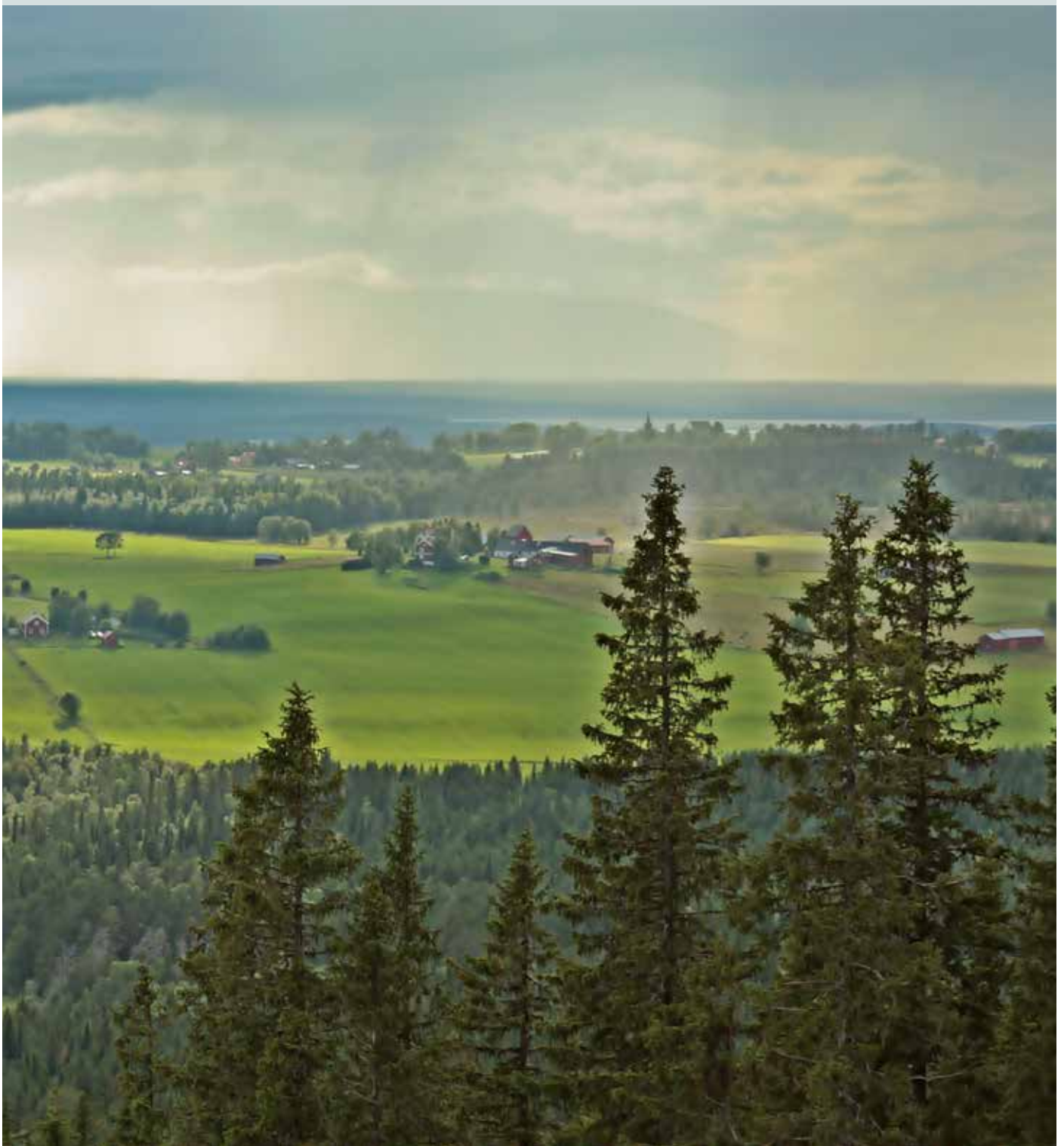


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2013 ÅRGÅNG 34



Tema: Register och kvalitet

Nationellt Primärvårdsregister (NPR) sid 10 • Obducera mera! sid 26

Omslagbild: Magda Simonia

- 3 Ledare: Ersättningsystem i vården**
Karin Träff Nordström
- 4 Chefredaktörens rader**
Ingrid Eckerman
- 6 SFAM medverkar i pilotprojekt**
Sara Modig
- 7 SFAM startar Råd för sköra äldre**
Sonja Modin
- 8 Ny utredning skall ge bättre fortbildning**
Gösta Eliasson
- 8 SFAM i tiden**
Ulf Österstad
- 10 Nationellt Primärvårdsregister (NPR)**
Jörgen Månsson
- 14 Framtidens klassifikationer och registrering i primärvården**
Lars Berg
- 18 Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?**
Gunnar Albinsson
- 20 Register bidrar till bättre liv för sjuka äldre**
Maj Rom
- 22 Framtidens kvalitetsregister – en utopi?**
Kjell Lindström
- 26 Obducera mera!**
Monica Löfvander
- 28 Kan ACG manipuleras?**
Kjell Lindström
- 30 Nej – ACG kan inte manipuleras!**
Karin Träff Nordström
- 32 Målrelaterade ersättningar – vägen till eller vägen från bättre vård?**
Sven Engström
- 34 Administrationssamhället och IT**
Anders Ivarsson Westerberg
- 36 Förfasta förslaget till ny patientlag!
Fritt vårdval inte lösningen på hur alla kan erbjudas god och likvärdig vård**
Katarina Hamberg
- 38 Vad menar vi med kvalitet i vården?**
Josabeth Hultberg
- 40 Statin-duell på SFAM-kongressen 2013**
Bertil Hagström
- 42 Telemedicinsk egenblodtrycksmätning är kopplad till bättre blodtrycksnivåer**
Arne Brenander, Kurt Boman, Mats Gustavsson
- 45 Hypertoni hos äldre**
Karin Rådholm
- 48 Effekter av lätt motion – på livskvalitet, kardiovaskulära riskfaktorer och genuttryck hos överviktiga personer med och utan typ 2-diabetes**
Tomas Fritz
- 49 Allmänmedicinsk undervisning och forskning i Umeå**
Olov Rolandsson, Eva Fhärm, Katarina Hamberg, Herbert Sandström
- 52 Anders W Jonsson: Jag vill säkra kompetensen i primärvården!**
Gösta Eliasson
- 54 Kulturspalten: Reflektioner i en småländsk sensommarnatt**
Tova Rylander
- 56 Utmärkelser**
- 58 In memoriam; Calle Bengtsson, Göteborg**
Cecilia Björkelund, Bengt Mattsson
- 60 Hippokratesutbytet**
Sofia Eriksson
- 63 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se

Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till chefredaktor@sfam.se

Annons

ERSÄTTNINGSSYSTEM I VÅRDEN

– En komplex fråga som kräver komplexa lösningar

Maciej Zaremba satte i sin artikelserie i DN i våras fingret på negativa konsekvenser av nuvarande ersättningsmodeller i sjukvården. Hans insats är viktig och har satt igång många aktiviteter i syfte att utveckla ersättningssystemen. Bland annat planeras ett tisdagsmöte på Svenska Läkaresällskapet den 15 oktober under rubriken "Läkaruppropet - hur går vi vidare för en mänskligare sjukvård?"

I debatten efterfrågas en enkel modell för att fördela resurser i vården. Jag tror inte det är möjligt. Vården är komplex och därav följer att också styrmodeller inklusive ersättningssystem måste vara sammansatta av olika komponenter.

Alla kan säkert enas om att resurser ska fördelas efter behov. Men hur skiljer vi behov från efterfrågan? Vems behov ska prioriteras högst? Ska vi följa prioriteringsriktlinjerna från Socialdepartementet eller ge förtur åt den som skriker högst? Det kan tyckas självklart att vi ska följa prioriteringsriktlinjer men hur balanserar vi det mot att alla måste kunna få kontakt med vården för en bedömning?

Hur ska behoven beskrivas? I form av besöksstatistik eller diagnosregistrering? Räcker åldersviktning som många förespråkar? Hur kommer vi då att prioritera de unga och medelålders patienter, ofta med diffusa symptom, som behöver stora resurser?

Alla modeller har sina för- och nackdelar. Fördelningsfördelar måste vägas mot arbetsinsats. Styckepriserättning, vare sig det är för besök eller åtgärd, leder till undanträngning av sådant man inte får särskild ersättning för. Anslagsfinansiering stimulerar till att göra så lite som möjligt för pengarna och riskerar att leda till sämre tillgänglighet. Det perfekta systemet finns inte. Kostnadsansvar leder till resurseffektivitet men kan också leda till underdiagnostik/behandling. Fria nyttigheter är enkelt men kostnadsdrivande och ger inga incitament att minska överdiagnostik och överbehandling.

Samma röster som hävdar att professionen själv kan hantera att på ett klokt sätt fördela resurser inom en anslagsfinansierad verksamhet säger att vi inte kan hantera ett kostnadsansvar för läkemedel eller att diagnosregistrera korrekt utan att bli korrumpierade. Många läkare värjer sig mot att behöva ta in ekonomiska hänsyn i sin kliniska vardag. I de etiska principer som Socialstyrelsen anger som grund för vårt arbete finns dock även kostnadseffektivitetsprincipen. På något sätt måste resurser fördelas. Om vi inte är med och gör det i vår vardag kommer någon annan att göra det på ett sämre sätt.

Den svenska vårdvalsreformen är ett gigantiskt experiment för ersättningssystem i primärvård. Ett experiment som omvärlden följer med stort intresse. Tyvärr har man i flertalet landsting inte tagit tillvara på möjligheten att på ett strukturerat sätt följa upp effekterna av vårdvalet och har därmed också försvårat jämförelsen mellan de många olika systemen. Hur skall vi få veta vad som fungerar bäst? Hur ska vi mäta det? SFAM vill gärna medverka i uppföljning och jämförelser mellan olika modellerna av vårdvalet. Vi vill också medverka för att skapa möjlig-

heter till att uppföljningsdata ska tas fram på ett klokt sätt som stör vårdens vardag så lite som möjligt.

Alla krafter behövs i arbetet med att utveckla ersättningsmodellerna. Som medlem i SFAM kan du verka genom din lokalförening för att påverka i ditt eget landsting.

SFAM:s styrelse fick i uppdrag av årets fullmäktige att "leda arbetet för en sammanhållen föreningspolicy kring hur ersättningssystemen för primärvården bäst kan utformas för att säkerställa god vårdkvalitet." Det arbetet pågår för fullt och vi återkommer så snart vi har något konkret att presentera.

I höst kanske vi ses på SFAM:s kvalitetsdag, ST-dagarna i Uppsala eller på Medicinska riksstämman som i år är förkortad och placerad centralt i Stockholm. En viktig mötesplats över specialitetsgränserna.

Väl mött!

Karin Träff Nordström
Ordförande
ktn@sfam.se



SFAM:s styrelse 2013. Från vänster Christina Westerdahl (vetenskaplig sekreterare), Anna Drake (ledamot), Kenneth Widäng (facklig sekreterare), Karin Träff Nordström (ordförande), Åsa Niper (kassör), Ulf Österstad (vice ordförande).

Ersättning och kvalitet



SFAM:s nystartade spelmannslag öppnar kongressen 2013. SFAM Stockholms ordf. Maria Wolf med blågult band och chefredaktören i orange. Fotograf: Åsa Sniper

Arbets temat för detta nummer var register och statistik. Så kom Maciej Zarembas artiklar och Läkaruppropet emellan. Det blev självklart att vinkla innehållet mot kvalitet. Det har gett gensvar! Tillsammans med det medicinska temat har numret fyllts med råge. En del skjuts till nummer 4/2013.

Register hör idag intimt samman med ekonomisk ersättning på ett sätt som många är kritiska till. Men vi får inte bara klaga utan måste också visa på bättre modeller. Jag är övertygad om att SFAM, helst tillsammans med Distriktsläkarförbundet, måste ha en modell som kan framföras i olika sammanhang.

Med erfarenheter från tiden då New public management smögs igång i Stockholm lägger jag ett förslag. Kanske detta blir ett av flera som styrelsen har att ta ställning till?

Jag börjar med de mål jag anser är relevanta och söker en ersättning som leder dit.

Mål 1: Alla invånare ska veta vem som är deras fasta läkare alternativt vilken primärvårdsmottagning de hör hemma på. De ska känna att de kan söka för stort som smått. Måste de söka på annat ställe under jourtid ska de veta att den ordinarie läkaren har tillgång till all information och är den som ska följa upp.

Metod: Kapiteringsersättningen, som ska omfatta hela dygnet, ska utgöra största delen av ersättningen. Vårdgivaren har möjlighet att köpa in t.ex. jourtjänster.

Mål 2: Personalen ska sträva efter att, efter rimlig prioritering, ta emot patienter enligt deras önskemål.

Metod: Besöksersättning ska finnas men vara en mindre del.

Mål 3: Äldre sjuka ska få den vård de behöver utan att känna sig som en ekonomisk börda. – Äldre invånare är mer sjuka än yngre och tar mer resurser.

Metod: Kapiteringen för äldre ska vara högre.

Mål 4: De som har störst behov av hälso- och sjukvård ska kunna få sitt behov tillgodosett. Systemet ska sträva mot att utjämna sociala skillnader. – Det är inkomsten snarare än var föräldrarna är födda som avgör socialt status inklusive sjuklighet. De flesta väljer en mottagning i närheten av hemmet.

Metod: Kapiteringens storlek relateras till andelen låginkomsttagare i mottagningens närområde.

Mål 5: Kvaliteten i sjukvården kan utvecklas på många olika sätt. Det är viktigt

att ta till vara personalens drivkrafter och initiativ samtidigt som arbetsbördan respekteras. – Registrering i journal och/eller kvalitetsregister kan, men behöver inte, vara en del av kvalitetsarbetet. Verksamheten bör själv få välja vad de vill arbeta med, vilka mål de vill uppnå, vilka metoder de ska använda etc. Beställaren kan också, efter samråd med professionerna, ange prioriterade områden, t.ex. patientgrupper som barn och sköra äldre, eller diagnosgrupper som diabetes och KOL. Aspekter som tillgänglighet, kontinuitet och arbete med levnadsvanor för resp. grupp kan ingå. Uppföljning av kvalitetsarbetet på enhetsnivå kan ske med styrkort enligt balanserad verksamhetsstyrning (BVS) eller motsvarande.

Metod: De som kan redovisa ett planerat och väl utfört kvalitets/förbättringsarbete får extra stimulansersättning.

Mål 6: Professionens kunskap, kompetens, kreativitet och arbetsglädje ska tas till vara inom forskning, utbildning och utveckling. Deltagande i sådan verksamhet måste vara möjligt utan att egna enheten drabbas ekonomiskt.

Metod: Uppdrag utanför enheten ersätts till sin fulla kostnad.

Mål 7: Ersättningssystemen ska utformas på basis av evidens och utan att inskränka på möjligheterna till forskning och kvalitetsutveckling.

Metod: Ekonomisk ersättning ska inte på något sätt kopplas till registrering i uppföljnings- och kvalitetsutvecklings syfte.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör@sfam.se

Rekrytera flest medlemmar – vinn ära och en plats till kongressen!

Vid årets fullmäktige antog styrelsen motionen om pris för bästa medlemsrekryterande lokalförening från SFAM Mellanskåne. Förutom äran belönas vinnande lokalförening med en betald plats till nästa års Kongress! Vinnare blir den lokalförening som vid årsskiftet haft den största procentuella ökningen i antalet medlemmar under året jämfört med föregående år.

Hösten är redan här så det är hög tid att sätta igång. Medlem blir man genom att anmäla sig via hemsidan www.sfam.se
Må bästa lokalförening vinna!

Ulf Österstad, vice ordförande
ulf.osterstad@sfam.se

Omslagsbild – Magda Simonia

Jag är en lycklig människa.

Många av mina barndoms drömmar gick i uppfyllelse: Jag ville se "Karlsson på takets" land, åka till Lappland, se Ingmar Bergmans filmer på originalspråket. Allmänmedicin och min kärlek till landet gjorde att jag flyttade från Georgiens fina men bråkiga huvudstad Tbilisi till Norrlands rofyllda Frösön.

Att ta bilder är min hobby, men det har också en mening. Det hjälper mig att förstå det osynliga bakom det synliga. Min bild från Frösön är ett exempel på det. "Där finns väl paradiset på jorden" tänker jag varje gång jag tittar på den.



Annons

SFAM medverkar i pilotprojekt för säker läkemedelanvändning

SFAM medverkar sedan 2013 tillsammans med fem andra yrkesorganisationer i ett pilotprojekt med titeln "Säker läkemedelsanvändning i primärvård". Målet med projektet, som riktar sig till verksamhetsledningarna för landets vårdcentraler, är att minska förekomsten av läkemedelsfel och läkemedelsrelaterade problem.

Bakgrund

Primärvårdens verksamhet är central när det gäller äldres läkemedelsbehandling. Om inte behandlingen initieras här så förlängs den ofta här och därmed ligger ansvaret i primärvården. För att detta ska ske på ett säkert sätt krävs goda rutiner. Läkare måste hålla sig uppdaterade inom olika terapiområden och om vilka fysiologiska åldersförändringar som påverkar läkemedelsbehandlingen. Samarbetet måste fungera mellan patientens olika vårdgivare. Bristande kommunikation är en viktig anledning till att läkemedelsfel ofta uppstår i vårdens övergångar [1].

I varje tvärprofessionellt granskningsteam skall det ingå en allmänläkare. Om Du har intresse för läkemedels säkerhetsfrågor och vill bidra till projektets genomförande och samtidigt ta med Dig nya idéer hem till egna verksamheten är Du varmt välkommen att höra av Dig för mer information! Ekonomisk ersättning utgår.

Inspiration till projektet har kommit från tre liknande projekt inom förlossningsvård, ortopedi och bukkirurgi. Dessa har påvisat klara förbättringsmöjligheter och lett till bland annat nya eller reviderade arbetsätt och rutiner, framtagande av nationella rekommendationer och en ökad medvetenhet om vikten av att riktlinjer och rutiner följs av varje medarbetare [4, 5].

Projektupplägg

Metoden består av självvärdering, extern granskning samt genomförande och uppföljning av åtgärder. Först granskar verksamheten sina arbetsätt och rutiner och hur man säkerställer efterlevnaden till dessa. Det görs med hjälp av ett av yrkesorganisationernas experter framtaget självvärderingsinstrument. Instrumentet används med den äldre patienten för ögonen:

1. Samverkan med patienten och närstående.
2. Samverkan i vårdkedja inklusive den kommunala hälso- och sjukvården och apoteken.
3. Fullständig och korrekt information om patientens aktuella läkemedelsintag.
4. Att de läkemedel patienten intar inte interagerar på ett skadligt sätt.
5. Att läkemedelsintaget anpassas till hur patientens metabolism och/eller elimination utvecklas över tid.
6. Att läkemedelsintaget är välmotiverat i förhållande till patientens aktuella sjukdomsbild samt över tid.
7. Att läkemedlets miljöpåverkan minimeras.

I nästa steg får enheten stöd av ett externt tvärprofessionellt revisionsteam för diskussion om förbättringsåtgärder. Teamet

analyserar svaren från självvärderingen och gör platsbesök. Efter avsett tid för genomförandet av möjliga förbättringar sker sedan uppföljning och utvärdering.

Projektet inleddes under hösten och vintern 2013/2014 med ett pilotprojekt på tio vårdcentraler, varav fem utgör kontrollgrupp. Vårdcentralerna medverkar på frivilligbasis. Vetenskaplig utvärdering kommer att omfatta deskriptiv rapport om arbetssättet och genomförda åtgärder, kvalitativ analys av hur metoden upplevs och används på enheterna samt kvantitativ analys av till exempel polyfarmaci, interaktioner och läkemedelsförskrivning som klassas som olämplig för äldre. Om pilotprojektet utfaller väl kommer metoden att erbjudas i större skala från 2015.



Torbjörn Schultz, Patientförsäkringen LÖF, med projektets poster på SFAM:s kongress 2013.

Hur skapas nyttan av projektet?

Det största värdet skapas i enhetens egen genomgång av sin verksamhet. Revisorerna bidrar med att identifiera möjligheter att förbättra patientsäkerheten. Den externa revisionen gör att självvärderingen blir av och inte skjuts på framtiden. Revisionsprocessen stödjer redan pågående förbättringsarbeten och bidrar till att ytterligare genomförs. Revisorerna lär sig mycket själva, blir medvetna om säkerhetsrisker på sina hemkliniker och tar hem idéer som omsätts i konkreta åtgärder. Allt material insamlas systematiskt och kan användas av yrkesorganisationerna för att ta fram nya PM.

Medverkande

Projektet genomförs i samverkan mellan Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi och Apotekarsocieteten och med administrativt och ekonomiskt stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Patientförsäkringen LÖF. Den vetenskapliga utvärderingen görs av Lunds Universitet, Centrum för primärvårdsforskning.

Referenslista kan fås från redaktionen

Sara Modig
Tåbelunds vårdcentral, Eslöv
sara.modig@med.lu.se



SFAM startar Råd för sköra äldre i primärvården

Vi behöver 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 en diskussion med sjuksköterskorna för att lyfta fram vad som behövs för att samarbetet med de kommunala sjuksköterskorna ska kunna fungera. Är Du intresserad av att vara med?

Vi är många som upplever svårigheter att sköta vården av de sköra äldre patienterna tillräckligt bra med dagens förutsättningar. De sköra äldre som ofta har flera olika sjukdomar i kombination med nedsatt funktionsförmåga och med en skörhet som gör att de riskerar att blir sämre vid förändringar av olika slag som t.ex. besök på akutmotagningar och sjukhusvård. Patienterna i hemsjukvården hör hit.

Ulla Gurner har i upprepade studier visat att det också finns en grupp som åker ut och in på sjukhus där många olika vårdgivare är inblandade, men ingen tar något huvudansvar för vården.

En intervjuundersökning som läkarförbundet låtit göra med allmänläkare visar att man vill ha möjlighet att arbeta på ett helt annat sätt med de mest sjuka äldre, man vill kunna ta ett helhetsansvar, kunna arbeta i team och ha tid att följa, värdera och ompröva patienternas situation.

Min egen forskning gäller patienter med regelbunden hjälp hemma av distriktssköterskan, men resultatet kan i stora delar översättas till situationen även för andra sköra äldre. För patienter med en kombination av hög ålder, nedsatt funktionsförmåga och flera olika ofta samverkande sjukdomar är det ofta svårt att veta vad som är rätt att göra. Vi behöver möjligheten att få stöd genom diskussioner med kollegor och de andra i teamet runt patienten. Vi behöver utveckla vår konsultation med sköra äldre, våga fråga hur de vill ha det om de blir sämre, var de vill dö.

I min forskning, som byggde på intervjuer med allmänläkare, fann jag dessutom att många patienter inte klarade av att ta kontakt, inte klarade av att berätta. Det kunde bero på kognitiv svikt, nedsatt allmän tillstånd som gjort att de tappat initiativförmågan, afasi eller andra språkproblem. Vi blir då beroende av information från distriktssköterskan, hemtjänst och anhöriga för att ha underlag för att fatta medicinska beslut. Därför behöver vi läkare utveckla teamarbete med dem närmast patienten, samtidigt som det är viktigt att de känner att de har stöd av ansvarig läkare.

SFAM har tidigare haft ett hemsjukvårdsråd. Det upphör och övergår i SFAMs råd för sköra äldre i primärvården. Det ger möjlighet att arbeta med frågorna för hela patientgruppen. Patienter med hemsjukvård och palliativ vård ingår i gruppen sköra äldre. För sköra äldre är kontinuitet och helhetsyn viktigt. Gruppen behöver också speciell tillgänglighet med möjlighet till hembesök och en anpassad telefontillgänglighet som även anhöriga, hemtjänst, hemsjukvård och distriktssköterskor kan utnyttja.

Viktiga frågor är också samverkan och gemensam dokumentation. Policydokumentet Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre (Policy, fakta, argument på SFAMs hemsida) samt Primärvården och generalistens roll i den framtida hemsjukvården (Kvalitet och utveckling/Hemsjukvårdsrådet) tar upp många viktiga faktorer som man kan använda i diskussioner om vad som krävs. Bland studiebreven finns också två som kan användas för utbildning med kollegorna i t.ex. FQ-grupp. De gäller

demens (Studiebrev om demens) respektive hemsjukvård (Kan doktorn komma?).

Närmast planerar vi att sitta ned med sjuksköterskor i kommunen för att ta fram ett dokument som visar vad som behövs för att samverka mellan läkaren i primärvården och sjuksköterskan i kommunen ska kunna fungera.

Vi hoppas kunna skapa ett discussionsforum för de här frågorna när SFAM sjösätter sin nya hemsida. Vår

målsättning är att där ha dokument som kan fungera som en verktygslåda att användas på hemmaplan.

Vill Du vara med i arbetet? Hör av Dig!

Sonja Modin

Ordförande i rådet, allmänläkare Stuvsta vårdcentral Centrum för allmänmedicin, Stockholm
sonja.modin@sll.se



Sonja Modin talar på SFAMs kongress. Fotograf: Cecilia Träff

Ny utredning ska ge bättre fortbildning

SFAM:s styrelse har gett Fortbildningsrådets ordförande, Gösta Eliasson, uppdraget att ta fram ett förslag till strukturerad fortbildning (fortbildningsmodul). Utredningen syftar till att ge allmänmedicinsk fortbildning ett tydligare innehåll.

Förslaget ska beskriva:

- de fortbildningsaktiviteter som bör ingå i fortbildningsmodulen,
- en lämplig organisation för uppbyggnad, marknadsföring, drift och utveckling av modulen,
- hur modulen kan kopplas till SFAM:s hemsida samt
- ett preliminärt budgetförslag.

Den kursverksamhet som SFAM nu håller på att bygga upp samt de externa kursutbud som finns skall tas tillvara. Dessutom ingår i uppdraget att bedöma marknadsintresset för en fortbildningsmodul hos allmänläkare, politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Utredningens förslag skall överlämnas till styrelsen i januari 2014. I förlängningen är det tänkt att fortbildningsmodulen skall ingå i en avgiftsbelagd prenumeration på vidare- och fortbildningstjänster från SFAM.



Gösta Eliasson
Ordf. i fortbildningsrådet
gosta.eliasson@sfam.se

SFAM i tiden

SFAM:s styrelse har länge funderat kring vår medlemsavgiftsstruktur. På fullmäktige i Stockholm i maj lyfte vi de tankarna i form av ett förslag till ändrad struktur för medlemsavgift. Vi vill nu ha er hjälp med att utveckla förslaget ytterligare!

SFAM har en låg anslutningsgrad med en vikande trend. Varför?

Det finns naturligtvis flera anledningar, en del specifika för oss, andra rör mer eller mindre alla föreningar.

SFAM:s medlemsantal sjunker sedan flera år. SFAM:s styrelse har tittat på strukturen för föreningen och kommit fram till att flera genomgripande förändringar behöver göras för att anpassa föreningen till den tid vi är i nu.

Vilka är våra medlemmar?

Kärntruppen av medlemmarna i SFAM är människor som gärna vill vara med i ett kollektiv, som tycker att kårandan är viktig och vill bidra till att utveckla vår specialitet.

Vilka är ”de andra” – de 2/3 av specialisterna i allmänmedicin och i princip alla ST-läkare – som valt att inte vara med? Vet de inte att vi finns? Är informationen för dålig? Det kan vara sant, men det räcker inte som förklaring.

Ett skäl kan vara att det är för dyrt i förhållande till det man får. Det som förr i tiden var en självklarhet mäts och jämförs nu mot allt annat. Detta innebär inte att den ideella föreningsandan som SFAM och andra föreningar har som grund ska försvinna. Den behöver däremot kompletteras! Vilken bevekelsegrund som ligger till grund för ett medlemskap är inte det viktigaste. Alla allmänläkare måste känna att SFAM är deras förening!

Ni som läser tidningen är inte den viktigaste målgruppen för det jag skriver. Det är alla som jag skulle vilja vara medlemmar men som inte läser detta. Det är därför oerhört viktigt att ni

läser detta! För om ni tycker som vi i styrelsen så behöver ni vara ambassadörer som motiverar era kolleger till ett medlemskap.

Hur ser SFAM:s berättelse ut?

I SFAM:s begynnelse var ”läkar-tid” en fri nytthet som den enda arbetsgivaren landstinget så gott som alltid bjöd på. Mycket utvecklingsarbete byggdes upp med statligt stöd, bl.a. i regi av Fammi (Familjemedicinska institutet 2002-2006). När Fammi lades ner togs ansvaret över av SFAM utan några medföljande resurser. Långsamt har medlemsavgiften krupit upp för att kompensera för detta, samtidigt som vi har fått ”mindre för pengarna” då allt färre arbetsgivare sponsrar med läkartid.

Det arbete SFAM gör för kollektivet och arbetsgivaren betalas av en tredjedel av det totala antalet specialister i allmänmedicin. Övriga får lika mycket ändå – utan att betala någonting!

När vi granskade vad den enskilde individen får som icke-medlemmen får var det nästan bara tidningen. Det ges en rabatt till Svensk allmänmedicinsk kongress, men det är i praktiken arbetsgivaren som får den rabatten.

Hur har andra löst det?

SLS (Svenska Läkaresällskapet) har vikande anslutningsgrad och tittar intresserat på SFAM. En god vän sa att enda anledningen att han var med i SLS var för att kunna söka forskningspengar. Men för dem som inte forskar?

En annan vän, njurmedicinare, berättade att i princip alla var medlemmar i specialitetsföreningen eftersom det var inträdesbiljetten till den årliga träffen och alla intressanta kurser.

Kirurgföreningen har god sponsring av industrin.

Hur ser vår väg ut?

Efter en lång process i styrelsen, där olika alternativ stötts, värkte vi i sista stund fram ett förslag till fullmäktige. Styrelsens

bedömning är att något måste göras nu då vi de senaste åren gått med underskott och kapitalet inte räcker mer än ytterligare några år. Det lagda förslaget innebär ett underskott 2013 och 2014 som sedan, med ökat antal medlemmar, byts i ett över-skott från och med 2015.

Vår målbild är:

- Det ska vara så billigt att vara medlem att priset inte är ett hinder.

- Det ska vara tydligt vad man får för sina pengar.

- Arbetsgivaren ska betala för fortbildning, inte individen.

- På sikt ska alla föreningens verksamheter vara självbärande.

Vad gäller sponsring från industrin lever vi kvar i arvet från 80-talet då det var närmast oregerat. Nu finns ett genomarbetat LIF avtal. Vi har redan betydande sponsring till tidningen, och det är möjligt att vi kommer att utveckla formerna även om målet är att klara oss utan ytterligare sponsring.

Styrelsens förslag följer nedan. Vi fick fullmäktiges stöd att genomföra förslaget för ST-läkare från 1.1.2014. För specialister nas del fick vi uppdraget att utreda förslaget vidare och presentera ett omarbetat förslag på föreningens fullmäktigemöte 2014.

”Medlemsantalet är centralt, inte bara för att många ska dela på kostnaderna utan också för att vi ska få legitimitet och vara en betydelsefull samtalspartner för alla i sjukvården.”

ST-läkare

Vi sänker medlemsavgiften för ST-läkarna från 750 till 500 kr per år från och med 1.1.2014 samtidigt som ett medlemskap ger möjlighet att teckna en fortbildningsprenumeration.

Fortbildningsprenumerationen, som kan betalas av arbetsgivaren, kostar 1000 kr per år. Den ger rabatt på avgiften till ST-dagar, kongress, Mitt-i-ST och specialistexamen. Storleken på de olika rabatterna ska utredas av styrelsen och berörda råd under hösten 2013. Det kommer att vara lönsamt för de arbetsgivare som väljer att lösa fortbildningsprenumerationen.

När den nya hemsidan är klar kommer troligen studiebreven vara tillgängliga endast för medlemmar som löst fortbildningsprenumerationen.

Vi hade på förslag att införa ett medlemskrav till föreningsaktiviteter (ST-dagar och kongress) men det fick vi inte gehör för. Vi tar med oss frågan i det vidare arbetet.

Vår förhoppning är att SFAM ska få så många nya medlemmar att vi kan sänka medlemsavgiften ytterligare till 250 kr och därigenom få alla ST-läkare som medlemmar.

Specialister

Vi har tänkt oss en liknande utveckling för specialisterna. För att detta ska kunna bli verklighet måste vi ha ett mer omfattande innehåll att fylla fortbildningsprenumerationen med. En hörnsten är en fortbildningsmodul där man ska kunna få hjälp att planera och följa sin fortbildning. En av de mest erfarna på området (och tillika f.d. chef för FAMMI) är ordföranden i SFAM:s fortbildningsråd, Gösta Eliasson. Han har

Förslag ny avgiftsstruktur

| Medlemsavgift ST-läkare 500 kr/år | Fortbildningsprenumeration 1000 kr/år -- kan betalas av arbetsgivaren |
|---|---|
| Möjlighet att lösa Fortbildningsprenumeration AllmänMedicin Medlemsinformation hemsidan Gemenskap Bidrag utveckling/policyskapande | Kraftfulla rabatter ST-dagar/Kongress Fortbildningsdel hemsidan(Studiebrev/tentor) Rabatt Mitt-i-ST Rabatt Specialistexamen Rabatt/tillgång till kurser/konferenser/v-chefs utbildning/fortbildning |
| Medlemsavgift Specialist 1000 kr/år Under utredning till fullmäktige 2014 | Fortbildningsprenumeration 1000 kr/år -- kan betalas av arbetsgivaren |
| Möjlighet att lösa Fortbildningsprenumeration AllmänMedicin Medlemsinformation hemsidan Gemenskap Bidrag utveckling/policyskapande | Kraftfulla rabatter ST-dagar/Kongress Fortbildningsdel hemsidan (Studiebrev/fortbildningsmodul) Rabatt/tillgång till kurser/konferenser/v-chefs utbildning/fortbildning |

fått i uppdrag av styrelsen att utreda och göra en plan för hur fortbildningsmodulen ska se ut och sjösättas. Om planen verkar genomförbar kommer den att presenteras i det omarbetade förslaget på fullmäktigemötet 2014.

Kurskansliet

För både specialister och ST-läkare vill vi utveckla kurskansliet. Attraktiva kurser ska kunna ges med rabatt eller exklusiv tillgång för medlemmar. Målet är att man ska vilja vara medlem och få arbetsgivaren att teckna fortbildningsprenumerationen för att gå på de kurser som man vill, men också för att utbildningspotten räcker längre då.

Olle Lyngstam, en av våra mest erfarna kollegor inom området att utveckla och arrangera kurser för allmänläkare, har accepterat styrelsens uppdrag att tillsammans med kurskansliet skapa förutsättningar för att utveckla kursverksamheten.

Fullmäktige 2014

Om fullmäktige ger styrelsen mandat att införa en fortbildningsprenumeration för specialister 2015 är vår målsättning att sänka medlemsavgiften till 1000 kr i ett första steg och i andra steget till 500 kr.

I våra olika scenarion har vi budgeterat för en initial intäktsminskning. Vi fick av fullmäktige godkänt en underskottsbudget för såväl 2013 som 2014 för att finansiera satsningarna på kurskansli, fortbildningsmodul och ny hemsida. Vi minskar också kostnaderna för styrelsearbetet genom att ha en mindre styrelse och fler webmöten.

Vår förhoppning med denna plan är att den ska ge fler medlemmar och en mer livaktig förening. Medlemsantalet är centralt, inte bara för att många ska dela på kostnaderna utan också för att vi ska få legitimitet och vara en betydelsefull samtalspartner för alla i sjukvården.

Vår vision för 2020 är att alla allmänläkare är medlemmar!

För SFAM:s styrelse



Ulf Österstad
Vice ordförande
ulf.osterstad@sfam.se

Nationellt Primärvårdsregister (NPR) – vårt verktyg för kvalitet och forskning

Syftet med ett kvalitetsregister är att säkra och utveckla vårdens kvalitet och att möjliggöra forskning. Det finns ett stort behov av att sammanställa information från primärvården för att på ett så bra sätt som möjligt spegla primärvårdens arbete. Ett nationellt primärvårdsregister (NPR) skall möjliggöra en omedelbar pedagogisk och systematisk återkoppling till vårdpersonalen för uppföljning och kontinuerligt förbättringsarbete. Det ska möjliggöra forskning, med automatik sammanställa rapporter på lokal, regional och nationell nivå samt skicka information till andra för primärvården viktiga kvalitetsregister.

Bakgrund

Efter Måns Roséns utredning 2010 "Guldgruvan om kvalitetsregistren" tilldelade staten SKL medel för en utökad satsning på kvalitetsregistren. Tre primärvårdsansökningar kom in (Nationell primärvårdsdatabas/SFAM, Primärvårdens kvalitetsregister/Västra Götalandsregionen, VGR, och Kvalitetsregister för primärvården/pvkvalitet.se). Beslutsgruppen för kvalitetsregister valde att ge medel och uppdrag till alla de tre sökande för att samverka i projektet "Nationell samordning för utveckling av kvalitetsregisterarbete inom primärvården". Projektet är förankrat fackligt i Distriktsläkarföreningen och Distriktsköterskeföreningen samt inom akademien genom de allmänmedicinska institutionerna.

Redan 2001 gjordes ett första försök att ur journaler sammanställa besöksdata till aggregerade data. Förutsättningen var att inmatningen skedde strukturerat [1, 2]. Sedan dess har landstigen/regionerna successivt byggt upp regionala system för insamling och presentation av kvalitetsdata.

Bland allmänläkare och i våra vetenskapliga och fackliga föreningar har diskussionerna varit livliga om hur vi ska kunna beskriva kvalitet på ett korrekt och evidensbaserat sätt utan att tappa viktiga icke mätbara faktorer i konsultationen. Att sammanställningar av mätbara data behövs är dock majoriteten

överens om.

I dag är det möjligt att automatiskt få ut data ur journalerna som beskriver t.ex. betydelsen av kontinuitet och samsjuklighet. Det är frågor som inte går att besvara med de sjukdomsspecifika register som finns idag.

En styrgrupp med representanter från de tre primärvårdsprojekten och distriktsköterskeföreningen ska belysa följande frågor:

- Kan vi åstadkomma ett nationellt system med återkoppling från våra datajournaler, som ett led i förbättringsarbetet?
- Kan vi med automatik samla in uppgifter från olika journal-system och olika landsting/regioner för nationell jämförelse och möjlighet till forskning?
- Vad är tekniskt och juridiskt möjligt?
- Hur skulle ett kvalitetsregister kunna bli till klinisk nytta i primärvården?

Utgångspunkter

Utgångspunkt för arbetet har varit att data hämtas automatiskt från datajournalerna. Det innebär att endast strukturerade data kan hämtas, vilket begränsar vilka data som kan hämtas och samtidigt ställer krav på hur data läggs in i journalen så att de blir möjliga att hämta ut.

En annan utgångspunkt har varit att data från primärvårdsjournaler måste kunna användas för olika syften:

- Som vårdpersonal behöver vi säkra att det vi gör håller den kvalitet vi önskar.
- Vi behöver också kunna identifiera enskilda högriskpatienter liksom de patienter som inte fått den vård/återbesök de borde ha fått.
- Ledningsfunktioner och beställarenheter behöver data för att kunna följa och stödja verksamheten.
- Forskningen behöver tillgång till data eftersom de stora folk-

sjukdomarna liksom de vanliga krämporna hanteras här.

- Sjukdomsspecifika register har behov av data från primärvården för sina patientgrupper.
- Olika samhällsfunktioner har behov av svar på specifika frågor om primärvårdens verksamhet.

Tekniska och juridiska förutsättningar

Användning av journaldata styrs av patientjournalagen. Det innebär att data får användas för kvalitetssäkring av verksamheten av dem som är ansvariga för vården. Varje vårdgivare äger sina egna data (alltså Capiro för sig, Proxima för sig och ett landsting för sig). För att få tillgång till flera vårdgivares data, vilket behövs för att få data från hela landstinget/regionen/nationellt, krävs personuppgiftsbiträdesavtal med respektive vårdgivare.

Kvalitetsregister styrs av personuppgiftslagen och patientdatalagen. Kvalitetsregister får inte användas som beslutstöd för enskilda patienters vård. En förutsättning för att data lämnas till ett kvalitetsregister är att patienten informeras och inte motsätter sig det. Syftet med kvalitetsregistret måste vara begripligt för patienten. Därför kan inte alla primärvårdens strukturerade uppgifter föras över till ett kvalitetsregister. Ett urval av diagnoser eller situationer (t ex patienter > 75 år med > 5 läkemedel) måste därför specificeras.

Forskningsstudier måste inhämta etiskt godkännande.

Styrgruppens förslag till struktur

Under 2012 har styrgruppen fört diskussioner i olika sammanhang och förslaget till lösning har förändrats under hand.

Ett urval av diagnoser har identifierats som syftar till att täcka en väsentlig del av en allmänmedicinars vardag (tabell I). Olika variabler som beskriver dessa diagnoser har tagits fram.

Ett arbete att ta fram evidensbaserade indikatorer för de diag-

noser som identifierats har påbörjats. De byggs upp i enlighet med de indikatorer som tagits fram av SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd (SFAM-Q) och används i pvkvalitet.se [4]. Framtagna förslag har lämnats för synpunkter till de allmänmedicinska universitetsheten och kollegor med forskarferenhet inom de olika diagnosområdena samt till SFAM-Q.

För att säkra en pedagogisk användarvänlig återkoppling föreslår vi en nationellt utvecklad modell som kan modifieras efter regionala behov. För att återkoppling ska leda till förbättring av verksamheten krävs stöd i form av återkommande kollegiala diskussioner [5]. Inom projektets ram planeras att framöver utveckla och värdera en modell för detta.

Ansvarig för personuppgifterna i registret är det landsting som är centralt personuppgiftsansvarig myndighet. Idag är det de olika registercentra vid respektive region/landsting som har den rollen. Vårt förslag är att primärvårdens kvalitetsregister förvaltas av en oberoende stiftelse/institut med säkrat professionellt och nationellt inflytande, som samtidigt ansvarar för att utveckla återkopplingsmodulen.

Pilotprojekt

Under 2013 genomförs ett pilotprojekt i småskalig omfattning med ett begränsat antal diagnoser att genomföras på två enheter (en privat och en offentlig) vardera i de tre största regionerna: Västra Götaland, Stockholm och Skåne.

Syftet med projektet är att undersöka och utveckla de tekniska möjligheterna att hämta ut och sammanföra data från olika regioner och journalsystem, att identifiera var och i vilken form vi kan få extrahera medicinska utdata, att de legala förutsättningarna för uttag är korrekta och att validera uthämtningen och datakvaliteten.

I pilotprojektet utgår vi ifrån patientbesök under 2012 med diagnoser diabetes, tonsillit, artros och depression med indi-



Arbetsgruppens medlemmar

Nationell primärvårdsdatabas

Malin André, ordförande
Spec. i allmänmedicin, docent
Medlem i SFAM:s forskningsråd
Enheten för Folkhälsa – Forskning och Utveckling, Landstinget i Uppsala län

Jörgen Månsson
Spec. i allmänmedicin, professor
Chefläkare Capiro
Avd. för allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborg

Leena Granström
Distriktsköterska, projektledare
Norrbottens läns landsting, Piteå

QregPV – Primärvårdens kvalitetsregister VGR

Fredrik Bååthe
Senior projektledare, doktorand
Regionskansliet, Registercentrum VGR
Inst. för vårdvet. och hälsa,
Sahlgrenska Akademien, Göteborg

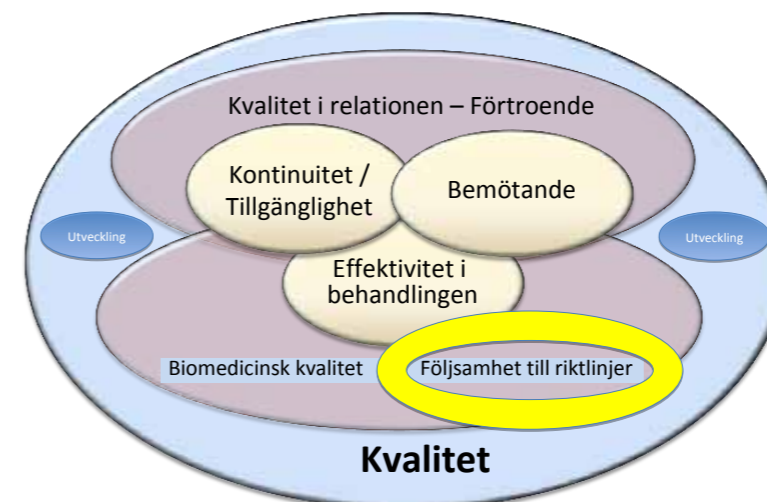
Claes Hegen
Spec. i allmänmedicin
Medlem i SFAM-Q
Registerhållare, Registercentrum VGR,
Göteborg

Pvkvalitet.se

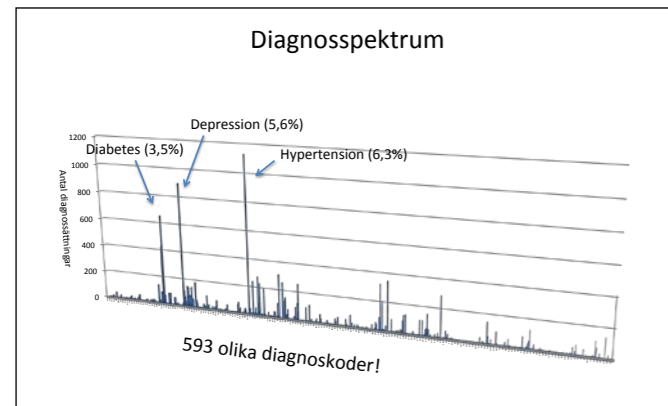
Eva Arvidsson
Spec. i allmänmedicin, med.dr.
Medlem i SFAM-Q
Futurum, Landstinget i Jönköpings län
Hälsoval, Landstinget i Kalmar län
Institutionen för medicin och hälsa,
Linköping

Andy Maun
ST-läkare allmänmedicin, doktorand
Medlem i SFAM-Q
Avd. för samhällsmedicin och folkhälsa,
Sahlgrenska Akademien, Göteborg

Vad är kvalitet i Primärvården?



Läs gärna den orienterande artikeln "Nationellt system för förbättring i primärvården" i AllmänMedicin 1/2013!



Figur 1. Diagnostiska koder (ICD10) för sjukdomsgrupperna diabetes, depression, artros och tonsillit

katorer och variabler för dessa sjukdomstillstånd. Data samlas i Registercentrum Västra Götaland och lagras separat för varje vårdgivare. Fram till september 2013 kommer datauttag ha skett från två vårdcentraler i Västra Götaland-regionen, två vårdcentraler i Skåne med journalsystem PMO samt från Stockholmsregionen. En valideringsjournal är framtagen. Grundläggande validering har gjorts och analys pågår. Utvärdering av resultatet från pilotprojektet förväntas vara klart i slutet 2013.

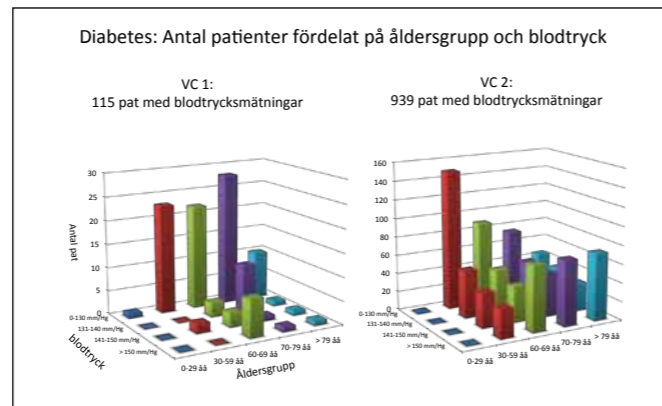
Preliminära resultat från VGR

Två vårdcentraler från Västra Götalandsregionen med olika socioekonomiska förhållanden (en liten enhet från landsbygdsområde och äldre population och en enhet från storstadsområde med yngre befolkning och låg socioekonomi) och olika datajournalsystem ingår i piloten.

Validitetstestning att vi fångat alla patienter med utvalda diagnoser utfördes genom att jämföra med regionens vårddatabas. Det framkom en nästan hundra procentig överensstämmelse mellan uttagen (-4 till +3 patienter på de olika diagnosgrupperna). Överensstämmelse diagnoskod/diagnosnamn och orimliga diagnoser testades genom att lista de i varje grupp underliggande koderna samt de närmaste kodgrupperna. Ett diagnospanorama för patienter med de fyra utvalda diagnosgrupperna visas i figur 1 och exempel på intressant återkoppling från piloten visas i figur 2-5.

Pågående aktiviteter under hösten

- Fortsatt diskussion/förankring med primärvårdens medarbetare.
- Fortsatt arbete att fastlägga diagnoser, variabler och indikatorer för registret med hjälp av ett vetenskapligt råd, utsedda från de allmänmedicinska universitetssenheter.
- Utvärdering av pilotprojektet.
- Påbörja framtagande av modell för återföring.
- Påbörja diskussion med andra kvalitetsregister som behöver data från primärvården.
- Utvidgning av styrgruppen med representation från fler regioner och fler yrkesgrupper.
- Utföra en RIV-specifikation för att bestämma termer och begrepp och klassificera enligt nationellt fackspråk.
- Detaljbeskriva den nationella plattformen.



Figur 5. Diabetes: Skillnad i blodtryckskontroll på diabetespatienterna mellan vårdcentralerna är ett underlag för benchmarking.

Projektets framtid

Det fortsatta arbetet innebär stora utmaningar att jämka ihop de olika regionernas egna behov med önskemål om nationell enhetlighet. En ständigt pågående diskussion inom professionen är nödvändig för att ett nationellt primärvårdsregister ska kunna utvecklas till ett instrument för förbättringsarbete, för att skapa en bättre patientvård och för att ge möjlighet till prioritering av de mest sjuka patienterna, men samtidigt fylla en uppgift att med automatik kunna lämna rapporter till vårdgivare och landsting/regioner.

Om inte vi inom professionen tar fram lämpliga sjukdomsgrupper och variabler att studera och följa upp så kommer någon annan att göra det, för det finns många intressenter som vill ha data från primärvården.

Referenser

Referenslista, tabell och fullständigt bildmaterial finns på redaktionen.



Jörgen Månsson
jorgen.månsson@capio.se

Annons

Framtidens klassifikationer och registrering i primärvården

Kan en rapportering med hela ICD-10-SE ske med tillräcklig kvalitet i primärvården? Och är det försvarbart med tanke på arbetsinsatsen?

Bakgrund

Socialstyrelsen utgav en svensk primärvårdsanpassad diagnosklassifikation 1977, baserad på ICD-8. Nästa version kom 1987 och den nu gällande ICD-10-baserade primärvårdsversionen KSH97-P utgavs 1997. Den har i hög utsträckning använts av vårdcentralerna, främst i ett eget intresse av att följa upp sin verksamhet.

Landstingen efterfrågar en alltmer detaljerad diagnos- och åtgärdsrapportering från primärvården. Mer statistiskt beslutsunderlag och ökad ekonomisk styrning av verksamheterna tycks vara de främsta syftena. Ett exempel är Stockholms läns landsting som i mars 2013 – men retroaktivt för 2013 – infört krav på användning av den fullständiga ICD-10-klassifikationen även i primärvård.

Till Socialstyrelsens hälsodataregister inrapporteras uppgifter om diagnoser och åtgärder i slutna vård sedan 1960-talet, och från samtliga landsting i komplett form sedan 1987. Krav om inrapportering av läkarbesök i öppen vård, exklusive läkarbesök i primärvård, kom 2001. Diskussioner om krav på diagnosrapportering även av allmänläkarbesök har förts länge. En utredning av Socialstyrelsen med förslag om nationell datainsamling i primärvården genom en utökning av patientregistret är för närvarande föremål för behandling vid Socialdepartementet [1]. Något beslut i frågan väntas dock inte före valet 2014.

Frågan är: finns det anledning att avvakta med ytterligare krav på rapportering, vilka klassifikationer ska användas, och vad händer internationellt?

ICD-11

ICD brukar revideras vart tionde år. Sedan ICD-10 utgavs 1993 har det dock

gått 20 år, och det är 23 år sedan beslutet togs i Världshälsoförsamlingen 1990.

WHO har under flera år bedrivit ett omfattande arbete med den elfte revisionen av ICD, som presenterades som en publikt tillgänglig beta-version i maj 2012. Mer än 300 experter från olika medicinska ämnesområden har medverkat. Målet har varit att presentera en färdig version vid Världshälsoförsamlingens möte i Genève i maj 2015.

Utöver att rätta brister i struktur och att uppdatera innehåll och regelverk för användning har en viktig ambition varit att anpassa klassifikationen för elektronisk användning i datajournaler. Avstämningar har även gjorts mot begrepp och begreppsuppbyggnad i Snomed CT. De viktigaste nyheterna i ICD-11 framgår av faktaruta 1.

Information om revisionsprocessen och betaversionen av ICD-11 finns på WHO:s webbplats [2]. ICD-11 består av ett utökat antal grundbegrepp. Själva klassifikationen i sig består av olika vyer, benämnda lineariseringar, där man har reducerat antalet grundbegrepp. Grundbegreppen är nu så gott som helt inlagda, och en första version av lineariseringar för mortalitet respektive morbiditet är färdigställda. Dessa ska granskas av de internationella expertgrupperna för mortalitet och morbiditet fram till det årliga WHO-mötet i oktober 2013. Sedan kommer ett omfattande arbete med granskning av grundbegreppen samt tillägg av ”innefattar” och ”utesluter”. Därefter återstår testningar under upp till två år.

För primärvården tänker sig WHO två

nivåer (lineariseringar):

1. Low resource countries. Finns i preliminär ej publicerad version.

2. High resource countries. Ett första ännu ej publicerat utkast finns. Det intressanta är att man använt KSH97-P som mall, men med tillägg av fler symtom. WHO samarbetar även med Wonca. En gemensam ambition är att en kommande primärvårdsversion, ICPC-3, utgör en linearisering i ICD-11. Om detta är möjligt är oklart.

För att kunna se och skriva ut lineariseringarna (word- och pdf-format) krävs att man anmäler sig att delta i revisionsarbetet och får inloggningskod. Det innebär inga egentliga personliga åtaganden, så det kan rekommenderas för den intresserade. Det finns även en Online User Guide för betaversionen av ICD-11 [3].

Tidsschemat för ICD-11 kommer sannolikt inte att kunna hållas. I praktiken kan vi räkna med att ICD-11 är färdig i engelsk version för praktisk användning först 2017 eller 2018.

ICHI – International Classification of Health Interventions

Det finns för närvarande ingen internationell WHO-klassifikation för åtgärder. I Norden har vi sedan 1996 en gemensam kirurgisk åtgärdsklassifikation (NOMESCO Classification of Surgical Procedures). För medicinska åtgärder finns endast nationella nordiska åtgärdsklassifikationer. I Sverige har vi Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), som innefattar den nordiska kirurgklassifikationen men även svenska icke-kirurgiska

åtgärder. Ett problem med KVÅ är att de kirurgiska och medicinska åtgärdena har olika kodstruktur och indelningsgrunder.

Sedan 1997 pågår inom WHO ett utvecklingsarbete av en internationell åtgärdsklassifikation: ICHI, International Classification of Health Interventions. En alfaversjon presenterades vid det årliga WHO-mötet i Brasília oktober 2012.

ICHI är uppbyggd utifrån tre huvudaxlar: *target* (vad som är mål/målorgan för insatsen), *actions* (vad som görs, teknik) and *means* (hur insatsen görs, metod). Axlarna bygger på standarden ISO 1828 och strukturen i de kanadensiska och franska åtgärdsklassifikationerna.

Syftet är att hitta en hållbar struktur som kan användas för både kirurgiska och medicinska åtgärder, men även beskriva funktion och folkhälsoinsatser på ett strukturerat sätt. För funktion finns det konsensus för att använda den strukturella uppbyggnaden i WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), även för indelning av åtgärdena.

Vid WHO:s möte i Beijing i oktober 2013 kommer en alfa-2-version att presenteras. Klassifikationen är inte tillgänglig offentligt än, men länken till WHO-mötet kan vara en ingång [4]. Ambitionen är att kunna presentera en färdig klassifikation för Världshälsoförsamlingen i maj 2017.

Ur nordisk synvinkel är utvecklingen intressant. En kartläggning av åtgärder i de nordiska åtgärdsklassifikationerna planeras som underlag för en bedömning om man bör tillskapa en nordiska åtgärdsklassifikation som bygger på ICHI eller om man vill använda ICHI enbart som internationell referens.

Registrering

Mer än 100 av WHO:s totalt 293 medlemsländer kan nu producera mortalitetsstatistik baserad på ICD, men i många fall är det enbart i form av grupperade tabeller och av skiftande kvalitet.

För sjukhusstatistik är registrering och rapportering av både diagnoser och åtgärder basal. Användning av dessa uppgifter i ersättningssystem (DRG) är numera vanligt förekommande. WHO uppskattar att 70 procent av världens hälsovårdsutgifter fördelas med användning av ICD. Däremot sker ingen systematisk inrapportering av slutenvård till WHO. För internationell jämförelse

Några förkortningar

| | |
|-----------|---|
| Eurostat | EU:s organ för statistik |
| ICD | International Classification of Diseases ICD-10-SE, tidigare benämnd KSH97, är den uppdaterade svenska versionen 2011. |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| ICPC | International Classification of Primary Care |
| ICHI | International Classification of Health Interventions |
| ISHMT | International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation |
| KSH97-P | Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, primärvård KSH97-P utarbetades i samarbete med SFAM. |
| Nomesco | Nordic Medico-Statistical Committee |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development OECD har 34 medlemsländer. |
| Snomed CT | Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms |
| WHO | World Health Organisation |
| Wonca | World Organization of Family Doctors Förkortningen står för World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. |

förordar OECD, WHO, Eurostat och NOMESKO användning av en förkortad lista – International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT) [5]. Till och med statistik med användning av diagnoskoder på tre-teckennivå är för osäkra att jämföra internationellt.

I öppen vård är det naturligtvis ännu mera vanskligt att jämföra internationell statistik. Situationen för både slutna och öppna vård kompliceras även av att USA liksom flera europeiska länder fortfarande använder ICD-9-CM, som är en av USA modifierad och utökad version av ICD-9.

Internationellt gäller att man använder sig av professionella anställda kodare, framför allt för slutna vård, men i viss grad även för öppen vård. Läkarna behöver alltså inte koda diagnoser och åtgärder. Men i de nordiska länderna, och delvis i Tyskland, är det läkarna som kodar. När man i Norden försökt bedöma och uppskatta korrektheten i diagnoserna landar man på 70-85 procent. När professionella kodare används bedöms cirka 90 procent vara korrekta.

Diskussion

Bekymren med höga registreringskrav och vådan av kopplingen till ekonomiska incitament har belysts av Maciej Zarem-

ba under våren 2013 i DN. Artikelserien är publicerad i bokform [6]. Även för primärvårdens del ser vi en tydlig trend att landstingen/regionerna, SKL och Socialstyrelsen vill ha alltmer detaljerad information inrapporterad. Men vad är rimligt och ändamålsenligt? Och hur är kvaliteten och användbarheten?

KSH97-P har idag 977 diagnoskoder. För KVÅ är det oftast ett begränsat antal åtgärder där inrapporteringskrav till huvudmannen finns. Om primärvården ska rapportera in hela ICD-10-SE och hela KVÅ rör det sig totalt om nästan 49 000 koder! Enbart kapitel XX (yttre orsaker till skador) har mer än 21 000 koder. I KSH97-P är det enbart en kod från kapitel XX som lagts in (biverkan av läkemedel). Kan en rapportering med hela ICD-10-SE ske med tillräcklig kvalitet i primärvården? Och är det försvarbart, med tanke på arbetsinsatsen?

En parallell: Genomförande av öppenvårdsregistrering inom specialiserad vård startade med utredning och initiering 1993-95, beslut om obligatorium 2001. Idag tjugo år senare är öppenvårdsregistret (Socialstyrelsens patientregisters öppenvårdsdel) fortfarande inte tillräckligt bra för att framställa officiell statistik, enligt muntlig information från olika be-

fattningshavare på Socialstyrelsen. Vissa delar används dock för öppna jämförelser och för forskning.

Följdfråga: hur lång tid tar det innan ett primärvårdsregister egentligen är användbart?

Det finns ett omfattande regelverk för användning av ICD-10. För att kunna koda adekvat krävs utbildning. Sannolikt kommer två nya klassifikationer i bruk 2018. Dessa blir även bättre anpassade för användning i datorjournaler. Redan om fem år kommer ICD-10 att vara föråldrat och vi kommer att övergå till ICD-11.



Lars Berg

Föreståndare för Nordisk Senter for klassifikasjoner i helsetjenesten, Helsedirektoratet, Oslo, Norge – www.nordclass.se.

Medlem i WHO:s styrgrupp för revision av ICD-11.
lars.berg@primnet.se

Referenser

1. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-36>
2. ICD-11 revision site: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html>
3. User guide for ICD-11 beta draft online: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/Help/en>
4. WHO-FIC Network meeting 2013: <http://apps.who.int/classifications/network/meeting2013/en/>
5. Kortliste for sygelighed for hospitalsudskrivningsstatistik ISHMT: <http://nomesco-da.nom-nos.dk/filer/publikationer/tabeller/ISHMT%20list%20of%20diagnoses%20-international.xls>
6. Zaremba, Maciej. Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Weyler Förlag, 2013.

Konklusion

Att införa ICD-10-SE och KVÅ som obligatorium i svensk primärvård är inte försvarbart.

Annons

Annons

Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?

Att mäta tillgänglighet är inte helt enkelt. Mätningarna påverkas inte bara av den faktiska tillgängligheten utan också av hur man registrerar vid bokning till läkarbesök på vårdcentralerna. Mätningarna går att manipulera. Flera exempel på detta redovisas nedan.

Bakgrund

1996 infördes vårdgaranti för nybesök till läkare inom sju dagar i primärvården. SKL har sammanställt de mätningar rörande väntetiden som genomförts i landstingen två gånger per år sedan 2002. Mätningarna i primärvården har huvudsakligen genomförts manuellt på varje enskild vårdcentral.

För att stimulera till ökad tillgänglighet införde landstinget i Jönköping i samband med vårdvalsinförandet resultatbaserad ersättning för tillgänglighet till läkarbesök med 10 kr per listad invånare och år. Man tillämpade två ersättningsnivåer: halv ersättning till enheter där 90-97 % av nybesöken fått en tid inom sju dagar och hel ersättning från 97 % och uppåt.

2012 skärptes kravet till nybesök inom

fem dagar med samma procentsatser som tidigare. Ersättningen höjdes till 15 kr per listad, vilket motsvarar drygt fem miljoner kr att fördela mellan de 52 vårdcentralerna.

”Tillgänglighet är vidare ett av de viktigaste konkurrensmedlen när det gäller att dra till sig listade, varför särskild ekonomisk ersättning även av denna anledning är tveksam.”

Utdrag ur Landstingets regelbok 2012

Om primärvården bedömer att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom fem dagar. Mål: 100 % ska få en tid inom fem dagar.

- Täljare: Antal nybesök där patienten fick besöka enheten inom fem dagar
- Nämnare: Det totala antalet nybesök på enheten.

Definition av nybesök: Nytt medicinskt problem (tidigare okänt för patienten och/eller hälso- och sjukvården). Övriga eller kraftig förändring/försämring av tidigare känt medicinskt problem (t ex patienter med kroniska sjukdomar). Remiss från specialiserad vård för nypptäckt medicinskt problem som inte har handlagts eller behandlats inom specialiserad vård.

Ersättningsnivåer:

- Utfall > 97 % ger 100 % ersättning
 - Utfall 90-97 % ger 50 % ersättning
 - Utfall < 90 % ger ingen ersättning
- 100 % ersättning motsvarar 15 kr/invånare

Utbetalning sker månatligen och är baserad på den senaste månadens mätresultat.

Landstingets mätningar hämtas ur journalsystemet Cosmic och bygger på den registrering som sker på vårdcentralerna vid bokning av läkarbesök. Indata påverkas således av hur vårdenheten väljer att registrera läkarbesöket vid bokningstillfället. Ett läkarbesök kan registreras som nybesök eller återbesök. Kravet på tillgänglighet inom fem dagar gäller endast nybesök. Vid bokning av nybesök där väntetiden blir över fem dagar undantas besöket från beräkningarna av läkartillgänglighet om man markerar ”patientvald väntan”.

Slutlig analys genomförs av centralt uttagna data från Cosmic journaldatabas. Mätdata finns från februari 2011 och framåt. Dessa mätningar ligger också till grund för landstingets rapportering till SKL.

Syftet med vårdgaranti och ekonomisk stimulans är att öka tillgängligheten till läkarbesök inom primärvården och mätningarna tyder på framgång i detta (figur 1*).

Kan man förbättra sina tillgänglighets-siffror på andra sätt än genom en reellt bättre tillgänglighet?

- Förekommer det att man ökar andelen patientvald väntan vid nybesök med lång väntetid?

- Förekommer det att man minskar antalet nybesök och istället ökar antalet återbesök?

- Förekommer en kombination av ovanstående?

Resultat

Data är hämtade från landstingets ersättningsgrundande tillgänglighetsmätningar och kompletterande data har hämtats via landstingets allmänna sökmotor ”Diverportalen”.

I båda källorna erhålls data på vårdcentralnivå.

Patientvald väntan

Andelen patientvald väntan varierar både över tid och mellan olika vårdenheter. Under 2011 var den genomsnittliga an-

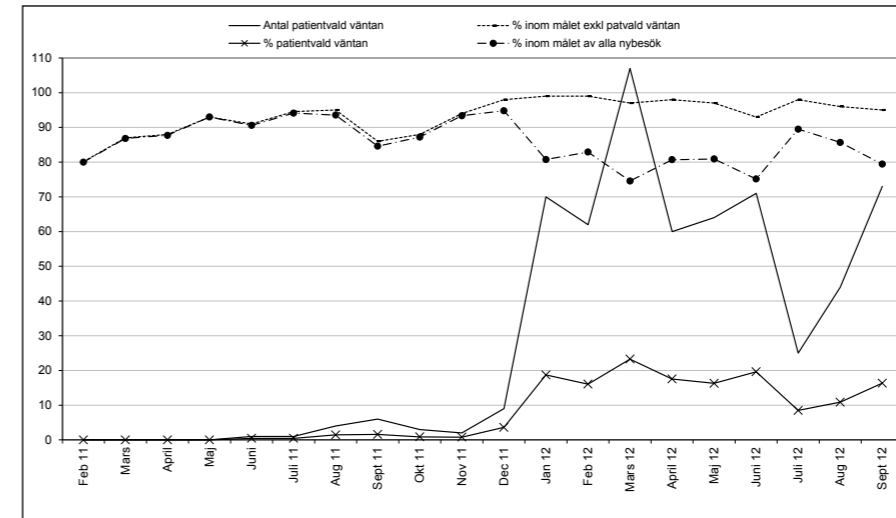


Fig 4. Utveckling av patientvald väntan och målpuffyllelse för vårdcentral 1.

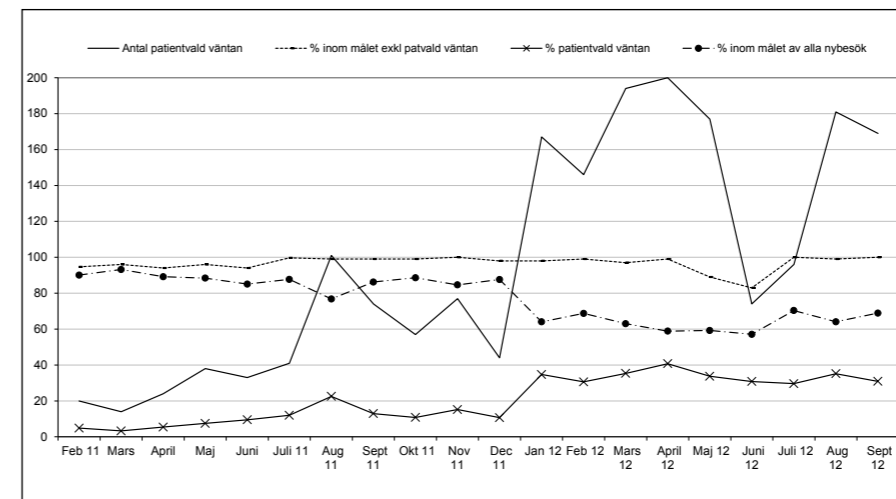


Fig 5. Utveckling av patientvald väntan och målpuffyllelse för vårdcentral 2.

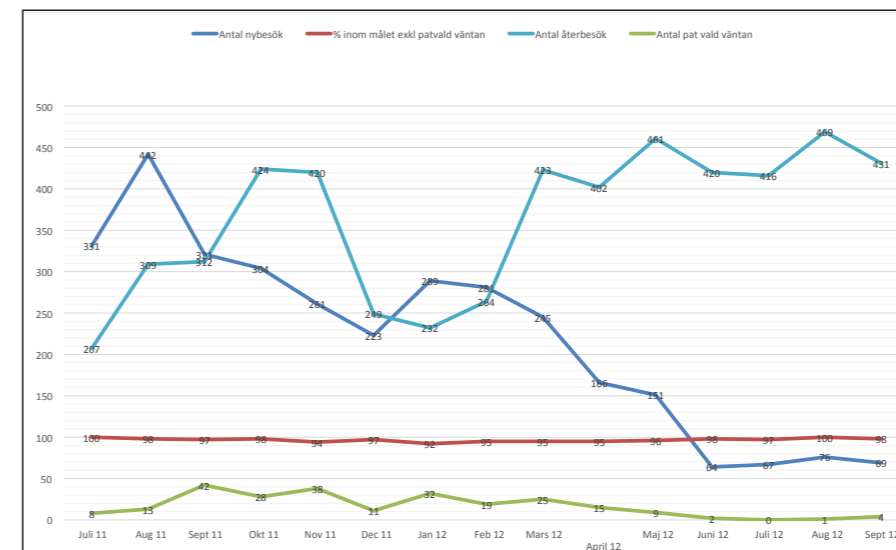


Fig 6. Utveckling av andel nybesök, patientvald väntan och målpuffyllelse för vårdcentral 3.

delen patientvald väntan 4 % av nybesöken. Vid årsskiftet ökade andelen och låg under perioden januari – september 2012 på 8 % (figur 2*).

Variationerna mellan olika vårdcentraler är stor. Den vårdcentral som registrerat störst andel 2012 har 34 % patientvald väntan och den som har lägst har 2 % (figur 3*).

Flertalet vårdcentraler har inte ändrat sin registrering påtagligt medan enstaka har gjort stora förändringar. I figur 4 visas ett exempel på en vårdcentral som troligtvis indikerar förändrade registreringsrutiner. Den aktuella vårdcentralen har förbättrat sin ersättning för tillgänglighet 2012 trots ökade krav. Man kan se en markant ökning av antalet och andelen patientvald väntan vid årsskiftet 2011/12. Trots att kravet på tillgänglighet skärptes från sju till fem dagar lyckas denna vårdcentral nå över ersättningsnivån 90 % (prickad linje). Om man inte räknar bort nybesök med patientvald väntan sjunker tillgängligheten vid årsskiftet (streckad linje) betydligt.

I figur 5 visas ett exempel på en vårdcentral som ökat andelen registreringar av patientvald väntan. Detta exempel visar hur stor betydelse det har hur man registrerar patientvald väntan. När andelen sjönk under semestertiden uppnådde man inte ersättningsgrundande målnivå.

Nybesök

När det gäller andelen nybesök av det totala antalet besök (nybesök + återbesök) finns på landstingsnivå en svag ökning. Andelen under februari – december 2011 var 53 % och januari – september 2012 55 %.

Det är svårt att jämföra enskilda vårdcentralers utveckling över tid då vissa har ökat antalet listade kraftigt sedan vårdvalet startade medan andra minskar. På enstaka vårdcentraler har det dock, trots mycket små förändringar i listningen, skett stora förändringar av antalet nybesök under perioden. Ett sådant exempel visas i figur 6.

Diskussion

Den målrelaterade ersättning som betalas för läkartillgänglighet, i genomsnitt 100 000 kronor per vårdcentral, är viktig för vårdcentralerna. Någon kan frestas att, när förändringar i den interna organisa-

tionen inte räcker för att nå målnivåerna, förbättra sina resultat genom ändringar i registreringsrutinerna vid bokning av besök till läkare.

Om den observerade ökningen av "patientvald väntan" beror på patienternas önskemål, större noggrannhet vid registrering eller att vårdcentralerna försöker att anpassa sin registrering för att klara de hårdare kraven (högst fem dagars väntetid) kan inte bedömas. Att förändringen sammanfaller i tiden med det ökade tillgänglighetskravet (årsskiftet 2011/2012) gör att förändrade patientönskemål är mindre troligt som orsak.

Ovanstående exempel belyser några av de svårigheter som finns när det gäller att fördela pengar även när man använder en

till synes enkel parameter som tillgänglighet till läkarbesök. Om man på en vårdcentral väljer att kombinera förändringar i sina registreringar av både patientvald väntan och nybesök kan man justera sitt resultat utan att det syns lika tydligt som i ovanstående exempel.

Målrelaterade ersättningar skapar framförallt ambitioner att tillgodogöra sig dessa pengar medan den interna motivationen att göra ett gott arbete har visats minska [1].

Tillgänglighet är vidare ett av de viktigaste konkurrensmedlen när det gäller att dra till sig listade, varför särskild ekonomisk ersättning även av denna anledning är tveksam.

* Fullständigt bildmaterial finns hos redaktionen.

Referens

1. Deci, E.L., R. Koestner, and R.M. Ryan, A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.*, 1999. 125(6): p. 627-68; discussion 692-700.

Gunnar Albinsson
Sjuksköterska. F.d. verksamhetschef på Bankeryds vårdcentral.
gunnar.albinsson@lj.se



enheter som arbetar på det gamla sättet.

Förbättringsarbete kopplat till kvalitetsregistret har bland annat medfört att nattfastan minskat från 15 till 10 timmar i många kommuner. Förbättrat nutritionsstatus gör att sår läker och att den äldre får mer ork och livslust. Läkemedelsgenomgångar är en vanlig åtgärd vid risk för fall.

Bättre vård i livets slut

Årligen dör ca 95 000 personer i Sverige, varav ca 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. I Svenska Palliativregistret registrerar den enhet som vårdat den döde sista tiden i livet. Registreringen görs efter döden då ett antal kvalitetsparametrar hämtas in från journalen och förs in i registret. Resultaten finns tillgängliga i form av spindeldiagram på kommun- och landstingsnivå. Deltagande verksamheter kan följa sina egna resultat på enhetsnivå.

Alla kommuner och landsting deltar i Svenska Palliativregistret och idag innehåller registret uppgifter om 65 procent av alla dödsfall bland personer som är 65 år och äldre. Därför vet vi nu att det är stora skillnader i kvalitet på vården i livets slut beroende på geografi, vårdform och diagnos.

Den bästa vården i livets slut erbjuds inom hemsjukvård i ordinärt boende, men de flesta äldre personer dör i särskilda boenden eller på sjukhus. Cancervården har kommit längst i att utveckla den palliativa vården. Många äldre personer dör av hjärtsvikt och KOL. Vid dessa diagnoser finns inte samma tradition av palliativ vård idag och vårdresultaten är inte lika bra.

Med små medel kan stora förbättringar åstadkommas. Det handlar om att bestämma sig och om att hitta bra arbetsrutiner. Symptomskattning och informerande samtal är två områden där många enheter nu visar förbättrade resultat. På www.palliativ.se kan du hitta resultatet för din kommun.

Bättre demensvård

Totalt finns 150 000 personer i landet med någon form av demenssjukdom. Varje år insjuknar 24 000 nya personer. Att ge personer med demenssjukdom en basal utredning och tidig diagnos är mycket viktigt för att kunna erbjuda läkemedelsbehandling och god omvårdnad. SveDem är ett bra stöd i detta arbete. De flesta utredningar sker i primärvården och idag är

781 vårdcentraler anslutna till SveDem. I registret är det möjligt att följa upp utredningstider, användning av demensläkemedel och även att få stöd i arbetet med uppföljning.

Ungefär 90 procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD). Vi vet idag att god omvårdnad i stora delar kan ersätta neuroleptikabehandling

vid dessa symptom. BPSD-registret erbjuder ett bra stöd så att personalen på ett systematiskt sätt kan hitta de åtgärder som passar varje enskild person. Behandlingsmetodikerna som utgör grunden för registrets arbetsätt bygger på en skattning med NPI-skalan av olika symptom som bemöts med åtgärder och

sedan följs upp med en ny skattning. Spridningen av det nya arbetssättet går nu snabbt i hela landet. Av landets 290 kommuner har 254 kommit igång med det nya arbetssättet. Resultat från kvalitetsregistret visar att minskad neuroleptikabehandling är kopplad till en minskning av fall och fallskador.

Bättre liv för sjuka äldre Nationell satsning
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv
Svenska Palliativregistret
För fortsatt utveckling av vården i livets slutskede <http://palliativ.se/>
Senior alert Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg
<http://www.lj.se/senioralert>
SveDem
Svenska demensregistret <http://www.ucr.uu.se/svedem/>
BPSD-registret
Registret för beroendemässiga och psykiska symtom vid demens
<http://www.bpsd.se/>

Register bidrar till bättre liv för sjuka äldre

I och med att vårdval införts i primärvården har såväl vårdcentraler som beställare intresse av att kunna följa upp att uppdraget utförts till god kvalitet. Kvalitetsregister erbjuder en möjlighet att beskriva några parametrar. Inom en inte alltför avlägsen framtid kommer automatisk överföring av data mellan journal och register att underlätta arbetet med registreringar.

Bättre liv för sjuka äldre är en nationell satsning där regeringen tecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om prestationsbaserade utvecklingsmedel till de kommuner och landsting som når uppsatta mål inom fem områden; förebyggande arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre, god vård i livets slut och sammanhållen vård och omsorg. Utvecklingsarbetet är nu inne på sitt fjärde år.

Satsningen riktar sig till alla som arbetar inom vård och omsorg till äldre och berör alla nivåer från det enskilda mötet där vårdens värde skapas till de ledningsnivåer som ansvarar för att skapa förutsättningar för att göra ett gott arbete.

Nya arbetssätt stöds av kvalitetsregister

Det finns kunskap som inte alltid praktiseras i vårdens vardag. Med stöd av kvalitetsregistren Svenska Palliativregistret, Senior alert, SveDem och BPSD-registret får personal i vård och omsorg stöd att följa nationella riktlinjer och vårdprogram. Dessa register möjliggör för enheterna att följa sina resultat över tid och att jämföra sig med andra. Rapporterna uppdateras kontinuerligt och alltid är aktuella. Nu börjar vi se resultat av detta systematiska och standardiserade arbete.

Från reaktivt till proaktivt arbetssätt

Senior alert är ett stöd för den vårdpreventiva processen. Efter riskbedömning för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen erbjuds personer med risk fördjupad utredning och förebyggande åtgärder. Efter en tid följs resultatet upp. Alla landsting och 284 kommuner är anslutna till registret. Mer än 25 000 riskbedömningar genomförs nu varje månad och totalt finns idag över 600 000 riskbedömningar i Senior alert.

Vid punktprevalensmätning våren 2013 var förekomsten av trycksår i genomsnitt 5 procent vid de kommunala enheter som arbetar med Senior alert till skillnad från 12 procent vid de ►►



Maj Rom talar på SFAM:s kongress 2013.

Maj Rom

Projektchef Bättre liv för sjuka äldre
Sveriges Kommuner och Landsting
maj.rom@skl.se

Framtidens kvalitetsregister – en utopi?

Är det möjligt att aggregerade, automathämtade data från landets journaldatasystem inom en rimlig framtid rättvist kan beskriva kvaliteten på landets vårdcentraler eller kan duga till forskning om primärvården? Erfarenheter från Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping ifrågasätter den pågående utvecklingen!

Vårdval infördes i Jönköpings län den 1 juni 2010. Idag har befolkningen om 340 000 personer möjlighet att välja mellan 52 vårdcentraler, varav 21 privata, istället för de 32 vårdcentraler, varav två privata, som fanns innan vårdvalet. En stor majoritet av de privata vårdcentralerna ägs av läkare som arbetar på vårdcentralen.

Både vårdcentraler och sjukhus använder datajournalssystemet Cosmic. En rapportgenerator, Diver, ger möjligheter till omfattande utdata på gruppnivå men även på individuell patientnivå och individuell personalnivå. Detta ger möjligheter att studera hur olika läkare agerar t.ex. när det gäller diagnossättning.

Ursprungligen baserades 73 % av ersättningen till vårdcentralerna på ålder. 13 % baserades på CNI och några få procent

var "resultatbaserade". Den åldersbaserade ersättningen växlas successivt över (25 % per år i fyra år) till ACG-baserad ersättning fr.o.m. 2012. Det innebär att 50 % av den tidigare åldersbaserade ersättningen 2013 baseras på ACG och 50 % baseras fortfarande på ålder.

Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping har sedan 2006 genomfört en årlig omfattande uppföljning där alla vårdcentraler jämförs. Syftet med uppföljningen är att stimulera och underlätta förbättringsarbete på vårdcentralerna. Uppföljningen består av mätning av nästan 150 "kvalitetsindikatorer" inom olika områden. Vi har lagt ner mycket arbete på att validera mätningarna och värdera vad de kan användas till. Vår bestämda uppfattning är att mätningarna kan användas i förbättringsarbetet men inte för att betygsätta vårdcentralerna och inte till forskning [1, 2].

Sedan Cosmic införts och rapportgeneratören (Diver) börjat fungera allt bättre har fler och fler mätningar kunnat göras via Diver av det som tidigare gjordes manuellt. Men journalgranskning genomförs fortfarande av FoU-sjuksköterskor för att studera kvalitetsindikatorer inom fem

diagnosgrupper per år. Cirka 8 000 journaler granskades 2012. Denna tidskrävande journalgranskning görs därför att det är det enda sättet att fånga korrekta data. Försök med automatuttag av kvalitetsindikatorer via Diver medför alltför stora felkällor och ger osäkra data.

Framtidens kvalitetsregister

Primärvården är utsatt för påtryckningar att skapa kvalitetsregister med syfte att stödja förbättringsarbete, värdera vårdcentralernas "kvalitet" och ge underlag för forskning. Tidigare ansågs att vi skulle ansluta oss till alla de kvalitetsregister som skapats av sjukhusspecialister, men man (SKL m.fl.) har nu förstått det orimliga i detta. Istället pågår, med stöd av "kvalitetsregisterpengar", ett projekt att skapa ett primärvårdsregister genom automatisk datafångst från primärvårdens olika datajournalssystem. Dessa data skall sedan kunna exporteras till andra kvalitetsregister, t.ex. NDR. I projektgruppen deltar bl.a. representanter för SFAM.

Är detta möjligt?

De flesta vet att bara en mindre del av kvaliteten i allmänläkarens arbete kan be-

skrivas med kvalitetsindikatorer. Det man kan mäta är huvudsakligen följsamhet till riktlinjer för olika diagnoser och för läkemedelsförskrivning. Att det ibland kan vara bäst kvalitet att inte följa riktlinjer (d.v.s. individualisera vården) komplicerar tolkningen av mätningarna.

Klarar vi att mäta följsamhet till riktlinjer via automatuttag av data från datajournalssystemen?

Får vi tillräcklig kvalitet på data?

Nedan belyses några komplicerande faktorer som kvarstår även sedan man löst de stora tekniska problemen som finns genom den flora av datajournalssystem som finns i olika landsting och de olikheter i indata som förekommer.

Hur sätter man diagnos?

Enhetlig diagnossättning av god kvalitet är en av förutsättningarna för att man skall kunna skapa en databas som kan användas för förbättringsarbete, jämförelser och forskning. Diagnossättningen påverkas av läkarnas medicinska kunskaper och erfarenheter men också i hög grad av ekonomiska incitament.

Införandet av ACG i vårt landsting har medfört att antalet läkarsatta diagnoser har ökat markant. Andra halvåret 2010 sattes 294 000 diagnoser vid läkarbesök i primärvården jämfört med att 573 000

diagnoser sattes andra halvåret 2012 – en ökning med 95 %. Det är inte bara antalet diagnoser som ökar utan också antalet personer med olika diagnoser. T.ex. har antalet personer som fått diagnosen depression (F32-, F33-) ökat med 34,1 % mellan 2011 och 2012, antalet personer med ångest (F410, F411, F419-P) har ökat med 48,6 % och antalet personer med astma (J45-P) har ökat med 36,9 %.

På vårdcentralerna sattes 2012 mellan 450 (1 500 listade patienter) och 1 250 (10 000 listade patienter) olika diagnoser. Diagnoserna 2012 sattes av drygt 600 olika läkare, varav ca 180 var allmänläkare. Övriga var ST-läkare, hyrläkare, AT-läkare, vikarier m.m. med varierande kompetens inom allmänmedicin.

Det var stora variationer i diagnossättningen 2012 mellan olika vårdcentraler (figur 1). Figuren visar att de patienter som varit hos läkare (ca 60 % av befolkningen) i genomsnitt fått drygt fyra diagnoser under året.

Variationen i diagnossättning mellan olika läkare (figur 2) är också betydande, från 1,2 till 8,3 diagnoser per patient.

En del av variationen kan förklaras av att läkarna har olika patientgrupper. Yngre läkare och vikarier har mer akuta besök vilket medför färre diagnoser per patient

jämfört med läkare som har större andel äldre och multistjuka patienter. Men den stora förklaringen till variationen är enligt vår bedömning läkarnas benägenhet att sätta diagnoser. Skillnaderna har ökat betydligt sedan ACG introducerades och sedan en större del av vårdcentralerna ägs

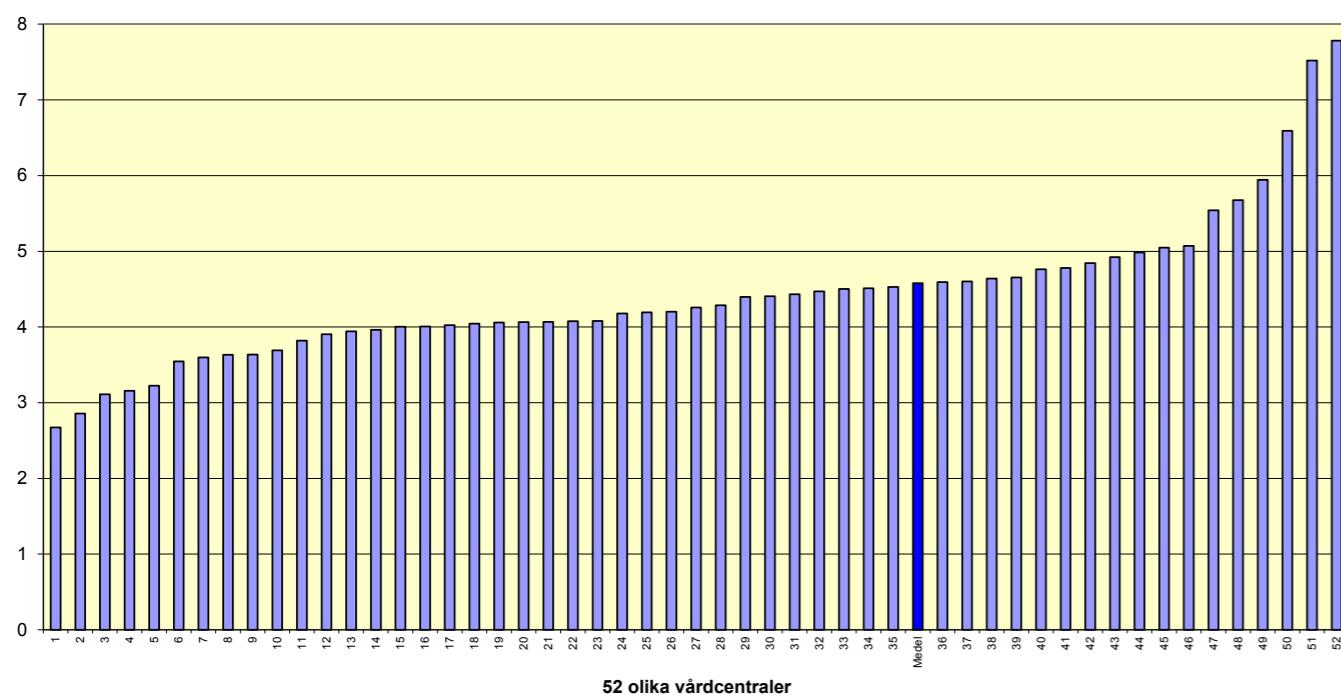
"Vem kan tro ..."

... att det är möjligt att aggregerade, automathämtade data från landets journaldatasystem inom en rimlig framtid rättvist kan beskriva kvaliteten på landets vårdcentraler eller kan duga till forskning?"

av läkare. Som exempel kan nämnas att en läkare på en vårdcentral med "normal" population satt depressionsdiagnos på 15,5 %, ångestdiagnos på 23,6 % och astmadiagnos på 11,5 % av de patienter han träffat under 2012 medan en annan

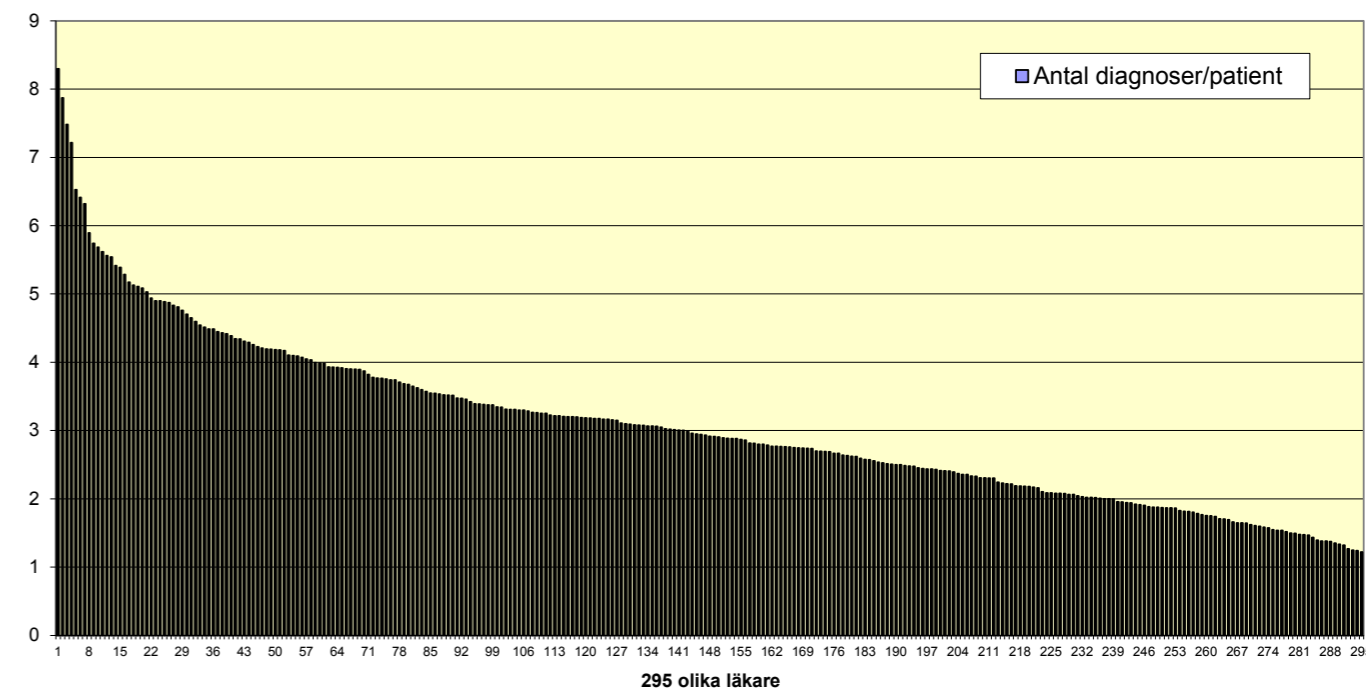
Figur 1. Antal diagnoser per patient satta vid mottagningsbesök hos läkare 2012

OBS! Diagnoser satta sammantaget vid ett eller flera besök hos läkare



Figur 2. Antal diagnoser/patient satta av läkare vid läkarbesök under 2012

OBS! Diagnoserna kan vara satta vid ett eller flera läkarbesök. Bara de 295 läkare som haft minst 400 läkarbesök under 2012 ingår.



läkare på en helt jämförbar vårdcentral satte depressionsdiagnos på 4,1 %, ångestdiagnos på 2,1 % och astmadiagnos på 3,8 % av sina patienter.

Kan man fånga kombinationer av data i journaldatabasen?

Antibiotikaförskrivningen är i fokus även i vårt län. Strama, FoU-enheten (Sigvard Mölsted, Sven Engström), IT m.fl. har tillsammans via Diver skapat en rad rapporter där vårdcentralerna och enskilda läkare löpande kan se sin antibiotikaförskrivning fördelat på olika infektionsdiagnoser. Man kan jämföra sig med andra läkare, andra vårdcentraler och med hela länet. Detta är ett bra redskap för att arbeta med förbättring av antibiotikaförskrivningen.

Det visar sig att 24,9 % av antibiotikaförskrivningen 2012 inte kan kopplas till en diagnos satt av någon personal den dag receptet skrevs. Bortfallet varierar mycket mellan vårdcentralerna (12,0-47,5 %). Detta stora bortfall är svårklarligt. Är läkargruppen så "slarvig" när det gäller att sätta diagnos (jfr ovan)? IT-tekniska problem? Annat? Oavsett orsak måste stora och varierande bortfall vara ett svårhanterligt kvalitetsproblem.

Hur påverkar ekonomiska incitament?

Vårdcentralerna fick 2011 bl.a. ekonomisk ersättning för tillgänglighet. Om mer än 97 % av alla nybesök till läkare bokades inom sju dagar fick man full ersättning och 90-97 % gav halv ersättning. 2012 skärptes målet till inom fem

dagar. I artikeln "Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering?" i denna tidning ges exempel på hur registreringen förändrades på flera vårdcentraler vid årsskiftet 2011-2012 och att man därigenom erhöll full ekonomisk ersättning trots att tillgängligheten försämrades. Det finns fler exempel från vår och andras verksamhet på att ekonomiska incitament påverkar hur man registrerar. Detta innebär att data från landsting med olika ekonomiska incitament inte blir möjliga att jämföra.

Sammanfattning och konklusion

I ett litet landsting med ett enhetligt journaldatasystem och en väl fungerande primärvård förekommer stora variationer i läkarnas diagnossättning. Många läkare utan allmänmedicinsk kompetens arbetar i primärvården. Ekonomiska incitament påverkar hur data registreras. Trots ett modernt datajournalssystem har man stora bortfall när man försöker göra en så enkel automatutökning av data som kombinationen antibiotikaförskrivning och diagnos.

Hur stora blir då variationerna på nationell nivå? Landets primärvård har skiftande ägarstruktur, skiftande bemaning, skiftande kompetens, skiftande kultur, skiftande journaldatasystem, skiftande ekonomiska incitament (t.ex. ACG, målrelaterad ersättning) m.m. m.m. Enligt min uppfattning måste ett register, som skapas av så många personer med så skiftande kompetens och där drivkrafterna varierar så mycket, bli behäftat med mycket stora felkällor. Även om man som

registerhållare är medveten om många av felkällorna blir det en omöjlighet att korrigera för dessa!

Risken är att de gigantiska datamängderna som skapas på nationell nivå blir bedrägliga och används felaktigt. Entusiastiska registerhållare och forskare kan komma att överanvända och övertolka registerdata. Stora mängder av dåligt validerade data är ju fortfarande oanvändbara för seriös forskning och för rättvisa jämförelser.

Vem kan tro att det är möjligt att aggregerade, automathämtade data från landets journaldatasystem inom en rimlig framtid rättvist kan beskriva kvaliteten på landets vårdcentraler eller kan duga till forskning?

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.



Kjell Lindström
distriktsläkare, Med Dr
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
kjell.lindstrom@lj.se

Annons

Omslagsbilder sökes!

De måste ha hög upplösning, helst stående format. När du skickar in till chefredaktor@sfam.se kan du skicka i mindre format. Berätta lite om bilderna och dig själv.

Recensenter sökes!

Vill du recensera böcker? Skicka en rad till chefredaktor@sfam.se. Tala gärna om vilken sorts böcker du är intresserad av. Vi vill gärna också ha recensioner av diverse hemsidor.

Obducera mera!

Återupprätta förtroendet för det svenska dödsorsaksregistret

Jag arbetade som obducent, även rättsobducent, ett par år på 1970-talet. Då satte vi en ära i att noggrant undersöka den döda kroppen för att fastställa trolig dödsorsak, att diskutera detta med överordnad och med behandlande läkare, och att till sist författa dödsorsaksintyg med diagnoser på medicinskt latin. Alla som dog på sjukhus obducerades, och även många av dem som dog i hemmet. Rapporterna till registret var fullständiga, klara, entydiga och pålitliga.

Idag obduceras bara i snitt 11 % av alla avlidna i Sverige, med Jönköpings läns 8 % i botten och Uppsalas 15 % i toppen. Antalet obduktioner har minskat med en fjärdedel på tio år. De antagna dödsorsakerna verifieras inte genom objektiva fynd från en kroppsundersökning.

Fram till 1970-talet obducerades ungefär hälften av alla som dog [1]. Vid de stora enheterna lades stor vikt vid hur man definierade omedelbar dödsorsak och vad som var bidragande eller andra sjukdomar. Detta gjordes i samråd med sjukhusläkarna som föredrog fynden på patologronder. Den preliminära dödsorsaken kunde justeras på plats. Det gavs tillfälle till att öka kunskapen inte bara individuellt, utan också att transferera till liknande patientfall.

Idag har mycket klinisk diagnostik ersatts av radiologisk. Det ger en bra bild, men bara över det som undersökts, exempelvis utbredning av cancerväxt. Den låga obduktionsfrekvensen av naturligt döda medför stora osäkerheter i tillförlitligheten och validiteten av rapporterade dödsorsaker och bidragande dödsorsaker.

Även polisobduktionerna – rättsmedicinska obduktioner som betalas via Rikspolisstyrelsen – har minskat, vilket innebär att brott kan missas. Sådana obduktioner är kostsamma eftersom de

innebär undersökning även av kropps-vätskor, exempelvis analys av alkoholhalt. Oftast är också våra rättsmedicinska kunskaper bristfälliga samtidigt som vi nog allmänt känner en motvilja mot att ens misstänka en onaturlig dödsorsak.

Vanligen är det inte den behandlande läkaren som konstaterar dödsfallet i hemmet, utan jourhavande läkare eller särskilda hemsjukvårdsläkare. De överläter nästan alltid till vederbörande vårdcentralsläkare att skriva dödsorsaksintyget. Därmed görs i bästa fall en kvalificerad gissning, men någon gold standard och feedback kan det inte bli utan obduktion. Hur stor andel feldiagnoser, missade diagnoser och avsaknad av underliggande sjukdomstillstånd det handlar om är inte utrett. Dessutom kanske ett antal brott och självmord aldrig klaras upp.

Orsaker till obduktionsminskning

I vissa landsting faller kostnaderna för obduktion på primärvårdsenheten respektive den enskilda sjukhuskliniken. Kostnaden kan variera från 4 000 kronor till uppåt 10 000. I Västmanland minskade antalet obduktioner med 65 % på tio år, från 274 fall år 2002 till 177 fall år 2012, trots att obduktioner fram till nyåret 2013 var en fri nyttighet. Primärvårdens andel ökade, det vill säga minskningen var störst inom sjukhusen.

Läkarna verkar vilja undvika en extra arbetsbörda när man ändå tycker sig veta dödsorsaken. Rundfrågning visar att många av mina kollegor inte tycker att dödsorsaksintyget är ett särskilt viktigt intyg. De skriver diagnosen från sista läkarbesöket eller gissar sig till vad som ändade livet.

Anhöriga förefaller också ha blivit alltmer restriktiva med att ge tillstånd till obduktion. På de flesta sjukhuskliniker är det vanligt att den yngste läkaren får ta ansvaret både att konstatera dödsfallet

och att tala med anhöriga om dödsorsak och eventuellt behov av obduktion. Detta upplevs ofta som obehagligt och undviks, framför allt när religiösa och traditionella föreställningar kan tala emot obduktion. Om utfallet av obduktionen har särskild betydelse medger dock lagen att obduktion får utföras även mot anhörigas vilja. Det kan gälla vid oförklarliga dödsfall när rättsmedicinsk undersökning inte är aktuell eller vid misstanke om smittsam sjukdom där det är väsentligt att snarast möjligt få misstanken bekräftad eller utesluten.

Dödsorsaksintygen

När någon dör är den närmast ansvarige läkaren skyldig att skicka ett dödsorsaksintyg till Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Tidigare hade Socialstyrelsen resurser att kräva in de kompletterade intygen i de fall de saknades. Så är inte längre fallet. 2011 saknades uppgifter om 1 656 dödsfall jämfört med bara enstaka fall per år för några decennier sedan. Av de saknade intygen 2011 gällde 31 barn under ett år där det är särskilt viktigt att få reda på dödsorsaken. Samma år dog totalt 235 barn under första levnadsåret, dvs. dödsorsaksintyg saknades i 13 % av fallen.

En viktig källa till kunskap om akuta dödsfall är rättsmedicinska obduktioner. Intyg baserade på dessa obduktioner har minskat, vilket bland annat påverkar statistiken över självmord. En rapporterad minskning av självmord kan således bero på att färre rapporteras in snarare än på en reell förbättring. År 2012 registrerades 1 100 självmord i Sverige enligt registret, men hur sant är det, exempelvis för äldre sjuka? Mörkertal?

Ofullständigt preciserade fall med diagnoser som "älderdomssvaghet" uppgår till omkring 3 000 årligen. Sammantaget innebär detta att närmare 5 000 dödsfall

varje år saknar meningsfull diagnos. Bakom oklara dödsorsaker kan finnas vanvård eller till och med brott.

Det är framförallt uppgifter om invärtesmedicinska och cirkulationsorganens sjukdomar som har brister, liksom död av intoxicationer, mord och självmord. För cancersjukdomar kan uppgifter om dödsorsak anses mer pålitliga. Validering av dödsorsaksregistret har gjorts avseende bröstcancer och visar god överensstämmelse med journaluppgifter, medan andra cancerformer har visat sig svårare att validera.

Konsekvenserna för forskningen blir att man inte litar på dödsorsaksregistrets uppgifter och undviker att använda diagnoser som end-points och istället använder begreppet "all cause mortality" som utfall. För det är ju i alla fall sant – är man död så är man.

Slutord

Min uppmaning blir att vara noga med dödsorsaksintygen, att ta det som en ära att begrunda hur du författat intyget, och att använda obduktionsrapport som underlag när du är det minsta tveksam, gärna i samråd med patologkollega. På så sätt ökar du din kunskap och bidrar till ökat förtroende från de anhöriga att allt gått rätt till i den medicinska vården ända in i döden. Och att dödsorsaksregistret återigen blir användbart som kunskapskälla.



Monica Löfvander
Docent i allmänmedicin, lektor
Centrum för klinisk forskning
Västmanland – Uppsala Universitet
Oxbacken familjeläkarmottagning,
Västerås
Monica.Lofvander@ki.se

Fakta

Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret omfattar alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige det år de avled, oavsett var dödsfallet inträffade. I registret ingår inte dödfödda, personer som avlidit under tillfällig vistelse i Sverige eller asylsökande utan uppehållstillstånd. Registret innehåller data från 1961 och framåt och uppdateras varje år. Det finns också ett historiskt dödsorsaksregister för åren 1952–1960. Diagnoserna är kodade enligt den internationella versionen av ICD och inte den svenska.

Dödsorsaksregistret är underlag för den officiella statistiken om dödsorsaker. Syftet med registret är att kunna beskriva dödsorsaker och följa dödlighetens utveckling i Sverige fördelat på bland annat kön och ålder. Data används också för beskrivningar av befolkningens hälsa, som underlag för insatser i hälso- och sjukvården och för forskning. Uppgifterna kan användas för att svara på frågor som: Hur många avlider under ett visst år i dödsorsaker som kunde ha undvikits? Hur ser utvecklingen av antal döda i lungcancer ut över tid? Finns det regionala skillnader i dödsorsaker?

Sverige var länge världsledande när det gäller tillförlitlig dödsorsaksstatistik. Under senare år har kvaliteten på statistiken försämrats. Utan ett kvalitetsbaserat dödsorsaksregister går det inte att säkert följa utvecklingstrender för sjukdomsgrupper, och medicinska prioriteringar försvåras [1]. Detta är en angelägenhet för primärvården och allmänmedicinen som ju måste följa det epidemiologiska läget för befolkningen och anpassa kunskap och insatser.

Kvalitetsbristen i dödsorsaksstatistiken drabbar i stor utsträckning dödsorsaker som det är särskilt angeläget att förebygga, exempelvis självmord, trafikolyckor samt alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall [3]. Statistiken över alkoholrelaterade dödsfall var av så dålig kvalitet 2011 att Socialstyrelsen initialt beslutade att inte publicera uppgifterna [3]. De narkotikarelaterade dödsfallen visar en kraftig minskning som sannolikt snarare beror på försämrade inrapportering än minskat narkotikamissbruk.

Kvalitetsförsämringen av registret har flera orsaker. Kvaliteten i dödsorsaksintygen hänger på den enskilde doktors engagemang och noggrannhet [1, 2]. En annan orsak är att sjukvården fått en alltmer splittrad organisation, och att lämna in statistik till centrala myndigheter kanske inte ses som prioriterad uppgift. Inom dagens äldreomsorg kan det till och med vara svårt att fastställa vem som är ansvarig läkare.

Dessutom har övervakningen av statistikens kvalitet försämrats. Tidigare fanns ett vetenskapligt råd där forskare kunde ge synpunkter och komma med förslag om förbättringar. Detta råd har avskaffats. Myndigheter ges också allt fler uppgifter utan resursförstärkning, och påminnelser om försummelse att lämna in dödsorsaksintyg har avskaffats.

Referenser

- Johansson, LA. Dödsorsaksstatistik-Historik, produktionsmetoder och tillförlitlighet. Stockholm: Socialstyrelsen 2010:4-33. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18019/2010-4-33.pdf>
- Johansson L, Westerling R. Jämförelse mellan diagnoser i dödsorsaksregistret och patientregistret - varför är skillna-

derna så stora? Svenska läkaresällskapets handlingar 1998:356-.

- Sveriges officiella statistik . Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen 2013:19-22. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19001/2013-2-30.pdf>

Kan ACG manipuleras?

Vårdval infördes i Jönköpings län den 1 juni 2010. Idag har befolkningen om 340 000 personer möjlighet att välja mellan 52 vårdcentraler, varav 21 privata, istället för de 32 vårdcentraler, varav 2 privata, som fanns före vårdvalet. En stor majoritet av de privata vårdcentralerna ägs av läkare som arbetar på vårdcentralen.

I och med vårdvalet uppstod en ekonomisk snedfördelning som missgynnade de tidigare vårdcentralerna. Alla vårdcentraler som godkändes av landstinget fick sig tilldelat ett geografiskt område där invånarna listades passivt. Invånarna fick information om att man naturligtvis fick lista om sig till vilken vårdcentral man önskade. Många patienter med kronisk sjukdom, t.ex. diabetes, som hade en fast kontakt med läkare och sjuksköterska på sin tidigare vårdcentral, valde tillbaka till denna. Detta medförde att flertalet av de nya vårdcentralerna till att börja med fick en "friskare" befolkning, vilket kunde verifieras i en rad olika mätningar. Eftersom c:a 80 % av ersättningen baserades på ålder fick de nya vårdcentralerna en god ersättning, medan de gamla vårdcentraler fick problem med ekonomin. Samma ersättning utgick ju för friska som aldrig sökte som för multisyjuka med stora vårdkostnader och höga kostnader för läkemedel, röntgen, lab m.m.

I ett försök att motverka denna snedfördelning av resurserna överfördes den 1 januari 2012 25 % av ålderskapitationen till ersättning baserad på ACG (Adjusted Clinical Groups, se faktaruta). Tanken var att ACG, som baseras på de diagnoser som sätts i samband med läkarbesök, skulle spegla sjukdomsbörda bättre än ålder. Äntligen skulle de "sjuka" bli mer "lönsamma"! Överföringen från åldersbaserad ersättning till ACG planeras fortsätta med 25 % per år vilket innebär att ersättningen efter ålderssammansättning helt skall ha ersatts av ACG-baserad ersättning den 1 januari 2015.

Både vårdcentraler och sjukhus använder datajournalssystemet Cosmic. En rapportgenerator, Diver, ger möjligheter till omfattande utdata på gruppnivå men även på individuell patientnivå och indi-

ACG – Adjusted Clinical Groups

Konstruerat vid Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health i Baltimore, USA. Jonatan P. Weiner har huvudansvaret och Barbara Starfield har funnit med i arbetslaget.

Baserat på kombinationen av de diagnoser som individen åsatts under en period (oftast 18 månader) grupperas individerna avseende förväntade vårdkostnader. Denna gruppering görs i två steg.

1. Alla olika diagnoser är grupperade i tolv Collapsed Adjusted Diagnostic Groups (CADG).
2. Individens kombination av en eller flera av dessa tolv CADG sorterar individen till en av 92 olika ACG-grupper.

Varje ACG-grupp har en ACG-vikt som baseras på den gruppens medelkostnader dividerat med hela populationens medelkostnader. I Sverige baseras vikterna på kostnadsdata från Östergötland från 2007. Vårdcentralens ACG-vikt = medelvärde för alla de listades ACG-vikt.

viduell personalnivå. Detta ger möjligheter att studera hur olika läkare agerar t.ex. när det gäller diagnosättning.

”Vid jämförelser avseende en lång rad mått på olika befolkningars sjuklighet finner vi att erhållen ACG-vikt stämmer sämre överens med verklig sjuklighet och vårdkostnader än vad åldersbaserad viktning gör.”

Primärvårdens FoU-enhet har sedan 2006 genomfört en omfattande årlig uppföljning där alla vårdcentraler jämförs. Syftet med uppföljningen är att stimulera och underlätta förbättringsarbetet på vårdcentralerna. Uppföljningen består av mätning av c:a 150 kvalitetsindikatorer inom olika områden. En rad mätningar handlar om den listade befolkningen på resp. vårdcentral, t.ex. antal diabetiker, antal multisyjuka äldre, läkemedelskonsumtion, socioekonomi och självupplevd hälsa. Detta ger möjligheter att studera skillnader i sjukdomsbörda mellan vårdcentralernas listade befolk-

ningar och förändringar över tid. Vi kan också studera hur graden av sjuklighet överensstämmer med diagnosättning och utveckling av ACG.

Vi vet att ålder inte kan manipuleras. Kan ACG manipuleras? Vad händer vid övergång från ett ersättningsystem till ett annat? Är ACG bättre som ersättningsystem än åldersbaserad ersättning? Dessa frågor belyses nedan.

Hur varierar diagnosättningen mellan olika läkare efter införandet av ACG? Enhetlig diagnosättning av god kvalitet är en av förutsättningarna för att ekonomisk ersättning baserad på ACG skall bli rättvis och bättre än ersättning baserad på ålder.

Införandet av ACG i vårt landsting har medfört att antalet läkarsatta diagnoser har ökat markant. Andra halvåret 2010 sattes 294 000 diagnoser vid läkarbesök i primärvården jämfört med att 573 000 diagnoser sattes under andra halvåret 2012 – en ökning med 95 %. Inte bara antalet diagnoser totalt har ökat. Även antalet personer som får diagnoser har ökat kraftigt. T.ex. har antalet personer som fått diagnosen depression (F32, F33-) ökat med 34 % mellan 2011 och 2012, antalet personer med ångest (F410, F411, F419-P) har ökat med 49 % och antalet personer med astma (J45-P) har

ökat med 37 %. Algoritmen för beräkning av ACG är en affärshemlighet, men depression, ångest och astma tillhör de diagnoser som allmänt anses bidra till hög ACG.

Det var år 2012 stora skillnader i intensiteten i diagnosättning mellan länets 52 vårdcentraler. De patienter som varit hos läkare (c:a 60 % av befolkningen) hade i genomsnitt fått drygt fyra diagnoser under året, med en variation från 2,7 till 7,8 diagnoser vid olika vårdcentraler.

Variationen i diagnosättning mellan olika läkare var än större med en variation från 1,2 till 8,3 diagnoser per patient för de 295 olika läkare som under 2012 hade haft minst 400 läkarbesök.

En del av variationen kan förklaras av att läkarna har olika patientgrupper. Yngre läkare och vikarier har mer akuta besök vilket medför färre diagnoser per patient jämfört med läkare som har större andel äldre och multisyjuka patienter. Men den stora förklaringen till variationen är enligt vår bedömning läkarnas olika benägenhet att sätta diagnoser. Skillnaderna har ökat betydligt sedan ACG introducerades.

Hur varierar diagnosättningen mellan olika vårdcentraler?

Detta kan illustreras av exemplet med vårdcentral A och vårdcentral B. I en lång rad avseenden är dessa två vårdcentraler helt jämförbara; lika stora, geografiskt näraliggande, likartad befolkning, likartad socioekonomi (bägge har CNI¹ 1,9), båda befolkningarna upplever sin hälsa som mycket god (mätt via Nationella patientenkäten), samma andel diabetiker, samma andel multisyjuka, likartad förskrivning av läkemedel (både DDD² och kostnader), samma utredningskostnader, likartad tillgänglighet, samma antal läkarbesök per listad samt likartad personalbemanning och organisation (båda är privata). Den enda tydliga skillnaden är att vårdcentral B har 50 % fler äldre (över 64 år) jämfört med vårdcentral A.

Vårdcentral B borde alltså ha högre ACG-baserad ersättning då man har betydligt fler äldre listade. Men vårdcentral A fick år 2012 13 % högre ACG-baserad ersättning jämfört med vårdcentral B, vilket i reda pengar handlar om miljonbelopp i högre ersättning. Huvudförklaringen till detta är olikheter i diagnosätt-

1) CNI (Care Need Index) beskriver den förväntade risken för att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer.

2) DDD, Definierad Daglig Dydgsdos. 1 DDD motsvarar en "normal" dygdos läkemedel.

Tabell 1

| Jämförda data | R | R2 |
|--|------|------|
| ACG vs DDD/Listad | 0,46 | 0,21 |
| ACG vs Läkemedelskostnad/listad | 0,45 | 0,20 |
| ACG vs Kostnad för kemlab, fyslab, röntgen | 0,34 | 0,12 |
| Andel 64+ vs DDD/Listad | 0,91 | 0,82 |
| Andel 64+ vs Läkemedelskostnad/listad | 0,87 | 0,76 |
| Andel 64+ vs Kostnad för kemlab, fyslab, röntgen | 0,49 | 0,24 |
| Andel 64+ vs ACG | 0,36 | 0,13 |

Korrelationer mellan ACG resp. andel 64+ och DDD/listad, läkemedelskostnad/listad, kostnad för medicinsk service/listad för länets 52 vårdcentraler.

ning på de två vårdcentralerna.

En av läkarna på vårdcentral A satte depressionsdiagnos på 15,5 %, ångestdiagnos på 23,6 % och astmadiagnos på 11,5 % av de patienter han träffade under 2012. Flitig diagnosättning utmärker även övriga läkare på denna vårdcentral. Ur patientens synvinkel kan detta knappast vara positivt, men vårdcentralen får en hög ersättning baserad på ACG. En av läkarna på vårdcentral B satte depressionsdiagnos på 4,1 %, ångestdiagnos på 2,1 % och astmadiagnos på 3,8 % av de patienter han träffat under 2012. Även övriga läkare på denna vårdcentral diagnosätter "med måtta".

Hur överensstämmer ACG-vikt med befolkningens ålder?

Det finns gott om studier som visar att en äldre befolkning, jämfört med en yngre, har fler sjukdomar och konsumerar mer sjukvård och läkemedel. I figur 1 framgår att sambandet mellan andelen listade över 64 år och ACG-vikt är svagt. Vårdcentraler med 20-25 % äldre kan ha lägre ACG-vikt än vårdcentraler med 10-15 % äldre. Beror detta på att sjukligheten i vårdcentralernas befolkningar varierar oberoende av ålder eller på att ACG kan manipuleras genom ett aktivt diagnos-sättande? Vårdcentral A i exemplet ovan ligger långt till vänster i figur 1 medan vårdcentral B ligger strax intill stapeln som anger Medel.

Hur påverkas ACG av ägarstrukturen?

I figur 1 framgår att det kan finnas ett samband mellan ägarstruktur och dif-

ferensen mellan ACG-vikt och andelen äldre i befolkningen.

Avspeglar ACG-viktning faktisk vårdkonsumtion bättre än åldersviktning?

ACG-systemet är konstruerat med syftet att ACG-vikten skall avspegla den analyserade gruppens kostnader för vård. I detta material är dock sambanden mellan ACG-vikt och de kostnader (för läkemedel och för kemlab, fyslab, rgt) vi kunnat specificera mycket svaga medan sambanden mellan läkemedelskostnader och andel listade över 64 år är betydligt starkare. Även sambandet mellan andel listade över 64 år och ACG är mycket svagt. Se tabell 1.

Sammanfattning och konklusion

I ett landsting med en välfungerande primärvård inträffade stora förändringar i intensiteten i diagnosättning när man övergick från åldersbaserad ersättning till ACG-baserad ersättning. Stora variationer sågs i diagnosättning mellan olika vårdcentraler och än större variationer i enskilda läkares diagnosättning. Vid jämförelser avseende en lång rad mått på olika befolkningars sjuklighet finner vi att erhållen ACG-vikt stämmer sämre överens med verklig sjuklighet och vårdkostnader än vad åldersbaserad viktning gör. Det framstår också tydligt att ACG kan manipuleras genom en aktiv diagnosättning.

Figur 1 finns hos redaktionen

Kjell Lindström
distriktsläkare, Med Dr
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
kjell.lindstrom@lj.se

Replik till Kjell Lindströms artikel

Nej, ACG kan inte manipuleras!

Låt mig inleda med att jag är precis lika kritisk till medikalisering av normala livsskeenden och överdiagnostik/överbehandling som de flesta av er som läser detta. Jag återkommer om detta i nästa nummer av AllmänMedicin, med rapport från konferensen Preventing Overdiagnosis som äger rum i New Hampshire i september. Likaså är jag starkt kritisk till användandet av målrelaterade ersättnings- eller vilka ofta är kontraproduktiva.

ACG uppges ibland vara en målrelaterad ersättning men kan inte ses som en sådan, utan som ett sätt att beskriva samsjuklighet hos en individ/grupp av individer. ACG kan användas till flera ändamål, i vårt land oftast för att på ett rättvisare sätt än genom bara ålder fördela resurser mellan vårdcentraler.

Under det senaste året har dock diskus-

sionens vågor gått höga huruvida ACG bättre korrelerar till vårdkostnader än enbart ålder och om ACG är manipulerbart eller inte.

Under det senaste året har dock diskus-

alls tyckte speglade den rätt blandade befolkning som är listad på vårdcentralen. När vi systematiskt gick genom journalerna och tittade på vår egen diagnosregistrering konstaterade vi att vi nästan inte registrerade några diagnoser alls även om vi förstås satte diagnoser och behandlade därefter.

Exemplen är många, men jag vill särskilt belysa de diagnoser där Kjell Lindström visar på en stor ökning. Vi hittade massor med itereringar av SSRI-recept utan kopplad diagnos. När vi nu skulle diagnosregistrera var det ibland svårt att i journalen se om indikationen var depression eller ångest. Flertalet Sym-bicortrecept saknade tillhörande diagnos liksom patienter med demens som stod på bromsmediciner. Exemplen var många och verkligen inget att vara stolt över.

Kravet att av ekonomiska skäl registrera de diagnoser som föranledde vårdkontakter av olika slag blev samtidigt en medicinsk kvalitetsförbättring i vårt arbete. Vi gick från underdiagnostik till korrekt diagnostik.

Kjell Lindström säger vidare att algoritmen för beräkning av ACG är en affärshemlighet. Det är förvisso sant att man måste betala för att använda sig av ACG och för att få tillgång till den fullständiga bakomliggande dokumentationen för indelningen i de ADG-grupper som kombinerat ger individens ACG (se faktaruta Kjell Lindströms artikel). Någon hemlighet är det dock inte.

Eftersom det är samsjuklighet som ger ökade kostnader är det kombinationen av diagnoser som ger hög eller låg ACG. Den enskilda diagnosens betydelse är i det enskilda ögonblicket svår att mäta och i så måtto är systemet ogenomskinligt och därmed betydligt svårare att manipulera än till exempel DRG som är mer direkt kopplat till diagnos och/eller åtgärd.

”Enhetlig diagnosättning av god kvalitet är en av förutsättningarna för att ekonomisk ersättning baserad på ACG ska bli rättvis och bättre än ersättning baserad på ålder”, skriver Kjell Lindström.

Är det då inte det vi ska spilla vårt krut på – att lära oss att sätta diagnoser utifrån de riktlinjer som finns? Att göra det konsekvent och aldrig sätta diagnoser som patienten inte har. Att hålla såväl den medicinskt diagnostiska som den etiska fanan högt.

Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se



Karin Träff Nordström talar på kongressen.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.

Replik: ACG manipuleras!

Jag håller med Karin TN om att vi tidigare satte för få diagnoser och att de flesta läkare nu sätter bra och lagom många diagnoser. Men några få vårdcentraler i Jönköpings län sätter på tok för många diagnoser och tillskansar sig därigenom stora belopp de inte har rätt till. Detsamma gäller säkert i resten av landet där ACG används, t.ex. i Skåne där man lär ha identifierat 15 vårdcentraler som inom kort blir föremål för medicinsk revision. Kreativiteten är stor när det handlar om pengar, och att kontrollera diagnosättning är inte enkelt! Skall vi försvara ett ersättningssystem som manipuleras? Jag tycker inte vi skall försvara ett ersättningssystem som påverkar vår professionella ambition negativt (liksom övriga ekonomiska ersättningar) och som dessutom manipuleras!

Det finns mycket att bemöta i Karins inlägg, varför jag ber att få återkomma i nästa nummer för att tydliggöra detta svåra ämne ytterligare.

Kjell Lindström

För mer läsning se Hälsoval Skånes hemsida:

http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgi-varwebben/Uppdrag__uppfoljning/Avtal---lagen-om-valfri-hetssystem/Halsoval-Skane/Vardenhet/Bakgrund-ACG-och-CNI-for-vardenhet/Ratt-diagnos-i-Halsoval-Skane/

I sin artikel beskriver Kjell Lindström att sedan ACG infördes i hans landsting har antalet läkarsatta diagnoser ökat markant, nästan fördubblats. Det är lätt att förledas att tro att detta enbart är av ondo och en följd av manipulation. Om läkarna i Jönköpings län är det minsta lika mig och mina kolleger på Brahehäl-san kan det dock vara precis tvärtom.

Inför införandet av Hälsovalet i Skåne 2009 gjordes en ACG-simulering på vår vårdcentral. ACG var 0,67 vilket vi inte

Målrelaterade ersättningar – vägen till eller vägen från målet bättre vård?

Målrelaterade ersättningar benämns på engelska vanligen ”payment for performance”, förkortat P4P, och innebär vanligen, när det gäller följsamhet till riktlinjer, att man i vården, för att få ersättningen, måste uppnå förutbestämda procentandelar av patienter där man genomfört rekommenderade kontroller eller uppnått bestämda målvärden.

Primärvården satt i början av 90-talet fast i rambudgetar. Ofta förblev budgeten oförändrad även när befolkningen ökade eller åldrades. Det spelade heller ingen roll hur väl eller hur mycket man arbetade, även om antalet genomförda besök noggrant skulle redovisas.

I mitten av 90-talet introducerades köp-säljssystem med stora förhoppningar om effektivare vård. Husläkarsystem med ersättning på bas av antal listade infördes, och efter millennieskiftet tillkom målrelaterade ersättningar.

Äntligen ...

- Äntligen skulle vi räkna annat än pinnar!

- Äntligen skulle vi få mera betalt om vi gjorde ett bättre arbete!

Men hur gick det?

Efter några år har vi successivt fått klart för oss att målrelaterade ersättningar i grunden påverkar hur vi arbetar och även vår inställning till arbetet. Debatten har i år exploderat efter Zarembas artiklar i DN.

Hur ser den vetenskapliga evidensen ut kring målrelaterade ersättningar?

Det har inte gått att visa att man uppnått bättre resultat för patienterna. Detta trots att man t.ex. inom det engelska Quality and Outcomes Framework (QOF) satsat mycket stora resurser på framtagandet av goda indikatorer och enorma summor i ersättningar (motsvarande 25 procents ökning av kostnaderna för allmänpraktikerna i Storbritannien). Anell och medarbetare konstaterar i sin ESO-rapport [1]: ”Trots skillnader i utformning av program, och i förutsättningarna, är

erfarenheterna av målbaserad ersättning i USA och Storbritannien på en övergripande nivå ganska samstämmiga. Hittills finns litet stöd för att ersättningen haft någon större effekt på verksamhetens kvalitet och för patientnyttan”.

Dessa fynd har bekräftats i två senare Cochrane översikter. Flodgren et al [2] konkluderar: ”Ekonomiska incitament har kunnat påverka vårdpersonalens beteendemönster, dock finns det ingen evidens att detta har medfört förbättringar av vården för patienter”. Medan Scott et al [3] konkluderar: ”Trots att ekonomiska incitament ofta används finns det för närvarande mycket lite evidens för att de förbättrar primärvårdens kvalitet”.

Efter ESO-rapporten och dessa Cochrane översikter har några ytterligare undersökningar publicerats. Serumaga et al som undersökte QOF-programmets effekter på hypertoni-vård fann att ekonomiska incitament inte förbättrade vårdens kvalitet och inte heller de kliniska resul-

SFAM-Q:s rekommendationer

SFAM-Q rekommenderar att befintliga målrelaterade ersättningar fasas ut och av huvudmännen ersätts av stöd och hjälp till vårdcentralernas förbättringsarbete genom:

1. återkoppling av resultat på vårdcentralnivå;
2. återkoppling av resultat till primärvårdens personal på individuell nivå;
3. att förbättringshandledare, med egen erfarenhet av att arbeta på vårdcentral, besöker vårdcentralerna och presenterar resultat och ger råd samt stödjer de lokala förbättringsprocesserna;

taten för patienterna [4]. Kontopantelis et al fann att ekonomiska incitament förbättrade dokumentationen i vården av diabetespatienter men inte handläggning av patienter eller vårdens resultat [5].

Vad händer om man avvecklar en redan införd målstyrd ekonomisk ersättning? Här tyder en studie från Kaiser Permanente av Lester et al. på att resultaten efter avvecklingen blir sämre än innan ersättningen infördes [6]. Samma tendens har setts i Östergötland beträffande ersättningar för en hög andel diagnossatta

läkarbesök (Fredric Jacobsson, personligt meddelande).

Det måste således konstateras att det för P4P inte kunnat visas några för patienter positiva effekter.

Finns negativa effekter?

Om nu det saknas evidens för positiva effekter för patienterna av P4P, hur ser då evidensen beträffande eventuella negativa effekter?

Den så kallade undanträngningseffekten innebär att personalen ägnar mera tid åt de sjukdomar och uppgifter som ersätts och mindre tid till de sjukdomar, möjligen väl så viktiga, som inte genererar någon ersättning [7]. Det kan också innebära att man, som visats i en studie av Shen [8], undviker patienter för vilka det är svårt att uppnå målen, dvs. få ersättning.

En annan väl så viktig effekt är att personalens egen motivation till ett gott arbete minskar av målrelaterade ersätt-

ningar vilket har visats av bl.a. Ryan & Deci [9, 10]. När man introducerar en belöning för ett visst beteende förändras hela kontraktet mellan uppdragsgivare och anställd, från att den anställda uppfattat sig som en professionell expert till att bli en utförare av vård enligt instruktioner [11, 12].

Det finns vidare visat att målrelaterade ekonomiska ersättningar kan medföra att de anställda förändrar sitt sätt att journalföra eller registrera i syfte att generera maximal ersättning. Detta innebär att



SFAM-Q 2012. Från vänster: Hans Brandström, Visby, Claes Hegen, Göteborg, Sven Engström, Jönköping (ordförande), Annika Braman Eriksson, Vansbro, Lennart Holmquist, Nykvarn, Eva Arvidsson, Kalmar, Andy Maun, Göteborg, Barbro Broman Johansson, Stockholm, Mikael Lilja, Östersund (ej på bild)

de ekonomiska ersättningarna snarare skapar förändrade dokumentationsvanor än förbättrad vård för patienterna. De ekonomiska incitamenten kan även resultera i knep som så grundligt snedvrider verkligheten att belöningar blir frikopplade från prestationer.

Vad vet vi?

Sammanfattningsvis visar forskningen att målrelaterad ersättning

- inte ger bättre vård för patienterna;
- när den upphör får följderna att resultaten blir sämre än innan ersättningen infördes;
- medför undanträngning av icke ersatta delar av verksamheten;
- kan göra att vårdgivare undviker sjukare patienter för vilka det är svårt att uppnå målen;
- minskar personalens egen motivation att utföra ett gott arbete;
- inte sällan orsakar snedvridding av

rapporterade data, vilket, utöver att fel enheter belönas, även medför att forskning kring primärvårdens patienter allvarligt störs.

Hur är det med mätning och återkoppling på den egna praktiken?

För personal i primärvård är det visat att mätning och personlig återkoppling på den egna handläggningen, till skillnad från enbart undervisning [13] och distribution av skriftliga riktlinjer [14], kan medföra förbättringar av verksamheten [15]. Återkopplingen får störst effekt om den som ger återkoppling är en respekterad kollega, om återkopplingen upprepas, och om den ges både skriftligt och muntligt samt inkluderar en handlingsplan [15].

Nytt policydokument för SFAM-Q

På basis av dessa kunskaper har SFAM-Q formulerat ett antal rekommendationer

(se faktaruta). Dessa ingår i förslaget till policydokument som tillställts SFAM:s styrelse. Vi hoppas att SFAM antar detta dokument, vilket ger möjlighet att på bred front förut detta budskap till allmänhet, beställare och kollegor.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.



Sven Engström
Ordförande i SFAM-Q
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
sven.engstrom@lj.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet – SFAM-Q

Visionen är att så många allmänläkare som möjligt skall inse hur givande och roligt det är att granska och tillsammans med kollegor reflektera över sin egen praktik.

Vi behöver bli flera! Är du intresserad?

Kontakta Sven Engström sven.engstrom@lj.se.

Administrationssamhället och IT

Larmen om ökande administrativ arbetsbörda avlöser varandra. Hälso- och sjukvården, skolan och polisen står för de flesta. Oftast kommer larmen från fackförbund eller debattartiklar av dem som drabbats. IT-arkitekten Jonas Söderström menar att IT-systemen är felkonstruerade då de kräver alltför statistiska uppgifter, överlappar varandra och har dålig samordning [1]. Fackförbunden inom skola, polis och vård menar å sin sida att orsaken är de ekonomiska styrmodellernas, "New Public Management", inom den offentliga sektorn [2]. Inte minst sjukvården tas som exempel.

Frågan är om de offentliga organisationerna lider av en "byråkratisk infarkt" som beror på feltänkta IT-system, eller är det ekonomerna som i strävan efter effektivitet mäter och styr så kärnverksamheten kvävs av den administrativa apparat som krävs?

I vår forskning om "administrationssamhället" har vi försökt reda ut om det finns fog för dessa alarmerande uppgifter, och vad detta i så fall beror på [3]. Ökar det administrativa arbetet för yrkesgrupper i den offentliga sektorn? Vilka orsaker finns det i så fall? Vilken roll spelar IT?

Ökar administrationen?

Den sammantagna bilden baserad på tidigare studier är att det administrativa arbetet med stor sannolikhet ökar sedan 1990-talets början. Arbetstidsmätningar pekar på att administration är en stor del av arbetsuppgifterna för personal inom sjukvård, skola och polis som konsekvens av övergripande administrativa processer [4]. Det är svårt att ange något kvantitativt mått på förändringen. För läkarna kan de administrativa arbetsuppgifterna, dvs. dokumentation, möten och kommunikation, uppgå till halva arbetstiden [5]. Variationen är stor beroende på vilken personal- eller yrkesgrupp eller vilken klinik/enhet som avses.

En tydlig förändring är att administrativt arbete sipprar ned och in i alla typer av arbete. Det finns färre renodlade

administrativa specialister, men fler som administrerar som en del i arbetet. Det är den traditionella typen av administrativt arbete, det vardagliga kontorsarbetet, som allt mer utförs av dem som arbetar i kärnverksamheten. Man blir sin egen sekreterare. Anledningen går att finna i datoriseringen av arbetsplatsen. Allt skall gå att lösa med nya datasystem och data-rutiner. Det kan ses som "amatörisering"

"Det är den traditionella typen av administrativt arbete, det vardagliga kontorsarbetet, som allt mer utförs av dem som arbetar i kärnverksamheten. Man blir sin egen sekreterare."

eftersom kontorsarbetet tidigare utfördes av utbildad personal [6]. När arbetet flyttas till var och ens skrivbord skall samma arbete utföras av för denna typ av arbete utbildad personal.

Yrkesstatistik från SCB visar att de klassiska administratörerna har minskat i antal och nya administrativa yrkeskategorier skapats [7]. Sådana "nya" administrativa yrken är till exempel ekonomer, informatorer eller strateger. Därmed kan en stor del av administrationen ha osynliggjorts i statistiken. Det finns färre administratörer men fler yrkesgrupper som sysslar med administration, och yrkesgrupper som traditionellt utfört kärnverksamheten sysslar allt mer med vardagsadministration.

Vad beror den ökade administrationen på?

Det finns inte en entydig förklaring utan en kombination av olika förklaringar på olika nivåer. På den mest övergripande nivån är en förklaring att vi lever i ett organisationssamhälle där själva idén

om organisationer och den rationella styrningen av dem är djupt rotad i vårt tänkande. De flesta anser det förknippat med goda värden att ställa upp mål, redovisa resultat, styra och utvärdera. Det kallar organisationsforskare en "rationelliserad myt", det vill säga en för-givet-tagen idé i vårt moderna samhälle [8]. Strävan att effektivisera, leda och styra organisationen på det mest rationella sättet har inneburit att man ända sedan uppkomsten av storskaliga organisationer i slutet av 1800-talet sökt efter lämpliga metoder och tekniker [9].

Ekonomisering är en andra övergripande idé. Ekonomi har blivit måttstock för hur organisationer ska ledas och styras och hur deras resultat ska bedömas [10]. Dessa två idéer, rationell organisering och ekonomi, förenas i New Public Management, den styr- och ledningsfilosofi som sedan några decennier råder i den offentliga sektorn.

En organisationsidé utifrån New Public Management har varit att avgränsa mindre delar av offentliga organisationer och göra dem till resultatenheter med eget budget- och personalansvar. Detta är en internationell trend och är ett utmärkande drag i utvecklingen av moderna förvaltningar sedan i mitten av 1980-talet [11]. Andra reformer har gått under etiketterna intern decentralisering, mål- och resultatstyrning eller beställarutförarmodeller [12].

Kopplad till New Public Management är idén om att så gott som allt vi gör kan bli föremål för mätning, utvärdering, redovisning, granskning, betygsbedömning och kontroll. Den brittiske forskaren Michael Power (1997) kallar detta fenomen för "the Audit Society" (revisions- eller granskningssamhället) [13]. Nyckeltal och omdömen blir allt vanligare och viktigare. I sjukvården kopplas mätbarheten och redovisningskraven till möjligheten att kontrollera och få insyn i arbetet under begreppet transparens [14].

När resultatenheter skapas och köpsäljssystem införs på t.ex. ett sjukhus

skapas det en mängd administrativa relationer mellan enheterna. Dessa ger upphov till transaktionskostnader [15] i form av budgetarbete, avtal, fakturor och redovisningar. Kontroll och granskning kräver administrativa rutiner. Det uppstår ett ökat behov av samordning mellan enheterna som kan ta sig uttryck i möten och ökad kommunikation. Det administrativa arbetet ökar som följd av styr- och organiseringsmodellerna. Modellerna som syftar till effektivisering kan paradoxalt nog riskera få motsatt effekt.

Vilken roll spelar IT i denna utveckling?

När det gäller IT:s påverkan på det administrativa arbetet tas det för givet att IT i olika former förenklar och rationaliserar. Retoriken kring IT har hela tiden varit inriktad på att föra fram argument om framtid, modernitet, rationalisering och effektivisering. Vi menar att IT påverkar det administrativa arbetet på åtminstone tre sätt: IT omfördelar det administrativa arbetet, IT gör att tempot blir högre i det administrativa arbetet samt att IT ökar kapaciteten för administrationen.

"Amatöriseringen" kan förklaras av användningen av datorer. Idag ska i princip varje anställd oavsett yrke ha en egen dator eftersom arbetsrutiner och administration sköts via datasystem. Det administrativa arbetet flyttar ut till varje anställd. Datasystemen konstrueras så att var och en skall "administrera sig själv", t.ex. i form av tidrapportering. I hälso- och sjukvården rapporterar läkare att de använder sig av ett tjugotal datasystem dagligen.

Ett problem med att IT omfördelar det administrativa arbetet till anställdas egna skrivbord är att kunskapen om och kompetensen för att använda IT-systemen varierar. Det finns en klyfta mellan dem som konstruerar systemen och dem som ska använda dem vilket ger frustration. Teknikerna som konstruerar systemen med alltför finesser har sällan användarna i blickpunkten eller saknar förmågan att sätta sig in i användarnas behov och perspektiv. Det uppstår ett stort behov av datautbildning, t.ex. "körtkursutbildningar".

I och med att datorerna och systemen underlättar informationshanteringen

flyttas gränserna fram när det gäller mängden information som kan hanteras. Söderström menar att systemen utformas så att de formligen vräker information över användaren som har svårt att urskilja vad som är viktigt [16]. Det finns allt fler möjligheter att inkludera finesser och funktioner i systemen, vilket är starka

"Allt detta blir ett slags självgående system där administration föder administration."

argument när nya system ska upphandlas. Kraven på att ta fram statistik och redovisningar ökar eftersom det är möjligt med hjälp av datasystemen.

Redovisnings- och mätysterin som följer av organiserings- och ekonomiseringsidéerna leder till att man konstruerar administrativa system där data samlas in och görs tillgängliga för beslutsfattare, maktbärande och ibland allmänheten. Exempel är nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, öppna jämförelser i kommunal barnomsorg och rankingar av universitet och högskolor.

Det administrativa arbetet i sig ökar. Fler sysselsätts med arbetsuppgiften att utveckla system, redovisa verksamhet och rapportera in data i systemen. Ofta görs det av personer som tidigare inte sysslat med sådant och som befinner sig i verksamheten, t.ex. sjuksköterskor, lärare och poliser. Systemen och dess konstruktörer föder nya administrativa professioner under beteckningarna controllers, beställare, ekonomidirektörer, verksamhetsutvecklare och managers. Allt detta blir ett självgående system där administration föder administration. Datorerna underlättar inte bara det administrativa arbetet utan de tenderar också att generera administration.

Sammanfattningsvis har det skett en ökning av det administrativa arbetet samtidigt som det skett en omfördelning av administrativt arbete till de yrkesgrupper som arbetar i kärnverksamheten. Omfördelningen beror på förändringar i yrkesstruktur som effekt av att man genomfört besparingsåtgärder med nedskärning av

den administrativa personalen samt en ökad användning av datorer.

Är det IT-systemen eller de ekonomiska styrmodellernas fel?

Orsakerna till det ökade administrativa arbetet kan sökas i övergripande idéer om organisering och ekonomisering. Dessa tar sig uttryck i styr- och organiseringsmodeller som ställer krav på resultat, mätning, granskning och effektivitet. IT:s roll är att den driver på det administrativa arbetet och omfördelningen av arbetsuppgifter. Med datorer och IT-system ökar kapaciteten och tempot i administrationen samtidigt som den möjliggör decentralisering av det administrativa arbetet. De organisatoriska styrmodellerna och IT passar därför väldigt bra ihop – de är samma andas barn.

Så länge som fokus ligger på organisation, styrning, effektivitet, tekniska lösningar och statistik kommer det administrativa arbetet att öka. Vill vi istället lyfta fram andra värden eller normer i de offentliga verksamheterna, som till exempel omvårdnad, lärande, etik eller empati, krävs att vi omvärderar och utmanar den rationalistiska tanke-modellen. Ett första sådant steg kan vara att utgå från de professionellas yrkeskunskaper istället för de ekonomistiska styrmodellerna.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.



Anders Ivarsson Westerberg
Docent, föreståndare

Förvaltningsakad, Södertörns högskola
anders.ivarsson.westerberg@sh.se

Förkasta förslaget till ny patientlag!

Fritt vårdval inte lösningen på hur alla kan erbjudas god och likvärdig vård

Sammanfattning

Patientmaktutredningen har på regeringens uppdrag utarbetat förslag till en ny patientlag, SOU 2013:2, och remissomgången avslutades strax innan sommaren [1]. Den nya lagen är tänkt att från januari 2015 ersätta den gamla Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, från 1982. Utöver att ge bättre överskådlighet är ett uttalat syfte med en ny lag att stärka patientens ställning inom, och inflytande över, hälso- och sjukvården. Förslaget till ny patientlag vilar dock på ett mycket bristfälligt forsknings- och faktaunderlag och i brist på kunskap blir fritt vårdval svaret på det mesta. Förslaget innebär ökad segregering i tillgången på vård, att flertalet patienters ställning inte alls förbättras samt att staten accepterar att vissa patienter får sämre vård.

Detta är en utvecklad version av Katarina Hambergs artikel *Ojämligheter i vården nonchaleras i ny patientlag* på DN Debatt 2013-08-16. Tankegångarna finns också med i Umeå universitets remissvar med anledning av delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2).

Kommittédirektiven

Enligt regeringens direktiv skulle utredningen föreslå hur:

1. Vården kan ges på mer likvärdiga villkor.
2. Patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare.
3. Patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet.
4. Berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning.

Punkt 1, hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, utgör en plattform för övriga punkter, och förslag preciserades: "Utredaren ska därför föreslå hur *regionala skillnader* i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att *kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet*" (mina kursiveringar).

Livsvillkoren negligeras

Den första och helt grundläggande punkten belyses dock knappast alls, vilket medför att hela förslaget vilar på instabil grund. Mycket förvånande nämns inget om all den forskning som belyser vårdens ojämlika fördelning i relation till bostadsort, etnicitet, kön, sexuell läggning, ålder, utbildning, arbete/arbetslöshet eller ekonomi [2-4]. Genom att bortse från etablerad kunskap om hur skillnader i hälsa och tillgång till vård hänger samman med geografi, livsvillkor och kön försöker utredningen framställa fritt vårdval som om det

vore en åtgärd för större jämlikhet.

Men fritt vårdval och konkurrens mellan vårdgivare är inte en lösning på ojämlik vård även om vårdval uppskattas av många av de patienter som har reella möjligheter att välja. Fritt vårdval i primärvården (eller sjukhusvården) blir en chimär för patienter i Tärnaby, Nordingrå eller Säffle, där långa avstånd och avsaknad av alternativ på orten innebär att sjukvård inte kan sökas på mer än ett eller enstaka ställen. Även för utsatta grupper med sämre hälsa än övrig befolkning, t.ex. låginkomsttagare, arbetslösa och utrikes födda, är det är naivt att tro att bättre information om vårdval är en verksam insats för att skapa likvärdig vård.

Utöver storstadsregionerna vore en förstärkt rätt till second opinion en bättre åtgärd än fritt vårdval för att åstadkomma likvärdig vård. En second opinion där patienten med skattefinansiering kan få resa och bli bedömd av någon annan – även i situationer när livet inte är hotat.

Det är problematiskt att bygga likvärdig vård och stärka patienters ställning i ett konkurrenssystem där bristfälliga kliniker med dåliga resultat får fortsätta arbeta och ta mot patienter som inte kan, eller kommer sig för, att välja annan vårdenhet. Lagförslaget innebär att ansvaret för att få god vård läggs på patienterna och ett statligt accepterande av att vissa patienter (särskilt de svaga grupperna i samhället) riskerar sämre vård. Lagen måste istället konstrueras så att den beaktar allas möjlighet till hälsa och sjukvård och särskilt värnar om svaga grupper.

Vilka uppföljningar behövs?

För att god och likvärdig vård skall kunna erbjudas alla patienter behöver medicinskt ansvariga chefer och myndigheter uppföljningar av vårdkvaliteten som underlag för att bedöma om vården är god nog. Det är viktigt att dessa uppföljningar även ser på vårdkedjor och hur väl primär- och sekundärvård samarbetar. Förslaget lägger istället stor vikt vid att uppföljningssystemen ska hjälpa patienter att avgöra var de vill söka vård. Utredningen talar om öppna jämförelser av patienters nöjdhet, väntetider och annat som enkelt kan mätas. Men tillämpningen av öppna jämförelser och konkurrensmått lånade från branscher som hotell & restaurang, reseföretag och andra servicenäringar lämpar sig dåligt för kvalitetsbedömning inom de flesta sjukvårdsområden. Här har utredningen inte bemödat sig om att kritiskt granska rådande trender inom öppna jämförelser, trots att internationella rapporter finns och diskussioner även pågår i Sverige om de stora problem som finns i dessa jämförelser. Patienter kan t.ex. vara mycket nöjda även när vården brister. De kan uppleva sig väl omhändertagna och respekterade om de snabbt får penicillin vid lindrig infektion, även om antibiotika-

föreskrivningen är vårdslös ur medicinsk synvinkel. Öppna jämförelser av hur väl vårdenheter lyckas uppfylla tidsgarantier av typen besök inom högst en vecka efter kontakt har även lett till undanträngningseffekter, där människor med tillfälliga krämpor fått företräde framför multisjuka med stora behov av sjukvård. Sjukvårdens kvalitet är svår att mäta på ett säkert sätt, och "öppna jämförelser" med enkla mätningar skapar kulisser som i slutändan har mycket litet med vårdens kvalitet att göra [5].

Stor okunnighet om jämställdhet

En stor besvikelse var utredningens brist på kunskap om hur det förhåller sig med jämställdheten mellan könen i hälso- sjukvården. Det är väl känt att kvinnor söker mer sjukvård än män, även när barnafödande och gynekologiska besvär borträknas. Likaså vet man att kvinnor inte bara söker mer sjukvård, de har även mer symptom än män på ohälsa, t.ex. infektioner och smärta. Forskning rapporterar också om omotiverade skillnader i behandlingen av män och kvinnor med samma grad av sjukdom [6]. Kvinnor särbehandlas negativt vid t.ex. hjärtsjukdom, artros och Parkinsons sjukdom. Män utreds sämre vid t.ex. migrän och depression. Det kan vara svårt att avgöra hur skillnaderna uppstått, men personalens förbiseende av kvinnor (eller män) finns visat i studier med såväl standardiserade patienter som skriftliga fall.

Mycket litet sägs i utredningen om jämställdhet mellan kvinnor och män i sjukvården – utöver att förslagen inte bedöms påverka jämställdheten. Med detta verkar utredarna nöjda. Men som för att blidka mig och andra som vill utjämma orättvisor lägger de till en brasklapp: Indirekt kan förslagen leda till ökad jämställdhet genom betoningen på patientcentrering och individualiserad information. Men varför skulle patientcentrering och individualiserad information gynna kvinnor mer än män? Det förklaras inte. Istället torgförs ett förvirrat tyckande om kvinnors och mäns vårdbehov som helt saknar vetenskaplig förankring och som mynnar ut i att biologiska skillnader och barnafödande kan förklara kvinnors högre sjukvårdskonsumtion. Som medicinsk genusforskare tar jag mig för pannan. Hur okunniga och ignoranta får utredare vara? Och hur har de då hanterat frågor där jag har mindre kompetens att skärskåda förslagen?

Patientcentrerad vård anpassas till vårdvalspolitiken

Ett av målen i förslaget är att patientens position i mötet med vården ska stärkas, och här lyfter utredningen fram att vården ska vara patientcentrerad. Det låter ju bra. Beskrivningen som görs av patientcentrering innehåller dock en försätlig vinkling och glidning i innebörd så att även patientcentrerad vård anpassas till vårdvalspolitiken: "I en patientcentrerad vård är patienten en partner i relationen med vårdgivaren och tar en mer aktiv roll i beslutet kring den egna vården. Detta ställer ökade krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att bjuda in patienten i diskussioner kring utformningen och utformningen av vårdinsatser. På patienten ställs samtidigt ökade krav på kunskaper

för att han eller hon aktivt ska kunna delta i beslut om vårdinsatsen" [1, sid 76]. Men patientcentrerad vård som vi känner begreppet från forskning och tidigare diskussioner handlar inte om att patienten ska behöva ha kunskaper om sjukdom och behandling för att kunna välja vård. Centrala teman i patientcentrering är istället att patientens upplevelser, erfarenheter, farhågor och behov ska beaktas i konsultationen och att patient och vårdgivare ska föra en dialog där patienten ges utrymme och möjlighet att uttrycka sina önskemål [7]. Patienter med oroande symptom eller sjukdom söker experthjälp, råd och stöd i sjukvården. Många vill inte, och kan inte, välja eller själva ta ställning till bästa behandling. Bemötandet kan ändå uppfylla alla kriterier för att kallas patientcentrerat. Utredningens sätt att beskriva patientcentrerad vård innebär att ansvaret för vård och behandling hamnar tyngre på patienten än förut.

Förslaget måste förkastas

Istället för att aktivt lägga förslag som minskar ojämlikheten i vården abdikerar utredningen i okunnighet och sjunger en slagdänga om fritt vårdval. Sjukvårdens ansvar minskar och läggs över på patienten.

SOU 2013:2 måste förkastas och en ny utredning tillsätts som beaktar allas rätt till sjukvård och särskilt värnar om svaga grupper. I synnerhet för sjuka och nedsatta patienter är detta perspektivbyte avgörande.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.



Katarina Hamberg
Professor i allmänmedicin
Umeå universitet
Mariehems Hälsocentral, Umeå
katarina.hamberg@fammed.umu.se

Vad menar vi med kvalitet i vården?

Den 4 juni i år hölls ett möte med titeln ”The Many Meanings of Quality of Health Care” på Cumberland Lodge utanför London [1]. Forskare från discipliner som sociologi, filosofi, lingvistik och antropologi samt representanter för patienter, vårdorganisationer och vårdprofessioner var där för att reflektera över begreppet kvalitet i sjukvården.

”Kvalitet har blivit en maktutövandets slogan” sade Iona Heath, allmänläkare och tidigare ordförande för SFAMs systemorganisation RCGP, i sitt inledningsanförande. Hon beskrev hur synen på människan som objekt och marginaliseringen av människan som subjekt påverkar läkarna nästan lika mycket som patienterna. Vi reduceras till utbytbara enheter i sjukvårdsindustrin: sjukvårdskonsumenter och sjukvårdsproducenter. Quality of Outcomes Framework (QOF), det brittiska systemet för målbaserade prestationsersättningar, kritiserades för sin enögda kvalitetssyn som inte värderar det omätbara, subjektiva, komplext sammansatta, eller respekterar den individuella patientens val och värderingar när de faller utanför ramverket. Hon hänvisade liksom ”Grassroots GP” till boken ”Ask the fellows who cut the hay”.

Grassroots GP

<http://grassrootsgp.org> är en hemsida med bloggar av flera brittiska allmänläkare. Med referens till ”Ask the fellows who cut the hay” (GE Evans, 1956) om en bybefolknings gedigna kunskaper om sin kultur, hantverks- och odlingskonst beskriver de bakgrunden till sitt engagemang så här*:

”Den tongivande problembeskrivningen för sjukvården utgår från behov hos politiker, läkemedelsindustrin, medicinska experter och välmenande men missledda patientorganisationer, medan patientens verkliga intressen alltför ofta åsidosätts. Konsultationsrummet är inte längre en avskild plats för patienten och läkaren utan invaderas av krav från intressegrupper som vill påverka patient-läkarrelationen. Tilliten mellan patienten och läkaren undermineras och patienten kan komma till skada på sätt som ignoreras eller underskattas.”

Låter denna problembeskrivning som en avancerad variant av bakåtsträvande kafferumsgnäll? Borde vi sluta med det och istället kompromissa med de mest inflytelserika intressenterna i kvalitetsdebatten om de minst dåliga mätetalen för prestationsersättningar? Nej, tvärtom, det kan leda till ”ossification of evidence”. ”När evidens definieras för snävt och sättet att samla evidens är för begränsat riskerar det att hämma utvecklingen” [2]. När vi anpassar oss efter förutbestämda kvantitativt definierade mallar för kvalitet stagnerar utvecklingen, för då kommer mallarna att fungera som gjutformar där verksamheten stelnar. I enveten strävan efter mätbara mål tappar vi inte bara den lidande människan ur sikte, långt från förhandlingsbordet om vad som är kvalitet för den det faktiskt gäller. Vi riskerar också att förstöra kvaliteten genom att dissekera sönder den i jakt på mätbara indikatorer. Iona Heath illustrerade detta med några strofer av Wordsworth.

Sweet is the lore which Nature brings;
Our meddling intellect
Mis-shapes the beauteous forms of things:—
We murder to dissect.

Enough of Science and of Art;
Close up those barren leaves;
Come forth, and bring with you a heart
That watches and receives.

Utdrag ur *The Tables Turned* av William Wordsworth (1770-1850)

Målet med mötet var att beskriva och förstå kvalitet ur flera och vida perspektiv. Trisha Greenhalgh, professor i allmänmedicin, var en av initiativtagarna men fick lämna hastigt återbud. Hon har tidigare talat om tvärvetenskap som

* Författarens översättning

det enda hoppet för att finna en väg ut från de återvändsgränder som medicinen kan hamna i när den baseras på kunskap definierad enligt ett enda paradigms [3]. Att främja interdisciplinärt samarbete och meningsutbyte i olika samhällsfrågor är också syftet med den stiftelse som driver Cumberland Lodge sedan 1947 då det donerades för detta ändamål av kungafamiljen.

Filosofen Havi Carels föredrag var stadgeenligt öppet för allmänheten för att sprida den etiska diskussionen ut i samhället. Hon har studerat sjukdomsupplevelsen ur ett fenomenologiskt perspektiv. Sedan några år har hon en sällsynt, obotlig lungsjukdom, och använde sina patienterfarenheter som exempel. Hon introducerade begreppet ”epistemic injustice”: att någon tar sig rätten att värdera en annans kunskap som mindre giltig än sin egen. Det händer när patienten, med sin unika kunskap om sig själv och sitt liv inte blir lyssnad på, blir missuppfattad, eller blir hörd men ignorerad. Kvalitet, menade Carel, är när vården istället hjälper patienten att formulera sin sjukdomsupplevelse och hur den påverkar tillvaron. Hon avslutade med att uppmana oss att våga hålla blicken öppen för lidande och inte gömma oss i en expertroll som döljer att vi nedvärderar patientens kunskap.

Jocelyn Cornwell är sociolog och leder The Point of Care Foundation, som arbetar med patientsäkerhet och kvalitetsförbättring ”at the point of care”. Forskningen där tar utgångspunkt i vårdens konkreta vardag. Hon tog upp flera fall av vanvård på sjukhus inklusive den nyligen upprullade Mid-Staffs-affären. Teorier om sociala system som försvar mot ångest förklarar hur destruktiva vårdkulturer uppstår [4]. Det kan vara att personalen skyddas från existentiell belastning genom att bara få ansvar för ett praktiskt arbetsmoment i stället för helheten i omvårdnaden, eller att patienterna på olika vis depersonaliseras med rationalitetsargument. Då kan dysfunktionella organisationer uppstå, med strukturer som tillåter vanvård, utan att individerna som arbetar där är illvilliga



Cumberland lodge

eller inkompetenta. Jocelyn Cornwell såg en framtid där genuin patientcentrerad vård, med utgångspunkt i patientens erfarenhet och skapad tillsammans med patienten, utmanar sådana försvarssystem och kan bli den mest omvälvande innovationen i sjukvården.

Antropologen Simon Cohn talade om begreppet tillit. Han beskrev med utgångspunkt från filmer med patient-läkarmöten på en diabetesmottagning hur tillit skapas i relationer. Även patientens tillit till sin kropp och till sin behandling kan begripas som något som görs i en relation, liksom tillit inom och mellan vårdens organisationer. Därför, menar han, utgörs tillit av sociala handlingar snarare än att vara ting eller tillgångar som kan mätas.

Kvalitet låter sig lika lite som tillit fångas med miniräknaren. Människors berättelser är deras verklighet. De talar om hur sjukvårdens resultat upplevs för den det faktiskt gäller. Denna narrativa redovisning behöver synas i boksluten. Det kan inte mätas, men beskrivas, förstås och förklaras. För det behöver medicinen

perspektiven från humanvetenskaperna som filosofi, sociologi och antropologi.

Ett förutsättningslöst lyssnande på dem som interagerar i verksamheter där sjukvård bedrivs krävs för att besvara frågan om vad vi menar med kvalitet, och vilka ”vi” är som tar oss rätten att mena något. Där, ”at the point of care”, skapas och förstås meningen med kvalitet i vården. Att den förståelsen tas tillvara är avgörande för en meningsfull kvalitetsdiskussion. Patienterna, och vårdens professionella som möter dem, måste få komma till tals om vad som är kvalitet och för vem. Ask the fellows who cut the hay! Fråga gräsrotterna, och lyssna!

För den trötta samhällskroppen vore kanske bästa boten ifall tankarna från toppen kom från roten.

Tage Danielsson,
ur Tankar från roten, 1975

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.



Josabeth Hultberg
Åby Vårdcentral, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com

Jävsdeklaration: Östergötlands läns landsting och Wellome Trust bidrog med medel till deltagande.

Statin-duell på SFAM-kongressen 2013

Farmakologisk behandling av förhöjda eller höga blodfetter har varit under debatt i många år. En viss försiktighet kvarstår, möjligen beroende på behandling för 30-40 år sedan med Atromidin som senare visade sig ge levercancer. Med nu nyare, modernare läkemedel anser många att en farmakologisk behandling har effekt på morbiditet och mortalitet och bör användas framförallt sekundärpreventivt och möjligen också primärpreventivt. Det menar Peter Nilsson, som är specialist i allmänmedicin och professor i Lund i kardiiovaskulär forskning, och som vill främja både nationell och internationell god forskning inom epidemiologin ur olika aspekter. Uffe Ravnskov, som är med. dr., docent, internmedicinare och kallar sig oberoende forskare, misstror kolesterolhypotesen. Det gör även andra – till och med vår egen hedersmedlem i SFAM, professor Lars Werkö, en portalfigur i svensk medicin som gick bort 2009. Han skrev strax innan sin bortgång tillsammans med professor emeritus Tore Scherstén, den gamle thoraxkirurgen från Sahlgrenska, en artikel i Svenska Dagbladet, där de hävdade att det är dags att förkasta hypotesen att högt kolesterolvärde är en riskfaktor för hjärtinfarkt.

Dessa två herrar, Peter Nilsson och Uffe Ravnskov, har på SFAMs chat Ordbyte diskuterat statinbehandlingens vara eller icke vara i många debattinlägg utan att någon form av konsensus uppnåtts.

Ska vi aldrig få riktig klarhet i detta med lipidbehandlingen, som ju de facto berör ett avsevärt antal människor i landet? Vilka är det som ska ha dessa läkemedel? Inga? Många? Primärpreventivt? Sekundärpreventivt? Gamla? Hereditär hyperkolesterolemi? Kvinnor? Hur stor ska risken för kardiiovaskulär sjukdom vara för att man skall behandla i så fall?

Peter Nilsson utmanade och inbjöd Uffe Ravnskov till en debatt live på SFAMs kongress i maj 2013 i Stockholm i en fullsatt sal med säkert uppåt ett hundratal åhörare som satt, hängde i fönstersmygar,



Peter Nilsson och Uffe Ravnskov i duell. Fotograf: Samuel Lagercrantz, Dagens Medicin

stod inklämda här och var samt trängdes i dörröppningen. Nu var det dags ...

Uffe tog upp sina starkaste argument mot att använda statiner och hänvisade till olika studier: Högt kolesterol är ingen riskfaktor för kvinnor, högt kolesterol är en ytterst svag riskfaktor för äldre män och i de flesta studier är det ingen riskfaktor alls. Minst 20 studier har visat att äldre människor med högt kolesterol lever längre än äldre med ett lågt och att människor med lågt kolesterol blir precis lika åderförkalkade som människor med högt kolesterol. Statinbehandling kan inte förlänga livet för kvinnor och inte heller för människor vars enda "sjukdom" är ett högt kolesterol. Slutligen menade han att patienter med akut hjärtinfarkt har lägre kolesterol än friska, och dödligheten är störst hos dem vars kolesterol är lägst.

Peter menade att många av de studier som Uffe nämnde är epidemiologiska observationer som speglade sin tids vetenskapliga utveckling, men att det numera finns mycket bättre och säkrare metoder. Dessa nyare metoder, bland annat baserade på genetiska analyser med mendelsk randomisering, har entydigt slagit fast att det råder ett kausalt samband mellan LDL-kolesterol och hjärtinfarkttrisk, oavsett vad den konventionella epidemiologin visar med sina selektioner och brister. Dessutom tyder nya metaanalyser på mycket robusta bevis för statinernas positiva effekter, kontrade Peter

Diskussionen böljade fram och tillbaka. På slutet skymtar jag en begriplig skiljelinje mellan de två. Det är när Peter nämner Cochranerapporten 2013 som argument i debatten och att statinbehandling kunde reducera mortaliteten primärpreventivt med en relativ riskminskning på 14 %. Uffe kontrar med att det i absoluta tal ju bara är en skillnad på 0,77 %.

När jag ser tillbaka får jag uppfattningen att skiljelinjen mellan de två kontrahenterna kokar ner till att Peter mer argumenterar för att utröna vilka biologiska effekter som finns med statinbehandling, hur liten effekten än är (statistisk signifikans), för att förstå mekanismer. Uffe talar mer om vad som är relevant i behandlingsväg (klinisk signifikans). Så blir min tolkning av den stundtals heta debatten.

Var det någon som "vann"? Nja... Ett mentometersystem användes för att få publikens respons. På frågan om man hade ändrat sin uppfattning om behandling med statiner efter diskussionen var det en viss övervikt för Peter. Det var varken statistiskt signifikant eller kliniskt relevant.



Bertil Hagström
Årets Lejon
bertil.hagstrom@telia.com

Annons

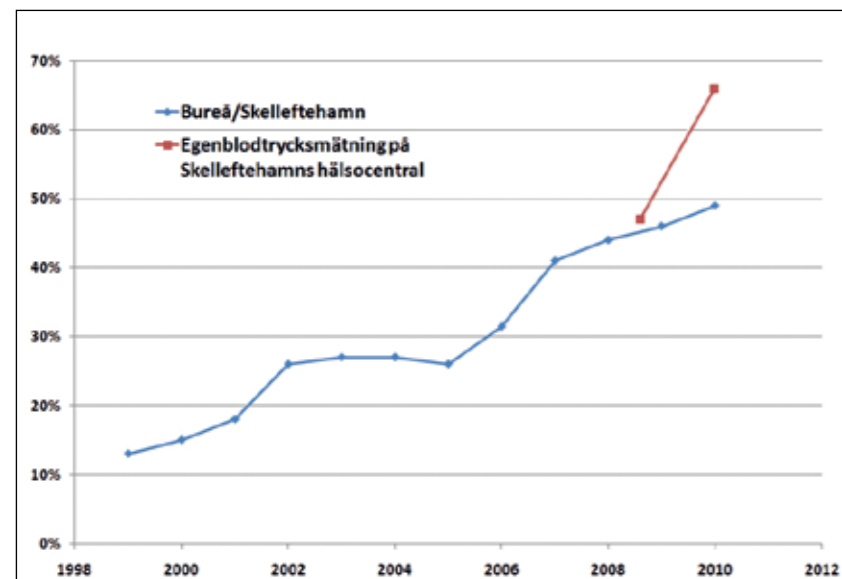
Telemedicinsk egenblodtrycksmätning är kopplad till bättre blodtrycksnivåer

Hur blir uppföljningen av blodtrycket när patienterna mäter blodtrycket själva på vårdcentralen jämfört med när läkare eller annan vårdpersonal mäter trycket? På Skelleftehamns vårdcentral har vi använt egenmätning sedan 2007. Vi har funnit att blodtrycksnivåerna ligger bättre hos de 10-15 procent av patienterna som använder egenmätning än hos övriga.

Hypertoni är den vanligaste diagnosen inom primärvården och förekommer vid 5,6 % av alla besök [1]. Då varje invånare i snitt gör 1,5 läkarbesök per år inom primärvården [2] uppskattas totala antalet läkarbesök för hypertoni till 750 000 per år i hela Sverige. Utöver detta görs åtskilliga besök hos annan vårdpersonal för blodtrycksmätning och/eller provtagning kopplade till antihypertensiv medicinering. Behandling och uppföljning av hypertoni är således mycket resurskrävande, och om den kunde effektiviseras skulle resurser kunna frigöras.

Det finns officiell statistik för blodtrycksmätning på Västerbottens hälsocentraler [3]. Den sträcker sig från 1995 till 2010 och visar andelen hypertoni-patienter med blodtryck understigande 140/90. (Figur 1 visar data från Bureå-Skelleftehamns hälsocentraler). För Västerbotten som helhet är trenden tydlig – en allt större andel av patienterna har ett välreglerat blodtryck och detta skulle åtminstone delvis kunna förklaras av en intensifierad farmakologisk behandling och uppföljning.

SBU har utifrån den samlade forskningen om hembloodtrycksmätning dragit slutsatsen att det är lika effektivt som mätning på mottagning när det gäller att behandla och följa blodtryck hos hypertoniker [4].



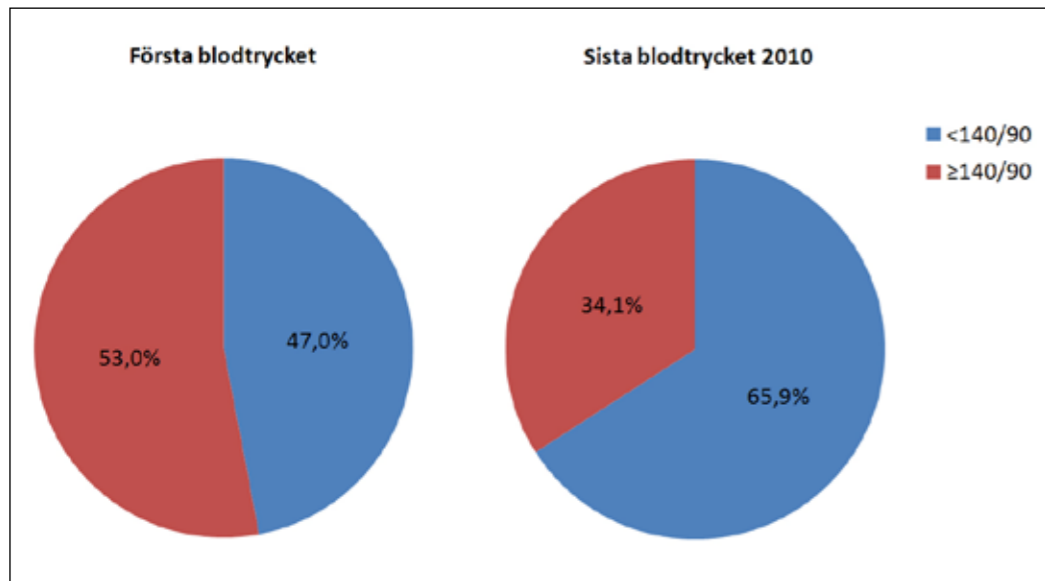
Figur 1: Andel patienter med blodtryck <140/90 sammantaget för Bureå-Skelleftehamns hälsocentraler samt för patienter med egenblodtrycksmätning på Skelleftehamns Hälsocentral. Första mätvärdet för den senare gruppen är en beräknad startpunkt utifrån genomsnittlig mätperiod på 487 dagar.

På Skelleftehamns hälsocentral har det sedan 2007 funnits möjlighet för patienter med hypertoni att själva kontrollera sitt blodtryck med så kallad telemedicinsk egenblodtrycksmätning (TEB). Vi ville ta reda på om TEB ger lika bra blodtrycksnivåer som uppföljning med traditionell blodtrycksmätning utförd av personal på vårdcentral. Det primära målet med studien var att jämföra blodtrycket vid patientens allra första egenmätning med det senast tagna blodtrycket under 2010, samt att ställa det i relation till landstingets officiella genomsnittsvärde för blodtryck tagna av vårdpersonal på Skelleftehamns hälsocentral under 2010 [4]. Som mått på tillfredsställande behandlingsnivå valdes andelen patienter med blodtryck under 140/90. Ett sekundärt mål var att åskådliggöra eventuella skillnader i behandlingseffekt mellan olika patientgrupper (diabetes och ischemisk hjärtsjukdom) och mellan män och kvinnor med hypertoni.

Metod

Studien är en retrospektiv, utforskerande observationsstudie på patienter som själva mätt sitt blodtryck på Skelleftehamns hälsocentral med användning av en internetbaserad teknik, benämnd CheckUp, vilken består av en mobil mätutrustning som möjliggör analys av olika fysiologiska parametrar, däribland blodtryck. I regel är det behandlande läkare som erbjuder patienten att mäta sitt eget blodtryck. Patienten får tid hos en undersköterska för genomgång av hur mätningen går till och får ett eget kort som vid mätningen stoppas i en kortläsare så att mätvärdet kan kopplas ihop med serienumret på kortet, vilket identifierar patienten. Efter en provmätning under undersköterskans överinseende kan patienten sedan när som helst under hälsocentralens öppethållande anmäla sig i receptionen, få sitt kort och mäta sitt blodtryck i ett ostört rum efter fem minuters vila. Från mätutrustningen överförs blodtrycket trådlöst via Bluetooth till en mottagare i CheckUp-enheten. Här tidmarkeras och kopplas mätvärdet till aktuell patient och vidareförmedlas med hjälp av mobilnätet (GPRS) till en databas i Skellefteå lasarets datacentral. När informationen når databasen förmedlas den med hjälp av webbtjänster till ett system som är tillgängligt för personalen på Skelleftehamns hälsocentral. Behandlande läkare kan via ett uthopp från journalsystemet System Cross till CheckUp Care direkt avläsa patientens blodtryck. I studien inkluderades alla patienter som var registrerade för TEB sedan starten 2007 och som hade minst två registrerade blodtrycksmätningar, varav den senaste under 2010. Vid upprepade mätningar samma dag användes sista mätvärdet.

Annons



Figur 2: Andelen patienter med egenmätt blodtryck <140/90 vid första mätningen och vid senaste mätningen år 2010.

För indelning efter diabetes och ischemisk hjärtsjukdom gjordes en diagnosökning i hälsocentralens journal. Blodtrycksdata överfördes manuellt från hemsidan för CheckUp Care till ett Excel-ark. Data från alla icke relevanta mätningar (färre än två mätvärden, ingen mätning under 2010) raderades och kvarstående data strukturerades för att möjliggöra inläsning i statistikprogrammet SPSS version 17.0. För att värdera behandlingseffekten över tid för olika patientgrupper jämfördes dels förändringen av medelvärdet för systoliskt och diastoliskt blodtryck, dels förändringen av andelen patienter med blodtryck under 140/90. Medelvärden, standarddeviationer, högsta och lägsta blodtrycksvärde samt tiden mellan mätningarna beräknades. För test av kontinuerliga data användes Students' t-test och för proportioner Chi-square test. $P < 0,05$ betraktades som signifikant.

Resultat

Totalt ingick i studien 132 patienter, 77 män (58 %) och 55 kvinnor (42 %). Genomsnittstiden mellan första och sista mätningen var 487 dagar (19–1110). Genomsnittsåldern var 61,3 år (33–86) där 95 % av deltagarna återfanns i intervallet 41–81 år.

Genomsnittsbloodtrycket för hela gruppen var vid första mätningen 137/85 mm Hg och vid sista mätningen 2010 132/78 mm Hg. Den genomsnittliga blodtryckssänkningen var således 6/7 mm Hg. Båda dessa sänkningar var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$). Andelen med välreglerat blodtryck var 47,0 % ($n=62$) respektive 65,9 % ($n=87$; $p=0,002$) (Se Figur 2).

För män minskade det genomsnittliga blodtrycket från 138,5/84,0 till 130,6/77,5 mm Hg, en minskning med 7,9/6,5 mm Hg ($p < 0,001$ för båda). Andelen med välreglerat blodtryck ökade signifikant ($p=0,021$) från 50,6 till 68,8 %. Genomsnittliga mätperioden var 494 dagar.

För kvinnor var motsvarande värden 135,2/86,9 och 132,8/79,4 mm Hg, vilket innebar en minskning med 2,5/7,5 mm Hg ($p < 0,001$ för båda). Andelen med välreglerat blodtryck ökade från 41,8 till 61,8 % ($p=0,036$) och genomsnittliga mätperioden var 482 dagar.

I gruppen diabetiker ingick 16 patienter och motsvarande värden var 136,7/83,1 respektive 136,3/79,7 mm Hg. Det systo-

statistiskt signifikant.

Gruppen som använt TEB jämfördes också med samtliga patienter där blodtrycket mätts av vårdpersonal på Skelleftehamns vårdcentral. Officiella siffror framtagna ur journalsystemet System Cross [4] visar att 391 (44 %) av totalt 875 patienter som mätt blodtrycket under 2010 hade blodtryck understigande 140/90, vilket kan jämföras med 67 % i gruppen som utfört TEB (Se Figur 2).

Diskussion

Sammantaget visar resultaten i vår undersökning att telemedicinsk egenblodtrycksmätning på hälsocentralen (TEB) var kopplad till bättre blodtrycksnivåer än vid traditionell mätning. Liknande fynd rapporterades i SBU-rapporten för egenmätning i hemmet. Det är dock osäkert vilken blodtrycksnivå som bör betraktas som övre normalgräns vid TEB. Ska det vara 135/85 som vid egenmätning i hemmet eller 140/90 som vid traditionell mätning på hälsocentralen?

Några förklaringar till de lägre blodtrycksvärdena hos patienter som mätte sitt blodtryck själva på vårdcentralen kan vara följande:

1. TEB kan ha medfört ett ökat intresse hos patienten att behandla och kontrollera sitt blodtryck, vilket kan medföra ökad följsamhet och därmed bättre behandlingseffekt.

2. En viss selektion av patienter kan ha skett, där patienter som i samråd med läkare påbörjar TEB är mer motiverade än övriga blodtryckspatienter. Det föreligger en viss överrepresentation av män. Orsaken till detta kan vi bara spekulera om men materialet tillåter inte någon närmare analys. Det är dock angeläget att beakta eventuella könsskillnader i framtida studier.

3. De lugnare yttre förhållandena utan inblandning av vårdpersonal kan ge lägre blodtryck.

Patienter med diabetes eller ischemisk hjärtsjukdom hade lägre utgångsvärden och lägre skillnad mellan initial mätning och slutlig mätning, men det är små grupper och det behövs större studier för att se om det är mer än en tillfällighet. Skillnaderna har inte testats statistiskt.

Hos män sågs en större sänkning av det systoliska blodtrycket än hos kvinnor, medan det diastoliska sänktes ungefär lika

mycket. Skillnaden mellan könen har dock inte testats statistiskt. Två av de stora problemen med dagens blodtrycksbehandling är dels bristfällig uppföljning och justering av för höga blodtrycksnivåer [5], dels dålig följsamhet till behandling [6].

Fördelar som patienterna kan uppleva med TEB är ökad delaktighet i behandling och uppföljning samt möjligheten att kontrollera blodtrycket när det passar utan att behöva boka tid. En nackdel kan vara att ingen personal finns att fråga i anslutning till mätningen, vilket vid avvikande värden kan skapa oro och kanske leda till upprepade mätningar inom en kortare tidsperiod. Patienterna har dock vid utbildningen uppmanats att meddela personal vid kraftiga avvikelser, och det finns ett tydligt anslag med den informationen i mättrummet.

Någon liknande uppföljning av patienter med högt blodtryck finns inte rapporterad. Den närmaste jämförelsen är de hemblodtrycksstudier som rapporterats och utvärderats av SBU [4].

CheckUp-systemet skiljer sig dock på några viktiga punkter från hemblodtrycksmätning. I konceptet ingår en systematisk utbildning i mätningförfarandet, vilket kan bidra till bättre kontroll av blodtrycket. Därutöver medför systemet en enkel och säker överföring av blodtrycksvärden. Sammantaget kan detta tänkas leda till en bättre kontroll av blodtrycket. Denna hypotes behöver dock studeras i en randomiserad studie mellan hemblodtrycksmätning och egenmätning på mottagning.

Då behandling och uppföljning av högt blodtryck idag är så pass resurskrävande och trenden mot allt intensivare behandling är tydlig verkar det rimligt att utgå från att egenmätning av blodtryck kommer att bli vanligare. Om det dessutom är så som vår studie antyder, att egenmätning medför rena behandlingvinster, är det ytterligare ett skäl till utprovning av nya modeller för detta.

Referenser
Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.

Jävsdekl.: Kurt Boman har finansiellt samarbetsavtal med företaget Explizit AB

Hypertoni hos äldre

Hypertonistudier

Flera stora befolkningsstudier har beskrivit risksamband rörande hjärt-kärlsjukdom där Framinghamstudien som startades 1948 i Massachusetts är en av de första. Denna studie pågår fortfarande, och nu har barn och barnbarn till den första kohorten inkluderats. I Sverige startade en av de första allmänmedicinska professorerna, Gösta Tibblin, studien 1913 års män i Göteborg, där män födda 1913 följdes från 1963, då de var 50 år gamla, vart tionde år fram tills de fyllt 80 år.

På 1970-talet startade den första studien rörande vinsten av antihypertensiv behandling hos äldre, ”The European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial” (EWPHE). Studiedeltagarna var äldre än 60 år och erhöi diuretikabehandling alternativt placebo. Uppföljningstiden var relativt kort, mindre än fem år, och resultatet visade ett lägre antal dödsfall kopplat till kranskärlsjukdom hos dem som fått

Vi vill rikta ett särskilt tack till Göran Lönnberg och C-G Hallgren som försett oss med blodtrycksdata för Västerbottens hälsocentraler.

André Brenander
ST-läkare
Skelleftehamns hälsocentral
andre.brenander@vll.se



Kurt Boman
Överläkare, senior professor,
Medicin-geriatriska kliniken,
Skellefteå, Institutionen för folk-
hälsa och klinisk medicin,
Umeå Universitet
kurt.boman@vll.se



Mats Gustavsson
Skelleftehamns hälsocentral
mats.gustavsson@vll.se



tation rörande vinsten av antihypertensiv behandling eftersom det vetenskapliga underlaget är knappt. 2008 publicerades resultat från "Hypertension in the Very Elderly Trial" (HYVET) där blodtrycksbehandling hos gamla, 80 år eller äldre, har studerats. Behandlingsmålet var ett blodtryck under 150/90, och slutsatsen var att blodtrycksbehandling är värdefullt även i denna åldersgrupp. Det måste dock understrykas att HYVET-studiens deltagare var relativt friska äldre eftersom de med kliniska demenssymptom, sjukhemsboende, ACEI-behandlad hjärtsvikt, njursvikt eller oförmåga att stå upp eller gå hade exkluderats [4].

Ålder och blodtryck

Flera åldersrelaterade faktorer påverkar blodtrycket vid stigande ålder. Arteriell stelhet samt försämrad baroreceptorkänslighet är två viktiga huvudfaktorer där den sistnämnda ökar känsligheten för blodtryckssänkande läkemedel och risken för

postural hypotension [5]. Det är väl känt att både systoliskt och diastoliskt blodtryck stiger från medelåldern och uppåt. Vid hög ålder sker en förändring där tidigare studier visat olika resultat: att både systoliskt- och diastoliskt tryck sjunker eller att enbart det diastoliska trycket sjunker medan det systoliska trycket stiger linjärt även vid hög ålder [6-8].

Opublicerade resultat från en studie jag och mina kollegor genomfört, "Study on Health and Drugs in Elderly in Nursing homes in Sweden" (SHADES), där gamla, sjukhemsboende personer deltagit, visar att det systoliska blodtrycket sjönk under en period om 30 månader, inte beroende av ändrad blodtrycksmedicinering. Det var också ofördelaktigt att ha ett systoliskt blodtryck <125 mmHg då studien startade, eftersom det fanns ett samband med ökad dödlighet. Det låga systoliska blodtrycket bedömdes vara en markör för försämrad hälsa och inte orsaken till den ökade dödligheten i sig. Det har tidigare visats att graden av demenssymptom ökar vid lågt systoliskt blodtryck [9, 10].

Farmakokinetik

Åldrandet medför farmakokinetiska förändringar som förstärker effekten av många läkemedel, även antihypertensiva. Vad gäller läkemedelsupptag påverkas inte detta nämnvärt för läkemedel som tas upp via diffusion. En fjärdedel av alla över 70 år har dock en atrofisk gastrit vilket påverkar upptaget av läkemedel beroende av lågt PH. Läkemedelsdistributionen påverkas desto mer i en åldrad kropp beroende på att det totala kroppsvattnet minskar med 10-15 % upp till 80 års ålder vilket ger en minskad distributionsvolym för vattenlösliga ämnen, exempelvis digoxin, och som följd ökad blodkoncentration [11]. Diuretika minskar den extracellulära volymen och ger således en ytterligare

ökad blodkoncentration av vattenlösliga läkemedel och kan hos den åldrade patienten leda till dehydrering, hypovolemi och elektrolytrubbningar [12].

I motsats till kroppsvattnet ökar kroppsfettet med ökad ålder. Detta ger i sin tur en ökad distributionsvolym och ökad halveringstid för fettlösliga läkemedel. Vissa läkemedel binds i muskelmassan, exempelvis digoxin, och med åldern sker en succesiv minskning av muskelmassan med 50 % hos båda könen vilket ger en ökad blodkoncentration av dessa läkemedel.

Levermetabolismen av läkemedel varierar mer mellan individer än beroende på ålder. Om samtidig leversjukdom föreligger kan metaboliseringsförmågan minska. Utsöndringen av läkemedel via njurarna påverkas även av åldrandet eftersom njurens förmåga att filtrera blodet minskar med 30-50 % från cirka 40 till 70 års ålder. Vattenlösliga läkemedel/

läkemedelsmetaboliter riskerar att ackumuleras vid försämrad filtreringsförmåga [11]. Blodtryckssänkande läkemedel hör inte till de läkemedel som vanligtvis innefattar risker för ogynnsamma effekter vid behandling, men det finns studier som påtalar ett orsakssamband mellan digoxin [13, 14], betablockerare [14] och konfusion hos äldre.

Slutsats

Sammanfattningsvis bör hypertoni inte negligeras utan behandlas även hos åldrade patienter, men som behandlande läkare måste man vara extra observant, följa upp behandlingen och genomföra dosreduceringar och även utsättningsförsök av läkemedel när det behövs.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.

Historisk tillbakablick

Redan de tidiga egyptierna gjorde pulsmätningar och blodtrycket mättes första gången 1733 av den engelske vetenskapsmannen Stephen Hales (1677-1761) som experimenterade med arteriella blodtrycksmätningar på en häst.

Kvicksilvermanometern introducerades 1828 av Jean Poiseuille (1797-1869) men det dröjde till 1800-talets andra hälft innan non-invasiv blodtrycksmätning möjliggjordes. Dagens blodtrycksmätare härstammar från en mätare utvecklad av Scipione Riva-Rocci (1863-1937), en italiensk läkare som 1896 beskrev en metod att mäta blodtrycket, på vilken dagens teknik är baserad [1]. 1898 påvisade Robert Tigerstedt, finlandssvensk fysiolog och professor på Karolinska Institutet i Stockholm tillsammans med sin medarbetare PG Bergman att njurarna har effekt på blodtrycket via renin [2]. Detta fynd låg till grund för upptäckten och förståelsen av renin-angiotensin systemet, RAAS.

Annons



Karin Rådholm
Distriktsläkare, forskarstuderande
Mantorps vårdcentral
IMH, Linköpings universitet
karin.radholm@lio.se

Effekter av lätt motion på livskvalitet, kardiovaskulära riskfaktorer och genuttryck hos överviktiga personer med och utan typ 2-diabetes

Bakgrund och mål

Vid typ 2-diabetes föreligger en ökad risk för vaskulära komplikationer i hjärta, hjärna och ett flertal andra kroppsgorgan. Risken för att utveckla typ 2-diabetes är relaterad till individens genetiska arv, övervikt, en låg grad av fysisk aktivitet och socioekonomiska faktorer.

I studie 2 inkluderades 213 personer i åldern 60±5,3 år och med BMI 30,2±3,8 kg/m² utan fysiska eller medicinska funktionsnedsättningar. Glukostoleranestet vid studiestart möjliggjorde uppdelningen av deltagarna i personer med normal glukostolerans, nedsatt glukostolerans eller typ 2-diabetes.

Deltagarna lottades till kontrollgruppen eller motionsgruppen. Motionsgruppen instruerades att öka sin fysiska aktivitet med fem timmars stavgång per vecka, medan kon-

trollgruppen instruerades att fortsätta sitt dagliga liv som vanligt.

Vid studiestart och efter fyra månader mättes kroppsmått, blodtryck och blodkemiska variabler som i studie 1 och deltagarna besvarade ett formulär

”Våra forskningsresultat kan innebära ett dilemma i samtalet om livsstil och motion med våra patienter.”

med frågor om hälsorelaterad livskvalitet (SWED-QUAL). Dessutom genomfördes konditionstest med mätning av syreupptagningsförmåga, och muskelbiopsi från lårmuskeln togs. Muskelproverna analyserades med avseende på genuttryck för ett antal mitokondriella gener som reglerar syntesen av enzymer inblandade i cellernas glukos- och fettförbränning. Deltagarna i motionsgruppen förde dagbok över sina stavgångspromenader.

Resultat

I studie 1 visade intention-to-treat-analysen ingen signifikant förbättring av kroppsmått, fysisk kondition, glukosmetabolism, blodfettstämning eller blodtryck. De 17 deltagare i motionsgruppen som uppnådde

80 % eller mer av föreskriven ökning av motionsgraden förbättrade däremot signifikant BMI, systoliskt/diastoliskt blodtryck och total kolesterolnivå i blodet.

I studie 2 ökade den självrapporterade fysiska aktiviteten för deltagare med normal glukostolerans, nedsatt glukostolerans och typ 2-diabetes i motionsgruppen. Hälsorelaterad livskvalitet vid studiestart var lika god som eller bättre än ett ålders- och könsmatchat svenskt befolkningsurval för 12 av de 13 livskvalitetsskalorna som ingår i

”Det är lättare att genomföra livsstilsförändringar om man inom relativt kort tid kan konstatera resultat av till exempel regelbunden motion.”

SWED-QUAL. Sömnkvalitet, kroppsvikt, BMI och midjeomfång förbättrades i motionsgruppen med normal glukostolerans efter fyra månader med stavgång. I motionsgruppen med nedsatt glukostolerans förbättrades den fysiska konditionen. Smärta från rörelseapparaten, relaterat till stavgångsaktiviteten, rapporterades i liten eller ingen omfattning. De deltagare i motionsgruppen som uppnådde 80 % eller mer av föreskriven stavgång förbättrade sin fysiska kondition i samtliga grupper.

Muskelvävnadsprov från 79 män och kvinnor med normal glukostolerans och 33 män och kvinnor med typ 2-diabetes analyserades för ett antal gener, som kodar för syntesen av enzymer som spelar en viktig roll för förbränningen av glukos respektive fria fettsyror i muskelcellernas mitokondrier. Vid studiestart var genuttrycket för enzymet pyruvate dehydrogenase kinase 4 (PDK4) tydligt ökat för männen i gruppen med typ 2-diabetes. För männen med normal glukostolerans ökade uttrycket för PDK4 efter motionsperioden men inte för männen med typ 2-diabetes. PDK4 bidrar till att styra energiproduktionen i cellens mitokondrier mot ökad fettförbränning.

Slutsatser

Regelbundna promenader på 45 minuter, tre gånger per vecka under fyra månader, förefaller inte medföra en tillräcklig mängd motion för att påverka de kliniska

parametrar som vi har studerat. Genom att öka motionsgraden till stavgång fem timmar per vecka kunde vi visa att kroppsvikt, BMI, midjeomfång och sömnkvalitet förbättrades i gruppen med normal glukostolerans och att den fysiska konditionen förbättrades i gruppen med nedsatt glukostolerans. Stavgång utgör möjligen en miniminivå av motion som krävs för att förbättra kardiovaskulära riskfaktorer och mitokondriella genuttryck. Promenader och stavgång kan rekommenderas i primärvård som en säker introduktion till regelbunden motion till låg kostnad, till personer med typ 2-diabetes eller förstadierna till den sjukdomen.

Våra resultat antyder att personer med typ 2-diabetes har en något förhöjd förbränning av fria fettsyror, som en kompensation för den försämrade glukosförbränningen som utgör ett grundproblem för denna sjukdomsgrupp. Vi kunde notera tecken till förbättrad fettförbränning för dem med normal glukostolerans, i form av ökat PDK4-uttryck efter en period av stavgång, men inte för gruppen med typ 2-diabetes. Det är välkänt sedan tidigare att motion

som leder till förbättrad fysisk prestationsförmåga också leder till förbättrad fettförbränning. Det tycks som om personer med typ 2-diabetes inte kan tillgodogöra sig de positiva metabola effekterna av motion i samma utsträckning som personer som har normal glukostolerans.

Det är känt att relativt måttlig grad av regelbunden motion är förenat med ökad livslängd, hos såväl friska personer som hos personer med typ 2-diabetes. Våra studier, liksom liknande studier som gjorts på andra håll, har visat måttlig eller inga effekter av låg till måttlig motion på flera av de kardiovaskulära riskfaktorerna som vi normalt registrerar hos våra patienter med diabetes och kardiovaskulär sjukdom.

Personliga reflektioner

Våra forskningsresultat kan innebära ett dilemma i samtalet om livsstil och motion med våra patienter. Det är lättare att genomföra livsstilsförändringar om man inom relativt kort tid kan konstatera resultat av till exempel regelbunden motion. Ökad livslängd är inte ett sådant resultat. Om det är så att personer med typ

2-diabetes har svårare att uppnå positiva hälsoeffekter av motion än icke-diabetiker, så utgör det också en komplicerande faktor i livsstilssamtalet med min diabetespatient. Jag har inga enkla svar på hur man på bästa sätt kan argumentera för att öka motionsgraden hos personer med typ 2-diabetes eller personer som av andra skäl har anledning att vara mer fysiskt aktiva. Vi har väl alla hamnat i olika typer av samtal om livsstil med våra patienter och jag tar gärna del av kloka kollegors synpunkter om detta.



Tomas Fritz
Sickla Hälsocenter, Nacka
tomas.fritz@sicklahalsocenter.se

Fritz T. Physical activity in normal and impaired glucose tolerance and Type 2 diabetes mellitus. Karolinska Institutet 2012. ISBN: 978-91-7457-839-3. Handledare: Per Wändell.

Mitt mål har varit att studera effekterna av ökad fysisk aktivitet på kliniska riskfaktorer för hjärt-/kärlsjukdom, hälsorelaterad livskvalitet och på det genetiska uttrycket för mitokondriella enzymer som är centrala i glukos- och fettmetabolismen, hos överviktiga personer med typ 2-diabetes, nedsatt eller normal glukostolerans.

Metod

Två olika motionsstudier genomfördes. Båda omfattade en studieperiod på fyra månader.

I studie 1 inkluderades endast personer med typ 2-diabetes; 27 i interventionsgruppen och 31 i kontrollgruppen. De var 60,0±6,5 år med diabetes sedan 6,0±5,5 år tillbaka, BMI 32,0±5,3 kg/m² och långtidssockervärde (HbA1c, Mono S standard) 6,3±0,9 %. Angivna mätvärden är medelvärde ± SD. Motionsgruppen rekryterades från en vårdcentral medan kontrollgruppen rekryterades från en annan näraliggande vårdcentral. Denna studie var alltså inte randomiserad. Motionsgruppen instruerades att öka sin fysiska aktivitet med 45 minuter rask promenad tre dagar per vecka, medan kontrollgruppen instruerades att fortsätta sitt dagliga liv som vanligt. Vid studiestart och efter fyra månader mättes blodtryck, BMI, åldersjusterad fysisk arbetsförmåga, blodkoncentration för glukos, insulin, HbA1c och blodfetter.

Allmänmedicinsk undervisning och forskning i Umeå

Den allmänmedicinska enhetens historia vid Umeå universitet började 1976 då en veckokurs i primärvård introducerades vid läkarprogrammet. Kursen blev uppskattad av studenterna vilket banade väg för allmänmedicin som eget ämne. 1980 inrättades den första självständiga kursen i allmänmedicin som innefattade en halv dags introduktion, en veckas praktik på vårdcentral och en dags uppföljning. De följande åren utökades kursen till tre veckor fördelat under utbildningen. Efter översyn av läkarprogrammet vid Umeå Universitet utökades vårt ämne år 2000 till sex veckor vilket är dess nuvarande omfattning (9,1 högskolepoäng). Samtidigt förnyades den pedagogiska inriktningen mot studerandeaktiva inlärningsformer, bl.a. casemetodik.

Bemannning

Vi har tre universitetslektorat i Umeå och ett lektorat på vardera av de tre regionala universitetssorterna. Två kursadministratörer finns i Umeå och en på vardera kursort i regionen. Dessutom har vi deltidsanställda adjungerade lärare vars löner betalas av respektive landsting, fem lektorer och fyra adjunkter, fördelade över de fyra universitetssorterna.



Utbildning

Studenterna rankar allmänmedicinkursen och praktikperioderna på vårdcentral högt. Undervisning om utredning och behandling av de vanligaste sjukdomarna är mycket uppskattad. De inledande fem terminerna är förlagda till Umeå och sedan vårterminen 2011 utbildas en tredjedel av studenterna från termin 6 till 11 regionalt i Luleå, Östersund och Sundsvall. Samundervisning sker med övriga specialiteter under andra terminer i syfte att belysa det allmänmedicinska perspektivet vid olika sjukdomar. Vår undervisning är förlagd enligt nedan.

Termin 5

Studenterna går efter en halv dags introduktion på en veckas praktik på vårdcentral. Syftet är att få en första inblick i allmänmedicinskt arbetssätt genom att följa allmänläkaren i mottagningsarbetet, möta kliniska problem hos enskilda patienter samt öva klinisk undersökningsteknik och provtagning. Studenterna förväntas skaffa sig en inblick i andra yrkesgruppers verksamhet. Efter avslutad praktik presenterar studenterna sina uppgifter och reflekterar över nyvunna erfarenheter i grupp med lärare från allmänmedicin.

Termin 6

Nu har vi vår huvudkurs i allmänmedicin. Under första dagen ger vi en föreläsning i konsultationsteori som sedan följs av konsultationsövningar genomförda med ”proffspatienter” som söker för ”kontroll av blodtrycket”. Målsättningen är, förutom att genomföra en bra konsultation och en adekvat undersökning, att öva sig i att fatta medicinska beslut och att förmedla detta till patienten under en begränsad tid. Konsultationen videoinspelas och studenterna får feedback från patient och handledare. Ett uppskattat moment kallas ”korta primärvårdsfall”. Här ska studenterna avgöra hur snabbt olika patienter ska erbjudas tid på mottagningen utifrån en kort symtombeskrivning. Under veckan arbetar man också med allmänmedicinska case, som illustrerar komplex medicinsk och psykosocial problematik, samt träning i motiverande samtal (MI). Det flesta av de tidigare katedrala föreläsningarna har ersatts av inspelade föreläsningar om bl.a. hypertoni, fysisk aktivitet på recept och glesbygdsmedicin.

Termin 8

Undervisningen inleds med två introduktionsdagar med kombinerade föreläsningar/gruppövningar om den medicinska beslutsprocessen, infektioner i primärvård, urinvägsinfektioner, inkontinens, distriktsläkarens arbete samt friskfaktorer och en inspelad föreläsning om läkemedelsbiverkningar med patientfall. Därefter åker studenterna på två veckors praktik. De har då mottagning parallellt med sina handledare, gör en preliminär bedömning och får feedback på sin bedömning och planerade åtgärder. Efter praktiken ska studenterna redovisa ett patientfall som väckt deras intresse och där handläggning och behandling studeras utifrån aktuell EBM-baserad kunskap. De analyserar även en vetenskaplig artikel där resultatet förstörats i media och ger förslag på hur man kan förklara för den enskilde patienten vad begreppet risk innebär.

Termin 11

Under sista utbildningstillfället med 1½ veckas praktik i primärvård inklusive MVC ges studenterna möjlighet att tillämpa sina kunskaper från hela läkarutbildningen och träna helhetsperspektivet.

- Läkarstudenterna i Umeå rankar allmänmedicinkursen mycket högt.
- Lärare från Allmänmedicin medverkar under övriga kliniska kurser.
- Allmänmedicin i Umeå bedriver en framgångsrik och bred forskning med forskningsfrågor hämtade från kliniska vardagen.

Examination

Examinationen sker terminsvis med obligatoriska moment som exempelvis gruppövningar och case-redovisningar. På termin 5, 6 och 8 examineras studenterna även vid skriftligt slutprov med 2-3 allmänmedicinska frågor. Färdigheter och förmåga examineras genom att vi deltar med en allmänmedicinsk OSCE*-station i slutet av terminerna 6 och 8.

Forskning

Forskningsaktiviteten vid enheten har ökat och diversifierats markant under de senaste 15 åren. Det har tidigare förekommit en fruktlös diskussion inom svensk allmänmedicin om vad allmänmedicinsk forskning ska vara; en diskussion som sannolikt skrämt bort och uteslutit många goda allmänmedicinska forskningsämnen. I Umeå har vi en pragmatisk tolkning av vad allmänmedicinsk forskning är: det är alla forskningsfrågor som är sprungna ur den kliniska vardagen i

primärvården. Vilka metoder man sedan väljer att studera dessa frågor med är av sekundär betydelse, vilket innebär att vi har doktorander som använder allt från experimentella, epidemiologiska till kvalitativa metoder. Vi har flera samarbetspartners, t.ex. beteendemedicin, internmedicin, epidemiologi, psykiatri, prekliniska institutioner samt samarbeten med andra fakulteter vid universitetet.

Våra forskningsämnen avspeglar den allmänmedicinska vardagen med frågor rörande de stora folksjukdomarna depression, hjärt- kärlsjukdom, hypertoni, inkontinens och diabetes. Till det kommer folkhälsoforskning, t.ex. betydelsen av ungdomars psykiska hälsa för senare psykisk och fysisk hälsa samt välbefinnande. Vi har en stark genusprofil samt forskning som berör undervisning vid läkarprogrammet.

Den akademiska allmänmedicinen i Sverige är på stark framfart. Undervisning och praktik i ämnet allmänmedicin kommer med största sannolikhet att öka enligt förslaget till ny läkarutbildning. Behovet av disputerade allmänläkare ökar. Fler disputerade allmänläkare ger oss större möjligheter att själva initiera stora regionala och nationella samarbetsprojekt på primärvårdspopulationer som nedanstående exempel inom diabetesområdet.

Forskningsförberedande kurs

Sedan 1998 ger enheten för allmänmedicin kursen ”Grundläggande forskningsmetodik för läkare i norra sjukvårdsregionen” (30 hp över tre terminer) som riktar sig till läkare i de fyra norrlandstingena. Kursen ges som uppdragsutbildning och finansieras av deltagarnas arbetsgivare. Examinationen består dels av genomförande av deltagarens egna mindre forskningsprojekt, dels hemtentamen av det teoretiska kursinnehållet som motsvarar 15 hp. Kursinnehållet har utvidgats och kursen är numera godkänd som teoretisk del av forskarutbildning vid Umeå Universitet, vilket bidragit till kursens popularitet bland blivande doktorander. Lärarna kommer från vår egen enhet, den medicinska fakulteten i övrigt liksom externt och internationellt, vilket bidrar till kursens goda renommé. De första tre kurserna riktade sig till ST-läkare och specialister i allmänmedicin, men sedan 2003 deltar specialister och ST-läkare från sjukhusen.

*Objective Structured Clinical Examination

De senaste kurserna har ca en tredjedel av de 25 deltagarna/kurs kommit från primärvård. En uppföljning efter de första 10 kurserna visade att 41 av 134 kursdeltagare hade gått vidare till att bli doktorander.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin

Vetenskapsrådet utlyste 2009 medel för att skapa en nationell forskarskola i allmänmedicin i syfte att förbättra den allmänmedicinska forskningen och skapa en ny välutbildad generation allmänmedicinska forskare. Efter en internationell bedömning av tre starka ansökningar fick allmänmedicin vid Umeå universitet uppdraget att i samarbete med Linköpings och Göteborgs universitet starta skolan. Skolan har blivit en succé och tar under hösten in sin femte kull doktorander. En utförligare beskrivning av skolan finns i Läkartidningen 2012/37 (1) och i AllmänMedicin 1/2013 (2).

Diabetesforskning

Diabetesforskningen utgör en stark profil på enheten. Vi är koordinatörer för ett stort regionalt diabetesregister (3) vilket har medfört att vi deltar i flera nationella och internationella samarbetsprojekt.

Ett av de största internationella projekten är EU-projektet InterAct som studerar interaktionen mellan genetik och livsstilsfaktorer för uppkomsten av typ 2 diabetes (4). InterAct har en studiepopulation med ca 12 000 incidenta patienter med typ 2 diabetes från åtta europeiska länder och en referenspopulation med ca 16 000 individer. Inom InterAct har allmänmedicin i Umeå bl.a. studerat hur självskattad hälsa påverkar insjuknandet i typ 2 diabetes (5). Vi fann att låg självskattad hälsa var associerat med insjuknande i typ 2 diabetes även efter att vi tagit hänsyn till t.ex. BMI, kön, ålder och en mängd livsstilsfaktorer.

Övriga frågor som studerats inom InterAct är t.ex. hur sambandet mellan sötade läskedrycker (6), fysisk aktivitet (7) och social ojämlikhet (8) påverkar insjuknandet i typ 2 diabetes.

Svaret på huvudfrågan om det finns en interaktion mellan genetik och livsstilsfaktorer kommer att presenteras inom kort, men resultatet kommer sannolikt inte skilja sig från redan publicerade studier, dvs. det är svårt att finna ett sådant samband. En förklaring är att typ 2 diabetes har en komplex etiologi. Man vet t.ex. att de som har förstegradssläkting med diabetes har ökad risk att utveckla sjukdomen men detta samband förklaras inte av de typ 2 diabetesgener som identifierats hittills (9). Därmed kvarstår att om man vill identifiera personer som har ökad risk för att utveckla diabetes så står sig enkla frågor, om diabetes finns i släkten och om motionsvanor, samt att mäta midjeomfång eller beräkna BMI (10).

Frågan om självskattad hälsa hos patienter med diabetes har studerats i ett annat europeiskt samarbetsprojekt. Där fann vi att personer med typ 2 diabetes som angav en låg självskattad hälsa hade en ökad risk för tidig död efter att vi tagit hänsyn till sedvanliga riskfaktorer (11). Det kliniska värdet i primärvården av uppgiften om självskattad hälsa i relation till diabetes men också andra sjukdomar undersöks vidare av en av våra doktorander (12).

Vi har initierat nationella samarbetsprojekt där vi t.ex. studerat effekten på HbA1c av tidigt insatt insulinbehandling vid latent autoimmun diabetes hos vuxna (LADA). LADA är en autoim-

mun form av diabetes där insjuknandet liknar typ 2 diabetes. Patienterna har autoantikroppar som vid typ 1 diabetes och majoriteten av patienterna behöver insulinbehandling inom några få år för sin metabola kontroll. Studien gjordes i samarbete mellan vår enhet, allmänmedicin i Malmö och Göteborg samt diabetes- och endokrinologienheten i Malmö. Vi fann att trots en tidigt insatt insulinbehandling hade LADA-patienterna sämre metabol kontroll än patienter med typ 2 diabetes efter nio års uppföljningstid, vilket kan tyda på att LADA-patienterna har en mer aggressiv sjukdom (13).

Vi har även genomfört studier med kvalitativa metoder. I en studie från 2009 intervjuades specialister i allmänmedicin om sin erfarenhet av att behandla patienter med typ 2 diabetes med fokus på prevention av hjärt-kärlsjukdom i denna sjukdomsgrupp (14). Det framkom att läkarna gärna avsåg sig ansvaret för diabetesbehandlingen och hänvisade till diabetes-sköterskorna som läkarna ansåg vara mer uppdaterade och insatta i diabetessjukdomen. Vid en liknande studie, genomförd bland diabetessköterskor, där vi var biträdande handledare, upplevde sig sköterskorna övergivna av läkarna (15). Båda studierna är kvalitativa och man kan inte generalisera fynden. Men stämmer bilden finns det mycket att göra för att förbättra team-arbetet på hälsocentralerna.

Referenser

Fullständig referenslista kan fås från redaktionen.

Olov Rolandsson
Universitetslektor, enhetschef
Umeå Universitet
olov.rolandsson@fammed.umu.se



Eva Fhärm
Adjungerad universitetslektor,
studierektor för forskning
Umeå Universitet



Katarina Hamberg
Professor i allmänmedicin
Umeå universitet
Mariehems Hälsocentral, Umeå
katarina.hamberg@fammed.umu.se



Herbert Sandström
Universitetslektor,
studierektor för grundutbildningen
Umeå Universitet



Anders W Jonsson: Jag vill säkra kompetensen i primärvården!

Anders W Jonsson är en av upphovsmännen till världsmodellen. Som ordförande i Socialutskottet har han sjukvårdspolitiskt inflytande och rankades nyligen av Dagens Medicin som femma bland sjukvårdens makt-havare. I en intervju i AllmänMedicin 4/2012 manade han SFAM att "vara på hugget" och driva på för att säkra kompetensen. I den här intervjun utvecklar han tankarna om primärvård och fortbildning.

Anders W Jonsson är centerpartistisk riksdagsman. Han är också läkare och arbetar som sådan kliniskt en dag i månaden. Han har studerat medicin på KI, gjort sin AT i Stockholm och är sedan 1994 specialist i barn- och ungdomsmedicin. 1998 erhöll han en överläkarterjänst vid barnkliniken i Gävle, där han också tjänstgjort som verksamhetschef. Sedan tidig ungdom har centerpolitik legat Anders W Jonsson varmt om hjärtat. År 2006 rekryterades han till statsrådsberedningen som förhandlare för Maud Olofsson och fick på så sätt insyn i socialpolitiken, inte minst den genomgripande socialförsäkringsreform som kom att hanteras av Cristina Husmark-Pehrsson (M).

Vad förhandlar man om i statsrådsberedningen?

- Allting från utnämningar av generaldirektörer till viktiga propositioner. Innan förslag från departement och statsråd läggs på regeringens bord passerar de ett förhandlingsmaskineri på statsrådsberedningen. Först när samtliga

fyra förhandlare inom alliansen gjort tummen upp för ett förslag, lämnat vidi som det heter, tar regeringen det formella beslutet.

Hösten 2010 blev Anders W Jonsson riksdagsman och avslutade därmed uppdraget i statsrådsberedningen för att nå

Anders W Jonsson

Ålder: 52 år

Yrke: Barnläkare med klinisk tjänstgöring en gång per månad

Uppdrag: Riksdagsman, 1:e vice partiordförande för centerpartiet, ordförande för Riksdagens Socialutskott, ledamot av Utrikesnämnden

Familj: Hustru och två döttrar

Bor: Gård i Gästrikland

Senast lästa bok: Ted Kennedys memoarer

Hobby: Ridning och hästhoppning, rekordet är 1.10 m

Trivs med: Att åka skidor i fjällen

Ogillar mest hos andra: Översittarfasoner
Bäst i centerns partiprogram: Föreningen av människornas frihet och det ekologiska sammanhanget



Anders W Jonsson är barnläkare, vice partiledare för centern, riksdagsman och ordförande i Socialutskottet

got år senare hamna i, som han uttrycker det, "partiledarkarusellen". Han var en av tre kandidater beredda att efterträda Maud Olofsson. Det hela slutade med att han utsågs till förste vice partiledare. Sedan hösten 2011 är Anders W Jonsson gruppleddare för centerpartiet i riksdagen. Tanken är nämligen att vice partiledaren skall stå utanför regeringen och inte vara statsråd, utan i stället fungera som parlamentarisk ledare. Ett år senare fick han ytterligare ett uppdrag. Han blev ordförande i Riksdagens Socialutskott och efterträdde därmed sin partikamrat Kenneth Johansson.

Har du som ordförande för Socialutskottet makt att påverka utvecklingen av primärvården?

- Både ja och nej. Utskottet är en bricka i ett större spel, och makten ligger inte hos utskottet utan hos regeringskansliet. Men jag och flera andra medlemmar inom Socialutskottet ingår i något som kallas Socialstyrelsens insynsråd, ett stort bollplank till generaldirektören och en kommunikationsväg mellan arbetsliv, politik och myndighet. Genom detta kan utskottet indirekt påverka utvecklingen.

Vårt samtal flyter på i snabb takt. Anders W Jonsson är klar och koncis och verkar veta vad han vill. Han tvekar inte heller att svara på personliga frågor. En stark sida, menar han, är hans förmåga att motivera människor, att kunna entusiasmera dem och att få dem att tycka att det dom gör är meningsfullt och roligt. Men det finns också andra sidor.

- Jag är rätt dålig på

att följa upp saker och ting. Struktur och organisation är inte min starka sida och jag trivs bättre när jag får vara motivator. Som gruppleddare är det viktigt att omge sig med människor som inte är alltför lika en själv och som kompletterar det man inte är bra på. Som verksamhetschef i Gävle hade jag förmånen att få arbeta tillsammans med en biträdande chef som till professionen var sjuksköterska. Hon var strukturerad och kunde hantera organisationer och processer. Vi kompletterade varandra på ett utmärkt sätt.

Anders W Jonsson och hans kollegor på statsrådsberedningen har varit med om att sy ihop den världsmodell som numera blivit lagstadgad för primärvården. Han betraktar denna reform som "en otrolig framgångssaga".

Du är nöjd med värdvalet. Är det trots detta något du skulle vilja ändra på, nu när vi fått en del erfarenheter av systemet?

- Världsreformen har varit en omfattande strukturförändring. Göran Stiernstedt, chefen för vård och omsorg på SKL, sa en gång att man bör akta sig för att ändra för mycket på en gång. Han hade nog kvar en del av oron efter det vi åstadkom under förra mandatperioden. Jo, visst finns det detaljer som kan förbättras, men några större förändringar är inte att vänta. Och utformningen skiljer sig en del mellan landstingen. På många håll har man kommit långt, på andra håll har det gått sämre genom att privata initiativ har haft svårt att göra sig gällande.

Vilka detaljer tänker du då på?

- En viktig fråga när det gäller primärvård är att säkra kompetensen för personalen. Och då ser jag det som en patientsäkerhetsfråga, inte som en arbetsmiljöfråga, även om det ibland kan hänga ihop. Och jag tycker också att det är viktigt att arbetsuppgifter och resurser överförs från specialiserad vård till primärvård.

Vilket anser du bör prioriteras?

-Att säkra kompetensen inom primärvården. Både för läkare och sjuksköterskor. Här är det angeläget och även möjligt

att åstadkomma något på nationell nivå. Däremot kan rikspolitiken inte besluta över huvudet på landstingen hur de ska fördela sina resurser, det måste växa fram organiskt.

Vad skulle du göra med primärvården om du hade ett trollspö i handen?

- Då skulle jag trolla bort allmänläkarbristen. Vi försökte åtgärda den för några år sedan, då vi tog bort lagkravet på specialistkompetens i allmänmedicin. Vi följde utvecklingen i Norge där samma reform ledde till att sjukhusspecialister började flytta ut till primärvården. Vi vet ännu inte hur världsreformen påverkat läkartätheten i vårt land, men det vore märkligt om den inte haft effekt. Det som talar för detta är tillkomsten av 253 privata vårdcentraler.

"...vad vi närmast behöver är en frivillig modell för registrering av arten och mängden av fortbildning. Här tycker jag att den norska modellen med poäng för godkända fortbildningsaktiviteter är högintressant."

Vad var det som gjorde att den nationella handlingsplanen havererade, den som innebar nio extra miljarder till landstingen för utbyggnad av primärvård?

-Det berodde på att allt hamnade i landstingens "svarta hål", dvs. till att täcka budgetunderskott, och ingenting hände i primärvården. Det fanns i stort sett lika många allmänläkare 2000 som 2006. Den typen av stimulansbidrag ger alltså mycket liten effekt. Det kunde man se redan på utfallet av de könsatningar som gjordes under tidigt 90-tal. Landstingen hävdade då att köerna berodde på dålig ekonomi. Staten tillsköt närmare 40 mil-

jarder, men det hände absolut ingenting. Nu har vi erbjudit landstingen en enda miljard, men bara om man kan visa att man kortat ner köerna. Och nu ser vi att väntetiderna försvinner.

Eftersom stimulansbidrag saknar effekt på utbyggnaden av primärvården började vi i stället diskutera strukturfrågor, och nu har det ju som bekant hänt en hel del.

Slutligen kommer samtalet in på fortbildningen och SFAM. Bör den enskilde allmänläkarens kompetensutveckling granskas med jämna mellanrum? Vill du införa recertifiering?

- Jag är inte främmande för en framtida recertifiering av läkare. Det är anmärkningsvärt att det idag inte krävs någon omprövning av kompetens efter uppnådd specialistkompetens när t ex landets revisorer måste genomgå granskning vart femte år för fortsatt auktorisation. Recertifiering ligger långt fram i tiden, men vad vi närmast behöver är en frivillig modell för registrering av arten och mängden av fortbildning. Här tycker jag att den norska modellen med poäng för godkända fortbildningsaktiviteter är högintressant. Kan SFAM titta närmare på detta i samråd med SKL vore det mycket bra. Min åsikt är att allmänläkarna har särskilda skäl att gå före och visa på vägar till bättre fortbildning. Inte bara för att de tycks ha minst tid av alla specialister för fortbildning, utan också för att de arbetar självständigt och saknar de tillfällen till kollegiala samtal som sjukhusläkarna får automatiskt när de går sina ronder.



Gösta Eliasson
Ordf. i fortbildningsrådet
gosta.eliasson@sfam.se

Reflektioner i en småländsk sensommarnatt

När jag var tio år började jag och min bästa vän bryta oss in i ödehus. Fuktdoftande lockelser som övergivits när små jordbruk inte längre garanterade en familjs överlevnad utan tvingat husets invånare på flykt efter en dröm. Åkrarna brukades av de större, mekaniserade jordbruken men husen lämnades orörda och blev med åren invädda i spindelnät och krönta av slagna källardörrar som vi tog oss in igenom. Det var Danskens hus, Ruts i Broatorp och – framförallt – Ebbas i Hult. Med bara fötter smög vi omkring på de knirrande golven och fantiserade om de människor som i generationer bott i husen innan de lämnats tomma. Många var de berättelser som skapades av gulnade fotografier, gamla kopparkärl och möjliga trasmattor. Många var också de berättelser som fanns om Ebba i Hult och hennes man.

Ebba var strävsam, sådär lutheranskt strävsam som bara en smålänning kan bli. Hon och hennes man förblev ofrivilligt barnlösa och det sades att Ebba vid ett flertal tillfällen syntes vid det som var kvar av de medeltida offerkällor som låg i bygden. När dessutom Ebbas man fick svaga nerver och tidvis var inlåst på stadens mentalsjukhus kom hon inte längre till kyrkan på söndagarna. Det var upprinnelsen till de historier om henne som vi fick höra som barn. Barnlösheten och makens nerver blev två stigman som marginaliserade henne i socknen. Ebba levde ensam och isolerad i sitt hus tills hon blev för sjuk att leva kvar. Därefter blev huset ett ödehus.

Min hembygd var trolsk, John Bauer-trolsk. Tyngd av ett svårmod lik hembygden som skildras i Tomas Bannerheds "Korparna". Med familjehemligheter som genom det sociala arvet präglat generationer. Man ärver sitt lidande. Ett socialt lidande som inte är sjukdom men som idag tenderar att bli det genom en allt generösare psykiatrisk diagnossättning.

Skam och skuld isolerar människan och gör henne sjuk och krymper hennes livsvärld. Men i vården möter hon som patient personal som har en biologisk syn på människan och som inte längre ser sjukdom som ett straff, som en konsekvens av eget handlande. Nuför-

tiden drabbas vi av sjukdom - och tack och lov för det. Människan ska inte behöva känna skuld för att hon blir sjuk. Samtidigt riskerar vår syn på sjukdom att patologisera lidandet genom att inte se det i dess kulturella kontext.

Känslan av skuld består. Om inte hos den sjuka så hos vårdpersonal. Det händer alltför ofta att vårdpersonal tar på sig skulden då vi misslyckas att bota och lindra. Resultatet blir utredningar som drivs för långt och remisser som svämmar över kanten på det digitala journalsystemet.

Sjukvården riskerar i sin strävan efter bot och lindring att frånta patienten hennes autonomi och göra henne passiv. Läkning i betydelsen återvunnen hälsa kan ske på så många olika sätt. En känsla av hälsa – kalla det livskvalité om du vill – är möjlig hos även den sjukaste om man kan bryta den isolering och fjättring till kroppen som sjukdom skapar.

Det ligger nära till hands att använda ödehuset som metafor för den hemlösa tillvaro en sjuk människa upplever. En intighet där tiden står still och livet måste bryta sig in genom slagna källardörrar. Där det finns ett före och ett efter att huset avbefolkades, eller sjukdomen drabbade. Att vara läkare är att få ta del av livsberättelser som överträffar fiktionen. Förhoppningsvis kan vi som läkare smygga över de knirrande golven och befolka huset på nytt. Kanske öppna ett fönster och släppa in lite frisk luft som ett steg på en väg till ökad autonomi och livsutrymme.



Tova Rylander
ST-läkare
Lammhults vårdcentral

Annons

Saskia Bengtsson – årets allmänläkarvän

Saskia Bengtsson, distriktsläkare i Bankeryd i Småland, är en känd debattör i Ordbyte. SFAM har utsett henne till Årets lejon, Dagens Medicin till Årets brandfackla och Jönköpingsposten till Maj månads jönköpingsbo. Nu har Distriktsläkarförbundet utsett henne till Årets allmänläkarvän.

Motivering:

”Hon strider på ett föredömligt sätt för allmänmedicinska specialitetens särart och för kvalitet i vården, i ordets egentliga bemärkelse, samt ifrågasätter gärna givna sanningar inom sjukvården.”

Ett hemma-hos-reportage med Saskia kommer i AllmänMedicin 4/2013.



Jan Håkansson i Krokoms blir hedersdoktor

Jan Håkansson, distriktsläkare vid Krokoms vårdcentral i Jämtland, har utsetts till hedersdoktor vid Umeå universitet. Insignierna mottar han vid universitetets årshögtid den 19 oktober, då han också håller en föreläsning. Det lär vara den första allmänläkaren på tolv år som får denna utmärkelse.

Jan Håkansson är ordförande i SFAM-L, läkemedelsterapirådet och han blev 2009 utsedd till Årets Lejon för sina insatser. Han är ledamot av Läke-medelsverkets läkemedelsnämnd och har tidigare varit ordförande i Jämtlands läkemedelskommitté. Under åren har han gjort sig känd som skribent och debattör i AllmänMedicin och Läkartidningen. År 2011 utsåg Läkartidningen hans artikel om statiner och sekundärprevention till årets artikel i klassen medicinsk kommentar.

Så här lyder motiveringen:

”Jan Håkansson har i ett par decennier varit en aktiv och vetenskapligt kreativ allmänläkare i den Norra sjukvårdsregionen. Hans fokus har varit förebyggande medicin, läkemedelsfrågor, särskilt vid hjärt-kärlsjukdomar och är inom dessa områden en nationell auktoritet. Han har



Jan Håkansson på SFAM:s kongress 2013.
Fotograf: Ingrid Eckerman

också under lång tid medverkat i undervisningen av läkarstudenter vid Umeå universitet på ett uppskattat och betydelsefullt sätt.

Jan Håkansson har utfört sina insatser med Krokoms vårdcentral, Jämtland, som klinisk bas. Utan större faciliteter eller särskilda materiella resurser på sin arbetsplats har han med respekt och uthållighet bidragit till kunskaper som fått stor spridning. Hans betydelse för Umeå universitet rör framför allt insatserna i läkemedelsfrågor

och kardiella spörsmål. Hans samarbetspartner och medarbetare har varit akademiska företrädare för avdelningarna klinisk farmakologi och kardiologi.

Vidare har han genom sin medverkan i undervisningen för läkarstudenter bidragit till en utmärkt klinisk undervisning. Genom sin personlighet och sin vetenskapliga nyfikenhet har han varit en god modell för blivande läkare under flera decennier.

Jan Håkansson är medlem i Läke-medelsverkets nämnd sedan 2003 och ordförande i SFAM.L. (Svensk förening för allmänmedicin; Läke-medelsrådet) sedan 2001. Han har under de senaste 15 åren aktivt medverkat i utvecklingen av läkemedelsfrågor både inom allmänmedicin och på bred nationell nivå.

Jan Håkansson har skrivande och framträdande präglas genomgående av kloka resonemang. Han har en kritisk hållning och genomgående kännetecknas texterna och inläggen av sakliga och välgrundade argument. Han är väl påläst och har ett stort förtroendekapital i breda kretsar.”

”Ovanligt välförtjänt belöning för långvarigt, kunnigt, balanserat, idogt, uthålligt och seriöst arbete med främst läkemedelsbehandlingsfrågor ur ett vardagligt, allmänmedicinskt perspektiv.” Dagens Diabetes

Årets Jämtlandsläkare 2012

Jämtlands lokalföreningar för SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) och DLF (Distriktsläkarförbundet) har delat ut priset ”Årets distriktsläkare 2012”.

Pristagare är Per Malm, specialist i allmänmedicin och distriktsläkare vid Odensala hälsocentral i Östersund.



Per Malm

I motiveringen framförs bl.a. att Per Malm under 30 års tid arbetat som distriktsläkare på samma hälsocentral och erbjudit sina patienter en kontinuitet. Han har sett många patienter utvecklas från barn till vuxna och från medelålders till gamla och fungerat som husläkare för flera generationer i samma familj.

Per Malm arbetar även som mobil läkare och erbjuder hembesök och hemsjukvård till äldre som har svårt att ta sig till hälsocentralen. Han är dessutom känd som ”radiodoktorn” som representerar distriktsläkarna utåt i media och bidrar till en allmänt ökad kunskap om sjukdomar, egenvård och sjukvård.

Annons

In memoriam: Calle Bengtsson, Göteborg

Calle Bengtsson gick bort i mars 2013, 78 år gammal. Han var Göteborgs universitets första professor i allmänmedicin, och han formade den allmänmedicinska institutionens verksamhet från starten 1983 fram till sin pension år 2000.

Calle var bondson från Vårgårda och växte upp som nummer fyra av fem syskon. Hans lärarinna i folkskolan uppmärksammade hans begåvning och bidrog till att han fick fortsätta studera. Via realskolan i Herrljunga och gymnasiet i Alingsås valde han att studera till läkare i Göteborg. Hans första vikariat var som kirurg i Eksjö, dit hans hustru hade rekryterats som operationssköterska. Han insåg att internmedicin skulle vara en mer passande specialitet. 1985 blev han också specialist i allmänmedicin och utnämndes till professor i allmänmedicin, i kombination med tjänst som distriktsläkare vid Olskrokens vårdcentral i Göteborg.

Med hjälp av regionens distriktsläkare och vårdcentraler formades kursen i allmänmedicin till en av de populäraste kurserna på Göteborgs läkarutbildning. Största delen var förlagd till vårdcentralerna där studenterna tillägnade sig kliniska kunskaper under professionell handledning. Tidigt byggde Calle upp samarbete mellan Göteborgs universitet, vårdcentralerna och FoU-enheterna och stärkte därmed intresset för forskning och utbildning inom allmänmedicin.

Han forskade inom epidemiologi och allmänmedicin. Hans stora insats var initierandet av Populationsundersökningen av kvinnor i Göteborg på Sahlgrenska Sjukhuset 1968. Han ägnade en stor del av sin forskartid åt att engagera de 1 462 deltagande kvinnorna i återkommande undersökningar. Hans kvinnostudie var banbrytande och internationellt upp-

märksam; ingen befolkningsstudie av kvinnor i världen har pågått under så lång tid med så god medverkan och med så noggrann uppföljning.

Viktiga upptäckter har gjorts. Kvinnors hälsa sammanhänger till stor del med



Vårgårda IK på väg mot stafettseger över Herrljunga SK vid klubbmatch i friidrott på Tånga Hed i Vårgårda 1960. Calle Bengtsson får pinnen av Lars-Bjarne Nygren vid den sista växeln. Foto Helge Olsson.

andra faktorer än mäns hälsa. Detta gäller till exempel hjärtkärlsjukdomar. Andra fynd är samband mellan tidig menopaus och benskörhet; att tiden efter menopaus är en väsentligen positiv tid och att kvinnor inte har mer psykiska besvär före menopaus än efter menopaus; att mycket amalgam i tänderna inte ökar risken för cancer eller andra sjukdomar och att

tandlöshet snarare än amalgamfyllningar är associerad med ohälsa.

Calle Bengtssons breda medicinska kunnande parades med människointresse. Han var en god kollega och forskargrupsledare som generöst stöttade och handledde ett stort antal doktorander och forskarkolleger. Många distriktsläkare och sköterskor handledes fram till disputation inom vitt skilda allmänmedicinska områden såsom diabetes, hypertoni, livsstilsbehandling av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, telefonrådgivning, övre luftvägsinfektioner, upptäckt och prevention av cancer i primärvården och kvalitetsarbete i primärvården.

Han var en av allmänmedicinens centrala företrädare i Sverige och han var en uppskattad doktor i Göteborgs primärvård. Han återkom ofta till primärvårdens stora betydelse för folkhälsan och verkade för att forskning skulle bedrivas på vårdcentraler lika naturligt som på det stora sjukhuset. I hans stora forskarnätverk ingick Islands och Finlands allmänmedicinska forskare, och han besökte ofta sina kolleger i Reykjavik och Helsingfors och gav – och fick – inspiration till fortsatt allmänmedicinsk forskning. Han tilldelades medalj av Islands president och blev utnämnd till hedersdoktor vid Tammerfors

universitet. Han var vetenskaplig sekreterare i SFAM 1985-1993, och mellan 1996 och 2003 var han chefredaktör för Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Under de sista åren av sitt liv var han aktiv som professor emeritus och fortsatte att delta i Kvinnoundersökningen, som nu är drygt 40 år gammal. Han deltog



Calle Bengtsson

i forskargruppsmöten och bidrog med idéer och uppslag om nya studier och om viktiga fakta och detaljer ur alla studier som genererats ur Kvinnoundersökningen.

Han skapade från början på Allmänmedicinska institutionen en kultur där umgängesformer och relationer arbets-

kamrater mellan präglades av öppenhet och förtroende. Hans egen karaktär av enkelhet och anspråklöshet bidrog till denna goda miljö. Han var mycket mån om att kvinnorna i Kvinnoundersökningen, som bidrog med hälsodata, skulle få information om sitt hälsotillstånd.

De resultat och det livsverk som Calle lämnar efter sig är stort och betydelsefullt. Hans arbetssätt, både vad gällde hans person och hans forskning, präglades av naturlighet och framsynthet. Den medicinska teknologin var inte särskilt utvecklad när hans forskning påbörjades. Med enkla hjälpmedel (t ex måttband, väg och klocka) gjorde han med envetenhet och uthållighet kliniska iakttagelser som på sikt visat sig vara av stort värde (t ex beräkning av höft-mage kvot – begreppen ”äppelform” resp. ”päronform”).

Han var i ett tiotal år sekreterare i universitetets dåvarande Forskningsetik-kommitté (numera Regionala etikprövningsnämnden). Genom sin omsorgsfullhet blev han en uppskattad person i kommitténs arbete. Han var noga med detaljer i ansökningshandlingar, och många forskare fick skärpa sina formuleringar och etiska överväganden innan

ett godkännande signerades. Ett rum vid Etikprövningsnämnden har fått benämningen ”Calle Bengtsson”, och på en tavla på väggen sitter han och blickar ner på dagens nämndledamöter och påminner om de goda forskningsprinciper som han var med om att utforma.

Han var också en idrottens tillskyndare och utövare. Det blev många Vasalopp och många Göteborgsvarv, även om gångsporten låg honom närmast om hjärtat. Han följde många av de livsstilsråd som nu är aktuella. Långt före moderna nationella riktlinjer var han ett efterföljansvärt exempel för motionslöpnings.

Calle Bengtsson hade betydelse för oss som förebild, forskarkollega och god vän. Saknaden efter honom kommer att finnas lång tid. Vi, hans forskarkolleger och tidigare medarbetare, sörjer honom.

Cecilia Björkelund, Bengt Mattsson

Kontaktperson
Cecilia Björkelund, prof allmänmedicin
Sahlgrenska akademien, GU
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se
Tel 0707980503

Vad gör lokalföreningarna?

SFAM har 27 aktiva lokalföreningar. Men det är sällan ni syns i AllmänMedicin! Skriv några rader om något ni arbetat med och hur det gick. Skicka gärna med en bild på styrelsen till chefredaktor@sfam.se.

Hur ser ditt mottagningsrum ut?

Hur är det möblerat? Vilka färger? Vad ser du genom fönstret? Vad ser patienten? Hur mycket inflytande har du haft? Tag några bilder och berätta! Skicka till chefredaktor@sfam.se.

Hippokratesutbytet

Åk till Europa under två veckor och auskultera hos en allmänläkare! Se till att tillgodoräkna dig veckorna i din ST-utbildning. Storbritannien, Tjeckien, Israel, Spanien, Portugal, Israel, Danmark är några av de 26 länder du kan välja mellan. Du kan också ta emot en kollega på din arbetsplats, eller göra båda.

Hippokratesutbytet startades av en dansk allmänläkare år 2000, Dr Per Kallestrup, för att främja internationella kontakter mellan yngre allmänläkare. Detta växte och togs över av Vasco da Gama Movement 2008. Vasco da Gama Movement är rörelsen för ST-läkare och nyblivna specialister i allmänmedicin inom Wonca, världsorganisationen för allmänläkare. I år har redan 90 utbyten ägt rum inom Europa. Även utbyten mellan Europa och Brasilien samt Kanada har ägt rum och är under utveckling.

Hippokratesgäst på Stensö hälsocentral

Dr Hugo Rodrigues från Portugal kom till oss på Stensö hälsocentral i februari 2013 på ett Hippokratesutbyte. Han fick gå bredvid personalen på hälsocentralen, det vill säga med psykolog, sekreterare, undersköterska, specialistsjuksköterskor, allmänläkare och ST-läkare. På ett personalmöte presenterade han skillnader och likheter mellan våra olika primärvårdssystem och bidrog intresserat med diskussioner och idéer.

Hugo Rodrigues kom med tåg till Kalmar från Kastrup och jag hämtade honom i bilen på stationen och körde honom (han ville inte ha bälte) till norra delen av stan där han fick bo hos en snäll kollega. Det var snöigt och kallt, men han hade förberett sig med kängor och varm jacka. En cykel fick han låna, och på den tog han sig sex kilometer följande morgon för att auskultera hos en av specialisterna på hälsocentralen.

Språket var inget problem. Han förstod vad patienterna menade genom att få vissa delar tolkade, men mycket kom naturligt via kroppsspråk och icke-verbal kommunikation. Han var imponerad av våra varma hus, och jag glömmer aldrig hur han gestikulerade när han berättade om hur han satt med sin dunjacka på sig och skulle sticka in ett kallt stetoskop under patientens dunjacka för att lyssna på hjärtat. På hans vårdcentral i Portugal är rummen riktigt kalla under vinterhalvåret.

I Portugal skriver han alla journaler själv och ska dessutom föra utförlig statistik över alla sina patienter. Han var lite avundsjuk på våra duktiga sekreterare. Elektroniska recept var också något som kändes lyxigt och patientsäkert. I Portugal jobbar han i team runt sina patienter, något som vi vill införa för att göra samarbetet lättare på vår hälsocentral.



Tre frågor till Dr Hugo Rodrigues:

Why go on a scientific exchange?

To discover how another health system works. Discovered that we have that opportunity and I wanted to know if our health system was as good as they describe it here in Portugal. I had a personal curiosity about the Scandinavian system and chose Sweden specifically because I had previous knowledge about some of your system aspects and the special attention you give to the family support.

What did you experience during your exchange, both professionally and on a personal level?

On a professional level I've learned some technical procedures, specially administration of injections (that I'm also learning now). In a personal way, it was a major advantage since it helped to discover some problems in the Portuguese system (which could be fixed or prevented by learning your history).

Will you recommend it to a colleague?

I did, I do and I will. In this moment my "intern-sister" (my tutor's other intern) is quite tempted to experience the exchange program, and I help my colleagues by answering their questions and doubts.

Att åka på hippokratesutbyte

Du som är ST-läkare i allmänmedicin eller har arbetat mindre än 5 år som specialist (GP trainee and junior GP) är välkommen att åka på utbyte. Det som krävs är att du formulerar pedagogiska mål och skriver en reseberättelse. Det finns möjlighet att vinna pris för bästa reseberättelse och få en del av kostnaden tillbaka. EU-pengar kan också finansiera detta projekt men måste då sökas nationellt cirka 2 år före utbytet.

Bli värd för ett hippokratesutbyte

Jag vill uppmana dig som är allmänläkare att anmäla dig som värd för ett hippokratesutbyte. Som utbytesansvarig i Sverige har jag fått minst tio mail från ST-läkare som vill komma hit, men jag har ännu ingenstans att placera dem. Det enda du förbinder dig till är att svara ja eller nej på en förfrågan om utbyte, inom två veckor efter att mailet anlänt. Boende, mat och resa får ST-läkaren själv bekosta. Den som är värd behöver göra ett schema (schablon finns) och godkänna utbytet med sin underskrift.

All information finns på hemsidan www.vdgm.eu, där det även står om andra aktiviteter inom Vasco da Gama Movement. Där finns alla dokument som behövs för ett utbyte samt tidigare reseberättelser.



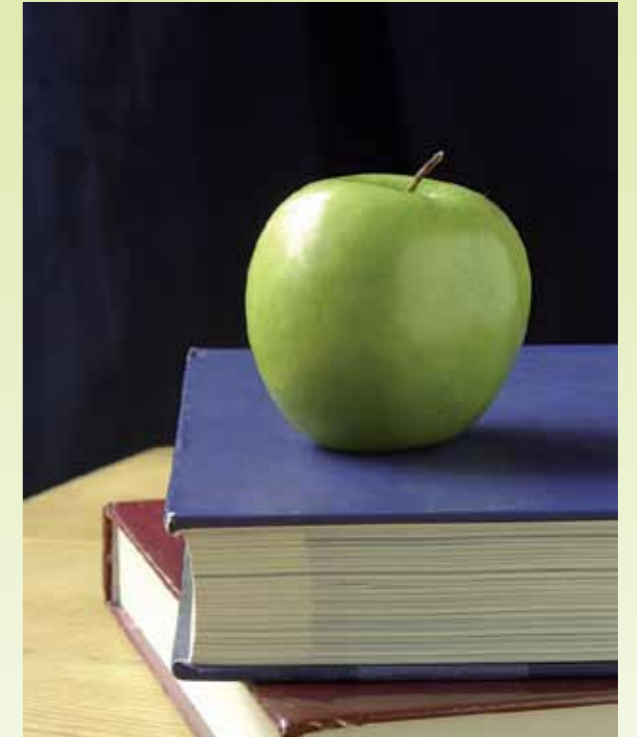
Sofia Eriksson
ST-läkare, Ledamot av SFAMs ST-råd,
Sverigesamordnare för Hippokratesutbytet
Stensö vårdcentral, Kalmar län
sofiaer@ltkalmars.se

Inbjudan

Svensk förening för allmänmedicin
bjuder genom sitt
kvalitetsråd SFAM-Q in till

10:e Nationella kvalitetsdagen för primärvården

Tisdagen den 26 november 2013
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



Ja, vi firar 10-års jubileum!

Temat för året är:

Förbättring i primärvård - Förutsättningar och hinder

Gästföreläsare: Martin Marshall

som är Professor of Healthcare Improvement vid Health Foundation i London och en fantastisk föreläsare. Han ska belysa vad vetenskapen visat när det gäller förbättring i primärvård.

Teman ur programmet:

- Ordning och reda ger bättre resultat!
- Vilka äldre kräver störst insatser?
- Hur kan primärvården nå socialt utsatta?

SFAM:s Nationella Kvalitetsdagar har varit populära. Alla som önskat komma har inte fått plats.

Anmäl dig redan nu om du vill vara säker på att få plats.

Konferensavgiften 1 200 kronor inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 30 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.

Vid återbud efter den 10:e november utgår full avgift.

Anmäl dig på SFAMs hemsida www.sfam.se.

Har du frågor om din konferensanmälan kontakta: monica.brunnas@sfam.se.

Har du frågor i övrigt kontakta sven.engstrom@lj.se eller din närmaste SFAM Q representant, se sista sidan.

Annons

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

Facklig sekreterare
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
anna.drake@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

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

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

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
Charlotte.Hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre (f.d. hemsjukvårdsrådet)
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Lars Jerdén
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

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

Balintgrupper

Tina Nyström Rönnäs
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se

Dorte Kjeldman
kjeldmand@gmail.com

Gastroprima – för mag-tarmintraserade allmänläkare
Lars Agréus Et Ture Ålander
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
Anna Nilsson
anna.an.nilsson@skane.se
Maria Lütkekan
marialutkeman@hotmail.com

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@lblekinge.se

Studierektorskollegiet SFAM-SR
Stefan Persson
stefan.persson@lblekinge.se

Fortbildningsamordnarnätverk
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Internationella kontaktpersoner
EGPRN 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.woncaeuropa.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

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

Lokalföreningar

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

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Gunilla Steninger
gunilla.steninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Göran Sohlgrén
goran.sohlgrén@lul.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
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@lblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

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

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@live.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

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
 Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
 ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson, redaktör
 erland.svenson@gmail.com

Petra Widerkrantz
 p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
 gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist
 katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 N. Hamngatan, 457 40 Fjällbacka
 0525-323 50, fax 0525-329 29
 peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
 Marieholmsgatan 10
 Helen Semmelhofer
 415 02 Göteborg
 031-707 19 30
 helen@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
 www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Anna Drake
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2013

| Nr | Manusstopp | Utgivning | Tema |
|----|------------|-----------|-----------------|
| 4 | 14/10 | 16/12 | Barn och ungdom |

Utgivningsplan för 2014

| | | | |
|---|-------|-------|---|
| 1 | 7/1 | 3/3 | Mångkultur, psykiatri, neurologi, endokrinologi |
| 2 | 30/3 | 2/6 | Vid livets slut Geriatrisk, hjälpmedel |
| 3 | 15/6 | 13/10 | Etik, smärta, rörelseorganen |
| 4 | 13/10 | 15/12 | Allmänmedicinens historia Luftvägar, infektion |

NäSTa

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

SFAMs kansli

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

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

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

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

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.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Kalendarium

Glöm inte sända in uppgifter i god tid!

2013

Oktober

16-18.10 ST-dagarna Uppsala
 www.st-dagarna.se

24.10 Skånsk allmänläkardag

Lund
 www.sfam.se

November

26.11 10:e nationella kvalitetsdagen
 SLS, Stockholm
 www.sfam.se

2014

Januari

13-15.1 Kurs i kompetensvärdering
 ("v3-kurs") Stjärnholms slott,
 Oxelösund ulf@mawe.se

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden: Se
 www.sfam.se. Res med nordiska kol-
 legor till internationella kongresser: Se
 www.allanpelch.dk

Februari

2-6.2 Kurs "Det medicinska
 samtalet", Skanstugan, Duved
 www.sfam.se, www.lipus.se

Maj

14-16.5 Allmänmedicinsk
 kongress, Västerås
 2-5.7 Wonca Europe Lissabon
 www.woncaeurope2014.org

2015

16-18.6 Nordisk allmänmedi-
 cinsk kongress, Göteborg
 www.nordicgp2015.se

22-25.10 Wonca Europe
 Istanbul

Kursdoktorn

Kursdoktorns utbud av kurser
 är granskat och godkänt enligt
 SFAMs kriterier och anvisningar
 för en god fortbildning av/med/för
 allmänläkare. Granskning genomförs
 vår och höst. För närmare presenta-
 tion av aktuella kurser var god se
 www.kursdoktorn.nu



Läkare är Du livet ut!

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

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



Besök oss på www.slf.se/sal