. Eiben G, Märlid S. Hälsoam kost: en viktig faktor i insatserna mot barnfetma. *Läkartidningen* 2014; 111 (11):489–492.
5. Forsell E, Melin A, Laffrensen M et al. Dietisternas riksförbund, referensgruppen för barnobesitas. Barnobesitasdietister i samverkan (BODIS). Riktlinjer vid kostbehandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. 2010. http://drf.nu/filer/BODIS_Kos...pdf?PHPSESSID=82b2b007452063ca2b770564ad1d121e
6. Yang Q et al. Added sugar intake and cardiovascular diseases mortality among U.S. adults. *JAMA Intern Med* 2014 epub Feb 3 doi:10.1001/jamainternmed.2013.13563
7. <http://www.dn.se/debatt/skatt-pa-lask-och-godis-behovs-for-barnens-skull/>
8. Ebbeling CB et al. Effects of dietary composition on energy expenditure during weight-loss maintenance. *JAMA* 2012; 307(24):2627–34.
9. Cornelis MC, Hu FB. Systems epidemiology: a new direction in nutrition and metabolic diseases research. *Curr Nutr Rep* 2013; 2:225–235.
10. <http://www.bbc.com/news/health-26449497>

Lars Bäcklund

Stockholm

lars.b.backlund@hotmail.se

Ett ST-initiativ som blev en framgångsrik informationssajt



Förstår och minns alla patienter allt som sägs vid alla läkarbesök? Studier visar att mellan 40 och 80 % av den muntliga informationen som ges av en läkare under konsultationen omedelbart glöms bort av patienten [1]. Olika former av komplement till den muntliga informationen kan öka chansen att patienterna förstår och minns vad som egentligen hände under läkarbesöket.

Så föddes Patientinfo.se

För att patientens medverkan och följsamhet skulle förbättras ville jag komplettera den muntliga informationen med skriftlig. Informationen skulle utgå från de frågor som patienter brukar ställa för varje diagnos. Texterna skulle vara så korta att alla skulle orka

läsa dem. De skulle också vara skrivna på ett så enkelt språk att alla skulle förstå dem.

Eftersom jag inte hittade det jag ville ha började jag skriva texter själv och lade ut dem på en hemsida varifrån det är lätt att trycka ut dem. För att materialet skulle bli bättre involverades kollegor. Bekräftelse att vi tänkt rätt fick jag i en vetenskaplig sammanfattning av hur man skriver patientinformationstexter [2].

Det pedagogiska värdet skulle öka om det fanns teckningar med på de diagnoser där det är möjligt. Efter en efterlysning via anslagstavlor på Karolinska institutet fick två läkarstudenter uppdraget.

Ett antal specialister inom allmänmedicin och andra specialiteter har knutits till sidan som textgranskare.

www.patientinfo.se

Syfte: Att ge patienter diagnosspecifik skriftlig information i samband med läkarbesöket.

Målgrupp: Framförallt läkare men även annan vårdpersonal. En stor majoritet av användarna är läkare inom primärvården.

Kostnad: Gratis för användarna.

Antal användare: Drygt 1 800.

Patientinfo.se – ett intressant initiativ

Nuförtiden präglas svensk sjukvård av projektledare, kvalitetssamordnare och utvecklingsansvariga – som brukar tala om för andra vad dom ska göra. Ofta har dessa personer en begränsad erfarenhet av praktiskt patientarbete, av de utmaningar och problem som möter den enskilde doktorn. Läkaren reduceras till utförare, ifyllare och ofta syndabock för brister i måluppfyllelse. Då är det uppfriskande att se när någon tar tag i de upplevda problemen och försöker göra något åt dem.

Jag träffade på Patientinfo.se av en slump och fick snabbt stor glädje av sidan. En kort och tydlig text som jag själv kunde redigera och anpassa och underteckna med mitt eget namn gav stadga åt konsultationerna. Den tryckta texten ger ett personligt intryck på ett helt annat sätt än "1177" och andra websidor som patienterna själva googlat fram om de orkar.

De flesta (många?) av mina patienter är inte så kroppsligt fixerade att de surfar runt efter kroppens "manualer", utan går till mej – precis som jag går till bilreparatören när motorn hackar.

Korta koncisa, personliga texter fyller en stor funktion i vardagssjukvården, och när initiativ i syfte att utveckla vården på golvet kommer från ST-läkare och bilder ritas av med.stud. så blir man glad. Kanske var det inte bättre förr, utan det blir bättre senare!?

Robert Svartholm

"Senior advisor", textgranskare
polarull.svartholm@telia.com

Behövs skriftlig information?

Behövs skriftlig information i samband med läkarbesök? Allt finns väl på nätet, och de patienter som inte hittat sin diagnos före besöket googlar väl på den efter besöket?

Jag trodde att det skulle vara äldre patienter som var intresserade av den här typen av skriftlig information. Redan första veckan fick jag feedback: två patienter i 30-årsåldern fick med sig skriftlig information hem. Bägge berättade att de hade googlat på sin diagnos. Bägge hade hittat information som stämde med den de fick av mig på papper vid besöket och annan information som inte stämde med den.

Denna sida startade som ett ST-initiativ och är därför intressant att belysa i AllmänMedicin. Enligt författarens uppgifter är det egna pengar och egen och andras obetalda arbetstid som satsats i projektet. Att sidan har kommersiell potential visas av att den nu har annonser.

Chefredaktören



Foto: se.freepik.com

De kände sig trygga med informationen som stämde med den de hade fått vid besöket eftersom den var specifikt riktad från mig till dem i samband med deras läkarbesök.

Verktyg som förenklar vår vardag

Som läkare i primärvården jobbar vi med kommunikation, och det är viktigt att kommunicera på ett sätt som känns trovärdigt för patienten. Vi är alla olika och uttrycker oss på olika sätt.

För de flesta passar standardtexter bra när man lämnar ut patientinformation, men några vill sätta sin personliga prägel på en text. Därför kan alla användare själva ändra i texterna. Ändringarna syns bara för den användare som har ändrat i texten. Det kan vara detaljer i formuleringar, rekommendationer om att kontakta specifika sjukgymnaster, öppettider till vårdcentralens lab etc. Varje blad märks med utskriftsdatum och läkarens namn och titel.

Som allmänläkare behöver man hålla reda på många olika formulär: IPSS, MMSE, PHQ-9, MADRS o.s.v. För att underlätta det dagliga kliniska arbetet finns de formulärens och många andra samlade på sidan. Det finns möjlighet för varje användare att själv lägga upp dokument.

Ett grupparbete

Det är många jag vill tacka för deras bidrag. Av utrymmeskäl kan jag inte göra det här, men mitt tack till er finns med på sajten.

Resan hittills med Patientinfo.se har varit fantastisk och jag ser fram emot att tillsammans med kollegor runt om i Sve-

rige fortsätta utveckla sidan i många år. Vi är en trevlig och engagerad yrkeskår!

Referenser

1. McGuire LC. Remembering what the doctor said: organization and older adult's memory for medical information. *Exp Aging Res* 1996;22:403-28.
2. Wizowski, Harper, Hutchings. Writing health information for patients and families. Hamilton Health Sciences. ISBN 978-0-9697435-5-2



Lasse Wilhelmsson

Rosenlunds vårdcentral, Stockholm
lasse.wilhelmsson@patientinfo.se

Jäv: Innehar styrelseuppdrag och aktieposter i Paulista AB.

Pollenallergi

Allergi, Hösnuva

Allergier har ökat mycket de senaste årtiondena. Det finns flera olika teorier om varför, men ingen som är tydligt bevisad vetenskapligt.

Det vanligaste är att man är allergisk mot björk- eller gräspollen.

Vilka symtom får man?

Vanliga symtom är klåda i näsan, nysningar, nästäppa och trötthet.

När kommer besvären?

Besvären kan komma på vår och försommar (björkpollen: hassel, al och ek), högsommar (gräspollen, framförallt timotej), eller sensommar (gråbo).

Besvären varierar med hur mycket pollen som finns i luften.

Hur behandlas det?

För de allra flesta räcker det med att behandla med receptfria mediciner. Det finns såväl tabletter, nässpray som ögondroppar.

Om de inte hjälper behöver man träffa läkare. Då kan man få andra mediciner utskrivna.

Ibland kan det även bli aktuellt med vaccination. Vaccinationerna tar dock flera år.

Utskrivet 2014-04-17

Ingrid Eckerman, Specialistläkare Allmänmedicin
Tidskriften AllmänMedicin, SFAM
086001556



Att använda Patientinfo.se

Sidan kräver registrering. Man anger tjänsteställning/titel, specialitet, landsting/region, arbetsplats och telefonnummer där man kan nås.

Efter inloggning får man tillgång till ett stort antal diagnoskoder liksom en sökfunktion för diagnoser. På varje diagnosida finns ett varierande antal länkar till andra sidor, t.ex. Internetmedicin och Viss.nu (vårdprogram för Stockholms läns landsting). Egna länkar, anteckningar och dokument kan läggas till och sparas.

Informationstexten kan ändras och sparas. Namn, titel, arbetsplats och telefonnummer läggs automatiskt till. Man väljer sedan att skriva ut på skrivare eller att spara som pdf-fil.

Annons

Tobacco Endgame 2025

Det är dags att vi bestämmer oss, det är dags att ta ställning!

Att SFAM som organisation skrivit under Tobacco Endgame 2025 räcker inte. Vi måste som individer och enskilda läkare ta ställning och förmedla det. Vi behöver vara många för att få vår riksdag och regering att ändra riktning. Våra röster räknas tungt. Din röst är viktig.

Tobaksbruk i riskbedömningen

Som student lärde jag mig att rökning är en riskfaktor för lungcancer och hjärtinfarkt. Efter tio år i klinisk verksamhet vet jag att rökning är riskfaktor för betydligt mer än så.

Vid varje möte med en patient blir frågan ”använder du tobak?” en vattendelare. En patient med oklar bröstsmärta får antingen lugnande besked eller akut remiss för bedömning och arbets-EKG. Vid luftvägsinfektion kan patienten gå hem med ”det är en kraftig förkylning” eller ordinerar antibiotika och utredning för KOL. Sannolikheten för att en hudbiopsi ger patologiskt svar ökar, rehabiliteringen vid ett ryggskott tar längre tid. Varje gång patienten svarar ”ja” påverkas min handläggning och jag ser allvarigare på det aktuella symtomet eller tillståndet.

”Det som förvånar mig mest är att vår egen regering hjälper tobaksbolagen.”

Det här är knappast någon nyhet för oss i klinisk verksamhet. Att tobaksbolagen inte är välgörenhetsorganisationer eller förkämpar för folkhälsa är inte heller nyheter. Inför denna artikel har jag satt mig mer in i detta [1].

Det jag fann mest förvånande var inte hur cyniska och förslagna tobaksbolagen är i sina ansträngningar att förhindra varje försök till lagstiftning, nu när man inte längre kan förneka skadeverkningarna. Det som förvånar mig mest är att vår egen regering hjälper dem.

Tobakskonventionen

År 2005 slog Världshälsoorganisationen (WHO) fast att tobaksindustrins intressen är oförenliga med folkhälsans intressen. Det gjordes i anslutning till den internationella Tobakskonventionen

36 % av Sveriges befolkning använder tobak (snusning, rökning, röker och snusar, dagligen och då och då) [2].

som då trädde i kraft. Tobaksbolagen ska inte tillåtas att påverka folkhälsopolitiken, och regeringar och deras företrädare måste vara mycket försiktiga i sina kontakter med tobaksindustrin.

Till konventionen har 170 länder anslutit sig, däribland Sverige, ett före detta föregångsland när det gäller progressiv lagstiftning för att begränsa tobaksförsäljning och spridning av tobaksbruk.

Tobakskonventionen och Sverige

De senaste tio åren har, efter införande av rökfria serveringsmiljöer 2005, inget nytt hänt när det gäller lagar som minskar tobaksbruket. Däremot stöttar Sveriges regering och riksdag snustillverkares (Swedish Match) export av svenskt snus. Handelsministern agerar för ett slopat exportförbud för snus inom EU. När Ryssland ville förbjuda rökfri tobak ordnade Exportrådet möte på svenska ambassaden för att försöka stoppa förbudet.

Hösten 2011 var ett lagförslag på gång i Kanada om att förbjuda godisliknande tillsatser i tobak, inklusive snus. Handelsministern Ewa Björling som var på plats uttryckte officiellt sin oro över förslaget. Ett sådant förbud skulle avsevärt försvåra marknadsföring av snusprodukter.

Regeringen behandlar tobaksindustrin som ett företag vilket som helst och inte med den särskilda försiktighet och vaksamhet som tobakskonventionen förordar.

Tobacco Endgame

Nu är det dags. Tobacco Endgame är en internationell kampanj med syfte att stimulera regeringar att fatta beslut om ett datum då tobakskonsumtionen skall vara nere på en mycket låg nivå, 5 %. Datumet som föreslagits är 2025. För att nå dit behöver handlingsplaner upprättas och lagar fattas.

Hittills har 38 organisationer, däribland Svensk Förening för

Tobaksfakta är en oberoende ideell förening som arbetar på uppdrag av 13 medlemsorganisationer, bl.a. Läkare mot tobak. Dess framtidsvision är ett tobaksfritt samhälle. <http://tobaksfakta.se>

Läkare mot Tobak är en av fem yrkesföreningar som arbetar för att minska tobaksbruket. www.doctorsagainsttobacco.org

**TOBACCO RÖKFRITT
ENDGAME SVERIGE
2025**

Allmänmedicin, skrivit under att man stöttar denna idé och gör vad man kan för att påverka våra beslutfattare. Ännu har inga landsting eller myndigheter skrivit under.

Helt tydligt är att i Sverige behöver vi agera för att komma vidare, och vi läkare är mycket viktiga i detta arbete.

Vad kan vara nästa steg i att begränsa tobakskonsumtionen?

Utöka tobaksfria miljöer

Förbudet att röka på serveringsställen, dvs. krogar och restauranger, har bidragit till att minska tobaksbruket i Sverige. Att utöka tobaksfria offentliga miljöer och arbetsplatser är en naturlig fortsättning i att minska skadeverkningar av passiv rökning och underlätta för den som vill sluta röka.

Begränsa exponeringen på försäljningsstället

I Sverige är direkt och indirekt reklam av tobaksprodukter förbjuden. Försäljningsställena är den viktigaste reklamplatsen för tobaksprodukter.

"Regeringen behandlar tobaksindustrin som ett företag vilket som helst och inte med den särskilda försiktighet och vaksamhet som tobakskonventionen förordar."

När du handlar tillsammans med dina barn eller barnbarn möts du vid kassorna av stora ljusskyltar och specialutformade förvaringsskåp med reklambudskap och logotyper. De är utformade så påträngande som möjligt och tillhandahålls ofta säljställena gratis. En utökad exponering har sannolikt varit en anledning till att antalet cigarettmärken nästan fördubblats mellan 1998 och 2008 och att antalet snusmärken niodubblades mellan 2002 och 2008.

Forskning visar att exponeringsförbud kan skydda barn och ungdomar från att lockas att prova tobak och underlätta för den som försöker att sluta röka.

Kräv neutrala förpackningar

Ju mer tobaksreklamen begränsas desto viktigare blir själva förpackningen. Den exponeras på försäljningsstället och ska förmedla budskap man kan identifiera sig med, inte minst för att locka nya unga användare. Kvinnlighet, stil, maskulinitet.

Idag, när jag promenerade med min son, såg jag i diket en hopknycklad pappersask med fantasyliknande grafik. Hade det

Swedish Match, med ursprung i Svenska tobaksmonopolet, ägs till övervägande del av utländska investerare. Tillverkning sker i ett tiotal länder. Egna produkter är snus, tuggtobak, cigarrer och piptobak. Snuset marknadsförs i Norden, tuggtobak och cigarrer i USA.

Tobakskonventionen är världshälsoorganisationen WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Artikel 5:3 uppmanar beslutfattare att vara mycket försiktiga när tobaksindustrin försöker skapa partnerskap. Regering ska inte på något vis främja tobaksbolagen. Alla kontakter med tobaksindustrin skall redovisas öppet.

inte varit för varningstexten hade jag aldrig förstätt att det var ett cigarettpaket.

Australien är det första landet i världen att 2012 ha lagstiftat om helt neutral förpackning. Tobaksbolagen har tagit till alla tänkbara medel för att motarbeta denna lag.

Neutrala förpackningar innebär att paketens utseende standardiseras. Alla paket har samma form och storlek. Inga färger får förekomma annat än i varningsbilder. En neutral färg täcker resten av paketet. Varumärket trycks i liten storlek med ett vanligt typsnitt i svart. Inga logotyper eller annan dekor tillåts. Varumärken eller reklamtext tillåts inte heller på cigarettens papper eller på insticksblad i paketet.

Kräv grafiska och fotografiska varningsbilder

Hälsovarningar på cigarettpaket är ett bevisat billigt och effektivt sätt att minska rökningen. Särskilt effektiva är varningar som kompletteras med avskräckande bilder.

Redan för 25 år sedan, när Sverige förberedde sig inför EU-medlemskapet, var vi på väg att lagstifta om grafiska varningsbilder på cigarettpaket. Tobaksindustrin motarbetade detta med alla medel. Ett argument var att det stred mot ett EG-direktiv om tobaksmärkning. Trots att detta var felaktigt beslöt regeringen 1991 att lägga ned arbetet för att inte komma på kant med EG.

"Sverige, ett före detta föregångsland när det gäller progressiv lagstiftning för att begränsa tobaksförsäljning och spridning."

Kanada var först i världen med att introducera fotografiska hälsovarningar 2001. Idag har ett 70-tal länder grafiska hälsovarningar. EU rekommenderar sina medlemsländer att införa dem. I Sverige har trots utredningar och riksdagsmotioner inget beslut fattats om grafiska eller fotografiska varningsbilder.

Det är dags för oss att kliva fram

När jag har diskuterat med beslutfattare i mitt eget landsting om landstinget bör skriva under Tobacco Endgame säger man att det inte är ett okontroversiellt beslut. Tydligt har många varit emot vid tidigare skärpningar av tobakspolicys.

– Vad behövs för att detta ska bli verklighet? frågade jag.

– Vi behöver en läkare som ställer sig upp och talar om hur



viktigt det är att minska tobakens skadeverkningar, var svaret jag fick.

- Ge mig bara tillträde till de rätta rummen så ska jag säga det, blev min replik.

Nu utmanar jag er alla att tala om vad ni tycker i tobaksfrågan. Ta chansen att ta ställning för Tobacco Endgame och något mycket viktigt för våra patienters och framtida patienters hälsa: en dramatisk minskning av tobaksbruket till år 2025. Prata med arbetskamrater, fråga din chef, politiker och beslutsfattare.

Hur ställer man sig i ert landsting eller ert företag i denna fråga?

Referenser

1. Dödligt inflytande – om tobaksindustrins sista strid. Tobaksfakta 2012. ISBN 978-91-637-2122-9.
2. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten 2013. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nationella-folkhalsoenkaten/>

Elin Khokhar

Ledamot i SFAM-LV
Myrvikens hälsocentral, Bergs kommun
Folkhälsocentrum, Jämtlands Läns Landsting
elin.khokhar@jll.se



Inbjudan till

Skrivartävlan 2014

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2014 års skrivartävling. Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området.

Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1500 kr.

De vinnande texterna publiceras i bl.a. Bulletinen för Medicinsk Psykologi, läggs ut på föreningens hemsida och kan komma att publiceras i andra facktidskrifter samt presenteras i professionella fora, t.ex. Medicinska Riksstämman. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Bidragen i *word-format* ska vara registrerade via föreningens hemsida www.sfmp.se senast den 15 november 2014.

Ytterligare upplysningar fås genom info@sfmp.se. På www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!

Skrivarjuryn genom
Caroline Lördal, läkarstudent, Luleå
info@sfmp.se

AllmänMedicin informerar

Endast på nätet

Vissa artiklar publiceras endast på AllmänMedicins hemsida www.sfam.se/allmanmedicin.

Här är ett axplock.

Debatt

- Min egen journal på nätet – från vaggan till graven. 20.4.2014
- Danmark bättre på folkhälsoarbete? 24.2.2014
- Staten rustar ner register 31.1.2014

Recensioner

- Många frågor kring människan och evolutionen. Johan Frostegård: Nästan allt om människan. 7.4.2014
- Saklig bok om den "nya" primärvården. Christer Olofsson: Primärvården som marknad. 7.2.2014

Landstingsdirektören från Värmland fick toppjobb på SKL



Hans Karlsson utanför Rackstadsmuseet.

Foto: Gösta Eliasson

Hans Karlsson är värmlänning, röntgenläkare och före detta landstingsdirektör i Värmland. I november efterträdde han Göran Stiernstedt som chef för avdelningen för vård och omsorg på Sveriges Kommuner och Landsting. Han vill hellre fokusera på patientnytta än på enskilda vårdprocesser och befarar att ogenomtänkta ersättningssystem kan försämra patient-läkarmötet.

Som infödd i Arvikatrakten verkar han känna de flesta människor, nickar igenkännande till folk vi träffar när vi kommer till Rackstadsmuseet för en intervju. Dialekten är vänligt värmländsk, replikerna snabba, han använder ett enkelt språk och är lätt att komma in på livet. Beror det kanske på social kompetens, kombinerad med övertygelsen om att alla människor i grunden vill åstadkomma något bra?

Han verkar gilla att stå i rampljuset. Redan som sexåring spelade han teater och har sedan dess gjort många inhop, bland annat i pjäsen Värmlänningarna. Den tyckte han var förfärligt rolig att spela trots en något undanskymd roll som studenten i brukspatronens familj. På personalfester är han den som alltid hittar på något bus.

Här kan inflikas att landstingsdirektör Hans Karlsson en gång fick besök av socialminister Göran Hägglund. För att beskriva hur sjukvård fungerar iklädde han sig rollen som den 86-årige patienten 'Inge Frisk', nyligen anländ till akuten med nedsmutsade glasögon och öronproppar efter att ha fallit omkull i hemmet. Först kördes "patienten" iväg till röntgen och sedan till operationsavdelningen för att till slut återta sin roll som landstingsdirektör och delta i en presskonferens. – *HK på väg till SKL, en stor förlust för Dramaten!* lär socialministern ha twittrat efteråt.

Hans Karlsson har fyra barn. Spelar fiol i en orkester och gillar att snickra. Han har varit landstingsdirektör och har nu fått ett krävande chefsjobb och pendlar till Stockholm. Man undrar hur han får livet att gå ihop. Räcker dygnet till?

– Att "arbeta jämt" betyder inte nödvändigtvis att man får mycket gjort. Jo, en egen företagare, en konstnär till exempel, producerar ju något konkret, och måste vara beredd att lägga ner mycket tid på arbete. I mitt jobb handlar det mer om att skapa förutsättningar för andra människor, så att de kan använda sin kompetens och sitt kunnande för produktion.

Med detta sagt kommer vi in på ledarskapsfrågor. Hans Karlsson menar att ledarskap handlar om att få människor att vilja gå en viss väg.

– Som ledare ska man kunna säga: Vi vill uppnå det här. Vill du vara en del av arbetet så är du med. Vill du inte, så är det inte bra för dig att vara här.

Chefskap, säger han, handlar mer om att organisera, skapa beslutsstrukturer, skapa ordning i vardagslivet. Målen sätts ofta av politiker och chefens uppgift är att underlätta för medarbetarna att ta sig fram till det där målet.

"Vi har liksom 'tryckt ut' ekonomin till dem som möter patienterna. Risker är att man 'ekonomiserar' patientmötet och missar det goda samtalet."

– Jag måste alltid fråga mig om det är något mer jag kan göra. Behövs det mer tid, nya kunskaper, annan teknik eller ett utökat mandat för medarbetarna? Den dialogen är viktig.

"Dialog", "kommunikation" och "människor" är ord som ofta återkommer under samtalet. Hur fungerar dialogen inom en så stor organisation som hälso- och sjukvården?

– Om du frågar patienterna så fungerar den bra. Patient och behandlare drivs ju av viljan att lösa ett problem tillsammans. Och ser man på den andra ändan – även politiker brukar kunna föra dialog och komma överens. Men i området däremellan tycker jag det brister ibland, både när det gäller struktur och dialog. Ibland kan det inverka negativt på det goda patientsamtalet.

Hur menar du då?

– Exempelvis kan vissa ersättningssystem göra att man flyttar tänket från det som är bra för patienten till det som är bra för vårdcentralen. Det här har vi varit rätt duktiga på att fortplanta från ledningsnivå ut till verksamheterna. Vi har liksom "tryckt ut" ekonomin till de som möter patienterna. Risker är att man "ekonomiserar" patientmötet och missar det goda samtalet.

Hans Karlsson menar att det är kvaliteten för patienterna som ska styra, inte pengarna, de ska följa kvaliteten. Men ett kvalitetsmål kan ju sättas hur högt som helst. Om inte pengarna räcker till, hur blir det då?



Fakta om Hans Karlsson

- Ålder:** 52 år.
Bor: I Arvika, där han också är född och uppvuxen.
Familj: Hustrun Ann-Christin, barnen Anna, 22; Maria, 20; Erik, 16 och Johannes, 14 år.
Aktuell: Sedan november 2013 chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL.
Bakgrund: Specialistläkare i Radiologi, 2000 chef för Radiologin i Värmland, 2004 Biträdande landstingsdirektör, 2010 Landstingsdirektör i Värmland.
Intressen: Hantverk och snickeri. Spelar fiol i stråkorkester.
En vanlig arbetsdag: Tar tåget från Arvika 5:40. Sover en stund på tåget. Åter frukost. Arbetar ett par timmar. Anländer till Stockholm C 8:40. Tunnelbana eller promenad till SKL. Kl. 9 Ledningsgruppsmöte, styrgrupp och ett par medarbetarsamtal. Svarar på diverse frågor från journalister och media. Lunch oftast som inplanerat arbetsmöte. Under eftermiddagen kan det bli ett möte med Socialdepartementet eller ett inledningsanförande på en konferens. Kl. 17 Tar tåget hem till Arvika. Övernattar bara undantagsvis i Stockholm.

– För en vårdtjänst, exempelvis återvunnen hälsa, finns inget linjärt samband mellan kostnad och kvalitet. Om jag köper ett par nya glasögon, så kan jag få bättre kvalitet om jag betalar litet mer. Men när det gäller sjukvård kan hög kostnad vara förenad med låg kvalitet. Vårdskador, komplikationer och felaktig läkemedelsanvändning kan kosta mycket pengar. Självklart finns det en brytpunkt här, jättehög kvalitet innebär nog inte bättre ekonomi. Men min tes är att de landsting som har god kvalitet också har låga sjukvårdskostnader.

Vissa vårdcentraler ersätts extra om läkarna frågar efter patientens levnadsvanor. Allmänläkarna är skeptiska. Vad tycker du?

– För mig är detta en sorts processkvalitet. Har du gjort det här? Har du spirometri? Jovisst, det är viktigt att man har spirometer. Men det viktigaste är ju att patienten slipper bli handikappad av KOL, det är i den änden man ska mäta. Fast man kan behöva väcka tanken att det är viktigt att prata om levnadsvanor, men det måste göras vid rätt tillfälle och i rätt omfattning.

Så till den ständigt diskuterade allmänläkarbristen. Enligt Läkarförbundets undersökning krävs 50 procent fler ST-tjänster i allmänmedicin för att behålla dagens nivå och

100 procent fler för att rätta till den nuvarande allmänläkarbristen. Hur tacklar man det?

– Det är ett problem. Men jag kan inte tänka att allmänmedicin, det är lika med kronisk distriktsläkarbrist. Det går inte. Men att fortsätta jobba precis som vi gör idag går inte heller. Man kanske kan klämma in några fler ST i systemet, inte 50 procent fler, men kanske några. Blir de för många räcker inte handledningen till. Alltså måste vi hitta alternativa lösningar. Man kan behöva ta bort en del av det som allmänläkarna gör idag och som inte skapar värde för patienterna: onödigt administration, krångel med journalsystem. En annan möjlighet kan vara att låta andra yrkesgrupper ta över delar av det som idag uppfattas som allmänläkaruppgifter.

Är ”Bemanningsstrappan” en bra utgångspunkt när en vårdcentral vill definiera ambitionsnivån? (se sid 43)

– Jag förstår retoriken, att en läkartäthet på 1/1500 är nödvändigt för en optimal primärvård. Men med siffror läser vi oss för något som inte kommer att vara möjligt inom överskådlig tid, och då tappar vi orken. Bemanningsstrappan är säkert bra som utgångspunkt för en diskussion, och jag förstår tanken att man måste ta bort uppgifter om man inte har resurser. Trappan är byggd på ett genomsnitt. Det som komplicerar bilden är den stora skillnaden mellan en vårdcentral som ligger nära ett stort sjukhus och en vårdcentral i glesbygd. Men liggar nivån uppåt 1/4000, ja då är vi definitivt på ett sluttande plan. Hinner man inte med förebyggande uppgifter, BVC till exempel, kommer arbetet att bli alltmer reaktivt och en sådan verksamhet blir inte uthållig.

Hur önskar du att primärvården ska se ut om 10 år?

– Att befolkningen då säger: Jag gillar primärvården. De som jobbar där är proffsiga och hjälper mig när jag behöver och tillgängligheten är jag hyggligt nöjd med. Värnar befolkningen om primärvården på det sättet har vi nått långt. För primärvårdens generalistuppdrag gör den ifrågasatt av andra med smalare kunskapsområden. Jag önskar att alla som jobbar i primärvården redan idag skulle känna välförtjänt stolthet och en ödmjuk glädje: vi kan, vi är duktiga och vi måste lära oss mer. Jag ska inte säga att det saknas stolthet i kåren, men jag skulle vilja att allmänläkarnas bidrag uppvärderades ännu mer.

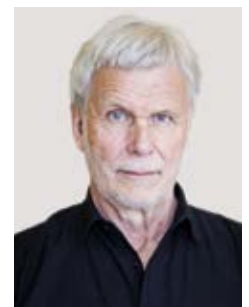
Det var önskemålet. Men hur ser primärvården ut om tio år om man vill vara realist? Hans Karlsson tror att det mesta kommer att fungera bättre än idag. Men det kommer att finnas ställen där det inte fungerar vilket kan bero på interna konflikter, läkarvakanser eller på att man har infört en konstruktion i ersättningsystemet som medför svårigheter att göra det bästa för patienterna.

Någon har sagt att primärvården är nedlagd 2050. Vad tror du?

– Man kanske inte kallar det för primärvård då, men en första instans för medborgarna att lita till, det kommer alltid att behövas, allt annat är otänkbart, avslutar Hans Karlsson.

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Blev du kränkt, lilla gumman?

Vissst får man ibland höra från patienter att de har blivit dåligt bemötta i vården, att den ena eller andra kollegan sa så eller gjorde si. Kanske det till och med är en fråga om kränkning. För visst det är väl en kränkning om patienten upplever det så?

Någon gång ibland skulle man önskat sig ha varit en liten mus (temporärt bara) i ett vårdmöte, för att med egna ögon och öron få se och höra hur det går till i det obevakade ögonblicket. Nå, så liten blir jag väl aldrig, så istället följde jag med min son och hans oklart sjuka lilla dotter till barnläkaren häromdagen och då maskerad till enbart anhörig. En viss nonchalans eller snarare arrogans fanns i den manlige läkarens förhållningssätt. Denne frågade bland annat lätt insinuerande varför man kom just "klockan 13 på en fredagseftermiddag" (den tid sonen för övrigt fått efter telefonkontakt med sköterska några dagar tidigare). "Jag kände mig lite maktlös", sa min son efter besöket.

Nå, numera blir ju varenda kotte kränkt? Ja, kanske det, och nu är det ju så mycket lättare att kränka och mobba med sociala medier som främsta arenan. Möjligen är vi lite känsligare nu när det egna jag tycks ha så stor betydelse. Men i vården där vi inte möter kunder utan patienter i ett uppenbart asymmetriskt maktförhållande, patienter som inte kan välja bort oss, då är det synnerligen viktigt att vi möter människor med respekt just där dom befinner sig, Kirkegaard typ...

Sedan 2011, då Socialstyrelsen övertog hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal, kan den som är missnöjd klaga på vården till Inspektionen för vård och omsorg. Utredningarna fokuserar på patientsäkerhetsrisker och att den som klagar ska ha insyn i utredningen. Under 2012 kom 7 123 nya ärenden med klagomål på hälso- och sjukvården, en ökning med drygt 400 ärenden jämfört med 2011. Av beslutade klagomål rör 25 % primärvården och 48 % somatisk specialistvård. Det betyder cirka 60 klagomål/100 000 invånare (inte patienter), av vilka 60 % sedan lämnades utan åtgärd. Men man understryker att klagomålen ofta handlar om information,

kommunikation och dåligt bemötande från personalen.

A Jelmer Brüggemann disputerade 2012 i Linköping på "Toward an Understanding of Abuse in Health Care – A Female Patient Perspective" och påtalar det sorgliga faktum att 55 % av de kvinnliga patienterna hade haft kränkande upplevelser och att 70 % av dessa dessutom inte hade sagt till/ifrån efteråt, vilket dessutom innebär en stor förlust av viktig återkoppling för sjukvården. So it goes on and on...

Om dåligt bemötande är nocebo så påskyndar i stället bra bemötande inom vården läkningsprocessen. Psykosociala faktorer, som bemötande eller ord, kan bidra till läkning. Placebo är alltså ren och skär gratisbehandling med god effekt som aktiverar ett antal biologiska mekanismer på samma sätt som läkemedel kan göra, och därför kan placebo läka och lindra. Att halsflussen läker snabbare med ett bra bemötande visade ju Björn Olsson och Gösta Tibblin för snart 30 år sedan (Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis, Fam Pract. 1989).

Det som kännetecknar det mesta av det som har att göra med relationer och kommunikation människor emellan är att man känner tillit till och har förtroende för varandra – att man känner trygghet i mötet. Om du visar respekt för och tillit till din patient, då får du också patientens förtroende tillbaka. I den tvänsighet är kränkningen inte så gångbar.

Bertil Hagström
Med.dr.

FoU-centrum för primärvård och folkhälso-
vård Södra Älvsborg
hagstrom.berdil@gmail.com



Wikimedia

Eksjö



Wikimedia: Sören Eriksson

Kurs i kompetensvärdering

SFAM:s kompetensvärderingsråd anordnar kurs i kompetensvärdering för läkare som arbetar med handledning eller kompetensvärdering.

- Kurs 1 ordnas i Eksjö 13-15/10 2014
- Kurs 2 ordnas på Stjärnholms slott, Nyköping 12-14/1 2015

Anmälan sker i första hand via SFAM:s hemsida, där mer info finns.

Frågor besvaras av Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com
och Ulf Måwe ulf@mawe.se.

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN

Annons



KursDoktors matnyttiga Allmänläkardagar

KursDoktors Allmänläkardagar var i år förlagda till Göteborg och arrangemanget lockade många kunskapsörstande läkare. Deltagarlistan upptog 178 allmänläkare och ST-läkare.

Inledningsvis reflekterade *Halfdan Petursson*, disputerad allmänläkare från Island, om de medicinska risker vi alla tvingas leva med och hur de bör hanteras. *Margareta Troein Töllborn*, professor och allmänläkare från Malmö talade om de positiva drivkrafter som vår professionella utveckling sätter igång. SFAM:s ordförande *Karin Träff Nordström* fortsatte på samma tema och talade direkt ”ur huvet” om varför det är nödvändigt att fortbilda sig och att ingå en professionell förening.

Under följande dagar kunde deltagarna välja mellan elva olika seminarier runt allmänmedicinska problem, alltifrån juridik vid vårdintyg till akutmedicinska falldiskussioner. En uppskattad punkt på programmet var det rollspel som ut-

spann sig mellan doktor *Arga*, en mot självtester synnerligen skeptisk allmänläkare, och apotekschef *Närig* som hade en helt annan uppfattning. De som dolde sig bakom rollerna var *Agneta Sikvall* och *Anders Nilsson*, båda från Distriktsläkarföreningen.

Jane Nyman, pensionerad men fortfarande verksam som allmänläkare, lät avslutningsvis kursdeltagarna följa med på en spännande resa genom ett liv som allmänläkare beskrivet parallellt med minnesvärda händelser i vårt samhälle. Sextiotusen patientbesök senare hette föredraget, och sextiotusen patienter kan vi alla räkna med att ha mött under ett liv som allmänläkare!

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Foto: Gösta Eliasson, Michael Nyberg



Folke Nilsson

distriktsläkare, f d transplantationskirurg
Jobbat som distriktsläkare på vårdcentralen i Kungshamn i sex år. Under 26 år varit kirurg och gjort många hjärt-lungtransplantationer på Sahlgrenska sjukhuset.

Varför är du här?

– Det är sjätte gången i år och jag tycker alltid att man får matnyttiga saker med sig hem.

Du gjorde ett stort hopp i karriären. Hur trivs du som distriktsläkare?

– Att vara kirurg är rätt jobbigt när man börjar komma upp i åren och man måste vara beredd på att operera när som helst på dygnet. Som distriktsläkare trivs jag utomordentligt. Jag gillar utmaningar. Det mest givande en doktor kan ägna sig åt är i mitt tycke att förstå och lära känna patienter.

Har du nytta av dina kirurgerfarenheter idag?

– Inte särskilt. Jo, förresten, när jag suturerar drar jag fortfarande runt tråden fem gånger innan jag knyter. Det sitter liksom i fingrarna. Mina allmänläkarkollegor gör det bara tre gånger...



Bo Linder, distriktsläkare

Allmänläkaren från Västervik som inte missar några Allmänläkardagar. Den minnesgode kommer ihåg honom i reportaget från 2013 års Allmänläkardagar i Skövde.



Agneta Sikvall och Anders Nilsson, Distriktsläkarföreningen, agerar doktor Arga och apotekschef Närig.



Samuel Daryoni

AT-läkare. Gör sin AT-placering på vårdcentralen i Dals-Ed. Han har slunkit med på Allmänläkardagarna trots att programbladet säger att målgruppen är färdiga specialister och ST-läkare i slutet på utbildningen.

Varför är du här?

– Alla sex ordinarie läkare på vårdcentralen skulle åka hit, och chefen tyckte att AT-läkaren också borde få vara med. Det tycker jag var schysst. Akutpatienterna tas omhand av hyrläkare under dessa dagar.

Vad tycker du att dagarna ger dig som AT-läkare?

– För mig betyder det särskilt mycket att kunna umgås med mina kollegor på det här avslappnade sättet. De är litet annorlunda här än på jobbet.

Vilken specialitet tänker du ägna dig åt?

– Jag tänker bli barnläkare, men jag kunde lika gärna ha valt att bli allmänläkare. Jag trivs jättebra med vårdcentralen och med att jobba allmänmedicinskt.

Vad är det bästa med vårdcentralstjänstgöringen?

– Den goda stämningen som vi har på vårdcentralen. Kollegorna.Handledningen. Friheten att möta och behandla patienter självständigt. Att få vara doktor på riktigt.

Abdul Azim Azizi

ST-läkare, nybliven ST-läkare på Orust

Varför är du här?

– För att höra om medicinska nyheter, och så vill jag umgås med läkarkollegor.

Var utbildade du dig?

– I Afghanistan. Jag var på väg att bli urolog eller öronläkare men var tvungen att emigrera

till Köpenhamn för tio år sedan. Där vikarierade jag på en medicinklinik. Men jag ville bli allmänläkare i Sverige och sökte en tjänst som ST-läkare i allmänmedicin på Orust.

Har du någon favoritföreläsare?

– Per Steneryd. Han berättade ur egen erfarenhet om hur man kan hantera problem med läkemedelsberoende patienter, och det var väldigt bra.



Annons



Sydliga balintledare fortbildar sig

Vad är en balintgruppleddare? Det finns olika uppfattningar som inte behöver utsluta varandra. En vanlig missuppfattning är att det bör vara en psykodynamiskt utbildad person som handleder gruppmedlemmarna.

Psykologisk/psykoterapeutisk klinisk erfarenhet är bara en av tre pelare som ledarskapet vilar på. Minst lika betydelsefulla är ledarens förmåga att professionellt och mänskligt förstå och relatera till både gruppen och dess enskilda medlemmar, och en förtrogenhet med gruppdeltagarnas kliniska vardag.

Handlednings-/lärar-/mentoraspekten är viktiga för de balintliknande grupper som förekommer på med.stud.- och AT-nivå. Ledaren bör då, för att inte avståndet till gruppmedlemmarna ska bli för stort, snarare vara en psykologiskt begåvad somatiker än en psykodynamiskt skolad terapeut. Från det att deltagarna befinner sig en bit in i ST behöver balintgruppen en ledare som hjälper gruppens medlemmar att i förtroendefullt utbyte utveckla den egna professionella kompetensen att möta och behandla sina patienter.

Balintledare har skiftande professionell bakgrund. Dessa olikheter främjar utvecklingen av balintledarskapet. Detta manifesterades när en del av det sydsvenska balintnätverket samlades för en studiedag i ett vårstormigt Malmö.

Platsen för mötet, Sorgenfrimottagningen, var ingen tillfällighet. Charlotta Hagstam, som genomgått den tvååriga skånska balintledarutbildningen, var lokal värdinna. Här arbetar också en av hennes kurskamrater, Elisabeth Jaenson, som tog initiativ till utbildningen. Tre utsocknes balintledare hade bjudits in: förutom Juanita Forssell från Halmstad och undertecknad även Dorte Kjeldmand, Eksjö, som hade förhinder.

Vi som varit balintaktiva i många år kan konstatera att tyngdpunkten för balintverksamhet i Sverige ligger i Skåne! De nio vi mötte representerar en obruten tradition sedan Lennart Kaij introducerade metoden i Sverige för mer än 40 år sedan. Än viktigare för balintarbetets fortsatta vitalitet är generationsöverlappningen och att olika kompetenser finns representerade i nätverket: allmänläkare,

*Lennart Kaij
1924-1985
var den förste
professorn vid
Malmö allmän-
na sjukhus. Han
mötte motstånd
från andra pro-
fessorer när han
introducerade
balintgrupper.*



onkologer, psykiatriker, psykoterapeuter, psykoanalytiker – en blandning av kreativa kliniker som möter varandra med den kritiska omtanke som präglar bra balintarbete.

Psykoanalytikern Stefan Bálint arbetade som ung psykolog med Lennart Kaij. Stefan har som balintledare och handledare på ett unikt sätt burit och förmedlat balintkompetensen till många efterföljare. Man känner som besökare ett varmt förhållande mellan ledare och nuvarande och f.d. elever.

Huvuddelen av studiedagen ägnades åt fallpresentationer, såväl patient- som balintgruppsrelaterade. På en ”metanivå” diskuterades hur ledarna och gruppen fungerade medan vi arbetade med fallen. Det var lärorikt och för oss tillresande positivt att så omedelbart känna oss delaktiga.

Andra ledare och blivande ledare bör ges möjlighet till den här formen av utbyte. Den är viktig för att utveckla och vidmakthålla den egna ledarskapskompetensen. Ett nytt möte är planerat till 14 mars 2015 och då kommer fler ”utsocknes” inbjudas.

Vi diskuterade även de certifieringskriterier för balintledarskap som förra året antogs av SLS sektion för medicinsk psykologi under vilken balintverksamheten nationellt är organiserad, www.sfmp.se. Under året kommer SFMP att tillhandahålla en förteckning över certifierade ledare och de som är på väg mot certifiering.

Slutligen till våra skånska balintkollegor: Tack för en mycket givande studiedag!

Henry Jablonski

Psykiater och psykoanalytiker
Ordförande i Svensk förening
för medicinsk psykologi
drhjab@gmail.com



Stående: Essie Andersson, allmänläkare, Anders Birr, onkolog, Charlotta Hagstam och Britta Bergöö, båda allmänläkare, Juanita Forssell, psykoterapeut och Carin Gram, allmänläkare.

Nedre raden: Jacob Engellau, onkolog och psykoterapeut under utbildning, Helena Thunander och Roy Rashidi, allmänläkare, Stefan Bálint, psykoanalytiker. Foto: Henry Jablonski



Kultur-spalten

This Allmänläkar Life

För några veckor sen kom brevet. Det vita A4 kuvertet med den kända logotypen på. Där låg det. Specialistbeviset. Det var bara ett tunt skrivarpapper med svart text och en blå underskrift. Det var också målet för så många års arbete. Nu är jag färdig. Jag är specialist i allmänmedicin. En ny roll.

Det blir många nya möten när jag börjar med min lista. Många gånger senaste månaden har jag sett en nylistad patient i ögonen och tänkt: Du och jag, vi kommer att hänga ihop ett tag nu. I mötet lyssnar jag för första gången på deras historia och förstår att jag kommer få lyssna många gånger till.

Jag lever med en manusförfattare. Han har som sitt yrke att hitta på historier och presentera dem på ett trovärdigt sätt. Ibland känns det som att vi arbetar med samma sak. Med den lilla distinktionen att jag arbetar med riktiga människor och hans är påhittade. Jag anser att de verkliga människorna är mer svårstyrda, men jag är faktiskt inte säker på att maken håller med.

Min man arbetar med historier. Jag arbetar också med historier. Jag lyssnar på patienternas berättelser om sina liv. Det kan vara små och stora händelser med olika betydelser. Genom historierna kommer jag närmare sanningen om mina patienter. Närmare en diagnos eller en tolkning av ett skeende. Dagligen kliver främmande människor in på mitt rum och berättar historier om sitt liv. Sådant som de kanske inte berättat för någon annan, eller kanske bara för ett fåtal.

"This American Life" kan man lyssna på via deras hemsida www.thisamericanlife.org eller ladda ner som app för 22 kr och då lyssna obegränsat via mobilen.

När jag efter en lång dags intensivt arbete vandrar hem från vårdcentralen lyssnar jag på radio. Ofta blir det amerikanska "This American life". Det är det mest nedladdade poddradio-programmet i USA med miljoner lyssnare. Man skulle kunna tro att ett så populärt program bygger på någon spektakulärt eller skandalöst. Men det är helt enkelt sanna historier. Upplägget är ofta tre verkliga berättelser som följer ett tema. Dramaturgin, frågeställningarna, intervjutekniken och de oväntade vändningarna gör de enkla historierna så oändligt spännande och mångfacetterade.

Ofta kommer jag hem från jobbet och säger att idag har jag hört en så spännande historia, så fantastisk att bara den skulle kunna bli en film. Eller ett avsnitt av "This American Life". En dag på mitt arbete skulle kunna ge upphov till en rad av dessa berättelser. Berätta, säger maken. Sekretessen, säger jag, du skulle ha blivit allmänläkare.

I helgen lyssnade jag på avsnittet "Dr Gilmer och Mr Hyde". Dr Benjamin Gilmer tar över en välfungerande mottagning på landet. Han får veta att han ersatt en läkare som blivit dömd för mord på sin far. Denne man heter också av en märklig slump dr Gilmer, Vince Gilmer. Det finns ingen släktskap mellan dessa två och de har aldrig träffats. Men genom patienternas berättelser om hans företrädare framträder bilden av en djupt älskad landsortsläkare. Samtidigt beskriver polisen honom som en kallhamrad mördare. Benjamin Gilmer blir mer och mer intresserad och förvirrad över historien som han inte tycker går ihop.

Som vilken lyssnare som helst drabbas jag av den starka och stundtals otäcka historien. Men jag får också tankar om min roll som allmänläkare. Efterträdaren, Dr Benjamin Gilmer har ett fantastiskt fint sätt att ta sig an hela historien och närma sig sin företrädare så som allmänläkaren ibland gör med sina patienter. Han drabbas av ett starkt behov av att få historien att hänga samman. Och, ska det visa sig utan att jag avslöjar för mycket, den strävan är det som slutligen kan lösa en del av gåtan. Historien måste hänga samman.

Historierna vi berättar, historierna vi lyssnar på, historierna vi ser på film, de måste hänga samman, följa en viss dramaturgi både i verkligheten och i fiktionen. Det är så vi ser en mening. De verkliga historierna kan drabba oss så. De kan hjälpa oss på vägen att göra världen, medicinen mer begriplig. Lika svårbegripliga från början men i de långa relationerna blir det mer begripligt. Det är så spännande.



Sonja Holmquist
Specialist i Allmänmedicin
Gröndals vårdcentral, Stockholm
sonja.holmquist@sll.se



Från vänster: Eric le Brasseur, Marie-Louise Mauritzon, Ann-Marie Ternér och Rolf Sörgärde.
Foto: Bengt Karlsson.

Priser i Örebro – Värmland

SFAM Örebro-Värmland anordnade sin årliga fortbildningsdag för allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin på Loka Brunn i januari

2014. Här utdelade föreningen priser till förtjänta kollegor: dels priset för *Bästa allmänmedicinska insats*, dels *Kunskapens ljus* som är en belöning för goda pedagogiska insatser. Priserna består av blommor, diplom, medaljer och vackra vandringspriser.

I **Värmland** gick priset för bästa allmänmedicinska insats till *Eric le Brasseur* för det stora engagemang han lagt ner vid införandet av ett nytt journalsystem för primärvården i Värmland. Det pedagogiska priset gick till *Marie-Louise Mauritzon* för det arbete hon lagt ner på att driva arbetet vid utbildningsvårdcentralen i Munkfors.

I **Örebro län** gick priset för bästa allmänmedicinska insats till *Ann-Marie Ternér* för att hon "... med ett varmt hjärta, en diskret framtoning och en stor klokhet uthålligt har arbetat för att stärka primärvården i allmänhet och det allmänmedicinska innehållet i synnerhet...". *Kunskapens ljus* gick till *Rolf Sörgärde* som prisades för sin handledargärning

då han som handledare varit "... empatisk, engagerad och har en god förmåga att förmedla kunskap, en pålitlig klippa när man behöver det som mest".

Årets handledare i Stockholm

SFAM Stockholm delar årligen ut utmärkelsen *Årets handledare* bland de distriktsläkare som handleder ST-läkare i allmänmedicin i Stockholm. Eva Mårtensson, vårdcentralen Kronan, och Ylva Tomson, Gärdets vårdcentral utsågs till årets handledare 2013. Priset delades ut vid SFAM Stockholms julmöte.

Ylva Tomson nominerades av Christina Lamers:

"*Ylva Tomson är en förebild för alla doktorer.* Med mycket goda medicinska kunskaper och vänlighet ger Ylva stöd, råd och vägledning trots stor arbetsbörda. Ylva är omtyckt av all personal samt patienter. Hon är engagerad och alltid påläst kring nya rön, samtidigt kritiskt granskande av nya studier. Delger oss alla kollegor nya fakta samt bidrar starkt till att vår vårdcentral håller hög kvalitet på vården."

Eva Mårtensson nominerades av Mandana Azari:

"Jag har haft Eva som handledare sedan drygt 1,5 år och känner mig otroligt privilegierad att få ha en så pass erfaren och kunnig handledare. Innan jag valde att påbörja min ST inom allmänme-

dicin hade jag en bild av hur en allmänläkare ska vara. Eva uppfyller denna bild av en allmänläkare som har jobbat på samma vårdcentral i många år och som genom åren har kunnat följa familjer med patienter i alla åldrar med alla möjliga besöksorsaker. Som handledare är Eva alltid tillgänglig och intresserad av att hjälpa, ge råd eller stötta. Förutom ett gott stöd i patientarbetet är Eva även noggrann med att även följa min personliga utveckling inom läkaryrket samt ta del av tankar och funderingar som man har kring yrket och ST-planeringen. För mig är detta typexemplet på en bra handledare och därför tycker jag att Eva förtjänar att bli årets handledare."



Eva Mårtensson och Ylva Tomson.
Foto: Åsa Niper.



Gösta Eliasson och Karin Träff Nordström.

Årets lejon 2014: Gösta Eliasson

Varje år utses Årets lejon vid kongressen av SFAM:s styrelse. I år blev det Gösta Eliasson, f.d. distriktsläkare i Falkenberg. Från början av 1990-talet har han ägnat sig åt fortbildningsfrågor, framför allt inom SFAM:s ram men också på Fammi (Familjemedicinska institutet 2000-2006). Sedan 2010 är han ordförande för SFAM:s fortbildningsråd.

Styrelsens motivering:

"Gösta Eliasson har under många år envist och lågmält arbetat för att frågor kring läkares fortbildning ska komma i fokus. Hans arbete har bidragit till att allmänmedicinen syns som en föregångare bland läkarnas professionella organisationer. Den utredning Gösta gjort kring allmänläkares fortbildning har resulterat i att SFAM erhållit statlig finansiering för uppbyggnad av en fortbildningsmodul."

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen vald 2014

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam

Facklig sekreterare
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager

Skattmästare
Olof Cronberg

Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Knut Meidell

Marit Lindberg

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.g.engstrom@telia.com

ST-rådet
Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Mette Barth
m.barth@halsomedicinskcenter.se

SFAMs nätverk Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnäs
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

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

IT i primärvården
Anne Björk
annebj@bredband.net

NäSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Kontakt: Anna Nilsson
anna.an.nilsson@skane.se
Maria Lütkerman
marialutkerman@hotmail.com

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

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

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethage
jens.wiethage@lio.se

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
eva.arvidsson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ApS
www.nfgp.org
Monica Löfvander
monica.Lofvander@ltdalarna.se

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

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

Lokalföreningar

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

VÄSTERBOTTEN
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

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

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Göran Sohlgren
goran.sohlgren@iul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

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

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

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

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

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

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

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

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

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

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513 (Print)

ISSN 2001-8169 (Online)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson

erland.svenson@gmail.com

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist

katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd

Annika Cederlund

annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

ÅkessonBerg, 2014

www.akessonberg.se



Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se

Utgivningsplan för 2014

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
3	15/6	13/10	Etik, smärta, rörelseorganen
4	13/10	15/12	Allmänmedicinens historia Luftvägar, infektion

SFAMs kansli

Box 503, Grev Turegatan 10E, 114 11 Stockholm

www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd

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

Eva Norell, utbildningschef

eva.norell@sfam.se, Tel: 0708-52 39 56

Kompetensvärdering i ST

mittist@sfam.se respektive examen@sfam.se

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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


Kalendarium

2014

Juli

Wonca Europe, 2-5.7 Lissabon

www.woncaeurope2014.org

Oktober

Somatisk sjukdom och psykisk

hälsa, 9-10.10 Stockholm

www.jamlikvard2014.se

Kurs i kompetensvärdering

13-15.10 Eksjö

www.sfam.se

November

SFAM:s kvalitetsdag

12.11 Stockholm, www.sfam.se

2015

Januari

Kurs i kompetensvärdering

12-14/1 Stjärnholms slott,

Nyköping 2015

www.sfam.se

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

chefredaktor@sfam.se

webmaster@sfam.se

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress

16-18.6 Göteborg

www.nordicgp2015.se

Oktober

Wonca Europe, 22-25.10 Istanbul

www.wonca2015.org

EGPRN-meeting

23.26.10 Kreta

www.egprn.org

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:

Se www.sfam.se.

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:

www.scandinaviandelegation.dk

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

Kursdoktorns utbud av kurser

är granskat och godkänt enligt

SFAMs kriterier och anvisningar

för en god fortbildning av/med/

för allmänläkare. Granskning genom-

förs vår och höst.



Annons