

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2011 ÅRGÅNG 32



Rapport från Riksstämman 2011 sid 33

Vård under livets sista tid 13 • SSRI eller TCA till äldre? 22

- 3 Ledare**
Vad kokar i grytan?
Eva Jaktlund
- 5 Chefredaktörsruta**
Ett år har gått
Karin Träff Nordström
- 6 Kvalitetsregister**
Vi är alla palliativa – från födelsen
Peter Olsson
- 8 ST-uppsats**
Verksamhetschef och läkare – går det att förena?
Marcel Aponno
- 11 Upprop**
Bloggande allmänläkare
Karin Träff Nordström
- 12 Geriatrik**
Vård under livets sista tid – ett nationellt perspektiv
Gunnar Carlgren
- 16 Geriatrik**
Äldrevård i primärvård – vart är vi på väg?
Cathérine Ewalds Viotti
- 19 Geriatrik**
Glöm inte din äldre patients njurfunktion
Sara Modig
- 21 Forskning**
Extern mentor för doktorander
Erlend Svenson
- 22 Läkemedel**
SSRI eller TCA till äldre?
Stig Andersson
- 24 Reportage**
Kunskap och inspiration
Karin Träff Nordström
- 25 Upprop**
Läkare för Miljön behöver dig!
Bertil Hagström
- 27 Fallbeskrivning**
Ingrid 87 – Ännu ej multisjuk
Robert Svartholm
- 29 SBU-rapport**
Godartad prostataförstoring med flödes hinder
Anders Överby
- 30 Program**
Svensk allmänmedicinsk kongress
- 33 Riksstämman 2011**
Karin Träff Nordström
- 34 SFAM informerar**
Handlingsplan efter Idéseminariet
Karin Träff Nordström
- 37 Recension**
Demensboken
Peter Olsson
- 40 Praktik**
Medikalisering av själslivet i DSM-5
Staffan Svensson, Jan Håkansson
- 43 Ordbyte**
Kvacksalvare är vi allihopa – ?
Saskia Bengtsson, Martin Wehlou, Catarina Canivet
- 47 SFAM i Skåne**
Skånsk allmänläkardag
Karin Träff Nordström
- 49 Kvalitetsindikatorer**
Kvalitetsindikatorer i Hälsoval Skåne
Karin Träff Nordström
- 52 Trafikmedicin**
Alkolås efter rattfylleri
Lars Englund
- 54 Kvalitetsregister**
Vad händer med arbetet med en nationell primärvårdsdatabas?
Malin André, Jörgen Månsson
- 56 Korsord**
Saskia Bengtsson
- 57 Kulturspalten**
Kärleken till boken...
Annika Rusko Andersson
- 58 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 60 Krönika**
Att åldras och tänka det otänkbara
Bertil Hagström

Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

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

Vad kokar i grytan?

” Det finns också etiska dilemman med uppgifter i både register och i journaler

Kvalitetsregister

I landstingen runt om i Sverige pågår arbetet med regelböcker som ska garantera kvaliteten i primärvård. På många håll blir resultatet att vårdcentralerna ska delta i flera nationella kvalitetsregister. Allmänläkare är som regel intresserade av att förbättra kvaliteten på sitt arbete, men också generellt emot registreringar med liten eller ingen patientnytta. Vän av register brukar då komma med invändningen att vi inte kan åstadkomma förbättringar om inte data registreras och används för jämförelse. Det är förvånansvärt få som har insikt i att underlaget för specifika diagnoser eller åtgärder på en normalstor vårdcentral inte är tillräckligt stort för att skapa statistiskt säkerställda data. Data som inte är valida är oanvändbara ur de flesta perspektiv. Det finns också etiska dilemman med uppgifter i både register och i journaler. Den iver som finns i att registrera människors levnadsvanor är ett exempel på det. Det är på sin plats att alltid ställa frågorna: Finns det vetenskaplig grund för att registrera denna uppgift och vad ska uppgiften användas till? Blir det till nytta för patienten?

Under sommaren och hösten har SFAM fört en diskussion med Socialdepartementet och SKL om vad man ska mäta i primärvården, som vi i professionen, patienterna och beställarna kan ha nytta av. Det finns en mycket stark vilja, läs mycket pengar, avsatta för att mäta resultat i primärvården, och man vill helst att det som mäts är utfall av behandling. När vi bollar med 600 diagnoser på en

vårdcentral förstår de flesta att det inte är någon lätt nöt att knäcka. SFAM trycker på att det ska vara mått som har medicinsk relevans, att det inte får medföra någon manuell registrering, och att dessa data inte ska ingå i någon öppen jämförelse vårdcentraler emellan. Det ska vara stor patientnytta och stort fokus på etik. Vi fortsätter att delta i dessa diskussioner med öppet och vaksamt sinne. Skulle det vara så att ett register utvecklas med valida meningsfulla och lättåtkomliga data som jag som allmänläkare kan använda, ja då är pengarna väl använda.

EU-läkare

EU-läkarfrågan avgörs i dagarna i Bryssel. Det preliminära beskedet ger inte det utfall som den svenska regeringen hoppas på, det vill säga att vi också i fortsättningen får använda två benämningar för allmänläkare i Sverige (specialist i allmänmedicin och EU-läkare). När vi får definitivt svar från EU-kommissionen är det dags att på allvar ta upp frågan om kompetensvärdering. Hur skiljer vi ut de som har reell kompetens från dem som har det på papperet? Hur kan arbetsgivare säkra att man anställer en allmänläkare med rätt kompetens för jobbet i svensk primärvård? Certifiering och recertifiering är ord vi måste förhålla oss till i framtiden. Den svenska läkarutbildningen är också under luppen och måste med stor sannolikhet anpassas till andra EU-länder där utbildningen är 6 år, och där man inte har motsvarigheten till AT.

Utmaningar och möjligheter omger oss och ligger framför oss. Vi vet att allmänläkarnas åsikter och synpunkter har betydelse. Vår röst behövs och vi har plats i debatten om vi tar den. Det är tydligt när vi är i dialog med andra debattörer i svensk sjukvård. Det blev också väldigt tydligt på vårt idéseminarium i september att det är en av de viktigaste uppgifterna SFAM har. Att synas och höras, att låta våra tankar om bra sjukvård ta stor plats i debatten. Därför avslutar jag med två ord:

Kompetens och Kontinuitet

Ha kärlek i hjärtat!



Eva Jaktlund
ordförande
eva.jaktlund@sfam.se

Annons

Ett år har gått



Ett år med fyra temanummer. En förändring vi var lite rädda för. Skulle vi verkligen låta oss styras av industrins önskemål om temanummer? Vad händer näst? Ska de lägga sig i innehållet också? Svaret är att det inte har påverkat innehållet i artiklarna alls men styrt till vilket nummer artiklarna med temaanknytning har publicerats. Innehållet förfogar vi över helt. Det enda vi förbinder oss är att skriva minst en artikel i ämnet och den kan vara hur läkemedelskritisk eller udda som helst. Huvuddelen av materialet har heller inte varit knutet till temat.

För redaktionen har förändringen inneburit att det är lättare att planera och få idéer. Att dra ner till fyra nummer per år har också gett en välbehövlig paus mellan den dag manuset skickas till tryckning och tidpunkten när det är dags att sätta igång med nästa nummer.

I detta nummer är huvudtemat geriatrik. Här finns flera artiklar med fokus på hur vi kan förbättra den allmänmedicinska insatsen i äldreården. Ämnet har inte blivit mindre viktigt efter de uppmärksammade bristerna på en del av våra äldreboenden. Du kan också läsa om SFAMs handlingsplan efter idéseminariet i Uppsala, lokalföreningsnytt, trafikmedicin och få mer information om Svensk Allmänmedicinsk Kongress i Luleå i mars.

Det vi har mindre av i detta nummer är recensioner. Dessa brukar uppskattas och jag ber dig därför att skriva om de böcker med allmänmedicinsk anknytning du läser. I detta nummer blir det mycket från Skåne eftersom halva redaktionen kommer härifrån. Det pågår säkert mycket aktiviteter på andra håll i landet också. Skriv och berätta, antingen du är arrangör eller deltagare.

Nästa nummer har som teman astma/allergi/KOL. Manusstopp är den 30 januari. Vi tar förstås gärna emot artiklar även om andra allmänmedicinska ämnen. Sammanfattningar av ST-uppsatser och avhandlingar är också uppskattade.

Jag vill härmed också välkomna Erland Svenson som ny redaktör till detta nummer. Vi vill gärna ha in fler redaktörer så välkommen att höra av dig, du som gärna skriver och redigerar texter och som vill bidra till att göra AllmänMedicin ännu bättre!

När ni läser detta har chefredaktören gått på en välbehövlig semester efter ett intensivt år då vi öppnat en vårdcentral till. Efter att ha varvat ner över helgerna i familjens hägn går färden till Iten i Kenya där jag ska löpträna, prata löpning, läsa böcker och varva ner till det afrikanska tempot. Vem vet, det kanske kommer någon allmänmedicinsk artikel ur det också, eller åtminstone några blogginlägg.

God Jul och ett
Gott allmänmedicinskt år 2012
önskar

Karin Träff Nordström
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Vi är alla palliativa – från födelsen

Trots en god ambition duger Palliativa registret inte för uppföljning och utveckling av primärvårdens verksamhet. Det missar det mesta av det arbete som faktiskt utförs och har en slagsida mot cancer och medikalisering av döendet. En kontinuerlig registrering är inte meningsfull. Mer mänskliga aspekter, som utgår ifrån att vi alla är dödliga, låter sig inte registreras.

Kvalitetsregister

Antalet så kallade kvalitetsregister lär närma sig 150. Många av registren vill tvinga allmänmedicinen till kontinuerlig datafångst, trots ihärdiga protester och sakliga invändningar. Det är viktigt att vi preciserar vår kritik mer i detalj mot de olika förekommande registren.

Det verkar inte finnas någon begränsning i resurser. Alltmer påkostade årsredovisningar av vad som sägs spegla resultat i vården distribueras. Här ska vi se närmare på Palliativa registret där det i Norrbottens läns landsting numera utgår ersättning för deltagande enheter per registrerad patient. Tillsammans med Senior alert, ett annat missriktat projekt, är kostnaden 100 miljoner kronor per år.

God ambition

Det går inte ta miste på den goda ambitionen hos entusiaster när Palliativa registret byggdes upp. Avstampet är ett försök till operationalisering av ett antal missförhållanden som påtalades i utredningen "Döden angår oss alla. Vårdig vård i livets slut." 2001.

Palliativa registret startade år 2006. Som värdegrund används British Geriatrics Societys formulering av etiken vid vård i livets slutskede. Blanketten för registrering finns på: <http://www.palliativ.se/html/sve/Dödsfallsenkät2011pub.pdf>

Vår första reaktion, när vi fick höra att dödsfallen skulle bokföras i detalj, var att "ska man nu inte ens få dö i lugn och ro?". En tillfällig avvikelse med hög andel döende i sluten vård i Jokkmokk, dit även vår observationsavdelning räknas, i Öppna jämförelser år 2007 var anledning att gå med.

Vi har kritiskt granskat de frågor som noteras i registret och redovisat våra erfarenheter på www.allmanmedicinbd.se under rubrikerna "Vad är det som ska brytas i brytsamtalet?" 2009 och "Snart stundar natten" 2010. Vår slutsats är att kontinuerlig registrering inte är meningsfull. Med vårt deltagande i registret har vi ändå fokuserat på vårt arbete med terminalvård. Vi fortsätter registrera eftersom vi får ersättning till vårdcentralen per registrerad, men känner inte att det hjälper oss vidare i vårt arbete.

Missar det mesta och väsentliga

Det är oftast först i efterskott som det går att avgöra om förloppet varit palliativt, det vill säga ett väntat dödsfall. Den insikten löste en lång och fruktlös diskussion före starten. Då bestämdes även att det är platsen för dödsfallet som avgör vem som registrerar – vårdcentralen, kommunen eller sjukhuset. I palliativa registrets årsredovisning 2010 rapporteras om medelvårdtid på hospice tolv dygn och på sjukhus åtta dygn, på särskilt boende två år. Registret fokuserar närmast patologiskt på den allra sista veckan i livet. Frågorna har justerats och kompletterades i sista versionen även med uppgiften om intravenös droppbehandling förekommit.

Man undrar hur insatser av hemtjänst, kommun och distriktssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, läkare och andra i kommuner och landsting värderas. För nog måste väl de patienter som avlider på sjukhus och hospice ha vårdats någonstans lång tid före själva dödsfallet?

En utmärkt och detaljerad beskrivning av dessa många insatser för mul-

tisjuka äldre görs av Risholm och även av Glennert i AllmänMedicin nr 3 2011. De fångas inte av registret som därför ger missvisande resultat.

Jag minns själv den starka känslan av vördnad inför våra patienter men även alla våra möten, behandlingar, hembesök och andra insatser, när jag fick listan på samtliga avlidna i vårt område. Alla namn väckte många minnen.

Registret försöker i senaste årsberättelsen definiera "palliativa insatser" och täcker då in nästan alla åtgärder inom vården. Det är ju i realiteten ganska få sjukdomar som botas för all framtid med våra ingrepp. Åtskillnaden mellan livsförlängande och livskvalitetshöjande åtgärder är sällan så tydlig och ger bara en illusion av kontroll. Flera moderna former av nutrition kan till exempel bli problem här.

Instrumentellt om existens

Registrets utformning har en uttalad slagsida mot cancervård och det gäller även referensgruppen, trots att cancer endast utgör 10–15 procent av fallen. Det leder till medikalisering och tveksamma målnivåer. Bland målen finns exempelvis fyra parenterala vid-behovsordinationer; mot smärta, illamående, rosslighet och oro. På vilket sätt förbättrar en sådan ordination kvaliteten på vården på särskilt boende? Är det möjligt att avlida värdigt utan dessa farmaka? Döendet är inte i första hand ett farmakologiskt problem utan ett existentiellt.

Om VAS-skalar inte används är det kanske för att de inte fungerar i sammanhanget. Att välja dödsplats verkar oftast inte heller riktigt tillämpligt när man bott några år på särskilt boende.

Märklig är även läsningen till brytsamtal eller, som man nu kallar det, informerande samtal. Man kan med fog fråga sig vad som skiljer dem från andra samtal vi har med patienter och anhöriga. Det handlar oftast om långa och komplicerade processer, där mötet är det viktigaste.

Nu argumenteras för särskild dokumentation i palliativa förlopp, och det blir än mer problematiskt då det oftast bara går att avgöra i efterhand när den terminala fasen faktiskt inträdde.

Det är den instrumentella synen där patienten stämplas som "palliativ" som leder fel. Att utskilja de döende. Det har flera med cancerdiagnos vittnat om. Utgångspunkten för samtalet bör istället vara att det är två människor som möts och bägge är dödliga. Det lyfter fram den mänskliga aspekten.

Pallium, manteln som symboliserar omsorgen om den döende, kan också användas som en mer eller mindre medveten avskärmning för att lindra dödsångesten hos oss som inte ser oss som "palliativa".

Självklart ska vi försöka lindra symptom, men nollvisioner är farliga. Varför är det just under sista veckan som all smärta, oro, rosslighet och illamående måste elimineras? Till vilket pris och var kommer patientens medbestämmande och anhörigas synpunkter in? Den döende eller anhöriga tillfrågas inte om deltagande i registret.

Tröst

En satsning på reflekterande utbildning tror jag hade bidragit bättre till att höja kvaliteten i vården än kontinuerlig inkodning av samtliga dödsfall i ännu ett märkligt register. Vi skriver redan dödsbevis och dödsorsaksblanketter.

Att mera rutinmässigt erbjuda samtal till efterlevande är en viktig åtgärd. Även att samla kompetens, praktisk och teknisk, i palliativa resursteam är vettigt och användbart. Hos oss försöker vi ha återkommande, öppna, begründande möten för alla inom personalen som vill delta.

Läsning av romaner, eftertänksamma fackböcker och resonering artiklar som tar upp ämnet kan stimulera och ge tröst till oss som lever vidare, ännu en tid. Några jag själv haft stor behållning av är Peter Noll *Den utmätta tiden*, Lars Gustafsson *En biodlars död*, Anders Paulrud *Fjärilen i min hjärna*, Ulla-Carin Lindqvist *Ro utan åror* och Carl-Henning Wijkmark *Stundande natten*, där de "palliativa specialisterna", som Läkarförbundets ordförande Marie Wedin slog ett slag för i Läkartidningen, tecknas ganska elakt. Dessutom minns jag särskilt uttrycket: "Varför en värdig vård i livets slutskede, när hela livet varit ovärdigt?". Simone de Beauvoirs *Ålderdomen* är en klassiker liksom Ivan Illichs *Den farliga sjukvården* som för många resonemang om vård i livets slut. Iona Heath har i *Matters of Life and Death* formulerat in-

tressanta tankar om vår symboliska uppgift som läkare. Risken är bara att vi inte når ända fram till våra föreställningar om det ideala döendet.

Niels Lynöe har lyft fram etiska aspekter i artiklar i Läkartidningen. Även Johannes Järhult har skrivit om att "Sjukvården kan »trolla bort« döden, men inte trösta". Läsningen fördjupar och ifrågasätter egna föreställningar om liv och död.

Utan att vara medlem i någon kyrka vill jag ändå avsluta med de vackra ord som svenska kyrkan använder när man annonserar de avlidna i församlingen: "Låt oss så betänka vår egen förestående bortgång".



Peter Olsson, Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

Jäv: inga uppgivna

Verksamhetschef och läkare – går det att förena?

Fyra läkare och verksamhetschefer i primärvården intervjuades i denna studie. På flera punkter hade de likartade upplevelser av att vara både läkare och chef. De uttryckte alla en vilja att arbeta kliniskt. Min tolkning är att de använde det kliniska arbetet som en copingstrategi för att orka med ett ansträngande chefsarbete. De intervjuade såg många fördelar med att vara både läkare och chef. Det gjorde det lättare att hantera och få respekt från en svårstyrd grupp som läkare och också lättare att rekrytera läkare. De ansåg det också viktigt att ha en bra stödfunktion och att använda sig av den, att ha tillräckligt med handlingsutrymme och att få lov att påverka och utveckla sin verksamhet. När dessa förutsättningar finns på plats är det roligt att vara chef.

Artikeln är en förkortad version av författarens ST-uppsats

Bakgrund

Läkarkåren kännetecknas av en lång utbildning som ger en stark yrkesidentitet, stort ansvar och hög grad av autonomi [1]. Historiskt sett har läkarprofessionen inte styrts eller värderats av någon annan än en individ med samma eller högre kompetens. 1991 reglerades för första gången det administrativa ledningsansvaret genom begreppet chefsöverläkare. Samma person skulle vara medicinskt, ekonomiskt och administrativt ansvarig. 1997 tilläts andra professioner inneha rollen som verksamhetschef [2]. 2005 [3] var verksamhetscheferna inom primärvården till 44,2 procent sjuksköterskor, 42,4 procent läkare och 13,3 procent ”övriga” [3].

Det finns en kluvenhet hos läkare som är chefer, en inneboende konflikt. Är man läkare eller chef, arbetstagar eller arbetsgivare? Studier pekar på att det blir en identitetsparadox [4, 5] och att man i hög grad står fast vid sin yrkesidentitet [6]. Som läkare och chef måste du inte bara hantera ledarskapsfrågor, såsom motivation och kommunikation, och chefsfrågor, som beslutsfattande och ekonomi, utan även medicinska frågor vilket kan leda till en rollkonflikt [4]. Fördelningen mellan klinik och chefskap är sällan reglerad skriftligt utan blir upp till eget omdöme.

I flera studier [7,8] framkommer att hälso- och sjukvården härbärgerar tre ”huvudlogiker”, den professionella, den administrativa och den politiska. Den administrativa logiken kolliderar många gånger med den professionella och en verksamhetschef måste lära sig att förhålla sig till alla dessa logiker.

Forskningen inom ämnet ledarskap i sjukvården är sparsam. En studie [2] konstaterade att några av problemen med läkares chefskap är bristen på bra chefsförebilder. Dessutom tas det upp att grupper med stark professionell identitet väljer att separera det administrativa från det professionella, så kallad segregering.

Detta leder till att de i låg utsträckning identifierar sig med verksamheten i stort. En annan studie [9] visade att chefer upplever att de inte hinner med strategiarbetet, att administration och medarbetare tar all tid och att de behöver därför stöd.

Syfte

Syftet med detta projekt var att närma sig läkares inställning till chefskap, via en djupare förståelse för respondenternas upplevelse av identitetsparadoxen. Vilka olika strategier finns det för att hantera identitetsparadoxen och kunna vara läkare och verksamhetschef samtidigt? Den tänkbara nyttan är att bättre förstå läkares inställning till chefskap och i förlängningen kunna locka fler läkare att välja ledarskap i sin karriär.

Frågeställningar

Hur kan man kombinera arbetet som verksamhetschef med att arbeta kliniskt? Vilka strategier finns det för att klara av denna paradox? Hur beskriver man verksamhetscheferns upplevelse av sitt arbete och hur tar identitetsparadoxens form i verkligheten?

Teoretisk referensram

Studien har tagit sitt ursprung i den empiriskt-holistiska sfären. Tolkning av data har skett med hjälp av fenomenologisk hermeneutik. Den kvalitativa metod som används är den narrativa [10].

Metod

Datainsamlingen har skett genom djupintervjuer med fyra verksamhetschefer som alla samtidigt var verksamma som läkare. Två av läkarna arbetade i den offentliga primärvården och två på privata vårdcentraler, två var män och två kvinnor. Respondenterna hade mellan 8 och 15 års erfarenhet som chef.



En av cheferna sade att i och med att de arbetade kliniskt visste de vad som hände i verkligheten på vårdcentralen.



Resultat

Fyra intervjuer genomfördes som tog vardera 45-60 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan. Ingen av respondenterna hade planerat att bli chef. De var dock alla intresserade av organisatoriska frågor och drevs av en vilja att påverka.

Andel kliniskt arbete fördelade sig olika från runt 40 procent till mindre än 10 procent. Samtliga uttryckte en stark vilja att fortsätta arbeta kliniskt.

”Jag tror att det kliniska arbetet är oersättligt.”

”Problemet som jag ser det är att vårt läkarjobb är så fruktansvärt kul.”

På ämnet **läkare och chef** så såg alla respondenter det som en stor fördel att vara både och.

”Arbetsgivaren måste inse att för att man ska få läkarchefer måste man tillåta en viss klinik.”

”Att driva den medicinska utvecklingen på en vårdenhets och ha hand om den förutsätter lojalitet, innovationer, flexibilitet, personalstyrka och ekonomisk insikt. Har man då överblick över de samverkande faktorerna och omvärlden och dess förändringar så blir förutsättningarna för att leda arbetet bättre.”

Strategier att hantera identitetsparadoxen var flera. Viktigast var att fortsätta arbeta kliniskt. Andra faktorer som lyftes fram var vikten av handlingsutrymme och att kunna stå för sina handlingar, att ha roligt i sitt arbete, avgränsa uppdraget tydligt och att ha bra stödfunktioner.

”Det blev väldigt mycket av att försöka försvara sig mot nedskärningar och försöka få ekonomin att gå ihop.” – En av cheferna om varför ett tidigare chefsuppdrag avslutades.

”Jag skulle säga att det minst roliga är när man hamnar i lägen, ofta på grund av resursbrist men ibland på grund av korkade beslut, där man måste göra folk ledsna eller slitna och måste köra på när man känner att detta inte är bra.”

”Men jag gjorde ju något som var fel. Jag avgränsade inte mig själv utan arbetade heltid som doktor.” – En av cheferna om sitt första chefsjobb.

Samtliga intervjuade uttryckte **glädje över sitt chefskap** och över att få möjligheten att utveckla sin arbetsplats.

”Det är väl när man utvecklar en verksamhet, de mjuka variablerna som trivsel och patientnytta.” – En chef på frågan vad som är mest givande med att vara chef.

”Jag tycker det är kul att ta tag i saker som redan hängt upp sig. Att försöka, till och med sådana saker som att medla mellan medarbetare. Försöka röja i saker. Till och med tycka det är lite kul att ringa upp klagande patienter och försöka hitta en snygg lösning.”

Tre av fyra ansåg det **lättare att rekrytera** läkare när de själva var chefer.

”Min chef tycker att jag favoriserar doktorer. Att jag värnar om dem. Men för mig är det en överlevnadsfråga. Har vi inga doktorer så har vi ingen verksamhet.”

Alla fyra ansåg att det faktum att de arbetade kliniskt gav dem en **större auktoritet** gentemot kollegor.

”Jag tror ändå att en kollega som fortfarande är i produktionen har en fördel jämfört med om man är annan profession eller före detta kollega som inte längre har några egna patienter. Man utsätts för sin egen skit och får en viss respekt för det.”

”Vi har en enorm fördel därför att vi vet vad som händer i verkligheten på vårdcentralen.”

I en situation där chefskapet ställs mot läkararbetet ansåg tre av de intervjuade att chefskapet blev lidande och att **patienterna alltid kommer i första hand**.

”Det svåra är när vi har drop in eller BVC och det fattas en doktor. Då hoppar jag ju alltid in.”

Alla upplevde att det var en **klar fördel** att vara läkare och verksamhetschef samtidigt. De var en del i arbetsgruppen och kunde föregå med gott exempel. Våldigt få negativa aspekter kom fram angående identitetsparadoxen.

Diskussion

Det fanns stora likheter i vad de intervjuade berättade. De uttryckte alla att de av egen vilja ville arbeta kliniskt. Min tolkning är att de såg det kliniska arbetet som en coping-strategi för att orka med ett ansträngande arbete. Det fanns en yrkesstolthet och glädje i den delen av arbetet.

En sak rörande identitetsparadoxen som alla uttryckte var detta med att sätta gränser både för sig själv och för personalen. Stundtals fick chefsarbetet ge sig om det fanns ett akut behov av läkare i verksamheten. En av cheferna sade att i och med att de arbetade kliniskt visste de vad som hände i verkligheten på vårdcentralen. Detta tyder på en segregering i tanken, att man skiljer på det professionella och det administrativa och också att det administrativa kanske inte ses som lika värdeskapande som direkt patientarbete.

När det gäller att locka fler läkare att bli chefer så understryks vikten av goda förebilder. Om primärvården ska ha nytta av läkare som chefer skulle ett nätverk av mentorer behöva byggas upp inom ramen för de professionella organisationer som finns.

Valet av djupintervjuer som metod har gett en tydlig bild av de intervjuade läkarnas uppfattning som på många sätt harmoniserade. Det kan inte extrapoleras till en generell slutsats ▶▶

men visar ändå på ett upplysande sätt vad chefer i primärvård upplever.

Tidigare forskning inom området är gles. Denna studie är i linje med Thulins [2] slutsatser att fortsatt ledarutbildning till blivande läkare är viktig. Det finns också ett behov av föredömen, tydliga målbilder samt stödfunktioner. Denna studie visar också att det är positivt att tillåta kliniskt arbete om möjlighet finns. Vidare studier krävs för att närmare förstå läkares uppfattning av arbete som läkare och chef.

Min egen slutsats av detta arbete är att i primärvården kan och bör en läkare som är chef fortsätta att arbeta kliniskt. Med tydliga gränser ger det stora fördelar i ledarskapet, i rekryteringsarbetet och inte minst i den egna arbetsglädjen.

Referenser

1. Palmberg, M. (2006) Kunskapsunderlag om ledarskap i hälso- och sjukvården. I L.Fritzén (red.), "On the edge" – om förbättringsledarskap i hälso- och sjukvård (s. 41-53). Göteborg
2. Thulin I, Manageriella chefer i en professionell organisation - läkare som ledare i sjukvården (2009) Göteborgs Universitet.
3. SYLFs policy om Specialistjämgöring med inriktning på ledarskap (2007) SYLF.
4. Björkman, I & Granbom H (2007) Avdelnings- och klinikchefers upplevelser av ledarskap och dubbla roller. Örebro Universitet.
5. Llewellyn S (2001) "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies* 24(4):593-623.
6. Doolin, Bill. 2001. Doctors as Managers. *New Public Management in a New Zealand*.
7. Lotta Dellve och Ewa Wikström (2006) Hållbart ledarskap i sjukvården.
8. Östergren, K & Sahlin-Andersson K. (1998) Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Landstingsförbundet.
9. Wikström, Dellve et al. (2011) Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården.
10. Czarniawska, Barbara. (2000). *The Uses of Narrative in Organization Research*. Gothenburg Research Institute, Göteborgs Handelshögskola. Göteborg.



Marcel Aponno

ST-läkare vårdcentralen Kusten Ytterby
marcel.aponno@ptj.se

Handledare: **Robert Eggertsen**
Distriktsläkare, professor, verksamhetschef,
Mölnlycke vårdcentral och institutionen för
medicin/allmänmedicin, Göteborgs universitet.
robert.eggertsen@vgregion.se

Bloggande allmänläkare

Läkare är en skrivande yrkeskår och många återfinns nu också i bloggsfären, såsom Akuttläkaren, www.akuttlakaren.blogspot.com och Attblidoktor, www.attblidoktor.blogspot.com. Även i allmänläkarkåren finns några som jag känner till och läser då och då, till exempel Fredrik Settergren, www.allmanmedicin.blogspot.com och Ingrid Eckerman www.ingrideckerman.blogspot.com. Säkert finns det fler.

Själv driver jag två bloggar. Den ena är en verksamhetsblogg www.brahebloggen.com som vi startade på vårdcentralen i våras när vi började bygga vår blivande filialmottagning. Där kommer vi att lägga ut information till våra patienter, intressanta länkar, presentera våra medarbetare med mera.

Den andra bloggen är www.vardcentralschefen.com där jag delger mina tankar och erfarenheter kring ledarskap. Ett av de första inläggen är speciellt riktat till allmänläkarkåren och återges nedan.

Jag tycker bloggen är ett enkelt och roligt sätt att formulera mig och ett sätt att förhoppningsvis inspirera och provocera andra. Du som bloggar, skriv gärna och berätta varför du skriver, varför du valt bloggen som form, vad du skriver om och skicka med ett blogginlägg. Vi kan också länka din blogg till SFAMs hemsida om den har allmänmedicinsk anknytning.

Generalist, javisst!

Efter att ha jobbat som allmänläkare i över tio år, varit chef för allmänläkare i sju år och träffat hundratal allmänläkare i många olika sammanhang har jag förundrats över att den vanligaste frågan från en allmänläkare är "Vem är jag?"

Vilken sorts doktor är jag? Vad ska jag göra? Vad ska jag inte göra? Jag är specialist, men på vad? Specialist på allt? Nej, knappast. Specialist på mina patienter? Ja, efter ett tag, kanske. Specialist på att sortera? Nej, det låter för enkelt. Specialist på att prognosticera? Ja, men det täcker inte heller det jag gör. Och så vidare... Ropen skallar efter avgränsning och definition. Många har försökt men ingen har lyckats.

För några veckor sedan fick jag så ett inspel som gav mig ett möjligt svar på frågan. Tack Anders Anell för ditt ifrågasättande av vårt envisa påpekande av att vi minsann också är specialister fast vi egentligen är generalister. Vi är förstas specialister i förhållande till Socialstyrelsens regelverk och ska så vara. Men som identitet passar det dåligt med vår verklighet.

Generalist – smaka på ordet.

Jag är generalist! Jag kan bedöma vem som helst för vilka krämpor och sjukdomar som helst. Jag kan handlägga det mesta själv, direkt eller efter utredning. Jag vet vem jag ska remittera vidare till när mina egna kunskaper eller resurser inte räcker till. Jag kan prognosticera och lugna patienternas oro. Jag kan leva med att det alltid finns någon organspecialist som kan mer än jag om det mesta. Jag kan växla mellan stort och smått, mellan hjärtsvikt och nageltrång, depression och prickar.

Jag kan sätta in patientens symptom i ett större sammanhang med kännedom om hennes bakgrund och sociala tillhörighet. Jag har lärt mig att expektans ofta är den bästa strategin. Det mesta går över av sig självt och jag kan leva med att jag inte riktigt begrep vad det var patienten led av. Jag kan inta helikopterperspektivet över patientens sjukdomar och lidanden och i bästa fall hjälpa henne att ge dem dess rätta proportioner.

Detta helikopterperspektiv behövs även i andra sammanhang än i patientkonsultationen. Vår värld, inte bara inom sjukvården, blir alltmer specialiserad ju mer det finns att veta. För att inte tillvaron ska bli alltför fragmenterad behövs generalisten inom de flesta områden. Generalisten kan se helheten och hur de olika delarna passar ihop med varandra, inte bara inom den egna organisationen utan i samspelet mellan olika aktörer.

Så generalister, sträck på ryggarna! Vi behövs mer än någonsin - på våra vårdcentraler, i ledningen för större sjukvårdsorganisationer och i politiken. Och nästa gång någon frågar dig vad du är specialist i - svara "Jag är inte specialist, jag är generalist!"

Tidigare publicerad på www.vardcentralschefen.com

Karin Träff Nordström

Vård under livets sista tid – ett nationellt perspektiv

Vårdens tillkortakommanden i livets sista tid har sedan flera år belysts från många håll och i många sammanhang (1). Efter Ädelreformen på 90-talet finns ett flertal rapporter om brister i vården såsom dåliga utskrivningar från akutsjukvården, där såväl slutenvård som primärvård kan kritiseras för utebliven vård efter hemkomst(2, 3), brister i läkarinsatser i särskilda boenden (4), och olika vård beroende på var du bor (5).

För att komma till rätta med problemen har man på den nationella arenan utfärdat föreskrift om samordnad vårdplanering för att tillförsäkra god vård i övergång från sjukhus till hemmet(6), och regeringen ville år 2000 använda besparingarna i försvaret för att öka tillgången till allmänmedicinsk kompetens med målet 6000 arbetande allmänläkare 2008. Landstingen gjorde som vanligt nästan ingenting och fick berättigad kritik av SoS (7), och på de samordnade vårdplaneringarna lyser det medicinska perspektivet fortfarande med sin frånvaro. Vare sig sjukhusläkare eller distriktsläkare bidrar här tillräckligt till trygg övergång i vårdkedjan.

Under senare år har man förfäktat tanken om att allt blir bättre om hemsjukvården kommunaliseras i den del av Sverige där hemsjukvård i ordinärt boende fortfarande bedrivs av landstinget, och under hot om lagstiftning pågår nu en process i flera landsting som leder till en kommunalisering under de närmaste åren.

Statsmakten har nu erkänt att vården av de mest behövande, de med nedsatt autonomi och behov av omfattande vårdinsatser, inte får detta idag i Sverige. *”De allra flesta patienter är nöjda med den vård och omsorg de får. Det finns dock en grupp som är tydligt missnöjda – de som är äldre*

och har ett omfattande vård- och omsorgsbehov. De står i dag för uppskattningsvis hälften av vårdens samlade kostnader. Stat, kommuner och landsting har försökt ge en fullgod vård, men har inte lyckats” (8).

En registerstudie från 2005 (9) visar en verklighet som vi helst skulle slippa se. 80 000 människor >65 år dör varje år i Sverige. Hälften av dessa, 40 000, dör inom två veckor efter utskrivning från sjukhus. Av dessa 40 000 som skrivs ut hinner 30 000 återvända till sjukhuset och dör där. Trots att en stor andel äldre idag ”avlider stilla” i sitt särskilda boende så är det alltså minst en tredjedel som sin sista tid i livet pendlar mellan hemmet och sjukhuset. Patienterna skrivs ut från sjukhuset för att man där inte har mer att erbjuda. Frågan är om läkarna där har kunskap och vilja att gestalta det vårdbehov som patienten har, och frågan är om primärvårdens läkare har kunskap och vilja att leda en trygg hemsjukvård i livets sista tid.

Nu säger vän av ordning att vi inte har tid, allt fokus är ju numera på tillgänglighet, Mål & Måttpengar och vårdvals-peng. Då svarar jag att vi aldrig har varit särskilt bra på att ta hand om svårt sjuka människor hemma och ge dem en vård som gör dem trygga. Vi som fick vår utbildning för två till tre decennier sedan lärde oss arbetet i en kontext där journalen fanns inlåst i vårdcentralens arkiv och de som ansvarade efter kontorstid gavs inte möjlighet att verka i en struktur för vård dygnet runt. Människor som var så sjuka att de behövde mer fick vara på sjukhus och senare på långvården, och detta kom att prägla vår allmänmedicinska kultur. Under mina 34 år som läkare har dock antalet människor äldre än 80 år mer än tredubblats, utan att vårt arbetssätt har anpassats.

På glesbygdsvårdcentralen, med en vårdgivare, en kommun och liten grupp läkare och sjuksköterskor som tillsammans bar upp vården, var möjligheterna större. Det är också där som man idag finner ett engagemang för hemsjukvårdens möjligheter.

Jag minns en artikel i Läkartidningen från 1986 som beskrev ett gruppboende för dementa i Sundsvall, det första utvärderade försöket i Sverige. Vilken otrolig utveckling som sedan följt under 25 år, där Ädelreformen var motorn som tvingade kommunerna till en kraftig utbyggnad av särskilda boenden. Tyvärr hade man inte på kommunsidan förståelse för de äldres medicinska behov, men efter ett smärtsamt uppvaknande under 90-talet har en utveckling skett i rätt riktning. Det finns dock fortfarande ingen rimlig anpassning av distriktsläkarens tid för arbete med de svaga och sjuka, vare sig det är i särskilt eller ordinärt boende. Dessa patienter får mindre tid hos sin egen valda doktor än jämnåriga med bibehållen autonomi (10). Jämför också gärna vården av äldre med den på BVC, där ett välsnickrat tidsstaket garanterar den läkarinsats som bedöms välmotiverad.

På de flesta håll finns ändå avtal om läkarinsatser i särskilda boenden. Den avtalade tid som läkaren har varierar mellan tre och sju minuter/vecka/patient, det vill säga två till fyra timmar/år/patient. I Östergötland är kapiteringsersättningen för listad medborgare >80 år mer än 9000 kr, så det må väl ändå tyckas snålt med två timmar per år. När en människa dött i SÄBO berättar journalen oftast om att patienten ”avlidit stilla”, men bakom denna fras kan dölja sig alltifrån en väl planerad palliativ vård till stort lidande och till och med anmälan till HSN.

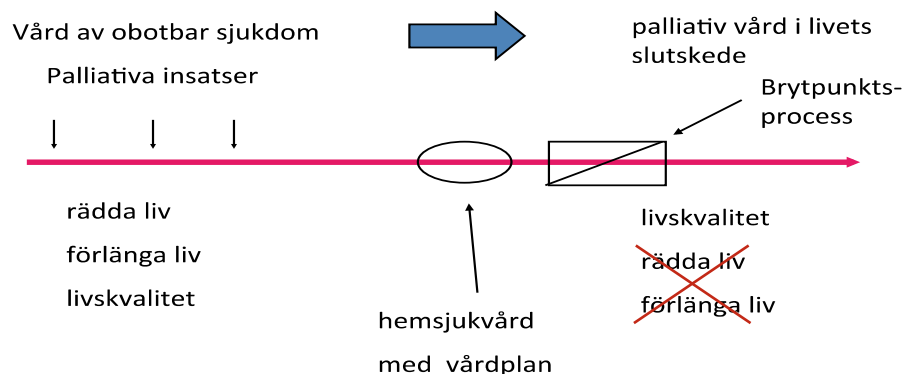
» Gäller inte Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om allas lika rätt till vård också komplext sjuka med nedsatt autonomi? «

Om en patient söker sin läkare på vårdcentralen med diabetes, kärlkramp, astmabesvär eller högt blodtryck så kan denne räkna med att erbjudas en utredning, behandling och uppföljning som i sin struktur är ganska likartad var han eller hon än bor i Sverige. Men om patienten har nedsatt autonomi och har fått åka till Akuten upprepade gånger för symtom relaterade till de många kroniska sjukdomar som är vanliga vid hög ålder, då är vården inte likvärdig över landet. Om patienten har tur finns en distriktsläkare som bryr sig om att se helheten och ta ansvar för att planera vården och för att finnas tillgänglig personligen och via en väl fungerande jourstruktur. Har patienten otur prioriterar inte läkaren hemsjukvård och har inte erfarenhet av att se och hantera de vårdbehov som föreligger. Hur kan det få vara så? Gäller inte Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om allas lika rätt till vård också komplext sjuka med nedsatt autonomi?

För att hemsjukvården skall kunna erbjuda trygghet måste några basala krav vara uppfyllda, vilka tillsammans utgör en struktur som hemsjukvården kan byggas vidare på:

- Någon form av registrering eller inskrivning i hemsjukvård för att synliggöra gruppens specifika behov i organisationen.
- En vårdplan som anger vårdens mål och innehåll. Där skall finnas konkreta ordinationer av vad som behövs göras vid förväntade akuta händelser och tydliggörande av var patienten befinner sig på vägen mot brytpunkten för vård i livets slutskede (se figur 1).
- Namngivna ansvariga vårdgivare, såväl läkare som sjuksköterska.
- Tillgänglighet till medicinsk bedömning dygnet runt, det vill säga telefon-

Figur 1.



nummer för direktkontakt med möjlighet till läkarbedömning hemma när behov föreligger.

- Någon form av hemsjukvårdsrund för teambaserad reflektion och planering.
- Rutiner för närståendestöd och kommunikation med omvårdnadspersonal.
- Möjlighet till extravak när döden närmar sig.

I den primärvård jag har erfarenhet av saknas i stort sett en solid infrastruktur för väl fungerande hemsjukvård av svårt sjuka människor. Genom kontakter med kollegor runt om i Sverige i fortbildnings-sammanhang har jag erfarit att det nästan undantagslöst brister på jourtid. Även när distriktsläkaren ansträngt sig att bygga en plan och ett team som kan ta hand om patienten, blir hon ofta inskickad till akutsjukvården när mörkret har fallit.

När jag för några år sedan kom till en organisation för avancerad hemsjukvård slogs jag av den stora skillnaden i arbetssätt som är avgörande för resultatet. I den avancerade hemsjukvården planerade man för de problem och svårigheter som

väntar runt hörnet, medan jag i rollen som distriktsläkare oftare försökte lösa problemen allteftersom de dök upp. Det är givet att det framförhållande arbetssättet bättre lyckas skapa trygghet hos patient och närstående. Det finns inget skäl att inte ta till sig kunskapen om det arbetssätt som varit så framgångsrikt i avancerad hemsjukvård, när man bygger upp primärvårdens hemsjukvård.

I den nya målbeskrivningen för specialiseringsutbildning till allmänmedicinsk specialistkompetens finns 21 delmål uppräknade, och bland dessa följande två:

Delmål 8

Att behärska äldres speciella hälsoproblem samt att behärska hemsjukvård och palliativ vård i livets slutskede för personer i alla åldrar.

Delmål 9

Att behärska hembesök som verktyg vid diagnostik och behandling samt för att kunna få en helhetsbild av en patients situation.

Många handledare saknar erfarenhet av att göra hembesök och av att planera hemsjukvård och palliativ vård, och det kan därför vara svårt för ST-läkaren att uppfylla målen.

Om vi klarar handledaruppgiften kommer morgondagens allmänmedicinska specialister att vara bättre rustade att möta morgondagens krav från människor som önskar en trygg vård hemma med möjlighet att avsluta livet värdigt utan akutsjukvårdens teknologi.

ST-läkare – kräv handledning för att uppnå dessa delmål och försök att komma till en enhet för avancerad hemsjukvård under er specialistutbildning!

Distriktsläkarkollegor – fatta dirigentpinnen och upplev glädjen av att skapa trygga patienter genom ert ledarskap i hemsjukvården!

Referenser

1. SOU 2001:6 Döden angår oss alla – Värdig vård i livets slut.
2. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1999:6 ISSN 1401-5129.
3. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2001:6.
4. Äldreuppsdraget – Årsrapport 1998; SoS 1998-15-9, ISBN 91-7201-317-6.
5. Svenska Palliativregistret
6. SOSFS 2005:27 SoS's föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.
7. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Årsrapport 2004; SoS 2004-103-11, ISBN 91-7201-879-8.
8. Göran Hägglund, Maria Larsson, DN Debatt 12 jan 2011.
9. Var döer de äldre- på sjukhus, särskilt boende eller hemma? SoS 2005-123-30.
10. Care by general practitioners and district nurses of patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm; Scand J Prim Health Care 2002;20:208– 212. ISSN 0281-3432.



Gunnar Carlgren
LAH – Linköpings avancerade hemsjukvård
gunnar.carlgren@comhem.se

Jäv: inga uppgivna



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2012

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till Svensk allmänmedicinsk kongress i Luleå den 21 mars 2012.

Plats: Kulturens Hus, Skeppsbrogatan 17, Luleå.

Tid: Kl 16.30–18.00, onsdagen den 21 mars 2012.

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

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

Ur SFAMs stadgar:

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

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 21 februari.

Eventuella motioner ska vara styrelsen tillhanda senast 21 januari.

Välkommen!

Eva Jaktlund

Ordförande

Annons

Äldrevård i primärvård – vart är vi på väg?

Hur ser vården ut för våra allra äldsta idag?

Ser vi med rädsla på att åldras eller ser vi fram emot åldrandet med tillförsikt?

Dagspressen slår upp den ena vårdskandalen efter den andra inom äldreomsorgen.

Personalens namn på vårdhemmet: "Dödens hus" (DN 2011-10-13). 94-åring dog – hade lösgom i svalget.

Dementa överges.

Vård i laglöst land?

På sex av tio demensboenden låser personalen avdelningen på natten och går därifrån visar en oanmäld inspektion gjord av Socialstyrelsen. Samtidigt konstaterar de att många kommuner på senare år förbättrat äldreomsorgen, men att det finns stora skillnader inom flera områden.

Sveriges befolkningsstruktur har i hög grad förändrats. 2020 beräknas 21 procent av befolkningen vara 65 år eller äldre. Idag har vi redan cirka en halv miljon personer som är över 80 år och 2060 beräknas den siffran vara en miljon, enligt Statistiska Centralbyrån.

Då Ädelreformen 1992 genomfördes var nog intentionerna goda. Geriatriken som var på väg att byggas ut blev dock nedriven i ett slag. Man insåg inte i kommunerna vad man tog över ansvaret för och man hade ingen erfarenhet av sjukvård. Svårt multisjuka och dementa skulle plötsligt bo i "eget boende" och bli "kunder".

1992 kunde man inte heller förutse vidden av de kommande neddragningarna inom sjukvården. Sjukhemmen, som tidigare hade haft en fast läkare som ansvarade för vården, försvann med Ädelreformen. Därmed försvann också läkarkontinuiteten. Dessa brister kvarstår fortfarande i alltför stor omfattning.

Vi ser att den kommunala sjukvården inte räcker till. Mycket gamla, ensamma, ängsliga människor med svåra sjukdomar, kognitiv svikt och demensutveckling tvingas bo kvar i sina hem. *Tvingas bo kvar*, skriver jag.

Jag har kommit hem till människor med grav demens som legat hopkrupna på dörrmattan innanför ytterdörren och ropat på "mamma". Vid mötet med biståndsbedömaren har hon sagt att hon "vill bo hemma". Hemma, i detta fall, är där hon bodde som liten, inte den lägenhet i vilken hon nu är instängd, rädd och ensam.

Den heliga integriteten? Hur länge kan vi blunda för det som sker runt om oss?

Hur många av oss skulle lämna en treåring ensam i en lägenhet endast med tillsyn, i bästa fall, några gånger per dygn?

Kan en multisjuk, 96-år gammal, dement kvinna vara kund i vården?

Den omfattande privatiseringen av äldrevården har fått sina konsekvenser. Det finns bra privat liksom kommunal äldrevård. Alltför ofta förefaller det ändå som att försöken att begränsa de egna utgifterna kommer före vårdens kvalitet.

Sjukvårdslandstingsrådet Filippa Reinfeldt säger i TV 2011-10-18 om valfriheten i vården: "Att få välja bort om man inte känner sig trygg – att få välja det som passar mig bäst". "Man kan gå in på nätet och kolla"!

Har vi någon gemensam värdegrund i vården?

Kan det vara så att när den gemensamma värdegrunden försvinner eller har tagits bort så är man fri att bara tala ekonomi och budgetunderskott? Christina Doktare i *Vägen till hälsa*.

Ansvarig läkare för Särskilt boende (SÄBO) har fått allt mindre tid för sitt arbete. Läkaren utgår ofta från en vårdcentral. Geriatriker saknas i stor utsträckning. Allt äldre, sjukare personer vårdas av allt färre personer med medicinsk kunskap.

Redan 1998 ställde professor Barbro Beck-Friis frågan: *Vart tog doktorn vägen?*

Vid min genomgång 2009 av den tid vi läkare hade till förfogande på ett SÄBO visade det sig vara cirka 10 minuter per patient och vecka.

Piller får bota äldres ensamhet!

Skriver pressen. Den vanligaste hälso- och sjukvårdsinsatsen för våra äldre är läkemedel. Det kvävs kunskap för att ge rätt läkemedelsbehandling och framför allt kunskap och mod för att **våga avstå** från läkemedel som inte kan ge klara fördelar för den gamla. De mest sjuka och sköra äldre är de som använder flest läkemedel och som också vårdas på grund av biverkningar av dessa.

Livets slutskede

Livets slutskede är en period som ställer särskilda krav på personalen, där det gäller att försöka tillgodose den gamlas och de närståendes behov av stöd och hjälp. Livsberättelsen är viktig. Vi måste ta hänsyn till ursprung, nationalitet, religion med mera. Målsättningen måste vara att få dö lugnt och med värdighet.

"Vårt sätt att behandla en människa vid livets slutskede avspeglar samhällets uppfattning om vad som är värdefullt och okränkbart". K.Lindqvist, G.Grip: *Att mötas i vården*. Om etiska val i teori och praktik.

Den gamla, ofta multisjuka människans problem är lika kunskapskrävande och specifika som spädbarnets. Vi måste ha kunskap om, handlägga, utvärdera och analysera de geriatrika symtomen för att kunna förändra och förbättra vården av våra äldre.

Professionell vård handlar om mer än pengar.

Det är en fråga om inställning, engagemang, entusiasm och framförallt motivation för det man arbetar med.

Allra viktigast är att ändra attityden till de äldre.

”Varför är det finare att vara en gammal möbel än att vara en gammal människa?” 12-årig pojke.

”En demenssjuk människa kan, trots sin sjukdom, ha många år av hög livskvalitet kvar att leva men diskrimineras från utredning, behandling och rehabilitering. När forskning dessutom visar att detta synsätt både leder till ökat lidande för människor med demenssjukdom och dessutom i onödan till ökade samhällskostnader måste man protestera.”

Prof Yngve Gustafsson i *Demens Forum* nr 2/2010.

Under den tid projektet Äldrevårdcentralen i Solna varade 2006–2009 visade en utvärdering gjord av Äldrecentrum 2007 att *”Verksamheten fungerar bra för de äldre, bättre än vanliga vårdcentraler”* och att *”de anslutna patienterna erhållit en välfungerande vård ur ett helhetsperspektiv.”* De flesta besöken utgjordes av hembesök. Patienter och anhöriga var nöjda. Patienterna blev besparade tunga förflyttningar mellan olika vårdinstanser och samhället besparades dyra transporter.

Projektet lades ned då det inte passade in i *”Vårdval Stockholm”*.

Vad kan vi då göra?

Tre frågor är av fundamental betydelse vid bedömning av vård och omsorgsbehov hos den gamla:

1. Finns ett gap mellan personens aktuella hälsotillstånd och möjligt hälsotillstånd?
2. Om ja, vilken vård är nödvändig för att utjämna detta gap?
3. Om nej, vilken vård kan ändå ges för att underlätta den sista tiden för patienten och anhöriga?

I uppdragsbeskrivningen för en läkare på SÄBO ingår bland annat att:

- göra medicinska bedömningar och vid behov utredningar och behandlingsinsatser
- vid varje vårdplanering beakta behov av nutrition och smärt- lindring
- genomföra regelbundna genomgångar av de boendes hälsotillstånd
- ge information, råd och stöd till boende och närstående
- ge utbildning, råd och stöd till SÄBO:s personal
- genomföra läkemedelsgenomgång och regelbundet följa upp förskrivningen
- ge stöd och ordinationer vid vård i livets slutskede
- konstatera dödsfall och vara ett stöd i kontakten med anhöriga

Läkaren skall dessutom vara väl förtrogen med intentionerna i den lagstiftning som reglerar den landstingskommunala och den primärkommunala vården.

Systematisk handläggning och tydlig dokumentation är viktig, såsom observation, analys, åtgärd och utvärdering.

10 minuter per patient och vecka räcker inte. Våra patienter är multisjuka, tids- / och vårdkrävande äldre.

Önskan inför framtiden

- Vi måste utbilda flera geriatriker och bygga flera vård- och omsorgsboenden.
- Vi måste överge tanken på att alla vill/kan bo hemma.
- Vi måste ge läkare och sköterskor på vård- och omsorgsboendena en rimlig chans att göra ett bra arbete.
- Vi måste få ett enkelt, gemensamt journalsystem som inte tar orimlig tid från det vi huvudsakligen vill ägna oss åt; Att ge den gamla bästa möjliga vård.
- Ersättningssystemen för de äldre bör anpassas efter de multisjuka äldres behov. Som exempel har Region Skåne årligen sedan 2006 erhållit statliga stimulansmedel från Socialstyrelsen för äldre över 65 år. Prioriterade områden har varit rehabilitering, läkarkontakt, läkemedel, demens, kost och nutrition samt uppsökande verksamhet. I Hälsoval Skåne föreslår man nu inför 2012 att höja den rörliga ersättningen för hembesök inklusive hembesök på SÄBO. Man planerar också en rörlig ersättning för läkemedelsgenomgångar och för vårdplanering i samråd med kommunen. Sannolikt blir detta sammantaget billigare för samhället. Utvärdering emotses. Något för andra regioner att följa?

*Det som spelar roll är inte vad man gjort,
utan vad som finns kvar att göra.*

Och inte vad man vet,

utan vad som finns kvar att lära

Santiago Calatrava

Cathérine Ewalds Viotti

Cathérine Ewalds Viotti

Leg läkare, specialist i geriatrik. Har sedan 1993 varit flitigt anlitad föreläsare inom demenssjukdomar, demensproblematik och åldrandets sjukdomar. Tidigare arbetat på geriatrisk klinik, var med vid uppbyggnaden av Äldrevårdcentralen i Solna och har flerårig erfarenhet som geriatriker inom primärvården. Har också varit ledamot av läkemedelskommitté i Stockholm.



Annons

Glöm inte din äldre patients njurfunktion

– förhindra läkemedelsrelaterade problem innan de uppstår!

Med ökande ålder sjunker njurfunktionen och denna sänkta njurfunktion måste man vara medveten om vid förskrivning av läkemedel. Patienter i primärvården har ofta en multisjuklighet som gör att njurfunktionen sjunker hastigare än annars. Att enbart förlita sig på kreatininvärde är vanskligt, då detta ofta kan vara normalt trots att den glomerulära filtrationshastigheten är låg.

Hur ser njurfunktionen ut hos äldre, sköra sjukhemspatienter och hur väl tar vi allmänläkare hänsyn till den sänkta njurfunktionen innan renala riskläkemedel förskrivs? Dessa frågor ställde vi oss inför genomförandet av en nyligen publicerad studie med 243 inkluderade patienter över 65 år, alla boende på sjukhem i Linköpings, Jönköpings eller Eslövs kommun [1]. På alla patienter mättes såväl s-kreatinin som s-cystatin C och utifrån dessa värden kunde eGFR (estimerad glomerulär filtrationshastighet) beräknas. Vi gjorde det på tre sätt – kreatininbaserat med Cockcroft-Gaults formel [2] och med MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) [3] samt cystatin C-estimerat med Grubbs formel [4]. Medicinlistor inhämtades också för samtliga patienter och ur dessa identifierades förskrivningen av fyra grupper av renala riskläkemedel: metformin, NSAID, digoxin och ACE-hämmare/ARB.

Vi fann att 53 procent av patienterna hade en sänkt njurfunktion, när man satte gränsen vid eGFR 60 ml/min och använde cystatin C-estimerat GFR. Sänkt njurfunktion bland multisjuka äldre är alltså mycket vanligt! Av dessa patienter med nedsatt njurfunktion hade ändå närmare hälften (41procent) normalt kreatininvärde. Det betyder att många patienter har en dold njurfunktionsnedsättning om man enbart förlitar sig på kreatininvärdet. Inför läkemedelsförskrivning måste därför alltid eGFR beräknas för att minska risken för olämplig förskrivning och åtföljande läkemedelsrelaterade problem. De olika estimaten korrelerade dåligt till varandra. Möjligen kan cystatin C-estimerat GFR vara bäst för den här populationen [5].

Glädjande nog var förskrivningen av riskläkemedel måttlig. Endast en handfull patienter var stod på metformin respektive NSAID, det förra trots att en femtedel av patienterna hade diabetesdiagnos. Det kan tolkas som att en medvetenhet finns bland allmänläkare om risken med dessa läkemedel vid sänkt njurfunktion. Lite fler – 19 patienter – behandlades med digoxin, vilket kan förstås av att förmaksflimmer är vanligt i denna patientpopulation. Dock hade flera av dessa ett riskabelt lågt GFR medan s-kreatinin var normalt, varför man kan misstänka att förskrivarna förlitade sig på enbart kreatininvärde inför förskrivning. Ytterligare fler – 40 patienter – var förskrivna ACE-hämmare eller ARB. Dessa medel har ju emellertid också en plats till denna patientpopulation för renoprotektion, bara de används under observation av vad som händer med njurfunktion och elektrolyter.

Kliniska implikationer

Primärvårdspatienter är riskpatienter

Vad betyder då detta för oss i vår allmänmedicinska vardag? Även om mycket är sådant som vi redan känner till, kan det vara nyttigt med en påminnelse ibland. Eftersom det är vi i primärvården som förskriver majoriteten av alla läkemedel, är det också vi som måste vara extra observanta på patienternas njurfunktion för att inte ställa till mer skada än nytta med våra ordinationer. Läkemedelsrelaterade problem är en vanlig anledning till sjukhusinläggningar och medel som utsöndras via njurarna är ofta orsak till dessa [6]. Det är till våra äldre patienter som de flesta läkemedlen förskrivs, men det är alltså också hos dessa patienter som sänkt njurfunktion är mycket vanligt. Den patientpopulation som vi träffar i primärvården har ju dessutom sällan bara en sjukdom, utan har ofta en betydande komorbiditet med sjukdomar som diabetes, ateroskleros och hypertoni som också påverkar njurfunktionen.

Riskläkemedel

Ovan undersökta läkemedelsgrupper är naturligtvis inte de enda som är riskabla vid njurfunktionsnedsättning, men är viktiga att tänka på och också vanligt förekommande. Det snäva terapeutiska intervallet för digoxin är ett observandum. En liten sänkning av njurfunktionen kan vara det som gör att koncentrationen plötsligt ökar och orsakar en digoxinintoxikation. Det är därför bra att ta för vana att alltid kontrollera njurfunktionen och/eller koncentrationen av läkemedel i samband med receptförnyelse av digoxin till äldre. Sannolikt kommer dosen att behöva nedjusteras med tiden.

När det gäller metformin bör man vara vaksam på risken för laktacidosis om läkemedelskoncentrationen stiger på grund av sjunkande njurfunktion. Denna risk är särskilt stor vid dehydrering, vilket hos äldre inte är ovanligt till exempel på grund av dåligt dryckesintag i förhållande till diuretikabehandling, feber eller vid tarminfektioner eller kräkningar av annan orsak. Hos diabetiker är vi ofta snabba med nedjustering av insulin doser vid mag-tarminfektion, men lika viktigt är det att tillfälligt sätta ut metformin på grund av dehydreringsrisken.

Trots att sjukdomar som artros, gikt och annan inflammatorisk smärta är vanliga, bör NSAID helst undvikas helt till äldre på grund av risken för ytterligare försämring av njurkapaciteten

och även ökad risk för hjärtsvikt och mag-/tarmblödningar. Även intag av enstaka NSAID-doser kan ge njurskada [7]. Om indikationen är stark är kortverkande preparat, till exempel diklofenak eller ibuprofen, i låg dosering och korta kurer att föredra. Andra hos äldre vanligt förekommande preparat som bör förskrivas med extra försiktighet eller dosreduktion vid sänkt njurfunktion är till exempel opioider, kinoloner, SU-preparat och kaliumsparande diuretika.

ApoDos

ApoDos-systemet kan ha fördelar för såväl förskrivare, omvårdnadspersonal som för patient. Dock finns också risker med systemet och bland dessa är trögheten att sätta ut preparat. Med ett enkelt klick förnyas snabbt hela ordinationslistan för ytterligare ett år. Att för varje preparat göra ett nytt ställningstagandetill ett fortsatt behov tar man sig tyvärr ofta inte tid till. Att dessutom komma ihåg att vissa preparat kan vara riskabla att fortsätta med vid en försämring av njurfunktionen är ytterligare en utmaning. Det finns en påtaglig risk att njurfunktionen har sjunkit under den rekommenderade nivån för renala riskläkemedel sedan året innan. ApoDos-förnyelse bör åtföljas av samma provtagning som vid annan läkemedelsförskrivning. Dessutom är ApoDos-patienter ofta gamla och har alltså en högre risk för snabb progress av njursvikt.

Viktigare än valet av GFR-estimat är att överhuvudtaget estimera!

I Läkartidningen har de senaste åren pågått en debatt om vilken variant av njurfunktionsuppskattning som är den bästa. En SBU-grupp utreder för närvarande frågan och skall snart kunna presentera vilka prover och estimat vi lämpligast ska använda. Vi kunde också i ovan redovisade studie se att de olika GFR-estimaten korrelerade dåligt till varandra. Det viktigaste budskapet är emellertid vikten av att vi överhuvudtaget kommer igång och regelmässigt använder oss av eGFR istället för att enbart förlita oss på kreatininvärdet. I många landsting svarar laboratoriet numera ut ett estimerat GFR när vi beställer kreatinin och/eller cystatin C, vilket kan vara en hjälp. Oavsett vilket GFR-estimat vi använder oss av, så kan vi förhindra många läkemedelsrelaterade problem och mycket lidande för våra patienter genom att bedöma patientens njurfunktion – inte bara utifrån kreatininvärde – innan vi överväger att sätta in ett renalt riskläkemedel! Och glöm inte att sätta ut – ett tidigare tolererat läkemedel blir alltmer riskabelt i takt med att GFR sjunker med ålder och sjuklighet!

Referenser

1. Modig, S., Lannering, C., Ostgren, C. J., Molstad, S., Midlov, P. (2011) The assessment of renal function in relation to the use of drugs in elderly in nursing homes; a cohort study. *BMC Geriatr*, 11, 1.
2. Cockcroft, D. W., Gault, M. H. (1976) Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron Clin Pract*, 16(1), 31-41.
3. Levey, A. S., Coresh, J., Greene, T., Marsh, J., Stevens, L. A., Kusek, J. W., Van Lente, F. (2007) Expressing the Modification of Diet in Renal Disease Study equation for estimating glomerular filtration rate with standardized serum creatinine values. *Clin Chem*, 53(4), 766-772.
4. Grubb, A., Nyman, U., Bjork, J., Lindstrom, V., Rippe, B., Sterner, G., Christensson, A. (2005) Simple cystatin C-based prediction equations for glomerular filtration rate compared with the modification of diet in renal disease prediction equation for adults and the Schwartz and the Counahan-Barratt prediction equations for children. *Clin Chem*, 51(8), 1420-1431.
5. Fehrman-Ekholm, I., Seeberger, A., Bjork, J., Sterner, G. (2009) Serum cystatin C: a useful marker of kidney function in very old people. *Scand J Clin Lab Invest*, 69(5), 606-611.
6. Odar-Cederlof, I., Oskarsson, P., Ohlen, G., Tesfa, Y., Bergendal, A., Hell-den, A., Bergman, U. (2008) [Adverse drug effect as cause of hospital admission. Common drugs are the major part according to the cross-sectional study]. *Lakartidningen*, 105(12-13), 890-893.
7. Juhlin, T., Bjorkman, S., Hoglund, P. (2005) Cyclooxygenase inhibition causes marked impairment of renal function in elderly subjects treated with diuretics and ACE-inhibitors. *Eur J Heart Fail*, 7(6), 1049-1056.



Sara Modig
 VC Tåbelund Eslöv
 Doktorand vid Lunds Universitet,
 Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö/
 avdelningen för allmänmedicin
 Sara.Modig@med.lu.se

Jäv: inga uppgivna

Extern mentor för doktorander

I slutet av maj i år gjorde jag en Mitt-i-ST-värdering hos Katarina Schmidt Mende på Gärdets vårdcentral. Under praktikdagen hade vi, förutom medsittning och annat som hör till, ett längre samtal kring våra intressen kring frågan om äldres läkemedelsanvändning. Katarina hade gjort ett FoU-arbete kring läkemedelsgenomgångar. Via kontakterna med Cefam ville hon gå vidare i forskning och hade planer på forskarutbildning. Vi hade fortsatt mailkorrespondens efter praktikdagen.

Jag fick då följande e-post från Katarina:

".....Jag har faktisk en fråga.....! När man nuförtiden blir doktorand på KI (ska lämna in mina papper 23.8.) behöver man en mentor...och mentorns uppgift är helt enkelt att stödja i fall man "fastnar". Man behöver inte vara särskild kunnig i forskningsområdet, det är mer att jag ringer eller skriver (eller möter!) mentorn när jag är frustrerad med mitt projekt.... Och nu undrar jag om du kanske har lust att vara detta till mig. Har funderat om distansen vore ett problem för mig men jag tror inte det. I fall jag verkligen "fastnar" skulle jag ju kunna göra en sväng till västkusten och "ladda upp".....! Jag tycker det vore jättebra om jag hade en mentor som har "båda fötter på jorden" och som förhindrar att jag flyger iväg med intellektuella idéer och fantastiska forskningsprojekt...målet ska ju vara att använda resultaten för att förbättra vården och att återkoppla det som man har fått veta till kliniskt verksamma läkare....

Vad tycker du?! Det vore naturligtvis bra om mentorn skulle kunna vara med vid antagningsseminarium som ska hållas någon gång i oktober (tror jag) (men detta är absolut inget krav).

Jag blev verkligen överraskad. Jag mentor för doktorand? Visserligen har jag deltagit i FQ-grupp men inte ens deltagit i en forskningsrapport. Jo men i ett svagt ögonblick hade jag nog planer på att börja allmänmedicinsk forskning på allmänmedicin Göteborg men kom aldrig igång. Och nu förfrågan om mentorskap. Detta kunde jag inte motstå trots att jag inte riktigt visste vad det skulle innebära. Men här fanns en möjlighet att på något litet hörn bidra i den allmänmedicinska forskningsprocessen.

Jag sökte vidare information angående detta mentorskap och fann följande på Karolinska Institutets hemsida:

"Som ett komplement till handledare ska en oberoende person utses för att fungera som mentor för doktoranden under dennes utbildning på forskarnivå. Mentorn kan komma från universitet, landsting, industri eller annan samhällssektor och ska utgöra ett

stöd för doktoranden om denne vid behov önskar goda råd från en oberoende person, till exempel kring frågor som karriärplanering, kontakter med avnämare och andra sektorer utanför Karolinska Institutet, eller annan typ av rådgivning. Mentorn utses efter förslag från doktorand eller huvudhandledare och ska anges i den individuella studieplanen. Mentor har rätt att kalla sig "External mentor for doctoral student at Karolinska Institutet" under den tid uppdraget kvarstår och om doktoranden är antagen till utbildning på forskarnivå."

Ja det står faktiskt *ska* och det fordras min underskrift i Katarinas forskningsansökan. Hennes forskningsplan skall snart upp på antagningsseminarium där även jag ska delta.

Jag tycker det är en spännande idé som förhoppningsvis bättre knyter ihop forskning och praktik. Karolinska Institutet verkar vara pionjär. På Sahlgrenska Akademin finns det erbjudande om mentorskap men inget krav och gruppen av mentorer rekryteras från tidigare doktorander på Akademin. Övriga medicinska fakulteter erbjuder också sina doktorander mentorer bland tidigare disputerade läkare.

Som sagt, Katarina och jag är båda noviser men tycker det skall bli spännande. Finns det några som har erfarenhet av detta och vill skriva i vår tidning? Vi hoppas återkomma i frågan och om några år skriva om våra erfarenheter i AllmänMedicin.



Erland Svenson
Fjällbacka

External mentor for doctoral student at Karolinska Institutet
erland.svenson@gmail.com

SSRI eller TCA till äldre?

Ny observationsstudie finner överraskande biverkningsmönster

Läkemedelsbehandling av depression har tiodubblats sedan början av 1990-talet. Förskrivningen är särskilt stor till de äldsta patienterna, vilka har hög prevalens av depressiva störningar men som ofta inte själva styr sin medicinerings. Ökningen av behandlingen med antidepressiva läkemedel har delvis motiverats av uppfattningen att selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), har lindrigare biverkningar än tidigare antidepressiva läkemedel. En ny brittisk observationsstudie ifrågasätter detta [1].

Syftet med studien var att kartlägga säkerheten och ge bättre underlag för nytta/risk-avvägning vid behandling av depression hos äldre. Datakällan utgörs av en digital journaldatabas från 570 olika primärvårdsmottagningar i Storbritannien och studien utfördes som en så kallad länkad kohortstudie.

Den primära kohorten består av databasens alla patienter i åldern 65 år och äldre som fick diagnosen depression registrerad under tiden 1/1 1996–31/12 2007. Därifrån exkluderades patienter med bipolär sjukdom och med psykos, patienter som diagnosticerats med depression eller som fått behandling med antidepressiva läkemedel inom tolv månader före startdatum, patienter som diagnosticerats inom tolv månader efter startdatum samt patienter över 100 års ålder. Studiekohorten utgjordes av 60 746 patienter, 40 516 kvinnor och 20 230 män. Av dessa fick 89 procent läkemedel. 11 procent erhölet endast en förskrivning av antidepressiva läkemedel medan 11 procent fick mer än 60 förskrivningar. Behandlingstiden sträckte sig mellan 91 och 1029 dagar, medeltal 364 dagar. Uppföljningstiden var i medeltal 5,0 år. 11 procent av patienterna behandlades utan antidepressiva läkemedel. Kohortens patienter hade hög förekomst av samsjuklighet.

Av alla förskrivningar utgjordes 54,7 procent av SSRI, 31,6 procent av tricykliska antidepressiva (TCA) och 13,5 procent av ”övriga antidepressiva läkemedel”. Tabell 1 visar de utfall (olika former av biverkningar) som studerades. De tre klasserna av antidepressiva läkemedel jämfördes dels mot ingen läkemedelsbehandling, dels sinsemellan, dels enskilda preparat inbördes.

Resultat

Jämfört med ingen behandling med antidepressiva läkemedel var medicinerings med alla slag av sådana läkemedel associerad med ökad risk för total dödlighet, självmordsförsök/självskada, fall, frakturer och övre gastrointestinal blödning.

Jämfört med TCA var SSRI associerad med högre total dödlighet, stroke/TIA, frakturer, epileptiska kramper och hyponatremi.

Tabell 1. Studerade utfall/biverkningar

Total dödlighet, det vill säga dödlighet av alla orsaker
Självmordsförsök/ självskadande handling
Hjärtinfarkt
Stroke/TIA (*transitorisk ischemisk attack*)
Fall
Frakturer (*övre och nedre extremiteter, revben, skallben, kotpelare, bäcken*)
Övre gastrointestinal blödning
Epilepsi/kramper
Trafikolyckor
Läkemedelsreaktioner
Hyponatremi (*låg natriumhalt i blodet*)

Tabell 2. Absolut risk för död (alla orsaker) per år.

Patientgrupp	Risk för död i procent
Patienter utan antidepressiva läkemedel	7,04
Patienter som använder TCA (tricykliska antidepressiva)	8,12
Patienter som använder SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare)	10,61
Patienter som använder ”övriga antidepressiva”	11,43

Gruppen ”övriga antidepressiva läkemedel” medförde jämfört med TCA statistiskt signifikant högre risk för total dödlighet, självmordsförsök/självskada, stroke/TIA, frakturer och epileptiska kramper.

TCA kunde inte visas medföra högre risk för något utfall jämfört med SSRI och ”övriga antidepressiva läkemedel”.

För de flesta utfall var risken högst under de första 28 dagarnas medicinerings samt de första 28 dagarna efter upphörd medicinerings.

Den absoluta risken för död per år visas i tabell 2.

Diskussion

Studien är grundlig och välgjord. Författarna visar god kännedom om observationsstudiernas svagheter, det vill säga inverkan av förväxlingsfaktorer (confounders) och bias. Studiens värde består i att den är en stor befolkningsstudie med breda

inklusionskriterier och en mångfald utfallsvariabler inriktad på äldre patienter. Ett observandum är att doserna av TCA ofta låg under rekommenderad dos. TCA tycktes ändå ge effekt.

Fynden är oväntade, vilket skapar behov av fortsatta studier, dels observationsstudier av samma typ, dels randomiserade kliniska prövningar med lång duration bland äldre patienter gällande både läkemedlets specifika effekt under standardiserade förhållanden (efficiency) och läkemedlets effekt när det förs ut i allmänt kliniskt bruk (effectiveness).

Studien kommenteras i en ledare i BMJ [2]. Där betonas att kliniker bör iakta särskild uppmärksamhet vid förskrivning av antidepressiva läkemedel till gamla patienter med depressiv störning, bland annat med tanke på den omfattande multisjukligheten. Vid mindre allvarlig störning är icke-medikamentell behandling första alternativ. Vid läkemedelsbehandling väljer ledarförfattaren i första hand fortfarande SSRI. Uppföljning varje vecka första behandlingsmånaden samt psykologiskt stöd och rådgivning bör vara rutin.

Som depressionsintresserad allmänläkare kan jag bara instämma.

Referenser

- 1 Coupland C et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
- 2 Hickie I B. Antidepressants in elderly people. Careful monitoring is needed for adverse effects, particularly in the first month of treatment. *BMJ* 2011;343:d4660.



Stig Andersson
gits.joel@tele2.se

Annons

Kunskap och inspiration

Den 11–12 oktober arrangerade SFAMs råd för levnadsvanefrågor tillsammans med Statens folkhälsoinstitut allmänmedicinska levnadsvanedagar under rubriken "Kunskap och inspiration".

Mötet ägde rum på Yasuragi Hasseludden i Stockholm i strålände solsken.

Styrelsen hade möte på tisdagen och jag kunde därför inte delta den första dagen. Det rapporterades dock om en inspirerande dag, inte minst Hans Lingfors från Jönköping som pratade om "Piller versus levnadsvanor".

Andra dagen inleddes av Åsa Wetterqvist med orden "Man måste samtala med sig själv och andra – för att inte bli sin egen övertygelses fånge."

Socialstyrelsens nya riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder

Lars Jerdén, rådets ordförande, presenterade sedan innehållet i "Socialstyrelsens nya riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder" som finns i en preliminär version och som förväntas bli klara i december.

De områden som omfattas av riktlinjerna är riskbruk av alkohol, bristande fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och tobaksbruk. Ungefär 20 procent av sjukdomsburden i Sverige anses bero på de fyra levnadsvanorna där enbart tobaksbruket står för nio procent av totalen.

Utgångspunkten för riktlinjerna är frågan "Hur kan vården påverka levnadsvanorna?". En längre artikel med utgångspunkt i preliminärversionen finns att läsa i AllmänMedicin 1/11.

Budskapet från Lars Jerdén var att vi ska bygga på den bas vi redan har med nio miljoner samtal per år om levnadsvanor i den svenska sjukvården, ta till oss och vidareutveckla de metoder som finns, motivera patienterna och vid behov remittera vidare samt att delta i lokalsamhällets folkhälsoarbete.

Irène Nilsson Carlsson, projektledare från Socialstyrelsen, betonade att Soci-



Irène Nilsson Carlsson, Socialstyrelsen och Åsa Wetterqvist, SFAMs råd för levnadsvanefrågor.

alstyrelsen utfärdar riktlinjer och att det sedan är kommuner och landsting som ansvarar för implementeringen. Landstingen fastställer ambitionsnivå, bygger upp en organisation för implementering, anpassar sina styrsystem, utarbetar vårdprogram och regionala riktlinjer, förankrar nya arbetssätt, säkerställer att medarbetarna har rätt kompetens samt utarbetar riktlinjer för uppföljning och utvärdering.

Det aktuella området är ett av elva målområden i Socialstyrelsens folkhälsoarbete och det förebyggande arbetet finns även inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen.

Workshops för framtiden

Efter fikat ställdes frågorna "Vad innebär detta för vårt arbete på hemmaplan?", "Vilket stöd behöver vi?" och "Vem kan vi samarbeta med?"

Viktiga synpunkter som kom fram var: *Vi måste garanteras tjänsteutrymme för fortbildning.*

Det förebyggande arbetet måste kopplas till Vårdvalssystemen.

Kan Socialstyrelsen bidra med interaktiva utbildningar på nätet så att varje landsting slipper uppfinna hjulet självt?

Kan vi räkna med kostnadsbesparingar direkt om vi byter från läkemedel till livsstilsförändringar?

Viktigt att alla medarbetare på vårdcentralen blir involverade.

Hur ska vi registrera levnadsvanor? Hur ska vi följa upp om vi inte registrerar?

Ja till registrering av åtgärds-koder. Nej till registrering som inte är kopplad till åtgärd.

Viktigt att leva som vi lär, till exempel genom att införa fysisk aktivitet på arbetstid.

Lars Jerdén avslutade med följande uppmaning:

"Byt arbetsgivare tills ni hittar en chef som låter er gå på möten och påverka! Vi allmänläkare måste kavla upp ärmarna och göra jobbet!"

Karin Träff Nordström

Läkare för Miljön **behöver dig!**

För miljön och dina barns och dina barnbarns skull.

Vi är en politiskt obunden organisation för läkare, medicine studerande och inom medicinen aktiva forskare.

Vi vill främja en samhällsutveckling som leder till god livsmiljö och folkhälsa.

Hur då? Genom att framhärda att människan är beroende av friska ekosystem som kan förse oss med luft, vatten och föda av tillräcklig mängd och kvalitet samt genom att föra fram vetenskapligt grundade principer och kunskaper om samband mellan miljöfaktorer och hälsa.

Därför att läkare har ett särskilt moraliskt och etiskt ansvar för befolkningens hälsa.

Läkare för Miljön samarbetar med *Ingenjörer för miljön* och *Ekonomer för miljön* inom paraplyorganisationen *Det Naturliga Stegets yrkesföreningar (DNSy)* för att slagkraftigt kunna samverka.

Läkare för Miljön är associerad till *International Society of Doctors for the Environment (ISDE)*, *Health Care Without Harm (HCWH)* och *Climate and Health Council*.

Nu är det dags för dig att stödja Läkare för Miljön!

Medlemsavgiften är 250 kr för läkare och 20 kr för läkarstuderande. Sätt in på postgiro 14 43 65-4 eller bankgiro 5063-8956. Ange ditt namn, adress samt epost-adress. Hemsida www.lakareformiljon.se



Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

SFAM KURS

SFAMs kurs i allmänmedicinsk kompetensvärdering vecka 3 2012

Kursen ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens, särskilt under och i slutet av ST. Den fungerar därmed som fördjupning för handledare och studierektorer och för andra allmänläkare med intresse för utbildning.

Kursen utgör också den teoretiska delen av utbildningen för blivande examinatorer i specialistexamen och värderare för Mitt-i-ST. Den praktiska delen utgörs av att man genomför sitt första uppdrag som examinator eller Mitt-i-ST-värderare med stöd av en erfaren examinator.

Tid: måndag 16 januari kl 10 till onsdag 18 januari kl 15.

Plats: Sjövillan i Rotebro. www.sjovillankonferens.se.

Kurskostnad 6 500 kr + moms, internatkostnad 4400 kr + moms.

Internat rekommenderas, eftersom kvällsaktiviteter ingår, men det finns goda förbindelser med pendeltåg för den som vill bo på annat sätt.

Läs mer om kursen på SFAMs hemsida www.sfam.se – sök under Utbildning & fortbildning, sidan om specialistexamen.

Anmälan på SFAMs hemsida, www.sfam.se – meny Formulär och blanketter.

Kontaktperson: Robert Svartholm, polarull.svartholm@telia.com

Annons

Ingrid 87 – Ännu ej multisjuk

» Vad kan jag som allmänläkare göra mer än att följa, trösta och coacha henne till ett gott liv? «

Ingrid har varit ganska frisk under åren, även om vi inte vet några detaljer eftersom våra datajournaler inte sträcker sig längre tillbaka i tiden än till 1993, när hon var 70 år. De första åren därefter sökte hon sporadiskt och gick till en och samma läkare fram till 1995. Det blev väl några fler besök de kommande fem åren för ditt och datt och hon träffade fyra nya läkare.

År 2000 blev det värre. En lätt diabetes debuterade, det tog emot i bröstet och hon hamnade på akuten och fick diagnosen angina. Hon blev orolig och fick svårt att sova. Enstaka Sobril® håller detta i schack sedan dess. Blodtrycket steg och fram till 2004 hann hon träffa åtta nya läkare i samband med olika besök på vårdcentralen och hon fick Atacand®.

År 2004 tycks Ingrid ha flyttat och fått byta vårdcentral, med nya läkare som följd. Under kommande år fick hon yrsel med blodtryck på 120–160, och ett par gånger sökte hon för nack- och ledbesvär. Fram till 2009 hann hon med ytterligare nio nya läkare – tänk vad många läkare det finns i primärvården! 2008 fick hon en liten TIA och hamnade på akuten igen över natten. Självklart skärptes den farmakologiska behandlingen, men hon hade hela tiden trassel med att tåla sina mediciner, så hon avverkade praktiskt taget alla typer av antihypertensiva under åren som gick. Och så det ”lilla hjärtat förstås”, Trombyl® 75mg x 1. I samband med hennes TIA dokumenterades en serie systoliska blodtryck på 110–160.

Jag tog över 2010 då hennes socker steg och hon flyttade till mitt område. Hon hade då ett par perorala diabetesmedel och med ett tryck som steg mot 180 för-

sökte jag (igen?) med Enalapril®, som hon dock inte ville ha då hon inte ”tålde det”. Blodtrycket svängde: 145 – 160 – 180 – 170. En kontroll av EKG visade normala förhållanden, och trots dosökningar av diabetesmedlen steg sockret över 15. Yrseln tilltog i form av ostadighet, men grovneurologiskt i övrigt fanns inga anmärkningar. Hennes socker steg ännu mer och blodtrycket höll sig runt 170. Skulle hennes Salures® kompletteras – var trycket otillräckligt behandlat?

Eftersom Ingrid klagade på trötthet och sockret var tvåsiffrigt diskuterade vi insättande av insulin och blodtrycket förblev ju ”för högt” enligt dottern och Ingrid, så vi beslöt om 24-timmarsmätning, men det misslyckades, då Ingrid for illa av apparaten, blev kallsvettig och nästan svimmade. Vi nöjde oss då med ett ortostatiskt prov som visade blodtrycksfall från 160 till 145 och hjärtklappning och yrsel.

Ingrid är väldigt gammal, har ganska många mediciner, men tål varken ACE-hämmare eller andra blodtryckstabletter. Hon har ett par olika systemsjukdomar, som kan ge en hel del utfall ekonomiskt i ett ACG-finansierat sjukvårdssystem. De sista åren har hon inte ”stört oss” så mycket, och frågan är hur det kommer att gå framöver. Får hon blödning av Trombyl® och blir blind eller förlamad, orsakar hennes ortostatiska besvär och övrig yrsel en höftfraktur, eller får hon en infarkt av sin mångåriga diabetes? Hon kan ju också tänkas få en lite långsamt utvecklande demens av vaskulär typ – men då finns det ju ”alltid” ett Alzheimerinslag – och hon kan få övrig organsvikt som ger henne ett långsamt avtynande på

ett sjukhem. Vem vet? Vad kan jag som allmänläkare göra mer än att följa, trösta och coacha henne till ett gott liv? Måste jag medicinera, måste jag redovisa avvikelser i strokeregistret och diabetesregistret, eller räcker det att finnas till hands? Behöver hon såsom ännu ej definitions-mässigt multisjuk ingen kontinuitet, eller är det NU, innan hon hospitaliseras, som hon behöver en medicinsk konsult att samråda med?



Robert Svartholm, Boden
polarull.svartholm@telia.com

Jäv: Informationsläkare, Läkemedelskommittén i Norrbotten.

Annons

Recension av boken

"Godartad prostataförstoring med flödeshinder"

(SBU-rapport 209, 2011)

En mycket grundlig skrift redovisas omhändertagande av patienter med prostatism. Boken är på 685 sidor, att jämföra med de drygt två sidor som sjukdomen fick för 45 år sedan i *Nordisk Lärobok i Kirurgi*. Som allmänläkare har man störst nytta av den utmärkta sammanfattning som finns i bokens början. Skriften bygger på en systematisk genomgång av den vetenskapliga dokumentation som finns i databaserna PubMed, Cochrane, och Embase mellan 1975 till 2008. Uppdatering har skett i januari 2011. Man har särskilt bedömt evidensstyrkan i de slutsatser som dras.

Utredning

Frågeformuläret IPSS beskrivs. Här berörs också tidsmiktion, det vill säga hur lång tid det tar att tömma 1 dl urin, en metod som främst används i Sverige. Miktionslista, där patienten skriver klockslag och tömd volym under 2 dygn, är ett gott hjälpmedel för värdering av besvär. Det påpekas att mätning av resturin med ultraljudsapparat bör upprepas flera gånger eftersom resultatet varierar mycket.

Vad gäller PSA diskuteras bara dess roll i möjligheten att bedöma storleken på prostata. Cancer diskuteras överhuvudtaget inte i den här skriften, vilket är lite tråkigt eftersom det är det som patienterna oftast undrar över. Lätt till måttligt ökade PSA-värden och risken för prostatacancer är ju ett ökande bekymmer inom primärvården.

Behandling

Beträffande läkemedelsbehandling rekommenderar skriften främst alfablockerare, till exempel Alfuzosin och 5-alfareduktashämmare, till exempel Proscar®. Antikolinerga medel uppfyllde inte kriterierna för att ingå i skriftens dokumentation. Alfablockerare minskar

symptomen men påverkar inte storleken på prostatan till skillnad från 5-alfareduktashämmarna som hämmar körtelns tillväxt och krymper prostatan. Bokens författare drar slutsatsen att alfablockerare minskar symptomen "lite mer än placebo" (obs ordvalet). Samma bedömning görs beträffande 5-alfareduktashämmare. Här påpekar man särskilt att detta läkemedel sänker PSA-nivån med ungefär 50 procent, vilket måste beaktas då risken för prostatacancer bedöms. Kombinationsbehandling med dessa två läkemedel minskar symptomen "mer än med placebo" (obs ordvalet).

Transuretral resektion av prostatan är den gyllene standarden när kirurgi är aktuell. Det totala antalet TURP-operationer har minskat. Indikationen är kronisk urinretention med behov av KAD, nedsatt njurfunktion, blåsten, upprepade urinvägsinfektioner och blödning.

I boken beskrivs också andra metoder som kraftig uppvärmning av prostata med elektrisk ström, mikrovågsterapi respektive laser.

Diskriminering – rättvisa

En intressant aspekt som diskuteras i skriften är att det kan finnas grupper av män som diskrimineras i sin behandling vad gäller tillgång till evidensbaserad vård vid prostatism. I till exempel Kronobergs län är antalet operationer mer än dubbelt så många som i Värmland. Förskrivningen av läkemedel varierar också mycket mellan olika landsting. Ytterligare analyser behövs för att klargöra vad skillnaderna beror på. Om här finns grupper som blir diskriminerade eller ej är ännu inte färdigutrett.

Bokens författare belyser också rättvisaspekten eftersom behandlingen är så spretig. Det skulle behövas ett övergripande nationellt vårdprogram så att alla får likartad vård. Kostnaden för öppen

och slutenvård för prostatabesvär har kraftigt minskat sedan 1980-talet medan notan för läkemedelsbehandling har stigit.

Större delen av boken ägnas sedan åt en detaljerad beskrivning av diagnostiska metoder, behandling med läkemedel och kirurgisk behandling. Sociala och hälsoekonomiska aspekter får också egna avsnitt.

Slutsatser

Det här är en bra och ambitiös bok med många aspekter på patienter med prostatabesvär (ej cancer). För den normale allmänläkaren torde det räcka med att läsa de drygt 40 sidor som sammanfattar resultaten. Det känns inte riktigt rätt att boken inte alls berör ett stort problem i allmänläkarens vardag: Lätt till måttligt förhöjda PSA-värden och risken för cancer.



Anders Överby
Koppom
111463@telia.com

Jäv: Författaren har inga uppdrag eller inkomster som är relaterade till innehållet i denna artikel.

Svensk allmänmedicinsk kongress

21-23 mars 2012

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN



Vi ses i Luleå när vårvintern är som vackrast 21-23 mars 2012.

Välkomna alla allmänläkare och blivande allmänläkare för funderingar och diskussioner kring
Uppgiften-Utförandet-Utvärderingen

För mer information se vår hemsida: www.sfamnorbotten.se

Call for abstracts – Uppgiften-Utförandet-Utvärderingen

Om du vill delta mer aktivt med ett kort föredrag eller en poster vill vi att du skickar in ditt Abstract senast 15 januari 2012. Markera vilken huvudrubrik du vill höra till och skicka med mail till Heléne Sward, helene.sward@sfam.se

Utsikten från ditt fönster

Vad ser du då du tittar ut från ditt mottagningsfönster?

Skicka in ett digitalt foto som kan bli med i vårt fotokollage som kommer spelas upp under kongressen.



Onsdag 21 mars

Möten i SFAMs råd och nätverk

Examensmöten

- 15:00 From human *biology* to *human* biology,
Elling Ulvestad, professor i mikrobiologi i Bergen, Norge
- 16:30 – 18:00 SFAMs fullmäktigemöte

Torsdag 22 mars

09:00 Inledning

Uppgiften

09:45 – 10:45 Moderne helseforskning klargjør att mennesket trenger disse psykososiale vitaminene: verdighet, handlingsrom i eget liv, likeverkt, tilhørighet, trygghet, mening, lek og glede, opplevelse av sammenheng og helhet i tillværelsen. Allmenmedisinens tradisjon og identitet gjør faget særlig skikket til å styrke disse helsens grunnstoffer.
Per Fugelli

10:45 Kaffe

11:15 – 12:30 Parallella seminarier

- Orienthälsan
- Genus
- Forskningsansvaret
- Examen uppsatser

12:30 Lunch

13:30 Uppsatserna, fortsättning

14:45 Kaffe

Utförandet

15:15 Andrew Elder

16:10 Parallella seminarier

- E-hälsa
- Kontinuitet
- Årets avhandling

Fredag 23 mars

08:30 Recertifisering

09:15 Kort kaffe

Utvärdering

09:30 – 10:30 Inledningsanförande
Måns Rosén, Saskia Bengtsson, Sven Engström, Åke Thörn, Marcus Kallionen.

10:30 – 11:30 Parallella reflexionsgrupper (10 grupper)

12:30 – 13:30 Lunch

13:30 – 14:15 Hedersledamots föreläsning

14:15 Tack och avslutning.

15:00 Slut

Annons

Medicinska riksstämman 2011

Årets Medicinska riksstämma ägde rum på Stockholmsmässan under tre dagar i månadskiftet november – december. SFAMs styrelse valde att lägga årets sista möte i anslutning till stämman och några ur styrelsen deltog vid stämman som moderator/föredragare eller, som i mitt fall, enbart som åhörare.

På torsdagsmorgonen ledde smärtforskare från Karolinska Institutet ett symposium under temat "Ur askan i elden? Analgetika mot långvarig smärta" med fokus på icke-malign långvarig smärta. Mest givande var beteendevetare Rikard Wicksells reflektioner kring frågan: "Är det fruktbart att fokusera på smärtsymptomet vid långvarig icke-malign smärta?"

Smärta förklarar enligt studier endast sex procent av funktionsförmågan och endast 25 procent av livskvaliteten. Ändå fokuseras ofta smärtbehandling på just smärtreduktion trots att erfarenheter visar att det är oerhört svårt att minska smärtintensiteten vid långvarig smärta. Vad kan vi då göra i stället?

Eftersom vi inte kan påverka andras beteenden kan vi i stället fokusera på våra egna problembeteenden i samband med förskrivning av analgetika och se på i vilken kontext förskrivningen sker. Hur kommer det sig att vi skriver ut analgetika även när vi inte riktigt tror på behandlingen? Vilken roll spelar det att vi läkare ofta har ont om tid vid konsultationen, att vi tror att vi måste "göra något", att vi har svårt att stå emot patientens krav? Riskerar vi med analgetikaförskrivning att hålla kvar patienten i ett hopp om smärtfrihet även om det inte är realistiskt? Hur förhindrar detta hopp patienten att ta itu med det hon faktiskt kan göra, det vill säga ändra sitt beteende i förhållande till sin smärta?

Den uppmaning vi fick var att ta oss tid att göra en noggrann nulägesbeskrivning av smärtan och av hur patienten använder smärtlindrande metoder. Om vi därefter går in med någon behandling kan vi utifrån beskrivningen av utgångsläget lättare följa upp och utvärdera insatt behandling. Inga konstigheter alls, men trots det brister det ofta och patienten riskerar att hamna i lett ångvarigt bruk av passiva behandlingsmetoder med risk för beroendutveckling.

Efter lunch, mingel och småprat med kolleger från landets alla hörn anslöt jag mig till symposiet "Krämpa eller sot – vem får bäst bot? Finns det en målkonflikt mellan god evidensbaserad vård vid kroniska folksjukdomar och tillgänglighet i svensk primärvård?". Moderator var Malin André, ordförande i SFAMs forskningsråd och deltagare var Göran Hägglund, socialminister, Cecilia Björkelund, allmänmedicinsk professor i Göteborg, Carl Johan Östgren, allmänmedicinsk professor i Linköping, Christer Petersson, allmänläkare i Växjö och Mona Landin-Olsson, professor och överläkare i Helsingborg och ordförande i Svensk förening för diabetologi.

Med diabetes typ 2 som exempel på en kronisk folksjukdom angrep deltagarna den i rubriken ställda frågan från sina respektive horisonter. Socialministern inledde med att svara nej på frågan – han såg ingen målkonflikt eller menade kanske att det inte borde få finnas en sådan. Mer pengar är inte lösningen utan vi måste jobba smartare och hitta nya lösningar. Vi har i Sverige en mycket bra sjukvård men det finns områden som kan bli bättre, bland annat tillgång till sjukvård kvällar och helger, bättre koordination av sjukvårdsinsatser till multisjuka och helhetssyn när det gäller läkemedel. Han avslutade med att säga att det viktigaste är att beslutsfattare, beställare och profession i större utsträckning försöker se vården ur patientens/medborgarens perspektiv och att politikernas ansvar är att konstruera ersättningsystem som stimulerar till förbättring på ovanstående områden.

Ett par av deltagarna gled förbi frågeställningen och fokuserade i stället på vad som är bra och evidensbaserad vård för patienter med diabetes typ 2. Intressant var dock Cecilia Björkelunds inlägg "Vårdval och Chronic Care Model – lönar det sig?" där hon slog fast att det finns mycken evidens för att en väl utbyggd primärvård är kostnadseffektiv och leder till minskad slutenvård. Hon slog ett slag för de kvalitetsindikatorer som mäter verklig kvalitet i primärvård: god tillgänglighet, generalistkompetens, breda team inklusive rehabilitering, kontinuitet och prioritering av patienter med kronisk sjukdom och/eller nedsatt autonomi.

Christer Peterssons slog därefter i sitt inlägg "Hur förenar jag evidens med kunskap om den enskilde patienten?" fast att "Det finns inga säkra regler för hur regler ska tillämpas på den enskilde individen" och beskrev hur vi samlar kunskap genom att utveckla tankespår tillsammans med kolleger, patienter och förstås också genom att hålla oss uppdaterade på den evidens som finns inom olika områden.

Den efterföljande diskussionen handlade mycket om hur man kan utveckla vårdvals villkoren för att stödja vård av kroniskt sjuka och stimulera preventiva åtgärder. Oavsett ersättningsystem ligger ett stort ansvar på de enskilda vårdcentralerna att följa prioriteringsriktlinjerna och inte låta tillgänglighet för de mindre sjuka bli en alltför starkt lysande ledstjärna på bekostnad av högre prioriterade patientgrupper.

Karin Träff Nordström

som lämnar ordet vidare till Sara Holmberg: ►►

Allmänmedicinen utvecklas genom forskning

Det finns få arenor för att sprida och diskutera allmänmedicinsk forskning. Det är därför oroande att det inkom betydligt färre allmänmedicinska bidrag till fria föredrag och postrar i år än under tidigare år. Vi brukar ha åtta-tio föredrag och ett trettiotal postrar i det allmänmedicinska programmet men i år blev det bara elva totalt.

Vad beror minskningen på? Är det ett generellt sjunkande intresse för att medverka vid riksstämman? Väljer våra forskare andra kongresser som bedöms ge högre meritvärde? Eller är nedgången ett uttryck för att forskningsaktiviteten minskar i primärvården och/eller att de som bedriver forskning inte har möjlighet att åka.

En fråga som väcks är om ökade produktivetskrav till följd av vårdval tränger undan möjligheterna att bedriva forskning och utvecklingsarbete. Om så är fallet bör vi ta signalen på stort allvar. Med dagens och framtidens krav på evidensbaserad praktik och hög patientsäkerhet behöver forskning och utveckling vara en självklar och naturlig del i primärvårdens verksamhet och i allmänläkarnas arbete.

Evidens framtagen via sjukhusbaserad forskning omformad till riktlinjer kan inte vara enda grund för allmänläkares arbete. Vi måste själva skapa kunskap genom allmänmedicinsk forskning och många fler behöver bidra. ”Det är oetiskt att inte forska” som en av landets tidiga medicinska etiker uttryckte det. I takt med den fortsatta specialiseringen av medicinen blir behovet av allmänmedicin allt större och vi behöver hjälpas åt att ta fram den evidens som vi vet finns för generalistperspektivet, multisjuklighetens konsekvenser, kontinuitetens betydelse med mera. Riksstämman är en nationell arena för att utbyta kunskap och påverka andra specialitetens företrädare och sjukvårdsansvariga. Vi behöver vara många som bidrar med det. Åk på nästa års riksstämma och skicka in ditt bidrag till sektionen för allmänmedicin.

Innan dess ges ett nytt tillfälle att dela med sig av egna rön och ta del av andras och det är på den första Svenska Allmänmedicinska Kongressen som hålls i Luleå den 21-23 mars 2012. Anmäl ditt eget bidrag dit och uppmana kollegor och ST-läkare att anmäla sina projektarbeten.

Sara Holmberg

Vetenskaplig sekreterare SFAM

Handlingsplan efter idéseminariet

Vid idéseminariet i Uppsala i september, som du kunde läsa om i förra numret av AllmänMedicin, togs det fram ett underlag till en handlingsplan för föreningens arbete de närmaste åren.

Uppdraget till grupperna vid seminariet var att ta fram tre punkter som SFAM ska arbeta med på kort (<2 år) respektive lång (<5 år). När idéerna konkretiserades visade det sig dock att det inte gick att tänka längre än två år framåt. Det är så mycket som förändras i vår omvärld och som vi inte styr över själva att vi måste ha en stor flexibilitet för att arbeta med nya frågor som dyker upp.

Utifrån de förslag som togs fram har styrelsen tagit fram nedanstående handlingsplan inför 2012:

Synliggöra allmänmedicinsk kompetens

- Analysera och exploatera resultaten i Nationella Patientenkäten, till exempel frågorna kring kontinuitet och prevention.
- Revidera och kommunicera föreningens/allmänmedicinens ledord.

Stärka och synliggöra allmänmedicinsk forskning

- Integrera medlemsmöte med kongress – ge större plats åt/inbjuda institutionerna.
- Lyfta goda exempel på allmänmedicinsk forskningsorganisation, till exempel Akademisk vårdcentral.
- Verka för att de allmänmedicinska professorerna medverkar vid våra kongresser och andra möten.



Foto: Staffan Olsson.

- Implementera dokumentet ”Allmänmedicinsk forskning och Vårdval” publicera i AllmänMedicin (se faktaruta).
- Skriva artikel till Läkartidningen – se ”Slår vårdval undan fötterna för allmänmedicinsk forskning?”, LT nr 41 2011.
- Minst en professor i SFAMs styrelse.
- Utveckla kontakten med Mikael Hasselgren, redaktör på Läkartidningen.

Säkra och ta makt över fortbildning och kompetensutveckling för alla allmänläkare

- Uppdatera ”Styrdokument för SFAMs fortbildningsråd” beslutat 080515.

- Verka för att fortbildning kommer in som kvalitetsparameter i lokala vårdvalsuppdrag.
- Verka för recertifiering i någon form.

Främja kontinuitet i patient/läkarmötet

- Lyfta fram goda exempel på välfungerande mottagningar med hög läkarkontinuitet.
- Kurs i hur man organiserar sin mottagning för att främja kontinuitet.
- Mall för debattartikel "Du förtjänar din egen doktor".
- Seminarium "Hur organisera mottagningen för att främja kontinuitet?" vid Framtidens specialisläkare hösten 2012.
- Verka för att få in kontinuitet som kvalitetsparameter i lokala vårdvalsuppdrag.

Verka för "golden standard" för vårdval

- Samla ihop aktuell kunskap, evidens och exempel på bra kvalitetsindikatorer.

Rekrytering av nya allmänläkare och behålla de gamla

- Inventera nuläget. Hur många allmänläkare? Kommande pensionsavgångar? ST-rekrytering?
- Verka för patientkontinuitet för AT- och ST-läkare i primärvården.
- Verka för ett rimligt uppdrag för läkare i allmänmedicin.
- Verka för att fler läkare blir chefer. Samarbeta med Läkarförbundet och DLF.
- Workshop om seniorrollen på kongressen 2013.

Karin Träff Nordström

Fakta

SFAMs Förslag – Allmänmedicinsk Forskning och Vårdval

Den vetenskapliga allmänmedicinen är grunden för god kvalitet i primärvård och allmänmedicin. Den allmänmedicinska forskningen har alltid varit styvmoderligt behandlad jämfört med övrig medicinsk forskning, trots att de flesta patienter med de stora folksjukdomarna sköts där och allmänläkares beslut får avgörande konsekvenser för övrig sjukvård. I vårdvalskontrakten riskerar den allmänmedicinska forskningen att helt komma på undantag i landstingen. Därför hävdar SFAM:

Viktiga punkter som bör ingå i avtal Vårdval

- Forskningsmedel (dvs. medel för arbetstid och övriga projektkostnader) och medel för att ersätta handledningstid bör finnas centralt inom landstinget/beställare och vara konkurrensneutralt (sökas och utdelas på lika villkor oavsett offentlig eller privat anställning).
- Forskningsmedel och medel för handledning ska finnas att söka för projekt, deltidstjänster som doktorand och postdoc. Medlen kan anknyta till projekt under läkares grundutbildning, ST-uppsatser, doktorandarbeten och docentmeritering.
- Ersättning för vetenskaplig handledning ska ligga på samma nivå som ersättning för andra externa uppdrag. För ett ST-arbete som omfattar 10 veckor beräknas i genomsnitt 20 handledningstimmar.
- Arbete med nationella uppdrag ska uppmuntras genom att landstinget/beställare ekonomiskt premierar enheter som i samarbete med landsting/beställare avstått från medarbetare för nationella uppdrag. Ersättningen ska vara lika för offentliga och privata enheter. Ersättning för arbetad tid bör betalas av uppdragsgivaren, t ex Socialstyrelsen.
- Vetenskapligt arbete bör efterfrågas och rapporteras årligen i verksamhetsrapport. Lämpliga mått är antalet publicerade artiklar, abstrakt vid kongresser, deltagande i nationella och internationella kongresser, deltagande i expertgrupper (t ex SBU, Läkemedelsverkets workshop, LFN/TLV, Socialstyrelsen) och nationella råd.
- Mått för handledning av studenter bör även ingå i årsrapport, t ex antal handledda studentdagar (läkarstudenter, sjuksköterskestudenter m fl.).

SFAMs långsiktiga mål är att andelen disputerade allmänläkare ska uppgå till samma nivå som för andra specialister (för närvarande ca 30 procent) och om tio år (2019) bör 10 procent av allmänläkarna vara disputerade.

Reviderat september 2011

Forskningsrådet i Svensk förening för allmänmedicin

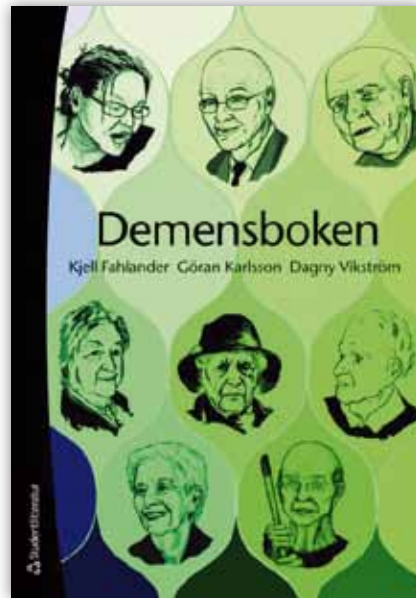
Annons

Demensboken

Det är sällan man blir så förtjust i en lärobok som jag blev vid läsningen av Demensboken. Men jag är kanske något jävig; författarna är överläkare, psykolog och arbetsterapeut från Norrbotten där jag också arbetar. Boken är framtagen i samverkan kring en utbildning. Den vänder sig till yrkesverksamma inom äldreomsorgen och är lättläst. Ambitionen är att i en bok förena medicinska, psykologiska och omvårdande perspektiv. Som anhörig tilltalas jag av den helhetssyn och koncentration på personen som därmed förmedlas.

De olika kapitlen utgår från levnadsberättelser om personer med olika former av demensutveckling. Till detta läggs kommentarer med teoretiska resonemang under rubriken "Sakkunskapen – för att förstå" och "Tillämpning – en hjälp att hjälpa", med omvårdnadstips och problem. Intressant och kanske avgörande viktig är "Det andra perspektivet", där patient eller anhörigas dagboksanteckningar noteras. Illustrationerna är vackra, uttrycksfulla teckningar av ansikten och speglar en inkännande hållning i texten.

Ambitionen har varit att boken skulle kunna läsas utan mera avancerade medicinska förkunskaper, varför en ordlista finns där medicinska termer översätts till svenska. Målsättningen är god men listan kunde kortats något. Många svenska begrepp är bra och användbara, men inte är "strimmiga kärnor" mera lättbegripligt än "striatum"? Tveksamt är också att man även tagit med några mera ovanliga tillstånd till exempel PSP, progressiv supranukleär paralyse, utan att man får uppfattning om förekomsten. Invävt i texten finns en hel del fina formuleringar, erfarenhet, kloka råd och ömsinta tips, humor och tålmod. De medicinska åtgärderna tonas ned och även utredningarna som tenderar att skapa orealistiska förhoppningar, när det i själva verket ofta



Demensboken
Författare: Kjell Fahlander, Göran Karlsson, Dagny Vikström.
ISBN 978-91-44-05313-4
Förlag: Studentlitteratur

handlar om en obönhörlig process som vi enbart följer. Diagnostiken skapar en illusion av kontroll. Funktionen är viktigare för bedömningen av behov av stöd. Det sociala och kulturella sammanhanget avgör hur länge man klarar sig hemma.

Typsituationer avhandlas, som körkort och vapen, "ropare" och aggressivitet, sömnbesvär och depression. I Demensboken finns en sympatisk skepsis mot farmaka med tanke på känsligheten hos den åldrande hjärnan. Biverkningarna av till exempel långvarig antidepressiv medicinering är mångfacetterad och osteoporos som nu börjar uppmärksammas är bara en av många. Att låta tillståndet "förvirring" illustreras av Erik Johan Stagnelius dikt "I förödelsens stund" är både djärvt och vackert! Det är den som avslutas med

"Natten är dagens mor, Kaos är granne med Gud".

I **Demensboken** är medicineringen nedtonad, en inställning jag sympatiserar med.

Jag vill göra en utveckling över en märkligt glidande process i tolkningen av evidens där "kvalitet" i demensvård blivit liktydigt med mängden försålda läkemedel. Hur har det gått till? I avsnittet om blanddemens i boken får jag kanske en ledtråd: "Riktlinjerna som en läkare ska gå efter är numera utformade så att de flesta patienter med blandsjukdom får en Alzheimerdignos". Acetylkolinesterashämmare har bara Alzheimers sjukdom som indikation. I Socialstyrelsens Riktlinjer skrivs i texten som värderar läkemedel vid demens att dessa är svåra att skilja från placebo i effekt och att biverkningarna är avsevärda. Vi vet inte vilka av patienterna som kan ha en övergående symtomatisk nytta av behandling och förloppet påverkas inte. Patient och anhörig bör dock erbjudas behandlingsförsök. Utfallet kan bli att man avstår! Vid övergången till konstruktion av kvalitetsindikator i riktlinjerna kommer punkten användning av demensläkemedel först. Den preciseras dock inte som att rätt patient erbjudits behandling efter information.

SKL:s (Sveriges Kommuner och Landsting) "Öppna jämförelser" noterar antalet förskrivna dygnsdoser av demensläkemedel som kvalitetsmått. LIF (Läkemedelsindustriföreningen) hakar naturligtvis på i en landsomfattande kampanj. Rimligare hade varit att mäta hur många som erbjudits att pröva demensläkemedel under en avgränsad tid. Demensregistret skriver i sin årsberättelse att man vill öka målvärdet från 80 till 90 procent av registerade Alzheimerpatienter som får förskrivit demensläkemedel. Ett rimligare mått hade varit andelen patienter där behandling övervägts eller prövats.



Eller varför inte det motsatta, det vill säga andel av de som behandlas som fortsatt har indikation enligt riktlinjer eller har varit på återbesök där avslutning utförts eller övervägts.

Förskjutningen i tolkning av svag evidens verkar ha som enda mål att maximera förskrivningen. Företeelsen förekommer för övrigt i flera kvalitetsregister, där man förenklar och reducerar evidens till farmakaförskrivning utan hänsyn till kontraindikationer eller individuella biverkningar.

Ytterligare ett märkligt fenomen är ”troende” kollegor som med alla medel vill tvinga fram en ökad förskrivning med stöd i tveksamma marknadsföringsstudier. De kan ha rätt, men kan inte förneka att evidensen är svag. Det vore sannernligen välgörande med utförlig, öppen och lättillgänglig jävsdeklaration hos alla som uttalar sig i frågan! Det gäller såväl i läroböcker som studiebreve, riktlinjer och Läkemedelsbok! Det som saknas i samtliga genomgångar är ett verkligt ifrågasättande av rutiner och föreställningar. Låt oss till exempel betänka det totala antalet individer som bör utredas med

datortomografi. Det handlar om hundratusentals bland de äldre i befolkningen. Hur stor blir då den totala stråldosen i förhållande till informationsvärdet av undersökningarna? Borde det kanske vara striktare indikationer? Hittills har jag bara sett ekonomiska argument där en vårdtag på institution jämförs med kostnaden för datortomografin, men ingen medicinsk värdering av fynden.

Avslutningsvis vill jag göra en jämförelse mellan Demensboken och demenskapitlet i Läkemedelsboken, samt SFAM:s nya studiebreve. Det ligger i sakens natur att Läkemedelsbokens avsnitt om Demens utgår från farmakaperspektivet, även om andra aspekter berörs i den komprimerade texten. SFAM:s nya Studiebreve om Demens har valt sin utgångspunkt i typsituationer där läkaren har en viss roll. Problemen är väl valda och intressanta frågor att diskutera presenteras. Även en del etiska aspekter dyker upp, till exempel den viktiga frågan: ”I vems intresse sker utredningen?”. Av grafiken som illustrerar studiebrevet framgår att läkarens roll i helheten är ganska liten, jämfört med omvårdnaden.

Det som tilltalar med Demensboken jämfört med övriga presentationer är helhetsgreppet. Den väjer heller inte från det svåra, besvärliga och ibland till och med fränstötande i de uttryck som sjukdomar kan ta sig. Särskilt viktiga är levnadsberättelserna, patient och anhörigas noteringar i dagboksanteckningarna som ger ett humanistiskt perspektiv på en ibland ack så svår mänsklig existens.



Peter Olsson
Distriktsläkare Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

Save the date!

ST-dagarna
Tolkar Tidens Tecken
Örebro 17-19 oktober 2012

Vill du lära dig något nytt?
Vill du ta del av intressanta diskussioner?
Vill du ha roligt med kollegor från hela landet?
Välkommen till ST-dagarna i allmänmedicin
2012: **Tolkar Tidens Tecken**
Var: **Örebro**
När: **17-19 oktober 2012**
Mer information kommer inom kort!

Ps: som du kanske märker har ST-dagarna flyttat från våren till hösten för att inte krocka med Svensk allmänmedicinsk kongress – tidigare SFAMs höstmöte. Ds

SIFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN

Signerade reproduktioner av årets och tidigare års omslagsbilder till Läkarmatrikeln

Gör er beställning på www.mediahuset.se eller via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30.

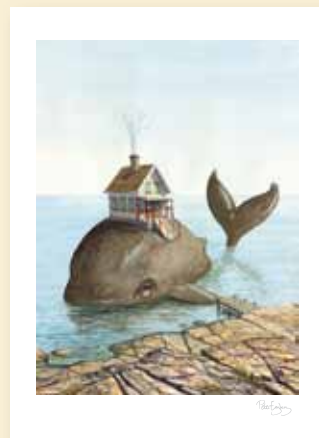
Skärgårdsdoktorn • 2011



Husläkare • 2010



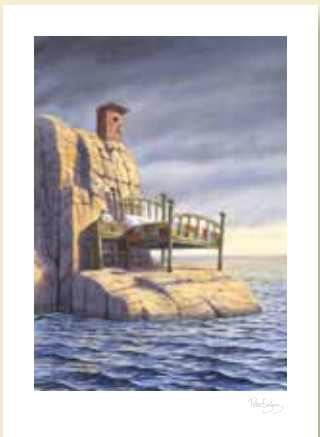
Vårdval • 2009



Sjuktransport • 2008



Sängläge • 2007



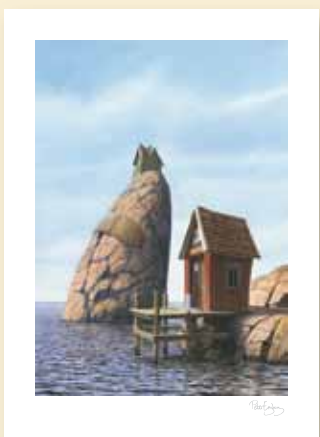
Sjukstuga • 2006



Stenbrott • 2005



Sjösjukan • 2004



Ö-Lasarett • 2003



Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg. Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr). Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären. Gör er beställning på fax: 031-84 86 82, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30

PETER ENGBERG
Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning. Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från Bohuslän.

Medikalisering av själslivet i DSM-5

– vem skall bedöma konsekvenserna av nya förslag?

Bakgrund

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sammanställs av APA (American Psychiatric Association) och är den etablerade metoden för att ställa psykiatriska diagnoser i USA. Manualen har även omfattande användning på andra håll i världen, särskilt för forskning. Den utgåva som används för närvarande, DSM-IV, utkom 1994 och är under omarbetning – efterföljaren DSM-5 väntas komma 2013. Utkast till innehållet i DSM-5 har offentliggjorts och lett till en hel del debatt [1]. Debatten har till stor del handlat om vilka följderna blir om de föreslagna ändringarna sätts i verket. Hur följderna bedöms är till stor del avhängigt vem eller vilka det är som gör bedömningen. För närvarande domineras beslutsprocessen i DSM av psykiatriker, men vi menar att ändringar i DMS:s innehåll har så omfattande konsekvenser för samhället att även andra grupper bör ha del i besluten. Nedan ger vi ett antal exempel på ändringsförslag och deras tänkbara följder för samhället.

När DSM lanserades var det en grupp psykiatriker som var i opposition mot det diagnosystem (ICD) som är den officiella diagnoskatalogen. Konflikten finns beskriven i boken *Pillret* av Ingrid Carlberg [2]. I det aktuella förslaget till DSM-5 söker man efter en harmonisering mellan systemen.

DSM är i grunden ett instrument för avgörande av vad som är sjukt och friskt. Detta är i sig inget kontroversiellt, utan något som gäller alla typer av diagnostiska verktyg (anamnestagning, frågeformulär, röntgen, laboratorieprover, etc). Det speciella med DSM är kombinationen av att diagnostiken gäller psykiatrisk sjuklighet och att de diagnoskategorier som etableras får omfattande genomslag.

Inom psykiatrin är gränsdragningen mellan friskt och sjukt svårare än i många andra sammanhang, eftersom kriterierna för sjuklighet vanligen bygger på symtom utan organiska korreler. Detta innebär ett stort tolkningsutrymme vilket i sin tur kan leda till att den psykiatriska diagnosen inte blir enhetlig mellan olika läkare. Arbetet med DSM inleddes under 1950-talet delvis i syfte att råda bot på detta, genom att ställa upp klara kriterier för psykiatrisk diagnos [3].

DSM hade till en början en mycket undanskymd plats inom psykiatrin men har sedan 1980-talet fått en mer och mer dominerande position [3]. Den fjärde utgåvan DSM-IV, som publicerades 1994 såldes i en miljon exemplar och de nya diagnoskategorier som lanserades där ledde till omfattande effekter på samhället framförallt i USA men även i andra delar av världen.

Förändringarna i DSM-IV ledde till en kraftig ökning av diagnostiken av attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autistic disorder och bipolar sjukdom hos barn, främst i USA, men genom DSM:s stora inflytande även i övriga delar av världen. Detta har påtalats inte minst av Allen Frances, som ledde arbetet med revisionen av DSM-IV. Frances noterar att även små förändringar av de diagnostiska kriterierna fick oväntat omfattande konsekvenser [1].

Nya förslag i DSM-5

I det nu aktuella förslaget till DSM-5 finns flera exempel på nya diagnoser som, om de antas, kan leda till likartade konsekvenser. Kritiker av dessa nya diagnosförslag hävdar att de bygger på ospecifika symptom som är vanliga i befolkningen och därmed sjukförklarar grupper som hittills inte betraktats som sjuka (figur 1).

Bland de nya förslag på diagnoser som blivit mest omdiskuterade kan nämnas:

- Binge eating
- Mixed anxiety depression
- Mild neurocognitive disorder
- Attenuated psychosis syndrome
- Temper dysregulation

Diagnoserna “Mild neurocognitive disorder” och “Attenuated psychosis syndrome” bygger båda på en förhoppning att det skulle vara värdefullt att identifiera personer med förstadier till sjukdom (demens respektive schizofreni) innan sjukdomarna är fullt utvecklade och därmed genom tidig intervention ge ett lindrigare förlopp – något som dock inte kunnat påvisas vara möjligt trots upprepade försök.

Tre förslag på förändringar i befintliga diagnoser är kontroversiella eftersom de innebär en sänkning av tröskeln för att ställa diagnoserna.

- Attention deficit hyperactivity disorder
- Bipolar disorder
- Major depressive disorder

Så till exempel föreslås att tidsgränsen för att skilja mellan normal sorgreaktion och depression slopas.

Några förslag kan få rättsmedicinska konsekvenser:

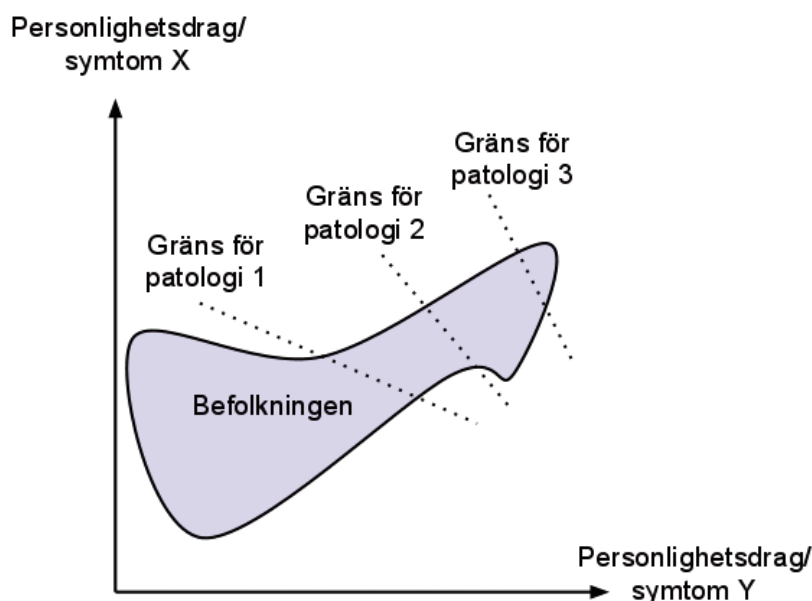
- Paraphilic coercive disorder

Kritiker menar att införandet av diagnosen “Paraphilic coercive disorder” kan medföra att våldtäkt inte betraktas i första hand som ett brott utan som en följd av psykisk sjukdom.

Omfattande konsekvenser

Eftersom innehållet i DSM har så omfattande effekter på samhället är det en angelägenhet inte bara för psykiatrin eller den medicinska världen. Konsekvenser

Figur 1. Effekten av olika kriterier för sjuklighet på hur stor del av befolkningen som betraktas som frisk. Tre hypotetiska skärningar markerar gränsen för patologi. Kriterierna i DSM har tenderat att täcka en allt större del av befolkningen.



för skolvärlden, rättsväsendet och många andra delar av samhället gör att diagnosmanualen bör bli föremål för en omfattande diskussion av många professioner. Så är det till exempel uppenbart att den förra revisionen av DSM från 1994 med andra diagnoskriterier för neuropsykiatriska störningar fått stora konsekvenser inom skolan. Nu är det experter inom olika delar av psykiatrin, som lanserar och redigerar förändringar. Det medför att det är många krafter som verkar för att just deras forskningsområde ska lyftas fram, utan att man beaktar förändringarna i ett samhällsperspektiv. En genomgående trend i förslaget är att arbetsgruppen varit angelägen att få med fler som kan tänkas ha nytta av psykiatriska diagnoser utan att man beaktat risken för överdiagnostik eller falskt positiva diagnoser. Den högre sensitivitet man därmed eftersträvar medför obönhörligt att specificiteten försämras.

Det är också iögonfallande att många av förslagen medför utvidgade indikationer, vilket som följdverkan troligen har mer behandling, såväl läkemedelsförskrivning som andra former av terapi. Ingen enskild grupp kan förväntas ha överblick över alla möjliga konsekvenser

av förändrade diagnoskriterier.

Det är angeläget att intressekonflikter deklarerats från de som är ansvariga för förslaget, både samarbete med organisationer med ekonomiska intressen (inte bara läkemedelsindustrin) och personliga intressen, som till exempel egna behandlings- eller forskningsområden. Samma principiella problematik finns för andra riktlinjer och det har ifrågasatts om riktlinjer borde fastställas inte av experter, som ofta har intressekonflikter, utan av någon helt oberoende samhällsutsedd instans [4]. Det är därför anmärkningsvärt att majoriteten av de som ansvarar för DSM-5 har omfattande och nära relationer till läkemedelsindustrin [5].

Vi anser att så omfattande förändringar på gränsdragningen mellan sjukt och friskt, som finns i förslaget, inte bara är en angelägenhet för psykiatrisk expertis. Det är därför välkommet att förslaget är ute på en världsomfattande remiss, där i princip vem som helst med tillgång till Internet kan ge synpunkter. Om denna till synes öppna och demokratiska konsultationsprocess får några praktiska konsekvenser är dock oklart och upp till den ansvariga arbetsgruppen inom APA att redovisa.

Intressekonflikter:

SS: inga.

JH: Informationsläkare i Jämtlands läns läkemedelskommitté.

Referenser

1. Frances A. The first draft of DSM-V. *BMJ*. 2010 Jan;340:c1168.
2. Carlberg I. *Pillret*. Stockholm: Norstedts Förlag; 2008.
3. Spiegel A. *Annals of Medicine: The Dictionary of Disorder: How one man revolutionized psychiatry*. The New Yorker. 2005;.
4. Moynihan R. Medicalization. A new deal on disease definition. *BMJ*. 2011 Jan;342:d2548.
5. Cosgrove L, Bursztajn HJ, Krimsky S. Developing unbiased diagnostic and treatment guidelines in psychiatry. *The New England journal of medicine*. 2009 May;360(19):2035–6.



Staffan Svensson
ST-läkare i allmänmedicin,
klinisk farmakolog, Göteborg



Jan Håkansson
distriktsläkare, Krokoms HC,
ordförande i SFAM.L

Annons

Kvacksalvare är vi allihopa – ?

En intressant debatt bröt ut på Ordbyte, efter att en allmänläkare som skrivit ut homeopatiska läkemedel fått detta förfarande godkänt i domstol. Slutreplikerna blev i många tycke lite extra läsvärda. I den inledande debatten påpekas dels att i många andra länder har allmänläkare länge använt homeopati, dels att mycket av det vi gör inom traditionell medicin också saknar evidens. De flesta debattörerna vill ändå försvara vetenskapens landvinningar och markera gränsen mot "tro" inom medicinen .

Debattörer



Saskia Bengtsson
Saskia.Bengtsson@lj.se



Martin Wehlou
martin@wehlou.com

Saskia Bengtsson: Vi är ibland enkelspåriga i vår vetenskapsyn och har en tendens att tillämpa vår naturvetenskapliga forskningstradition och våra metoder även på företeelser där ett mer metodkritiskt och ödmjukt förhållningssätt skulle vara vettigare. Därför har vi en del att lära av samhällsvetenskapliga/humanioraforskare. Att en elektronström vippas över en nolla till en etta på ett kretskort (jag har en vag vetenskaplig känsla av att det där inte var en helt korrekt beskrivning, men ni fattar poängen) är ett vetenskapligt faktum och reaktionen är alltigenom förutsägbar. Det har inte mycket att göra med att forska kring till exempel vilka effekter ett läkemedel får i kroppen. 0/1 är binärt och kroppen är...triljonär? Om forskningen dessutom finansieras av ett läkemedelsbolag som investerat stora resurser i att läkemedlet ska slå kan vi försöka hålla oss objektiva och naturvetenskapliga hur mycket vi vill – förutsättningarna för att få fram en "sanning" är ändå rätt kassa...

Hur forskningsfrågor ställs och besvaras påverkar ju i allra högsta grad vad man får för resultat: att frågan överhuvudtaget ställs, vad man väljer att forska kring, vad man väljer att utsluta, tusen olika saker som gör att "evidens" utgår från värderingar och världsbild, precis som erfarenhet och tyckande gör.

Martin Wehlou: Jag tycker homeopati-förespråkare positionerar sig resolut på den sidan som beskriver intellektuell verksamhet som något elitärt vi bör avskaffa till allas lika rättigheter att ha rätt. Att kunna påstå att vetenskap som sådan bara är en godtycklig inställning till verkligheten som är allas vår rätt att förkasta, är ett så oerhört destruktivt budskap att jag inte vet var jag ska börja.

Om vi har vetenskapliga resultat som är tvivelaktiga, så är det inte ett skäl att förkasta den vetenskapliga metoden, snarare tvärtom, att tillämpa den striktare, tills resultaten blir tillförlitliga. Genom tiderna har vi alltid gått från vidskeplighet och religion mot vetenskap och upplysning, men den senaste tiden börjar vi vända och gå tillbaka. Det åligger oss som faktiskt borde veta bättre att inte artigt stå vid sidan om och låta vidskepligheten korrumpera vår dyrt uppbyggda vetenskap. Alltför mycket tolerans för ovetenskapliga metoder leder faktiskt till vetenskapens undergång...

I fallet homeopati finns inte ens ett funktionellt resonemang, bara rena skrönor. Vi kan likaväl prata om tomtar och troll som om "anden i flaskan" som en homeopat uttryckte det för mig en gång.

Jag är helt med på Richard Dawkins budskap att vi behöver bli betydligt mer intoleranta för sådant här flum, annars får vi skylla oss själva när häxeriet tar över. Det diskuteras ju redan att FK ska betala homeopati, vad mer behöver du för att få mardrömmar? Snart kommer vaccinationer att ersättas med magnetiska armband och trötthetssyndrom behandlas med elfältsbaldakiner... oj, det har visst redan hänt. På FKs bekostnad. Steget är inte långt till en "idiocracy".

Saskia: Tja, Martin...Som egenutnämnd trollkvinna borde jag ju sympatisera med alla som vill avskaffa häxbränning och andra vidskepligheter. Men "vetenskapliga metoden" i singularis? Och hoppet om att det går att finslipa denna metod tills resultaten blir tillförlitliga = man får fram sanningen? Då tänker jag att man talar om de rena naturvetenskaperna – fysik, kemi, matematik. Inom medicinen kan vi på sin höjd få fram korn av sanning här och där – eldflugor i en mörk vidsträckt snårskog om man får tillåta sig lite ovetenskapligt bildspråk. De kommer aldrig att lysa upp mer än att vi ändå en stor del av tiden måste treva oss fram med spindelnät i håret och jord under naglarna.

Sen vet jag inte vilket underlag du har för att vi på senare tid börjat vända och gå tillbaka mot tiden före upplysningen? Jag ser en annan strömning i samhället som är betydligt mer mardrömsframkallande för mig: en ökande rationalitet, i den meningen att allt måste visas ha ett värde/ge nytta för att accepteras. Ett ekonomistiskt, utilitaristiskt språkbruk som i förlängningen innebär förakt för mänsklig svaghet och irrationalitet och en fascination för det perfekta (eller som jag tidigare

skrivit om - vår utvecklingsavdelnings saligt avsmnade slogan "Uppnå perfektion!"). Det finns i offentliga rapporter <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=17015> ("Kolorier kostar" av S. Rössner, LT 2011/39) och i politiken <http://www.dn.se/ledare/kolumner/vara-nya-herrar> (DN 2008-11-29) förstås, men mycket kan också sägas om vår egen bransch, till exempel vad gäller fosterdiagnostik och genetisk screening.

Och hur kom den här artikelns slutsats undan utan debatt? <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=16080#comment> ("Hinder för forskning innebär ökade risker för patienterna" av M. Hansson, LT 2011/9)

"Lagstiftare, myndigheter och etikprövningsnämnder bör komma ihåg att brist på vetenskapliga underlag innebär att patienter utsätts för risker i samband med ordinarie behandling. Därför bör de så långt det är möjligt försöka undanröja hinder för medicinsk forskning." Finns det inte tillräckligt med historiska exempel på hur man "så långt det är möjligt undanröjt hinder för medicinsk forskning"!

Martin: (som har för vana att kopiera en sats av samtalspartners dialog och därigenom svara bit för bit, red.s anm) > ..."vetenskapliga metoden" i singularis?

Jo, precis för att ställa den i motsats till "den ovetenskapliga metoden" i singularis. Det finns naturligtvis varianter mellan olika vetenskapliga metoder anpassade för sina respektive områden, typ astronomi, kärnfysik, matematik, biologi, hela vägen till psykologi, behovet av tro på gudar, tro på demoner och tro på homeopati. Sen finns den ovetenskapliga metoden som betraktar medicin, klimatologi, evolution som "bara synpunkter och åsikter" och som ofta tror just på gudar, demoner och homeopati. Med andra ord, vetenskapen har studerat homeopati och bevisat att det inte fungerar. Nu kan vetenskapen endast studera homeopater och troende i homeopati för att ta reda på vad som ligger bakom det synbart irrationella behovet att tro på sådant. Det finns säkert en biologisk/evolutionell förklaring.

Inom "den vetenskapliga metoden" och inom "den ovetenskapliga metoden" finns en mängd variationer, men variationerna inom dessa områden är helt försumbara i jämförelse med klyftan mellan dessa områden. Så försumbara att vi gott kan benämna dem i singularis.

> ... finslipa denna metod tills resultaten blir tillförlitliga = man får fram sanningen?

Ja, eller åtminstone kommer närmare sanningen. Att vi inte hittar den perfekta sanningen är inget skäl att förkasta metoden. Ytterligare ett Asimovcitatt bubblar upp: "...when people thought the earth was flat, they were wrong. When people thought the earth was spherical, they were wrong. But if you think that thinking the earth is spherical is just as wrong as thinking the earth is flat, then your view is wronger than both of them put together."

> ...spindelnät i håret och jord under naglarna.

Inte alls sant. Medicin är en precis lika exakt vetenskap som fysik, kemi och matematik. Det är faktiskt tillämplad fysik, kemi och matematik. Men att medicin ligger efter dessa andra områden med ett par hundra år är inget skäl att ge upp vetenskapen och hänge sig åt "tro" och "hopp" och "eldflugor i snårskog". Det är ett skäl att lägga på ett kol extra för att hinna ifatt.

> Sen vet jag inte vilket underlag du har för att vi på senare tid börjat vända och gå tillbaka mot tiden före upplysningen?

Du följer inte amerikansk politik och "intelligent design" polemiken, utgår jag ifrån. Vad som händer där, kommer att hända här också. Eller håller redan på att hända i vårt eget forum, faktiskt, fast nu baserat på homeopati och andra trollkonster. Skillnaden i ämne finns, men i mentalitet och beredskap att ge upp logiskt resonemang är det närapå identiskt.

> Jag ser en annan strömning ... Ett ekonomistiskt, utilitaristiskt språkbruk ... "uppnå perfektion").

Det finns absolut ingen koppling mellan att vara "rationell" och bara ute efter pengar. I så fall skulle kommunister vara spirituella och kapitalister/konservativa vetenskapssupportrar. Det är snarare tvärtom. Makes no sense.

Vetenskap innebär inte heller att vara perfekt. Vetenskap står för ett metodiskt sökande efter sanningen, och sanningen kan vara perfekt eller imperfekt, vacker eller ful, vinstgivande eller förlustgivande, trevlig eller otrevlig. Vad som händer nu och som vi alla borde vända oss emot är att obehagliga sanningar förkastas i strävan efter en angenäm lögn, om det nu gäller klimat, gud och evolution, eller medicin och homeopati. Sagor för vuxna, alltså.

> (S Rössners artikel)

Det här handlar om att bättre vetenskap leder till bättre folkhälsa, vilket i sin tur ger bättre ekonomi. Jag ser inget fel i det. Borde jag?

> och i politiken <http://www.dn.se/ledare/kolumner/vara-nya-herrar>

Den här handlar om att ekonomi smäller högre än vetenskap och det verkar vara så. Trist, men är det ett skäl till att dumpa vetenskapen och gripa homeopatin?

> men mycket kan också sägas om vår egen bransch, t.ex. vad gäller fosterdiagnostik och genetisk screening.

Nu tappade du mig. Jag ser inte vart du vill komma med någon av de sistnämnda. Kanske du menar att kunskapen om genetisk screening leder till moraliskt/etiska problem? I så fall, visst kan det hända, men inget säger att du måste tillämpa allt vetenskapen leder till. Om något är oetiskt så bör vi alla, veten-

skapare och andra, tillsammans bestämma vad vi gör och inte gör, men det är inget skäl till att avvisa vetenskapen som sådan.

> ...tillräckligt med historiska exempel på hur man "så långt det är möjligt undanröjt hinder för medicinsk forskning"!

Jo, den artikeln går in på ett visst hinder för vissa undersökningar och det verkar vara ett problem som inte får mina känslor att svalla i vare sig den ena riktningen eller den andra. Parallellen med Mengele är (avsiktligt?) påfallande, men det reflekterar inte på vetenskapen som sådan. Det reflekterar på Mengele & Co.

Saskia: Hej Martin! Jag frestas att bemöta dig punktvis men hamnar då i samma fälla som just det jag försöker argumentera mot – rätt/fel, sant/osant, svart/vitt. När du skriver: "Medicin är en precis lika exakt vetenskap som fysik, kemi och matematik" inser jag att vi kommer att få svårt att övertyga varandra och då återstår kanske mest polemik.

Jag är inte ute efter att skjuta dina övertygelser i sank men vad gäller några saker vill jag ändå förklara vad jag menar. Det viktigaste är att jag definitivt inte förkastar vetenskap, trots att du använder det och liknande uttryck på flera ställen. Jag kan inte själv se att jag ens antytt något i den vägen. Däremot tycker jag att diskussionen blir kastrerad och förenklad om man begränsar den till att antingen är man för eller emot vetenskap. Det handlar för mig inte om huruvida vi skall arbeta enligt vetenskaplig metodik eller inte – det ska vi givetvis göra – utan om att detta ensamt inte är tillräckligt. Jag tror inte att det finns något bättre sätt än vetenskap att nå upplysning, men det är inte min enda källa till förståelse av komplexa problem. I mötet med patienten värderar jag min erfarenhet, intuition och instinkt högt.

Jag satte heller inte likhetstecken mellan rationalism och att vara ute efter pengar, och kopplingen du gjorde till kommunism eller konservatism känns krystad. Jag tycker inte att ESO-rapporten om fetma bara handlar om att "bättre vetenskap leder till bättre folkhälsa, vilket i sin tur ger bättre ekonomi". Min invändning gäller det kyliga språkbruket som ger sken av att vara objektivt och vetenskapligt när det egentligen är laddat med värderingar, vilket inte alls problematiseras i Rössners artikel. Läs min kommentar under artikeln för närmare förklaring. Vad jag syftar på med fosterdiagnostik är till exempel en dansk rapport som rättfärdigat prenatal diagnostisering av Down's syndrom i hälsoekonomiska termer; det vill säga hur mycket diagnostiken kostar i förhållande till hur mycket samhället sparar på varje person med Down's syndrom som inte föds. Vad jag syftar på med genetisk screening är potentialen för att det, i ett samhälle med andra värderingar än de som förhoppningsvis för närvarande råder i Sverige, leder till att samhället inte tillåter att barn som man vet kommer att drabbas av svåra, kostsamma sjukdomar får födas. Risken kan verka avlägsen, men jag funderar över hur en mer uttalat utilitaristisk regim, som till exempel den kinesiska, skulle ställa sig i frågan.

Martin: > Jag förkastar definitivt inte vetenskap... Jag kan inte själv se att jag ens antytt något i den vägen.

Ojdå, det var absolut inte min avsikt att antyda det. Jag vet mycket väl att du inte är anti-vetenskap. Jag argumenterar mot just anti-vetenskapsläget och såg att du tog upp en del av den argumentationen just för diskussionens skull. Jag identifierar inte på något sätt dig med problemet.

>... I mötet med patienten värderar jag min erfarenhet, intuition och instinkt högt.

Det är inte problemet, och det är helt ok. Så försöker jag också resonera. Det finns två bra skäl till att inte följa vetenskapen och det är i första hand om den helt enkelt inte räcker till, vilket ju väldigt ofta händer. Det andra fallet är när vetenskapen visar oss en väg som vi moraliskt eller etiskt förkastar. Då ska vi också följa den etiskt-moraliska vägen. Vetenskap ersätter inte etik och moral; etik och moral styr hur vetenskapliga resultat tillämpas. Vad jag reagerar häftigt emot är att man så ofta i dagens samhälle, istället för att acceptera att vetenskapen kommit till ett etiskt-moralist oförsvarligt resultat och väljer att inte tillämpa det resultatet, försöker argumentera för att vetenskapen har fel eller inte ska drivas vidare för att hitta mer sanningar. Då slår jag bakut. Det är precis lika vansinnigt som att säga att moral och etik inte duger, eftersom det finns människor som kommit till dåliga moraliska eller etiska beslut.

Sammanfattande: vetenskap är lika med strävan efter sanningen. Det åligger oss sedan att tillämpa den sanningen eller inte enligt moral och etik. Men vi kan inte sluta söka sanningar. Vi kan inte byta ut det sökandet efter sanningar till sökandet efter tomtar och troll.

> ...ESO-rapporten om fetma

Ah, nu ser jag din kommentar i Läkartidningen, vilket jag missat. Jo, du har helt rätt. Problemet här är att författarna först fastställt ett resultat (ok) och sedan klampat in på det politiska, etiska och moraliska området och anser sig kunna bestämma vad som är "rätt" att göra ur en samhällssynpunkt. Det är synnerligen klantigt och fel. Det är sådana här utlåtanden som skadar vetenskapens namn ordentligt. Bara för att de gjort studien ger det dem varken kvalifikationerna eller rätten att rekommendera hur resultaten ska tillämpas. Följden blev, som du påpekar, en nästan komiskt fascistisk slutsats. Vad det visar på är kanske att etikutbildningen för medicinare kunde vara bättre. Åtminstone för dem som skrev det här.

Jag tycker inte det är något fel i att fastställa att bättre vetenskap kan leda till bättre folkhälsa och sedan hur mycket det sparar. Om det är så, så är det så. Men efter det fastställandet följer ett politiskt, etiskt och moraliskt val, nämligen "är det värt det?" Om man hoppar över den explicita diskussionen och valet så förgriper man sig på etik och demokrati. Det är inte vetenskapens "fel", det är demokratin som brister. Om demokratin är så bristfällig att enda sättet att undvika oetiska metoder inom hälsovård är att vetenskapare undanhåller resul-



tat, då har vi ett allvarligt demokratiskt/politiskt problem med betydligt större räckvidd än hälsoforskningen.

> hur mycket samhället sparar på varje person med Down's syndrom som inte föds.

Om det är så, så är det så. Återigen, *tillämpningen* av den kunskapen är absolut inte automatisk, utan måste vara bedömd utifrån en mängd mänskliga faktorer där ekonomin nog bör komma ganska långt ner på listan. Att man upptäckt relationen mellan fosterdiagnostik och ekonomi får inte betyda att man automatiskt promoverar tillämpningen, men det är heller inte ett skäl att undvika studien. Annat än om man har så lågt förtroende för politiker att man inte vågar ge dem den här informationen eftersom man inte litar på deras moraliska kompass. Trist nog håller jag med, jag litar inte heller på dem, så det är ett dilemma.

> barn som man vet kommer att drabbas av svåra, kostsamma sjukdomar får födas...en mer uttalaristisk regim, som till exempel den kinesiska, skulle ställa sig i frågan.

Under en regim som den kinesiska skulle jag också undanhålla sådana resultat, eftersom risken för missbruk är enorm. Under en regim som den svenska, skulle jag fortfarande ha hopp att politiker kan inkludera moral och etik i sitt resonemang, eller att man åtminstone kan byta politiker om så inte är fallet.

Saskia: Tack Martin för fin replik.



Redaktör för sammanställningen
Catarina Canivet
Catarina.canivet@med.lu.se

Debatten publiceras med tillstånd av debattörerna och Anders Hernborg, moderator för Ordbyte.

Skånsk allmänläkardag

I avsaknad av ett samlande rikshöstmöte framkom tidigt i våras önskemål om en skånsk allmänläkardag under hösten. SFAM Mellanskåne tog första stafettspinnen och i samarbete med de skånska AKO-koordinatorerna (se faktaruta) och DLF Mellersta Skåne gick dagen av stapeln på Star Hotel i Lund den 9 november.

Programmet hade lockat drygt 80 allmänläkare från hela Skåne varav ett femtiotal stannade på den avslutande midnatten.

Det var ett blandat program som inleddes med att Patrik Midlöv med utgångspunkt från några patientfall ledde en diskussion kring läkemedel och äldre. Alla fallen utgick från att sjuksköterskan på äldreboendet ringer på fredagen och rapporterar att patienten är mer förvirrad och att något måste göras innan helgen. Vad göra som allmänläkare?

Patriks budskap var solklart. Åk dit! Prata med och undersök patienten! Undvik telefonordinationer – de blir alltid sämre. Vid behov av mer noggrann undersökning eller provtagning/EKG – ordna transport till vårdcentralen. Transport till sjukhus är den absolut sista utvägen.

Försök hitta orsaken till försämringen. Infektion? Läkemedel? Uttorkning? Ortostatism? Eller kanske den vanligaste diagnosen på fredag eftermiddag – kan det vara Haldolbrist?

Han talade sig varm för läkemedelsgenomgångar, uppföljning, biverkningsrapportering och Fas-Ut, som nu finns i en tredje utgåva att beställa på www.fasut.nu.

Efter att Per Johansson från Läkemedelsrådet pratat kring ämnet "Läkemedel vid Alzheimers sjukdom – när var och hur?" följde en diskussion kring hoten eller möjligheterna med kvalitetsindikatorer, ledd av Ingrid Ahlinder och undertecknad, som båda sitter i referensgruppen för kvalitetsindikatorer i Hälsoval Skåne. Mer om detta kan ni läsa i artikeln som följer.

På eftermiddagen presenterades två pågående ST-arbeten. Först ut var Henrik Grelz från Hälsocentralen St Hans i Lund som med stöd av Centrum för primärvårdsforskning (CPF) ställt frågan "Hur får man vuxna att öka sin fysiska aktivitet?". I studien, som inkluderar patienter med diabetes typ 2 och/eller hypertoni jämförs fysisk aktivitet i grupp med gängse behandling. Studien pågår och vi ser fram emot att få resultatet presenterat i tidskriften så småningom.

Därpå berättade ST-läkarparet Carl Antonsson och Frida Thorsén, båda doktorander på CPF, om sin studie där man ställer frågan om hur vanligt det är att gymnasieelever upplever stress och psykisk ohälsa och om man skulle kunna förebygga detta. I en pilotstudie deltar elever vid två gymnasieskolor i Lund respektive Finspång. De elever som väljer att ingå i studien lottas, efter inledande personlighetstest och kognitiv test, till en av tre grupper – mindfulness, musikavslappning eller ingen intervention. All behandling är internetbaserad. Rekrutering till studien pågår för närvarande.



Catarina Canivet och Ingrid Ahlinder minglar i pausen.



Frida Thorsén och Carl Antonsson.

Tre av de fyra AKO-koordinatorerna i Skåne (se faktaruta) beskrev sedan sitt arbete med att förbättra samarbetet mellan primärvården och sjukhuskliniker. AKO-organisationen ligger producentneutralt under CPF och försöker alltmer samordna sina insatser så att vårdprogram och riktlinjer blir gemensamma för hela Skåne. Man lyfte också fram att Regionala medicinska rådet i allmänmedicin har tagit fram en gemensam policy för vem som har kostnadsansvar vid remittering till utredning och att man förankrat policyn hos den politiska ledningen, vilket är till stor hjälp för allmänläkarna ute i verksamheterna.

Fakta

AKO i Skåne

AKO, allmänläkarkonsult, är en funktion som finns i varierande grad i vårt land. Allmänläkarkonsulten är en brygga mellan primärvård och specialistvård i syfte att skapa gemensamma riktlinjer och tydliga gränssnitt för utredning och behandling samt i förekommande fall kostnadsansvar. I Skåne finns fyra AKO-områden med varsin AKO-koordinator. Som regel ansvarar en allmänläkarkonsult för en specialitet/sjukhusklinik.

Annons

SFAM presenterades sedan av undertecknad, såväl den nationella organisationen och det arbete som utförs, som det som sker regionalt. Som vanligt fanns det många frågor kring skillnaderna mellan SFAM och DLF och många visste inte säkert om de var medlemmar i SFAM. Om ni får denna tidning i brevlådan kan ni vara säkra på att ni är medlemmar.

Programmet avslutades med att Tord Juhlin, kardiolog på SUS, Malmö, redogjorde för senaste nytt kring strokeprofylax vid förmaksflimmer där ASA inte längre anses ha någon plats vid primärprevention och där man inväntar TLV:s beslut kring subvention av dabigatran (Pradaxa). För den intresserade finns mer att läsa på www.ssth.se.



Tord Juhlin.

Vid den avslutande middagen var det samlade intrycket att det hade varit en mycket varierad och intressant dag, att det alltid är väldigt roligt och viktigt att träffa kolleger och att man gärna ser en fortsättning nästa år. Vi får hoppas att någon annan skånsk lokalförening tar över stafettpinnen.

Karin Träff Nordström
Ordförande SFAM Mellanskåne
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Kvalitetsindikatorer i Hälsoval Skåne

Vi som arbetar i Hälsoval Skåne tycker att de kvalitetsindikatorer som finns lämnar en del i övrigt att önska och är i synnerhet skeptiska till hur de används som underlag för målrelaterad ersättning. Varje gång jag träffat kolleger från andra delar av landet slås jag dock av hur bra vi många sätt har det i Skåne jämfört med på många andra ställen. Den uppfattningen hör jag också ofta när jag träffar beslutsfattare i olika sammanhang och jag vill därför presentera vårt indikatorarbete som inspiration och diskussionsunderlag på andra håll.

Bakgrund

Inför att Hälsoval Skåne skulle sjösättas i maj 2009 beslutades att uppföljningen skulle ske utifrån riktlinjerna i SOSFS 2005:12 där Socialstyrelsen slår fast att Hälso- och sjukvården ska vara

- Säker
- Patientfokuserad
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Effektiv
- Jämlig
- Ges i rimlig tid

Region Skåne valde att lägga till ett sjunde område:

- Hälsoinriktad

Referensgrupp

Till sin hjälp för att arbeta fram kvalitetsindikatorer har Hälsovalskontoret en referensgrupp. Denna arbetar kontinuerligt eftersom ackrediteringsvillkoren och därmed indikatorerna ses över årligen. Den 5 december tar Hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om villkoren för 2012.

Referensgruppen består av representanter från flera yrkesgrupper men huvudsakligen av allmänläkare. Sammanställande i gruppen, Magnus Kåregård, medicinsk rådgivare i Hälsoval Skåne, är själv allmänläkare. Övriga deltagare är de fyra AKO-koordinatorerna och fyra allmänläkare från både privat och offentlig primärvård. Jag kommer från privata vårdgivarna och har deltagit i denna grupp.

Dessutom är en av representanterna för Hälsovalets revisionsenhet allmänläkare. Anledningen att läkarna är överrepresenterade är huvudsakligen att de indikatorer som det finns evidens för i stor utsträckning är kopplade till läkararbetet. Gruppen letar dock aktivt efter indikatorer som mäter kvalitet även för det arbete som andra yrkesgrupper utför.

Gruppens uppgift är att föreslå kvalitetsindikatorer i beslutsunderlaget till politikerna. Oftast blir det som vi föreslår men ibland slinker det in någon indikator som är av mer politisk än medicinsk karaktär. I valet av indikatorer tittar vi på vilken evidens som finns för att indikatorn verkligen mäter kvalitet, möjlighet till inrapportering för privata respektive offentliga vårdgivare samt legitimitet i professionen. För att stimulera till utveckling sätts målnivån ofta så att med nuvarande data cirka en tredjedel av vårdenheterna skulle uppnå målet. Detta gäller i synnerhet om målrelaterad ersättning utgår.

Den faktor som på gott och ont mest begränsar möjligheten att utveckla kvalitetsindikatorerna är avsaknad av ett gemensamt journalsystem. För närvarande finns det fyra olika journalsystem i den offentliga primärvården och ytterligare några hos privata vårdgivare. Detta omöjliggör automatisk datafångst och därmed också producentneutralitet. Om allt går enligt plan kommer vi att ha ett gemensamt journalsystem under 2012.

2011 års indikatorer – en översikt

Kursiv stil visar de indikatorer som ger målrelaterad ersättning

Säker vård

Antal avvikelserapporter/1000 listade patienter – självrapportering

Antal insända biverkningsrapporter avseende läkemedel/1000 listade patienter – utgår 2012 då det inte är möjligt att samla in data

Andel Apo/edos –användare/antal listade patienter > 75 år – utgår 2012 då Apodos för närvarande inte tar emot nya användare

Andel edosordinationer av alla Apo-/edosordinationer för listade patienter > 75 år, mål > 60%

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar

Förskrivning av olämpliga läkemedel till patienter > 75 år (antikolinerga, bensodiazepiner, tramadol och Propavan)

Patientfokuserad vård

Resultat i Nationella patientenkäten avseende

- tillgänglighet
- information
- bemötande
- delaktighet
- förtroende

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Andelen listade diabetiker som finns registrerade i NDR, mål > 80%

Totalt antibiotiketryck för listade patienter, all förskrivning, inte bara den egna enhetens

- Värdet får inte avvika uppåt mer än med två standardavvikelse från det nationella medelvärdet

Förskrivning av UVI-antibiotika till vuxna kvinnor

- Mål: andel kinoloner ska vara < 10%

Andel PcV av luftvägsantibiotika till barn < 6 år

- Mål > 80%

Andel listade patienter > 65 år som fått vaccin mot säsongsinfluensa

Andel medarbetare på enheten som har en individuell, skriftlig kompetensutvecklingsplan

- självrapportering

Delta i av Uppdragsgivaren rekommenderad kompetensutveckling

- 800 kr/halvdag, 1600 kr/helddag

Delta i kompetensutveckling med inriktning mot riskfyllda levnadsvanor

- 1500 kr/halvdag, 3000 kr/helddag

Effektiv vård

Utnyttjandegrad av medicinsk service

- mål < 15% avvikelse från median – svårt att få ut tillförlitliga data

Måluppfyllelse avseende Läkemedelsrådets måltal avseende egen förskrivning av

- Statiner – > 75 % ska vara generiskt simvastatin
- RAAS-blockad – > 75% ska vara ACE-hämmare
- Diabetesläkemedel – > 85% av perorala diabetesmedel ska vara metformin eller sulfonureapreparat
- Starka opioider – > 60 % av perorala starka opioider ska vara morfin
- PPI – max 44 DDD / listad patient

Listade patienters konsumtion av förebyggande medel mot alkoholberoende

- förskrivning av medel mot alkoholberoende (Antabus, Campral och Naltrexon) skall uppgå till > 0,6 DDD/förtecknad och belår

Utförda patientbesök på sjukhusens akutmottagningar som ej lett till inläggning/1000 listade patienter

Kontinuitet avseende läkarbesök – i hur stor utsträckning som patienter som besökt vårdenhetens läkare tre gånger eller fler fått träffa samma läkare under perioden november 2010 till oktober 2011.

Utnyttjandegrad av legitimerade kiropraktorer och/eller legitimerade naprapater för rehabiliterande insatser – målrelaterad ersättning utgår till enheter där > 4% av rehab-besöken (sjukgymnast, arbetsterapeut, kiropraktor, naprapat) görs av dessa båda grupper.

Jämlig vård

Antal slutenvårdsdagar i genomsnitt per år för de listade patienterna som har störst vårdbehov enligt ACG

Rimlig tid

Nationell väntetidsmätning

- Telefontillgänglighet
- Läkarbesök inom 7 dagar

Hälsoinriktad vård

Samtal om rökning för individer 13-75 år – utgår 2012

Samtal om fysisk aktivitet – utgår 2012

Rapportering om hur enheten arbetar systematiskt med levnadsvanor inklusive handlingsplan (mars) och uppföljning (oktober).

Tankar inför 2012

Som framgår av förteckningen kommer några av indikatorerna sannolikt att tas bort 2012, huvudsakligen för att det har varit svårt att få in valida och producentneutrala data.

Det område där flest förändringar förväntas nästa år är Hälsoinriktad vård. Här föreslås en mer detaljerad rapportering kring samtal om hälsa, tobaksavvänjning, tobaksfrihet ett år efter rökstopp, användandet av AUDIT för att upptäcka riskbruk, användandet av FaR samt mätandet av längd och vikt. *Nulägesbeskrivning ger målrelaterad ersättning.*

Dessutom föreslås följande tillägg:

Upprättande av patientsäkerhetsberättelse för verksamhetsåret 2011 senast den 15 mars.

Andel direktinläggningar (utan att gå via akutmottagningen) på patienter, 75 år och äldre

Antal vård- och omsorgsplaner som genomförts i samband med planerade hembesök hos patienter, 75 år och äldre

Målrelaterad ersättning föreslås, förutom för de gamla indikatorer som ger ersättning 2011, också ges för *genomförda läkemedelsgenomgångar* samt för *kontinuitet vad gäller läkarbesök* till de enheter vars listade patienter som har besökt enhetens läkare tre eller fler gånger fått träffa samma läkare mer än hälften av gångerna, mätt under perioden januari till juni 2012. Måltalen för läkemedel kommer sannolikt att förändras inför 2012, främst för att en del patent går ut.

Egna reflektioner

Ju mer jag sätter mig in i ämnet kvalitetsindikatorer desto mer inser jag hur svårt det är att hitta vettiga och evidensbaserade indikatorer som kan mätas på ett enkelt och smidigt sätt. Frånvaron av ett gemensamt journalsystem i Skåne har förhindrat den skog av enkla mätvärdesindikatorer som finns i en del andra landsting men förhindrar också användandet av bättre indikatorer.

Det finns ett politiskt beslut att drygt två procent av Hälsovålsbudgeten ska avsättas för målrelaterad ersättning. Det gäller då att försöka hitta så bra måltal som möjligt. De problem vi sett är att utfallet av vissa av läkemedelsindikatorerna kan variera på ett slumpartat sätt på grund av att enheterna förskriver så små volymer. För vissa av indikatorerna har det också varit bristande tillförlitlighet på inhämtade data. Slutligen är kiropraktorindikatorn en politisk indikator för att få in dessa yrkeskategorier i primärvården och för att slippa nya upphandlingar. Vi hade gärna sluppit den men de alternativa lösningarna var sämre.

Jag är nöjd att vi inför nästa år kan föreslå flera nya och vettiga indikatorer som kommer att ge en bättre resursfördelning till förmån för våra multisjuka äldre. Att vi förhoppningsvis också kommer att få målrelaterad ersättning för hög läkarkontinuitet är också ett stort framsteg.

Så även om vi bara står i början av utvecklingen av bra kvalitetsindikatorer och mycket kan bli betydligt bättre är jag glad att arbeta i ett landsting där företrädare för allmänmedicinen har en framträdande roll vid utformningen av indikatorer.



Karin Träff Nordström
Brahehälsan
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Alkolås efter rattfylleri

– nya möjligheter för dig som allmänläkare att hjälpa din patient dricka mindre och bara köra nykter!

Den som har gjort sig skyldig till eller är misstänkt för rattfylleri kan från 1 januari 2012 ansöka hos Transportstyrelsen om att få körkort med alkolåsvillkor istället för att körkortet återkallas med en spärrtid. Experter på området tror att 3–5000 personer om året kan bli aktuella och den största delen av dessa kommer att vända sig till sin allmänläkare för att få de intyg som behövs. Det ger oss allmänläkare ett nytt instrument för att hjälpa de av våra patienter som dricker för mycket.

Det finns vetenskapligt stöd för att alkolås ger mindre risk för återfall i rattfylleri och dessutom minskar vårdkonsumtion och dagar av sjukskrivning [1-3], även efter alkolåstiden. Därmed innebär den nya möjligheten att vi som allmänläkare kan hjälpa våra patienter också ur ett sjukvårdsperspektiv. Det är inte så ovanligt att just körkortet är en så viktig sak för en patient att risken att förlora det kan få personen att ändra ett riskbruk eller få alkoholisten att för första gången inse sina problem och söka hjälp för att bli ”nykter alkoholist”.

Redan idag finns en möjlighet att få körkort med alkolåsvillkor inom ramen för en försöksverksamhet men 2012 införs ett nytt och permanent villkorssystem som blir både enklare och billigare för den enskilde utan att ge avkall på säkerheten. Enligt de nya reglerna krävs färre läkarintyg under villkorstiden och färre kontroller av alkolåset.

Från att tidigare ha skötts av ackrediterade ”anvisningsläkare” innebär de stora volymerna man nu beräknar, att allmänläkare, företagsläkare och psykiatriker kommer att behöva ta ett stort ansvar för de medicinska kontrollerna i systemet. Noggranna instruktioner om de blanketter som behövs och om rutinerna för oss läkare kommer att finnas tillgängliga via Transportstyrelsens hemsida www.transportstyrelsen.se. Det kommer också att göras ett utskick av Transportstyrelsens Trafikmedicinska Råds nyhetsblad ”Trafikmedicin” till berörda läkare där noggrann information kommer att finnas. Här i artikeln ger vi bara en övergripande information.

En förutsättning för att överhuvudtaget få körkort med villkor om alkolås är att personen har gjort sig skyldig till eller är misstänkt för trafiknykterhetsbrott (rattfylleri eller grovt rattfylleri) med alkohol. Den vars körkort återkallas på grund av diagnosen missbruk eller beroende eller opålitlighet i nykterhetskänseende, men som inte har gjort sig skyldig till eller är misstänkt för trafiknykterhetsbrott, kan alltså inte få körkort med villkor om alkolås. Arbetet med att hitta former för att få ”alkolås innan rattfylleri” för sådana patienter som vi läkare

diagnosticerar med beroende eller missbruk av alkohol pågår dock fortfarande. Lagtekniskt är det en svårare nöt att knäcka. Om en sådan lagstiftning kom till stånd vore det troligen lättare för oss att göra en sådan anmälan enligt Körkortslagen som varje sådan diagnos kräver, om inte patienten är ”nykter alkoholist” eller går att lita på beträffande nykterheten.

Den som gjort sig skyldig till (eller misstänks för) trafiknykterhetsbrott med påvisande av *narkotika* (”drograttfylleri”) kan inte få körkort med villkor om alkolås. Detsamma gäller om bruk av narkotika konstateras vid provtagning inför ansökan om alkolås eller under villkorstiden. *Allt* bruk av narkotika är hinder för alkolåsvillkor, även läkarordinerat bruk av narkotikaklassat läkemedel. De allmänna medicinska kraven för körkort till exempel om syn, diabetes och epilepsi, måste också vara uppfyllda. Det finns dock ett undantag då även den som har diagnosen missbruk eller beroende av alkohol kan få körkort med alkolåsvillkor (men alltså bara om man kört rattfull och ertappats med det).

Villkorstiden kommer att bestämmas till ett eller två år. Villkorstiden bestäms av Transportstyrelsen och ska vara två år för en så kallad högriskgrupp om någon av följande situationer är uppfyllda: grovt rattfylleri, upprepat rattfylleri inom de fem senaste åren eller diagnosen alkoholberoende eller alkoholmissbruk. För övriga personer ska villkorstiden vara ett år (lågriskgrupp). Den som har en villkorstid på ett år men får diagnosen alkoholmissbruk eller alkoholberoende under denna tid får villkorstiden förlängd till två år.

Läkarintyg får utfärdas endast av läkare med *specialistkompetens i psykiatri eller annan specialistkompetent läkare med god kunskap om och erfarenhet av missbruksfrågor*. Detta gäller vid ansökan om körkort med villkor om alkolås, under villkorstiden samt i de fall det krävs läkarintyg för återfående av körkort efter villkorstiden. Även under uppföljningen efter villkorstiden får intyg utfärdas endast av sådan läkare. För den som redan från början har diagnosen alkoholmissbruk eller beroende är det bra att påbörja provtagningen för att styrka nykterhet så



Fakta

snart som möjligt då det kommer att krävas en observationstid på mellan 6 och 24 månader för att återfå körkortet utan villkor om alkohol, beroende på allvarlighetsgraden i beroendet/missbruket. Det är också angeläget att man som läkare ställer sådan diagnos så tidigt som möjligt för att inte fördröja att man får tillbaka "det vanliga" körkortet igen.

CDT och GT är obligatoriska alkoholmarkörer vid den provtagning som görs inför, under och efter villkorstiden. Kallelse till provtagning bör ske med kort varsel och proverna ska analyseras vid ackrediterat laboratorium. Lägsta antal provtagningstillfällen anges i Transportstyrelsens föreskrifter.

Läkarintyg krävs både inför deltagandet och under villkorstiden. Till skillnad från i försöksverksamheten krävs det inte att nykterhet avseende alkohol verifieras under villkorstiden för att personen ska få behålla körkortet med alkoholvillkor. För att återfå ett körkort utan villkor om alkohol efter villkorstiden krävs det inte någon bedömning av den fortsatta nykterheten om man tillhör *lägriskgruppen*. För den som tillhör *högriskgruppen* krävs både provtagning och läkarintyg. Den som har ett missbruk eller beroende av alkohol måste följa de vanliga reglerna om verifiering av nykterhet i 12 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2010:125). Den som måste lämna läkarintyg för att få körkort utan alkoholvillkor ska också följas upp med ytterligare två läkarintyg och provtagning efter villkorstiden.

Den som inte ansöker om körkort med villkor om alkohol (eller av någon anledning inte uppfyller kraven för att få sådant villkor) kommer att få en spärrtid på körkortet som motsvarar den tid som annars skulle ha meddelats som villkorstid. Det innebär till exempel att den som idag får en spärrtid på några månader kommer att få en spärrtid på ett år.

Transportstyrelsen hoppas att landets allmänläkare ska se den nya lagstiftningen som en möjlighet för oss att ge vårt bidrag till nollvisionens trafiksäkerhetsmål om inga dödade eller allvarligt skadade i trafiken och att möjligheten att hjälpa de många av våra patienter som dricker för mycket genom den nya alkoholverksamheten, gör att vi kan se det som en möjlighet också ur ett folkhälsoperspektiv.

Referenser:

1. Bjerre B, Marques P, Selén J, Thorsson U; A Swedish alcohol ignition interlock programme for drink-drivers: effects on hospital care utilization and sick leave. *Addiction*. 2007 Apr;102(4):560-70.
2. Bjerre B; Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcoholock device and program: Swedish experiences. *Accid Anal Prev*. 2005 Nov;37(6):1145-52.
3. Assum T, Nordbakke S; Forsøk med alkohol i Sverige. Evaluering av forsøksordning med betinget førerkortinndragning ved promillekjøring. TØI rapport 905/2007, Oslo.

De prover (CDT och GT) som anges är obligatoriska men inget hindrar att läkaren väljer andra prover därutöver.

Med till exempel PEth tillkommer problemet med tolkningen av dos/respons även om specificiteten är mycket god. Också måttlig-hetskonsumenter av alkohol har mätbart PEth.

Ett förhöjt CDT har för det mesta tillräckligt hög specificitet och indikerar ett bruk som ligger i storleksordningen en flaska vin om dagen de senaste två veckorna, det vill säga 3-4 gånger över gränsen för riskbruk. "Tidsfönstret" för CDT är också något längre än för PEth.

GT har högre sensitivitet men möjligheten av annan leverpåverkan sänker specificiteten.

Proverna har valts då de kompletterar varandra och hänsyn har tagits till kostnaden.



Lars Englund
chefsläkare

Trafikmedicinska Rådet, Transportstyrelsen
englund1@telia.com

Jäv: Jag har i mitt arbete på Transportstyrelsen ett intresse av att verksamheten med alkohol kommer att fungera bra. Jag har utöver det inga ekonomiska intressen som kan tänkas påverka min syn på det aktuella ämnet.

Vad händer med arbetet med en nationell primärvårdsdatabas

– det allmänmedicinska alternativet till sjukdomsspecifika kvalitetsregister?

Sedan 2009 har en arbetsgrupp, som nu består av representanter från SFAM, distriktssköterskeföreningen, DLF och alla universitetsheter, på uppdrag av SFAM arbetat med idén att utveckla en Nationell Primärvårdsdatabas. Arbetet initierades som ett uppdrag från Delegationen för samverkan för klinisk forskning, under ledning av Nina Rehnquist. Utgångspunkten var att varken SFAM eller DLF stödde en fortsatt utbyggnad av de sjukdomsspecifika kvalitetsregistren i primärvården. Detta motiveras av att registrering i olika webbaserade register är alltför tidskrävande samt att många av våra patienter har flera samtidiga sjukdomar. Arbetsgruppen utredde istället förutsättningarna för att skapa en primärvårdsdatabas med automatiska datauttag ur datajournalerna. Arbetsgruppen föreslog och ansökte om att få genomföra ett pilotprojekt gentemot några av de stora datajournalssystemen, men trots positiva kommentarer har vi inte fått de ekonomiska medel som behövs.

I Måns Roséns utredning Guldgruvan om kvalitetsregistren, som kom förra året pekas primärvården ut som ett prioriterat område [1]. Nu har staten skjutit till rejält med pengar till SKL för en utökad satsning på kvalitetsregistren och primärvården är fortfarande i fokus.

Det finns flera skäl till att det är viktigt att bygga upp en Nationell Primärvårdsdatabas. För att försäkra oss om att vårt kliniska arbete håller god kvalitet och för att kunna förbättra vårt arbete måste vi mäta, analysera och förbättra resultatet av vårt kliniska arbete på ett systematiskt sätt. Kvalitet är ett mångdimensionellt begrepp och det finns många sätt att spegla de olika aspekterna. Fokusgrupp med patienter, patientenkäter, avvikelse rapporter, forskrivna läkemedel, SFAM.Qs Mål och Mått liksom pvkvalitet.se är hjälpmedel för systematiskt förbättringsarbete.

Det finns ett stort behov av att kunna följa hela den allmänmedicinska verksamheten, när allt större del av vården av sjuka sker i primärvården liksom en allt större del av den förebyggande vården. På en vårdcentral används under ett år 500–600 olika diagnoskoder. Många patienter har dessutom fler än en diagnos. För att klinisk forskning och utveckling ska kunna växa även i primärvården krävs därför en allmänmedicinsk databas, som inte är avgränsad till enstaka diagnoser. En sådan databas bör ge möjligheter att studera viktiga komponenter i primärvården såsom samsjuklighet, medicinsk handläggning,

tillgänglighet, kontinuitet, patienttillfredsställelse och samverkan. Databasen skall också kunna komplettera och leverera data till andra kvalitetsregister. Idag byggs motsvarande primärvårdsbaserade databaser upp i flera länder.

Inte mindre viktigt: Insamlade verksamhetsdata är en bas för enheternas eget förbättringsarbete. Men för små vårdcentraler, pressade till hög produktion, räcker det inte med att verksamhetsdata finns tillgängliga. Data måste tolkas både med hänsyn till den varierande sociala strukturen i vårdcentralernas patientunderlag och de felkällor som finns när resultaten bygger på små patientgrupper [2, 3]. De måste presenteras på ett pedagogiskt sätt så att förbättringsarbete stimuleras och underlättas. För att detta ska komma till stånd krävs ett omfattande utvecklingsarbete.

Under de senaste åren har flera landsting och regioner börjat bygga system för att kunna använda verksamhetsdata i sin uppföljning av Vårdval. Systemen är inte enhetliga, men innehåller i viss utsträckning gemensamma variabler som skulle kunna utgöra basen i en Nationell Primärvårdsdatabas. Västra Götaland är en av de regioner som kommit längst i arbetet med att skapa en regional primärvårdsdatabas. I samverkan med regionala sektorsrådet för allmänmedicin har systemet utvecklats och varje vårdcentral i regionen har möjlighet att jämföra sina egna data med övriga vårdcentraler i regionen. Data som insamlas från alla vårdcentraler, både offentligt och privat drivna, ges alltså också tillbaka som information om verksamheten. Med ett gemensamt gränssnitt för alla regioner skulle en Nationell Primärvårdsdatabas kunna byggas som en plattform, där det finns möjlighet att använda sig av data som är regionalt/landstingslagrade. En tanke på en virtuell databas är rätt långt ifrån de sjukdomsspecifika kvalitetsregistren. Kvalitetsregistren har ju byggts upp från sekundärvårdens behov med avgränsbar diagnos, insatt åtgärd och avläsbart resultat. Frågan är nu om och hur ett arbete som utgår ifrån primärvårdens behov och förutsättningar kan överleva i SKLs hägn.

För närvarande pågår diskussioner med företrädare för SKL och den nationella samordnaren för kvalitetsregistren, Mona Boström. Med i diskussionen är också företrädare för Socialstyrelsen, som påbörjat ett första utredningsarbete inför att utveckla ett primärvårdsbaserat hälsodataregister, som ska motsvara slutenvårdsregistret.

Tillgång till nationella primärvårdsdata skulle innebära betydande möjligheter på olika nivåer i sjukvården. På vårdcentralsnivå skulle en regelbunden återkoppling av egen handläggning och egna resultat ge möjlighet att upptäcka förbättringsområden. En Nationell Primärvårdsdatabas skulle på ett påtagligt sätt stärka den kliniska forskningen. En betydande del av sjukvården i Sverige idag sker i primärvården, med betydligt fler läkarbesök än på sjukhusen. Det betyder att det inte går att beskriva och värdera varken patienterna i våra stora sjukdomsgrupper eller sjukvårdens effektivitet utan uppgifter från primärvården. Det går inte heller att utvärdera förändringar i vården, t.ex. effekten av nya behandlingsrutiner eller läkemedel. Sådan forskning är nödvändig eftersom samma resultat aldrig uppnås i den kliniska vardagen som i de randomiserade studier som utgör grunden för nya behandlingsriktlinjer.

Vi hoppas nu att den satsning som staten gör på att utveckla kvalitetsregister i primärvård kan användas till att utveckla en Nationell Allmänmedicinsk Primärvårdsdatabas, som svarar mot primärvårdens behov och förutsättningar med syfte att både utveckla kvaliteten i vårt arbete och att ge förutsättningar för viktig allmänmedicinsk forskning. Vi hoppas att det arbetet också i fortsättningen kan drivas av SFAM och universitetshetererna i samarbete med DLF, distriktssköterskeföreningen och intresserade regioner och landsting.

Referenser:

1. Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Guldgruvan i hälso- och sjukvården, Förslag till gemensam satsning 2011-2015. SKL.2010
2. Järhult B, Engström S, Lindström K Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? LT 2008; 47: 3452-5
3. Lindström Kjell, Engström Sven. Kvalitetsmätning behövs – men kan inte värdera vårdkvalitet LT 2009;34:2067-8



Malin André
FFOU-enheten, Primärvården,
Landstinget Uppsala Län.
malin.andre@lul.se



Jörgen Månsson
Carema.
jorgen.mansson@carema.se

Arbetsgruppen för en Nationell Primärvårdsdatabas

Representanter för de allmänmedicinska universitetshetererna

Herbert Sandström, Umeå
Ingvar Krakau, Stockholm
Eva Toth-Pal, Stockholm
Kurt Svärdsudd, Uppsala
Lars Borgquist, Linköping
Magnus Falk, Linköping
Cecilia Björkelund, Göteborg
Peter Engfeldt, Örebro
Jan Sundquist, Malmö

SFAMs representanter

Sara Holmberg, vetenskaplig sekreterare SFAM
Sven Engström, SFAM.Q

DLF och Distriktssköterskeföreningen

Ove Andersson, ordförande DLF
Kristina Hesslund, ordförande Distriktssköterskeföreningen

Projektledning



Jörgen Månsson, Carema, projektledare
Malin André, Uppsala, ordförande SFAMs forskningsråd,
sammanställande

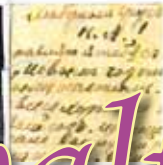
Saskia Bengtsson har konstruerat ännu ett korsord till AllmänMedicins läsare, denna gång återigen lite svårare nu när ni har julledigheten på er att klura och googla.

Skicka din lösning till SFAMs kansli, Box 503, 114 11 Stockholm, senast den 30 januari 2012. Märk kuvertet "korsord".

Tre vinnare får bokcheckar.

Rätt lösning av korsordet i nr 3/11 skickades in av Börje Carlsson i Lyckeby som fått en bokcheck. Redaktionen gratulerar!

				ÄR KAMÉ EN	NAKNA JUNGFRUN	ÖMT BASKGRUPP	VAR HERO-PHILOS	SÄGS OM SPÄD NYFÖDD	SANN SKOTSK JOHN	BLÖDNING NYANS
TJOCK TRÖJA	HAR MAN BARN TILL		AVKODA				LITTE-RÄR SAX			
			SNAPS-MÅTT SSK			IDYLLISK VÄTTER-ORT				
HAL FISK SÄNDE-BUDS			RUM FÖR ANVÄND PEANG				KURV-LINJAL			
						VAR I NUET BETYG		SJÖ-FÅGEL-LÄTE		
NÄMNDE			ALLITT-ERATION STRYK							
VILD-KATT	RINGLEK						RES!		TERRÄNG-FORDON	KRANS-KÄRL
		JÄMRADE SIG			KURAGE	VÅRD SJELTIE		SOMMAR-MÅNAD		
FISK MED GULDÄGG					SKRIKIG FÅGEL		FEJKAD			
				MYNNING DATOR		QUERQUS SIFFRAN FEM		GES PÅ BANA LIK		
							GER OLJA			TORKHUS
					VILD-MARK I ÖLAND		KAN GATA BESTÅ AV		VED VANLIGT DOSMÅTT	
STORMAKT			OFÄRGAD	BEHAG-FULL SAK BYRÅ				ÄR SAND-JORD		
			AV ÄR GB ETT		VITVARU-FABRI-KANT		STJÄLA	FINT AV KRISTALL ÄGER		
UTMAT-TANDE									LÅGLAND	GÖR TYSKA TRAKTORER OCH HUSVAGNAR
SÅSOM			BOK	FJÄLLBY INDIAN-TÄLT						KREATUR VIETNAM-PENG
					GEORGIA PARTY-DROG		LÅNG TIDS-RYMD			
KYLTT					BLIR DOM TILL VARDAGS			NONCHA-LANT UTROP	GEMEN JUNGFRU	
	DELA UT SNABELA		LÅGT ÄR SURT		MÅTT-LIGT BETYG	DEN EJ OM-TALADE				
										SB



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Kärleken till boken...

"Denna kärleksaffär började innan minnen kan fästa eftersom jag inte minns ett liv utan böcker."

Frågan kom via Facebook. Så modernt. Via de sociala medierna. Min ST-kollega och författare Marcel Aponno skrev och undrade om jag ville ta över stafettpippen och skriva i Kulturspalten, "du som är författare..."

Njaee, författare är jag inte fick jag skyndsamt svara. Snarare redaktör. För en bok förvisso. Och jag har ju skrivit i den själv också om jag tänker efter. Tillsammans med 25 andra personer som alla har en sak gemensamt med mig: Vi har växt upp eller har stark anknytning till Göteborgs förorter. De med dåligt rykte. Vi har ofta saknat förebilder.

När jag utbildade mig till läkare insåg jag på allvar vad som menades med social snedrekrytering. Vid ett tillfälle frågade en kursare hur många i kursen som hade en eller två föräldrar som var läkare. Det var över 60 procent. De flesta var uppvuxna i välmående villaområden. Vi var några få som kom från mindre välmående områden och termin 7 kom den, mig veterligen, enda läraren på läkarutbildningen som också uppenbart kom från förorten. Han var hårdrockare och han inspirerade mig starkt eftersom jag kunde identifiera mig med honom och jag "kände" honom och var familjär med hans sätt som andra kunde tycka var lite udda.

Jag funderade många gånger över hur just jag hamnade på läkarutbildningen. Där jag växte upp fanns inga akademiker vad jag kan minnas förutom lärarna. Att bli läkare var en utopi, därför ingen idé att ens drömma om det. När man blir äldre inser man att rätt mycket ändå är möjligt i vårt land. Om inte annat insåg jag att ett olyckligt liv väntade runt hörnet om jag inte på allvar försökte följa mina drömmar! När jag väl kom in kom nästa problem: Hur ska man klara utbildningen? Jag ser nu att i mitt fall fanns två viktiga faktorer: Fantastiska kursare och kärleken till böcker.

Denna kärleksaffär började innan minnen kan fästa eftersom jag inte minns ett liv utan böcker. Mina föräldrar läste böcker och så fort jag kunde läsa själv var det ett givet svar från pappa att jag skulle läsa något om jag håglöst kom klagande på att jag var uttråkad (vilket av någon anledning hände ofta). Många skulle nog säga att kvalitén på litteraturen var sisådär, ofta pock- etdeckare om slitna alkoholiserade poliser i New York, cowboys i Vilda Västern, eller mammas romantiska romaner där männen

doftade tallbarr och kvinnorna kamomill. Snart nog hittade jag till biblioteket som var fylld med härliga böcker, och dessutom tyst och lugnt till skillnad från hemifrån där vi var fyra barn. Där hittade jag klassiker som *Onkel Toms stuga* och sjukvårdsintresset kom kanske från Cherry Ames, sjuksköterskan som kunde arbeta inom alla specialiteter. Detta varvades med Kitty-böcker som inte fanns att låna på biblioteket eftersom det var "dålig" litteratur förklarade bibliotekarien. Jag minns att jag nästan blev stött. Var jag dålig som läste dålig litteratur?

I böckerna kunde man hitta förebilder. Jag vill därför ansluta mig till dem som hävdar att det viktigaste inte är vad du läser utan *att* du läser. När jag termin ett på läkarutbildningen gick och köpte den röda bibelika tjocka boken av Stryer som handlade om molekyler på engelska, så blev jag inte skrämmd utan visste med säkerhet att det jag behövde veta fanns där i och jag visste hur man gjorde för att ta del av det. Gick det åt skogen skulle det ha andra orsaker. Boken var min vän.

Jag lämnar över stafettpippen till en mycket kulturell person enligt min mening, Eva de Fine Licht, distriktsläkare på Floda vårdcentral och AT/ST-studierektor, som studerat konstvetenskap under den mest spännande tiden man kan tänka sig; i USA i början av 70-talet. Om man är konstintresserad rekommenderas en tur till hennes arbetsrum.



Annika Rusko Andersson
ST-läkare Älvängens vårdcentral

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Eva Jaktlund
0702-53 42 41
eva.jaktlund@sfam.se

Vice ordförande
Mats Rydberg
0702-07 23 24
mats.rydberg@sfam.se

Facklig sekreterare
Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Vetenskaplig sekreterare
Sara Holmberg
sara.holmberg@vaxjo.se

Skattmästare
Ulf Peber
ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter
Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com
Louise Hamark
lolloha@hotmail.com
Maria Samuelsson
mariasamuelsson@hotmail.com
Kenneth Widäng
kenneth@widang.se

Adjungerad av styrelsen
Anna Drake
drannadrake@gmail.com

Examenskansliet
examen@sfam.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast måndag – torsdag förmiddag

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

**Kvalitets- och Patientsäkerhets-
rådet**
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.engstrom@swipnet.se

ST-rådet
Daniel Bäck
egelstig.back@gmail.com

Utbildningsrådet
Ulf Peber, 070-606 57 65
ulf.peber@sfam.se

Rådet för hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Malin André
malin.andre@lul.se

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

NAAKA – nätverk för astma/allergi
och KOL-intresserade allmänläkare
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Gastroprima – för mag-tarmintrés-
serade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
ture.Ålander@tapraktik.se

NÄSTA – nationellt nätverk för
ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkehan & Anna Nilsson
marialutkeman@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

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

Equip
Eva Arvidsson
eva.andersson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

**Nordic Federation of General
Practice/ApS**
Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Björn Forsén
bjorn.forsen@nll.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
Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND
Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liljequist
maria.liljequist@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

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

NORDVÄSTRA SKÅNE
Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG
Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

* vilande

Att åldras och tänka det otänkbara

För 50 år sedan fanns det sex arbetande personer för varje pensionär. Snart finns bara två förvärvsarbetande på varje pensionär och då inser man strax att det varken finns pengar eller folk i tillräcklig omfattning för att hjälpa oss när vi når hemtjänstaldern eller kanske rent av hemsjukvårdsstatus. Sedan vet vi att social isolering och ensamhet i sig kan innebära ökad stress och är en riskfaktor för demens, och att hjärnstimulerande aktiviteter minskar risken att drabbas av Alzheimers sjukdom och andra neurodegenerativa sjukdomar är ju känt

När sista ungen knuffades ut ur boet stod det så definitivt klart för oss att det bara var vi två kvar. Skulle vi då bor kvar i huset och vänta på barnen, som ändå bara kanske kommer hem till jul? Och hur roligt blir det med bara oss två och tänk om någon av oss blir sjuk eller, otänkbara tanke, någon av oss dör i förtid. Hur blir det då?

Tänkt och sagt, vi kånkade med vårt bohag en gång till och flyttade från Storvik till Göteborg. Vart då? En lägenhet in the middle of nowhere, med gamla vänner spridda för vinden och bara nåbara via noggrann kalenderplanering minst ett halvår i förväg? Nej, vi drömde om ett gemensamt boende med andra människor, fast inte ändå, fast ändå. Så vi startade en bogemenskapsförening och fick det kommunala bostadsföretaget att till oss successivt upplåta hyreslägenheterna i ett höghus. Efter en del turbulens och storm har vi nu efter sju år kommit in i lugna vatten och i huset bor nu i de 30 lägenheterna 35 personer som delar tankarna om att glädjas i varandras sällskap och hjälpas åt alltmedan vi åldras.

Vi har egna kompletta lägenheter, men också 230 kvadratmeter gemensam yta i bottenplanet med ombyggt storkök, stor matsal, TV-rum med stor-TV, gästrum, snickarverkstad. Mat serveras två gånger i veckan för 25 kronor. Med obligatorisk matlagingsplikt innebär det att man lagar mat med några andra sex gånger per termin, måndag + onsdag, men i övrigt sätter man sig bara till bords. Rätt skönt efter en dag på vårdcentralen. Åldersspannet är nu cirka 50–90 år med en tyngd runt de 65 och med en i stort sett likvärdig könsfördelning. Vill man, så kan man delta i spontant uppkomna aktiviteter – resor inom och utom landet, morgonfika, filmaftnar och tusen andra påhitt.

Visst, just nu jag har nog fullt upp med annat som upptar min tid, men ett tu tre så är tillvaron en annan, då är det gott att ha mina kompisar i huset. Förhoppningsvis håller jag mig lite friskare till kropp och själ och åldrandet blir kanske inte så ensamt som för många andra.

Bertil Hagström

bertil.hagstrom@telia.com

http://www.majbacken.org/

