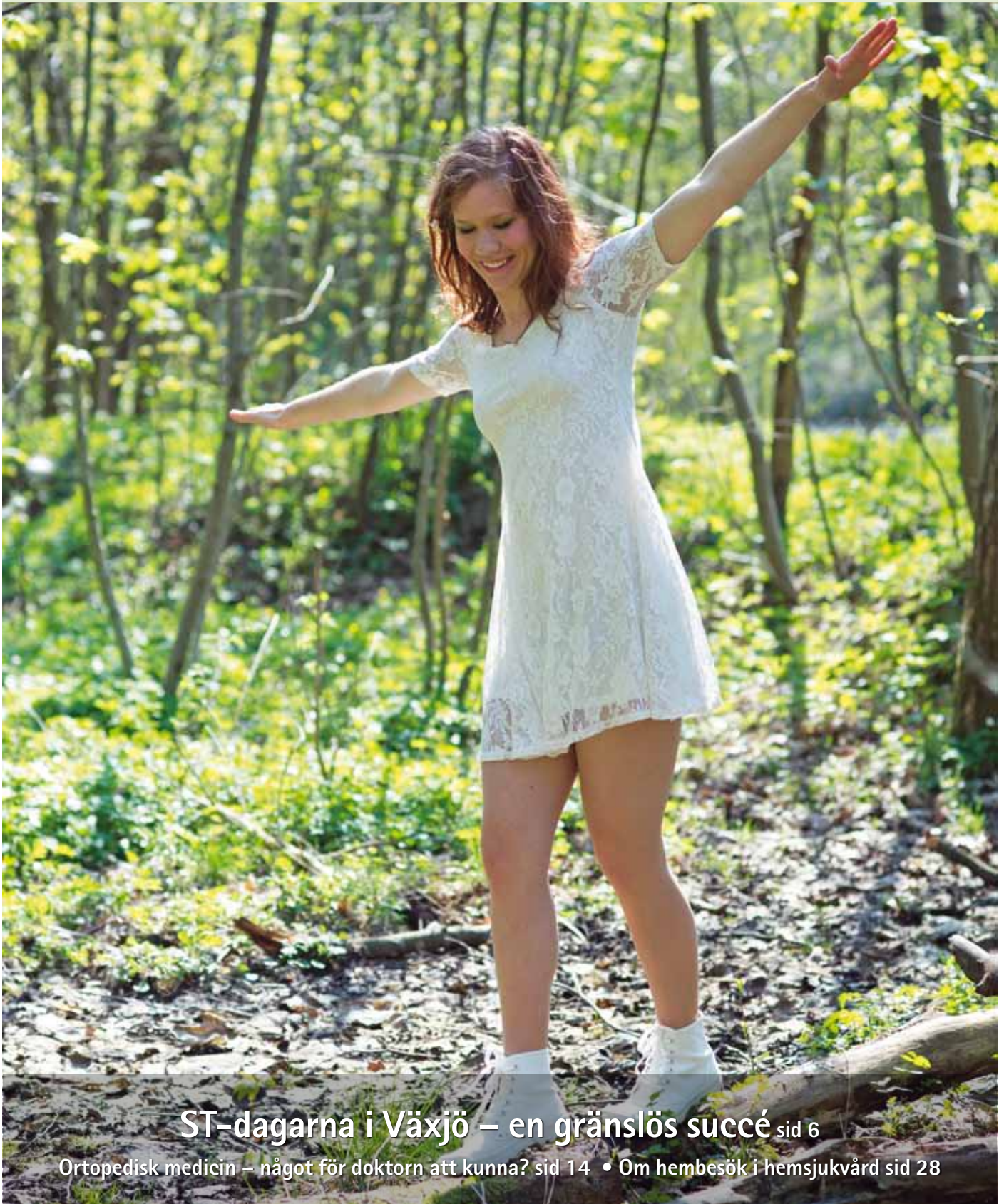


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2011 ÅRGÅNG 32



ST-dagarna i Växjö – en gränslös succé sid 6

Ortopedisk medicin – något för doktorn att kunna? sid 14 • Om hembesök i hemsjukvård sid 28

- 3 Ledare**
Ursäkter godtages ej
Eva Jaktlund
- 5 Chefredaktörsruta**
Inför semesterlata dagar
Karin Träff Nordström
- 6 ST-dagarna**
ST-dagarna i Växjö – en gränslös succé
Ola Thorén
- 8 Avhandling**
Antalet brott ökar – vad kan ligga bakom?
Ulf Sennerby
- 10 SFAM informerar**
EGPRN-dagar i Krakow 13-15 oktober
Hans Thulesius
- 11 SFAM informerar**
Tyckt och tryckt från SFAM
SFAMs Mediagrupp
- 12 Rapport**
Vägar för att öka antalet läkare i första linjens sjukvård
Ola Bergstrand
- 14 Klinisk Praxis**
Ortopedisk medicin – något för doktorn att kunna?
Staffan Olsson, Carina Ågren
- 17 Klinisk Praxis**
Nackskada – en modell för samarbete mellan olika specialister?
Leif Måwe
- 19 Klinisk Praxis**
Vad är OMI?
Tomas Gustavsson
- 20 Debatt**
Allmänläkarens identitetskris
Annika Weiderling
- 21 Årets avhandling**
Årets allmänmedicinska avhandling 2010
Malin André
- 22 Klinisk Praxis**
Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) i den kliniska vardagen
Marc Karlsson
- 25 Nationella riktlinjer – Artros**
Nationella riktlinjer för artros 2010-2011
Lillemor Nyberg
- 28 Klinisk Praxis**
Om hembesök i hemsjukvård
Sonja Modin
- 30 SFAM informerar**
Scandinavian Journal of Primary Health Care
Hans Thulesius, Peter Vedsted
- 31 Reportage**
Skolläkardagar i Göteborg, mars 2011
Lars-Urban Lindström
- 32 Fallbeskrivning**
Du fattar ingenting
Sofie Wijk
- 36 Avhandling**
Litteratur om sjukdom – egenvärde eller nyttighet?
Stig Andersson
- 38 Kvalitet**
Primärvårdskvalitet – en jämförelse mellan sex vårdcentraler
Robert Svartholm, Ulf Måwe, Gunnar Rosenhamer
- 41 Nationella riktlinjer – Osteoporos**
Nationella riktlinjer för osteoporos – vad innebär dessa för primärvården?
Helena Salminen
- 44 Reportage**
Policlinic La Grace
Emil Beijer
- 46 Recension**
Antibiotikaresistens – Allmänläkarnas centrala roll
Bengt Järhult
- 48 Recension**
Medicin på webben – En internetguide för svensk sjukvård
Staffan Olsson
- 49 Recension**
Drivkraft
Karin Träff Nordström
- 50 Skrivartävling**
Båda skrivartävlingarna 2010 är nu avgjorda
Maud Sjöström, Lena Svidén, Bengt Hamark
- 51 Korsord**
Saskia Bengtsson
- 52 Recension**
Svensk sjukvård till varvett – om patienten bestämmer
Staffan Olsson
- 53 Kulturspalten**
Konsten att flyga
Bengt Sköld
- 54 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 56 Krönika**
"Voffor gör jag på detta viset?"
Karin Träff Nordström

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

Ursäkter godtages ej



Ett krav på recertifiering skulle göra det lättare för arbetsgivare att ha rätt kompetens på rätt plats.

V i allmänläkare är nästan sämst av alla specialiteter på att fortbilda oss enligt den statistik som Läkarförbundet tar fram. I statistiken som finns att hitta på www.slf.se kan man läsa att andelen allmänläkare som inte har någon form av intern fortbildning på arbetstid har stigit från 25 % till 39 % på några år. I genomsnitt ägnar vi 2 timmar i veckan åt intern och egen fortbildning (artiklar, efterforskning m.m). Utöver detta ägnar vi 5,3 dagar/år i genomsnitt åt extern fortbildning.

Det här är uruselt! Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det oförsvarbart. Som patient förväntar jag mig att min allmänläkare är och förblir kompetent. Ur ett kollegialt och yrkes stolthetsperspektiv är det illavarslande, sorgligt och på gränsen till självdestruktivt. För att förbli kompetenta allmänläkare krävs också att vi träffas kolleger emellan, pratar med varandra, utbyter erfarenheter och skapar en gemensam grogrund för kompetensutveckling. Min åsikt är att vi själva som profession måste skapa en arbetskultur som kräver och tillåter fortbildning med en miniminivå som den Läkarförbundet förespråkar. Om vi inte själva skapar de krav som är relevanta för yrkesmässig kompetensutveckling finns en överhängande risk att någon annan, läs politiker eller tjänsteman, kommer på idén att bestämma vad vi ska göra för att räknas som kvalitetsgranskade allmänläkare

Att kräva kompetensutveckling är ett sätt att ta de krav på allvar som med rätta ställs av våra uppdragsgivare, det vill säga patienterna. Det är också ett sätt att ta oss själva på allvar. Att visa att vi som kår, och att jag som individ, har en vilja och bestämdhet att vara orienterad, påläst och tränad i både det som är nytt och gammalt i vår allmänmedicinska kunskapsbank borde vara en självklarhet. Det skulle också försvåra för de verksamhetschefer som tror de gör ett smart drag när de inte avsätter resurser för fortbildning och för de kollegor som inte, trots tillskapad tid och pengar, åker på fortbildning. Det kan finnas många orsaker att inte vilja eller orka åka iväg på kurs eller konferens, eller att inte ens ta sig till den interna fortbildningen. Inget av dessa skäl har dock någon tyngd gentemot våra patienter.

Ett krav på recertifiering skulle göra det lättare för arbetsgivare att ha rätt kompetens på rätt plats. Vi verkar idag i ett bredare sammanhang än för tio år sedan, med högre krav på rörlig arbetskraft och jämförbarhet över gränserna. Krav på återkommande fortbildning, recertifiering, ger bättre odds för att patienten ska träffa en allmänläkare på vårdcentralen med den kompetens som är ett måste ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det skulle också öka möjligheten att rekrytera fler allmänläkare. Yrkes stolthet smittar.

I väntan på en recertifiering är det upp till var och en av oss, enskilt och

tillsammans, att se till att vi skapar tid för gemensam och enskild reflektion på våra arbetsplatser och att vi åker på bra fortbildning externt samt att detta sker oavsett vad vår arbetsgivare heter. Fortbildningsstrukturen för allmänläkare ser olika ut på olika håll i Sverige och behöver på många håll utvecklas och förstärkas. Använd styrkan i SFAMs lokalföreningar för att påverka saken åt rätt håll. Bra fortbildning ska vara tillgänglig för ALLA allmänläkare. Låt inte våra arbetsgivare använda olika fortbildningsvillkor för att splittra allmänläkarkåren i privat/offentligt utan jobba för producentneutral fortbildning överallt i landet.

Ha kärlek i hjärtat!



Eva Jaktlund
ordförande

Annons

Inför semesterlata dagar

Gladjande kan redaktionen konstatera att vårt första tjocka temanummer har fallit väl ut. Kommenterar som "välmatat" och "varierande" gläder ett chefredaktörshjärta. Flera har i positiva ordalag påpekat att man inte märkt av att det var ett temanummer och förlaget signalerar att annonsörerna har vaknat till liv.

I detta nummer med teman artros, osteoporos och smärta kan du läsa om kommande nationella riktlinjer, praktisk artrosvård på vårdcentral och äntligen få förklarat skillnaden mellan OMT och OMI. Du får följa med till Kongo och på skolläkarmöte i Göteborg samt får tips på allmänmedicinsk litteratur för hängmattelata semesterdagar då du också kan lösa Saskia Bengtssons korsord.

Nästa nummer har som teman hjärta/kärl, diabetes och koagulation. Manusstopp är den 29 augusti så ägna gärna en del av semestern åt att skriva om dessa eller andra allmänmedicinska ämnen.

Till sist vill jag tacka Stig Andersson som nu lämnar redaktionen efter många år. Vi behöver någon som fyller hans plats så välkommen att höra av dig, du som gärna skriver och redigerar texter och som vill bidra till att göra AllmänMedicin ännu bättre!



Karin Träff Nordström
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Utmärkelse

Hans Boberg utsedd till Årets Distriktsläkare i Jämtland 2010

Varje år utser Svensk förening för Allmänmedicin och Distriktsläkarföreningen i Jämtland "Årets Distriktsläkare i Jämtland". För år 2010 tilldelas läkaren Hans Boberg detta prestigefyllda pris.



Motiveringen är att han genom modigt entreprenörskap ser till att hans bygd i Hoting fortsättningsvis kan ha en stabil och tillräcklig läkar- och sköterskebemanning.

Kontinuitet i befolkningens kontakter med läkare och sköterskor är en av de mest betydelsefulla kvalitetsaspekterna i primärvården. För något år sedan hotades den goda kontinuiteten i Hoting av att hälsocentralen där blev omvandlad till filial då man också skulle minska läkar- och sköterskebemanningen. Vad Hans Boberg då gjorde var att, tillsammans med Anders Heimdahl, starta en egen hälsocentral i Hoting inom ramen för "Hälsoval Jämtland". Han har därigenom starkt bidragit till fortsatt god vård i denna del av Jämtland.

Priset delades ut i samband med SFAM-Z:s årsmöte den 16 mars 2011 av Kristina Seling, ordförande i SFAM-Z samt Kerstin Ermebrant, ordförande i Distriktsläkarföreningen i Jämtland.

Kristina Seling



ST-dagarna i Växjö – en gränslös succé

Artikelförfattaren Ola Thorén (till vänster i bild) tillsammans med några kollegor från organisationskommittén. Foto: Samuel Blomqvist.

Rapport från en organisatör som efter en känslomässig berg- och dalbanetur åter har landat i den kliniska vardagen.

ST-dagarna i allmänmedicin hölls i Växjö den 6–8 april 2011 under temat Gränslöst. Vägen dit kändes oändligt lång när de första planeringsmötena hölls för ett och ett halvt år sedan. Var skulle vi vara? Konserthuset framstod tidigt som det självklara alternativet. Hur skulle budgeten se ut? Det kändes lite skrämmande att plötsligt bolla med summor som uppgick till ganska många årslöner. Vilka föreläsningar och seminarier ville vi ha? Vilka föreläsare? Uppslagen var många och diskussionerna stundom intensiva, men samtidigt väldigt roliga. Det var ju det här som var själva essensen av ST-dagarna. Nya idéer dök upp nästan ända fram till invigningen och vållade emellanåt kollegorna i organisationskommittén ett ökat stresspåslag, när någon plötsligt ville klämma in ett nytt seminarium trots ett redan fulltecknat program.

Våren 2010 åkte fyra av oss från organisationskommittén till ST-dagarna i Göteborg och fann där ytterligare inspiration. ST-dagarna i Göteborg var mycket bra, men som en engelsk herrekipare en gång sade till mig om min klädstil: "It's not bad, but there's room for improvement." Där Göteborg gav sju parallella seminarier dundrade vi på med tolv och när det gällde den sociala biten kände vi att vi kunde slå Göteborg med hästlängder.

Den sista tiden före ST-dagarna var intensiv. Hur många skulle komma? Skulle det uppstå några problem? Arbetsglädjen förbyttes till kollektiv ångest.

Onsdagen den 6 april var det dags. Efter registrering och välkomstkaffet inleddes ST-dagarna till mångas förtjusning med att en stråkkvartett från Växjös berömda kammarorkester Musica Vitae framförde fem stycken, vilket gav en mjuk och behaglig start på dagen och fick de flesta premiärnerver att stilla sig. Maria Holstensson hälsade alla välkomna och presenterade de övriga medlemmarna av organisationskommittén, innan Kronobergs landstingsdirektör Börje Lindqvist höll ett kort välkomsttal, där åhörarna även fick ta del av landstingets framtidsvisioner. Bland annat skall patienterna via internet kunna läsa sina egna journaler.

Efter denna prolog var det dags för årets inledningsföreläsare, nämligen psykiatern, KBT-terapeuten och författaren Åsa Kadowaki, som även är initiativtagare till nätverket *Läkare med gränser*. Åsa Kadowaki föreläste på temat *Jag – en curlingdoktor? Jag gör ju bara det patienterna ber mig om* och gick omedelbart till angrepp på direktör Lindqvists framtidsvisioner. Om sjukvården gör om patienterna till kunder följer att kunden alltid har rätt och därmed tappar vi vårt professionella omdöme.

Eftermiddagen ägnades åt seminarier med allt från mer traditionella områden som njurmedicin, neurologi, oftalmologi, injektionsteknik och ledstatus, till mjukare områden som levnadsvanor, forskning på vårdcentralen, gränsvården, äldres läkemedel, ledarskap, Balint och praktiska färdigheter i gränsättning. Det stora antalet parallella seminarier medförde färre

deltagare per seminarium, vilket bidrog till en bättre dialog mellan seminarieledare och deltagare.

Minglet på onsdagskvällen förlade vi till PM & vänner, en av Sveriges absolut bästa restauranter med stjärna i Guide Michelin. Vi bjöd på en rejält tilltagen mingeltallrik, en omfattande brödbuffé och tämligen generöst med vin. Vi hade också beslutat att avstå från tal av officiella personer och även att helt slopa all annan form av underhållning denna kväll. Vi satsade istället på mat och dryck och trevligt sällskap och att döma av ljudnivån lyckades vi göra mingelkvällen till en riktig succé.

Torsdagen inleddes med att den synnerligen humanistiskt bevärande distriktsläkaren och forskaren Christer Petersson samtalade med kollegorna Annika Andén från Luleå och Fredrik Settergren från Malmö, och på ett mycket varmt och personligt sätt delgav oss sin syn på allmänmedicin, konst och läkekonst. Alla mötets deltagare fick Christer Peterssons bok *Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga* med sig hem.

Influgen från Storbritannien talade sedan Iona Heath, ordförande i Royal College of General Practitioners, om *Disease Mongering*, om hur nya sjukdomar ”uppfinnas” för att skapa en marknad för nya mediciner och behandlingsmetoder. Åhörarna fick dela in sig i grupper och under en kvart själva uppfinna varsin ny sjukdom med påföljande behandling, och man kunde snabbt konstatera att det bara några mil från IKEA:s hjärta i Älmhult fanns många med sinne för uppfinningsrikedom och entreprenörskap.



Den engelska distriktsläkaren Iona Heath, ordförande i Royal College of General Practitioners, föreläser om "Disease Mongering".
Foto: Samuel Blomqvist.

Alla, inklusive nästan hela organisationskommittén, trodde sedan att det var dags för lunch, men innan åhörarna hade hunnit resa på sig rullades det plötsligt in en flygel och den världsberömda pianisten Per Tengstrand dök upp på scenen och bjöd på en stunds örongodis före maten.

Eftermiddagens seminarier ägnades åt allt från gynekologi, pediatrik, spirometritolkning, infektioner, klinisk kemi och ÖNH-undersökning till videokonsultationer, mindfulness, motiverande samtal, smärtpatienter, kundnöjdhet och etiska aspekter på vården av åldriga och svårt sjuka patienter.

På torsdagskvällen gick den stora banketten av stapeln i Växjö konserthus. Jag själv hade getts förtroendet som toastmaster, vilket även innebar att vara sidekick till imitatören Göran Gabrielsson, som stod för underhållningen till middagen. Gabrielssons entré var minnesvärd. Efter att jag hade gått upp på scen och meddelat att kvällens hemlige hedersgäst var på väg in, började kungssången spelas och 220 personer reste sig och sjöng medan Gabrielsson, utklädd till kungen i flottans paraduniform, vandrade in. Gabrielsson återkom senare som före detta statsminister Göran Persson, numera konsult och givetvis självutnämnd arkitekt bakom de framgångsrika ST-dagarna och, inte minst, hedersdoktor vid Örebro universitet. Efter tal av Ewa Alteborg, primärvårdsdirektör i landstinget Kronoberg, Lena Ekelius, Växjöbördig ordförande i SYLF och till sist den legendariske distriktsläkaren och författaren Mats Falk, avslutade Gabrielsson med ett imponerande galleri av gubbar. Efter middagen valde de flesta att dansa till coverbandet På G, medan några valde stillsammare avkoppling i pianobaren.

Fredagen bjöd på ett lugnare program, vilket passade bra efter torsdagskvällens bankett. SFAM:s vice ordförande Mats Rydberg och SFAMs ständige idégivare och inspiratör Ulf Måwe höll korta framföranden, innan det var dags för den högst spektakulära beteendevetaren Lars-Peter Loeld att underhålla och förundra sin publik med mindgames. Med hjälp av ytterst skicklig manipulation och sannolikhetslära lyckades han få hela publiken att tro på övernaturliga förmågor.

Till sist återstod bara att avsluta ST-dagarna 2011 och tacka för visat intresse. Det var länge oklart om det skulle bli några fler ST-dagar, men glädjande nog beslöt sig Örebro för att stå som arrangör någon gång under hösten 2012.

Efteråt då? Omedelbart efter att den siste deltagaren hade hämtat sin lunchbaguette samlades organisationskommittén, men det var ett slitet gäng som mest av allt ville gå hem och sova en Törnrosasömn. Dagarna efter fylldes av tomhet, och det är lätt att förstå hur de människor som varit med och organiserat ett OS känner efter åratals hårt arbete, världens ögon riktade mot sig i två veckor och sedan bara tomhet. Men förnöjsamheten fanns där över att allt klaffat som det skulle liksom stoltheten över att ha arrangerat tre fantastiska dagar, och en vecka efteråt är det de känslorna som har tagit överhand. Vi gjorde det!

Ola Thorén
ST-läkare, medlem organisationskommittén

Antalet brott ökar – vad kan ligga bakom?

Kardiovaskulär sjukdom (CVD) och benskörhet, osteoporos (OP), är två stora sjukdomsgrupper som man vanligen finner i övre medelåldern och bland äldre. Tillstånden genererar såväl stort lidande för de drabbade och anhöriga som stora kostnader för samhället. Båda tillstånden har tidigare bedömts vara två av varandra oberoende entiteter, men aktuell forskning indikerar nu att det kan finnas gemensamma etiologiska faktorer för utveckling av CVD och OP. Detta samband är viktigt för allmänläkare att känna till då det framöver kan få konsekvenser för utredning och behandling i primärvården. Faktorer som leder till kärlförkalkning påverkar på många sätt också benmetabolismen. Bisfosfonater, som används för att motverka OP genom att reducera bennedbrytningen, motverkar även risken att utveckla arterioskleros och minskar mortaliteten i CVD. Blodfettssänkande statiner, som minskar risken för att utveckla CVD, minskar också risken för utveckling av OP och osteoporosrelaterade frakturer. Cerebral vaskulär lesion är en känd riskfaktor för höftfraktur, den mest ödesdigra konsekvensen av osteoporosjukdomen. Förklaringar till detta kan man finna i försämrad balans med ökad fallrisk, immobiliseringsorsakad sarkopeni, och/eller gemensam genetisk predisposition för CVD och OP.

För att kartlägga hur CVD påverkar risken för osteoporosinducerad höftfraktur, genomfördes en populationsbaserad fallkontroll studie (1) omfattande 1327 kvinnor med höftfraktur och 3170 slumpvisa kontroller; alla kvinnor mellan 50 - 81 år följdes upp. Resultaten visade på en fördubblad risk för höftfraktur hos kvinnor

efter insjuknande i CVD. Risken ökade med antalet slutenvårdstillfällen och högst risk för höftfraktur inföll inom första året efter diagnosticerad CVD. Den förhöjda risken var oberoende av övrig sjuklighet och livsstilsfaktorer. Inom CVD-gruppen medförde diagnoserna hypertoni, hjärtinsufficiens och stroke de högsta riskerna för att drabbas av höftfraktur.

Ytterligare en studie (2) genomfördes för att kartlägga hur CVD, men även om genetisk disposition, kunde påverka framtida risk för osteoporosinducerad höftfraktur. Med hjälp av det svenska (världens största) tvillingregistret genomfördes en nationell tvillingkohort studie med parvisa jämförelser. I studien inkluderades 3724 monozygota, 6314 samkönade dizygota, 5736 icke-samkönade dizygota samt 942 tvillingar med osäker zygositet. Resultaten visade på en ökad risk att drabbas av höftfraktur efter insjuknande i hjärtinsufficiens och stroke. Identisk tvilling, utan hjärtinsufficiens eller stroke, till tvilling med dessa diagnoser hade också en ökad risk för att drabbas av osteoporosinducerad höftfraktur. Detta förhållande kunde indirekt tyda på att den ökade frakturrisken i alla fall delvis berodde på genetiska faktorer.

Det finns flera faktorer som kan förklara varför CVD ökar risken för höftfraktur. Teoretiskt kan man tänka sig gener med speciell relevans för styrningen av t.ex. kalciumreglerande hormon, könshormon, fettmetabolism och faktorer som är involverade vid ökad oxidativ stress och kronisk inflammation. Även homocysteinemi och telomerlängd verkar kunna spela en roll i sammanhanget.

Sammanfattningsvis bör man som kliniker inom både primär- och slutenvård vara uppmärksam på den ökade risken, hos båda könen, för osteoporosfraktur i höften efter diagnosticerad CVD, framför allt hos patienter med hjärtinsufficiens och stroke. Genetisk predisposition verkar också ha betydelse för utvecklingen av osteoporos, men ytterligare forskning krävs för att mer i detalj kartlägga sambanden.



Ulf Sennerby
Överläkare
Ortopedkliniken
Falu lasarett
ulf.sennerby@ltdalarna.se

Referenser

1. Sennerby U, Farahmand B, Ahlbom A, Ljunghall S, Michaelsson K. Cardiovascular diseases and future risk of hip fracture in women. *Osteoporos Int* 2007; 18: 1355-62.
2. Sennerby U, Melhus H, Gedeberg R, Byberg L, Garmo H, Ahlbom A, Pedersen NL, Michaelsson K. Cardiovascular diseases and risk of hip fracture. *JAMA* 2009; 302: 1666-73.

Annons

EGPRN är en förkortning värd att lägga på minnet – European General Practice Research Network

Min doktorandhandledare professor Anders Håkansson, tyvärr avliden 2010, fick med mig på möte i Barcelona 1997 (då hette det EGPRW med workshop som sista ord). Det var givande informella diskussioner i ämnen som berör allmänmedicinens vardag. Därtill besök på vårdcentral och bra socialt program. När detta läses har jag nyss deltagit på EGPRN-dagar i Nice. I höst är det möte i Krakow 13–15 oktober, torsdag till lördag. Och då hoppas jag se många svenskar! EGPRN är något som fler borde testa. Både doktorander, nydisputerade, docenter men också utvecklingsintresserade allmänläkare generellt och inte minst utbildningsläkare! EGPRN samarbetar med Vasco da Gama – en organisation inom WONCA för unga och blivande allmänläkare (www.vdgm.eu). EGPRN saknar stora konferensers anonymitet och det är närmare till personliga möten. Och projekten ges lika mycket tid för diskussion som för presentation. Det sociala programmet är lagom intimt – men disco ingår alltid sista kvällen! Besök på lokala kollegors praktiker är stående värdefullt inslag. Forskningens kvalitet växlar men jämförelse mellan Barcelona 1997 med Zurich 2010 är som natt och dag. Konferensavgiften är också



rimlig. Och att flyga till Krakow är billigare än tåget mellan Malmö – Stockholm.

Vad väntar du på? Gå in på www.egprn.org och välkommen till Krakow i höst!

Hans Thulesius
SFAMs representant i EGPRN
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Annons

Tyckt och tryckt från SFAM

Jag tror att kommunikation via papperstidningar börjar gå mot sitt slut. Vår tidning AllmänMedicin lever dock än och har med ett minskat antal nummer per år, men med fler sidor, fått en nytändning. Upplägget med fyra temanummer per år och därmed möjlighet till nödvändiga annonsintäkter, är naturligtvis inte helt okontroversiellt, men låt oss testa detta för innevarande år och utvärdera därefter.

Samtidigt har de möjligheter som Internet och nya sociala medier har öppnat för att föra ut information av olika slag medfört att SFAM på ett annat sätt än förr kan göra sig hörd i debatter – både internt och ut mot allmänheten.

Hemsidan

För den intresserade allmänläkaren finns SFAMs hemsida för allt som berör vår förening vad gäller utbildning och forskning, kvalitetsfrågor och mycket annat. Där finns ett kalendarium för vad som komma skall, länkar till höger och vänster. Där har du ett stort kontaktnät till råd, nätverk och lokala SFAM-föreningar. Vårt pressrum (ja, det heter så) har vi nu flyttat till Mynewsdesk (se nedan) som finns länkat till hemsidan.

Ordbyte

Internt (ja, mer eller mindre internt...) har ju "Ordbyte" för-tjänstfullt funnits i många år. När det kom kunde vi börja kommunicera med varandra och mellan landsändar på ett helt nytt sätt. Jag tror att vi blev mer samsade och enade över landet och mer klara över när vi inte tycker lika. Ordbyte har också behållit sin plats i olika diskussioner. Själv uppskattar jag mest de studier och rapporter som då och då kastas in med vidhängande kommentarer, ett ifrågasättande lärande av bästa sort. Kanske saknar jag utbildningsdiskussioner, alltifrån hur sådan skall utvecklas på universitets- och kandidatnivå, och vidare över AT (som förmodligen snart är en saga blott om EU får bestämma) fram till sist men inte minst – ST.

Facebook

Sedan knappt ett år har SFAM funnits på Facebook, ett medium som vi hoppas ska kunna fånga en del kollegors uppmärksamhet om att SFAM finns och vad vi gör och kanske till och med locka en och annan ny medlem. De spontana inläggen där har inte varit alltför många ännu, men de nyheter och pressmeddelanden och övrigt som SFAM presenterar på Mynewsdesk ploppar upp också på Facebook och skulle kunna generera en del kommentarer och "gilla" eller motsatsen. Facebook är också främst en kanal för intern information och meningutbyten och är inte precis en plats som hemsöks av journalister och andra massmediafigurer, som vi också vill nå.

mynewsdesk™

1 780 visningar under vald period



Mynewsdesk

Mynewsdesk är en hemsida för journalister, bloggare och andra intresserade av nyhetsfloden. Istället för att SFAM skickar ett pressmeddelande lite på måfå till olika tidningar eller till TT i fåfängt hopp om att få det publicerat, så lägger SFAM upp sina nyheter och pressmeddelanden på Mynewsdesk. Sedan dyker vårt skriveri upp på nyhetssidan som rullar. Man kan också gå in på vårt pressrum eller prenumerera på våra meddelanden direkt. Allt vi skriver om blir naturligtvis inte publicerat, det vore väl för bra, men många läser det skrivna ordet och påverkas på ett eller annat sätt, tror jag. Nej, jag vet att många läser, om nu inte statistiken ljuger (se figur). Senaste månaden har över 1700 sett meddelande från oss eller >4000 sedan årsskiftet.

Vi är ännu bara i början och står fortfarande i lära, men något av det vi har publicerat har i sin tur resulterat i intervjuer eller artiklar. Leder det sedan till att en del av problemen som SFAM tar upp verkligen uppmärksammas så har vi nått en bit på väg.

Men om inte våra egna SFAMska tankar och reflektioner, på vad som händer i den allmänmedicinska världen, sedan formas till nyheter, uttalanden och skrivna inlagor, så blir det magert på Mynewsdesk. Vi i den lilla mediagruppen tar därför gärna emot sådant som kan vara intressant att lägga ut på vårt pressrum. Vill man ha ut något meddelande till en mer lokal press (ett möte, konferens, lokalt uttalande) så går det att ordna så att informationen bara når en viss region eller län.

Bekanta dig med SFAM på Mynewsdesk
www.mynewsdesk.com/se/pressroom/sfam

SFAMs mediagrupp
Bertil Hagström
bertil.hagstrom@gmail.com

Mats Rydberg
mats.rydberg@sfam.se

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

Anna Drake
drannadrake@gmail.com

Vägar för att öka antalet läkare i första linjens sjukvård



Region Skåne har uttalat en tydlig ambition att prioritera första linjens sjukvård samt att allt mer av den öppna vården ska förläggas utanför sjukhusmottagningarna. Inom ramen för Ledarskaps-ST fick jag i uppdrag att utforska hur denna ambition kan förverkligas. Detta har skett genom faktainsamling och ett 90-tal intervjuer och samtal. Dessa har hållits med såväl verksamhetschefer inom öppen- och slutenvård som med enskilda distriktsläkare och organspecialister, med tjänstemän med insyn i frågorna samt med AT- och ST-läkare. Grundsytet med projektet har varit att kartlägga tänkbara förändringar som leder till tydliga förbättringar för Skånes invånare samtidigt som högsta möjliga kostnadseffektivitet uppnås.

En sammanställning av aktuell forskning visar att en utbyggd primärvård med god tillgänglighet och kontinuitet kan leda till lägre sjuklighet hos befolkningen, minskad sjukvårdskonsumtion, färre akutbesök, färre inläggningar och en mer kostnadseffektiv vård samtidigt som kvaliteten vidmakthålls. Analyser av Öppna jämförelser visar att ett ökat antal läkare i primärvården leder till högre produktivitet och effektivitet i landstingen.

I Sverige utgör specialisterna i allmänmedicin 16,9 procent av läkarkåren. Detta står att jämföra med EU-snittet som ligger på 25,0 procent. Rekryteringsbehoven av specialister i allmänmedicin är stora och redan idag skulle uppskattningsvis ytterligare 150 läkare kunna anställas inom Hälsoval Skåne om dessa gick att få tag på. I den officiella statistiken verkar man ofta inte ta hänsyn till att nästan två tredjedelar av allmänläkarna arbetar deltid vilket skiljer sig markant från läkare på sjukhusen. I Skåne har allmänläkarna en genomsnittlig tjänstgöringsgrad på omkring 75 procent. Vill man exempelvis nå målet på en heltidsarbetande allmänläkare per 1 500 invånare skulle Skåne behöva ytterligare 300 allmänläkare. För att nå samma nivå

som Danmark, där varje allmänläkare ansvarar för drygt 1 000 invånare, skulle ytterligare 800 specialister i allmänmedicin behöva anställas i Skåne – en fördubbling jämfört med dagsläget.

Mycket talar för att den mest framgångsrika vägen för att råda bot på bristen skulle vara att inrätta betydligt fler ST-tjänster i allmänmedicin. (Skåne har idag hälften respektive en tredjedel så många ST-läkare som Göteborg och Stockholm vilket är mycket lågt även när hänsyn har tagits till befolkningsunderlaget.) Dessa tjänster bör göras attraktiva att söka samtidigt som man bör öka kvalitetskraven på de läkare som slutligen får ST-tjänsterna, så att allmänspecialiteten på sikt inte längre blir betraktad som en ”slask-specialitet”.

Kartläggningen visar att två tredjedelar av Skånes AT-läkare mycket väl kan tänka sig att bli specialister i allmänmedicin. Dock skräms de flesta bort då de uppfattar vardagen som allmänläkare som alltför stressig, ensam och med för lite tid avsatt per patientbesök och för administration. Beklämmande är att ett tiotal AT-läkare angett att de hade för avsikt att bli allmänläkare, men efter att de gjort sin AT-placering i primärvården kan de inte längre tänka sig detta. Att ta väl hand om utbildningsläkare borde vara en självklarhet och vårdenheter som inte lever upp till kvalitetskraven borde förbjudas att ta emot utbildningsläkare fram tills dess att utbildningskvaliteten och ett gott omhändertagande kan garanteras. Exempel på förslag kring hur man kan locka fler unga läkare till primärvården är bland andra:

- Prioritera utbildningstid och resurser till kurser och fortbildning för ST-läkarna.
- En ST-tjänst bör föregås av ett vikariat (som kan tillgodoräknas i ST). Detta för att man ska kunna försäkra sig om att person är lämpad som specialist i allmänmedicin. På sikt är detta sannolikt statushöjande för specialiteten.

- Ingångslönen för ST-läkare i allmänmedicin bör vara löneledande. Det finns indikationer på att lönenivåer på i storleksordningen 3 000 kr mer än på sjukhuskliniker kan vara avgörande för blivande ST-läkare som står och väger mellan olika specialitetsval.
- Förbättra kvaliteten på sidotjänstgöringarna så att dessa får en tydlig allmänmedicinsk profil. Därmed kan de kortas och en större del av tjänstgöringstiden kan förläggas på vårdcentralen.
- Insatser för att förbättra arbetsmiljön för befintliga allmänläkare är naturligtvis synnerligen viktiga för att skapa en positiv bild av primärvården och för att få yngre läkare att själva kunna tänka sig en framtid som allmänspecialister.

Uppfattningen att arbetsmiljön i primärvården har stora brister är en bild som delas av Skånes allmänläkare. Som en allmänläkare uttrycker det: "Jag ser min arbetsdag som ett dataspel – det gäller att överleva till klockan fem". En majoritet arbetar deltid helt enkelt för att orka med. Insatser för att förbättra arbetsmiljön bör således prioriteras för att locka läkare till första linjens sjukvård. I slutrapporten återges åtskilliga förslag kring detta såsom:

- Erbjud ett avgränsat uppdrag. (I största möjligaste mån även vid underbemanning.)
- Listning på namngiven doktor och en prioritering av kontinuiteten.
- Ge läkaren stort inflytande över sin tidbok och sin arbetsdag.
- Öka möjligheterna för regelbunden kollegial dialog.
- Utökade fortbildningsmöjligheter.

De ursprungliga förhoppningarna om att Hälsoval Skåne skulle leda till ett ökat antal organspecialister i första linjens sjukvård har ej infriats. Ett mycket tydligt hinder är att ersättningsystemen för specialistvården respektive Hälsovalsenheterna i dagsläget motverkar varandra. Eftersom specialistvården främst har besöksersättning innebär varje besök som flyttas till primärvården en utebliven inkomst för sjukhuskliniken.

Intervjuer med företrädare från såväl specialistvård som primärvård visar att erfarenheter talar för att organspecialister i första linjens sjukvård under rätt förutsättningar kan medföra en positiv utveckling för sjukvården. En förutsättning är emellertid att organspecialisterna inte ska träffa oselektade allmänmedicinska patienter, utan endast patienter som annars skulle remitterats till sjukhusmottagningen. Några av de förväntade vinsterna är bland annat bättre och snabbare tillgänglighet till organspecialist, kompetensutveckling för båda parter och bättre förståelse och samarbete mellan vårdnivåerna. I slutrapporten finns sex olika tänkbara modeller för att öka andelen organspecialister i första linjens sjukvård. Önskvärt är att hitta ett system där alla blir vinnare; patient, vårdenhet och specialistklinik. Man bör utforma systemet så att man ger utförarna stora frihetsgrader för att locka fram kreativitet och nya lösningar.

Ytterligare ett sätt att få fler organspecialister i första linjens sjukvård är att stimulera till att organspecialister även utbildas till specialister i allmänmedicin. Detta blir då samtidigt en väg för att öka antalet allmänspecialister. För att underlätta detta bör man se över möjligheten att inrätta centrala medel som bekostar organspecialistens lön under dennes sidotjänstgöringar utanför vårdenheten.

Vid en första anblick kan några av de förslag som tas upp i rapporten tyckas vara dyrbara, men på sikt skulle förändringarna sannolikt inte bara leda till sänkta kostnader för sjukvården totalt, utan även till bättre arbetsmiljö i första linjens sjukvård, förbättrade nyrekryteringsmöjligheter, ökad tillgänglighet och inte minst bättre hälsa hos invånarna.

Den fullständiga slutrapporten finns att läsa på SFAMs hemsida .



Ola Bergstrand
olabergstrand@yahoo.se

Referenser:

1. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Sveriges Kommuner och Landsting 2008
2. Steinmann P. Is general practice effective A SUPPORT summary of a systematic review October 2010
3. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården, SoS-rapport 1999:19
4. OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database
5. NOMESCO, Health Statistics in the Nordic Countries, 2008

Ortopedisk medicin – något för doktorn att kunna?

Få saker har gett mig så mycket frustration som patienter med smärtor och besvär från rörelseapparaten. Än har de ont där, än här, och inte hjälper det mycket med tabletter eller remiss till en sjukgymnast som jag knappt känner. Remisser till ortopederna eller till röntgenundersökningar ger sällan de svar jag letar efter, mer än när det gäller långt gångna och väl definierade tillstånd, som t.ex. svår höftledsartros och därmed protesoperation. Vårt patientklientel ser sällan ut så – det rör sig oftast om mer diffusa tillstånd där tekniska undersökningar ibland mest ger desinformation och bifynd.

Under ST gick jag flera SK-kurser i ortopedisk medicin, men direkt efter kursen försvann jag iväg till en eller flera sidotjänstgöringar där jag inte träffade den här patientgruppen alls. Väl hemma på vårdcentralen hade jag aldrig någon verklig dialog eller teamarbete med sjukgymnasterna, utan vi jobbade på parallellt med samma patienter. Kommunikationen inskränkte sig till någon önskan från sjukgymnasten om röntgenundersökningar eller remisser till ortopedtekniska. Kursinnehållet har jag sedan länge glömt – alla märkliga test med eponymer som jag aldrig riktigt förstod hur jag skulle tolka.

På min nuvarande arbetsplats anställde vi för ett par år sedan ett par driftiga sjukgymnaster som alla har vidareutbildning i ortopedisk medicin. Vi tog då chansen att bygga upp ett system där de i huvudsak var primärbedömare vid alla muskuloskelettala problemställningar. Snabbt blev det uppenbart att vi i läkargruppen hade ett stort utbildningsbehov inom det här området.

Sagt och gjort, fyra av sex läkare har nu gått eller håller på att gå OMI basic (se faktaruta). Skillnaderna mot liknande kurser som jag gått tidigare är flera:

Få, enkla test som ger maximal information. Ett test som är svårt att genomföra om man inte gör det varje dag blir inte gjort, och blir förmodligen inte gjort helt rätt när man väl gör det. Samtliga undersökningsmetoder är så enkla att man på få minuter i en tidspressad mottagning kan göra undersökning, analys och behandling i samma session.

Testerna bygger i huvudsak på att ge selektiv tension i berörda strukturer – t.ex. genom att isometriskt belasta ett muskelfäste.

Samma språk som sjukgymnasterna. Våra grundutbildningar skiljer sig åt på flera sätt, och därav vårt sätt att beskriva och förmedla information om rörelseapparaten. Vår grundutbildning är fokuserad på undersökningsmetoder som ortopedkirurgerna använder sig av, för att bedöma vem som skall gipsas eller opereras för att förenkla grovt.

Systematik, begriplighet och mönsterigenkänning. Istället för detaljfokus syftar alla undersökningar till att etablera mönster som lätt går att känna igen. Här går undersökningsmetoder och mönster igen från led till led, samma metoder och liknande mönster vilket ger begripliga kliniska tillstånd. Ett bra exempel är det ”durala konceptet” – där man ser dubbelsidiga rygg- och nacksmärtor som inte följer dermatom och med en utbredning som kan imitera en massa andra tillstånd. För mig var det här ett helt okänt koncept – nu ser jag nästan varje dag patienter med dessa mönster.

Fokus på klinisk undersökning istället för tekniska undersökningar. När fick du något vettigt ut av en slätröntgen rygg senast? Det finns naturligtvis MRT och andra sätt att skärpa diagnostiken, men





En bred allmänmedicinsk mottagning med allt från vaxpropp till hjärtsvikt är en bra motvikt mot tendenser till specialmottagning.

på köpet får man bifynd och annan irrelevant information. Här finns en enorm potential att använda tekniska undersökningar på ett mer relevant och fokuserat sätt – i sista hand snarare än som en livlina när man inte förstår vad som gör ont.

Metoder som passar allmänmedicinen. Med få undantag krävs det ingen specialutrustning, man klarar det mesta med en bra brits, och för läkarens del, vanliga injektionssprutor. Teknikerna för injektioner fokuserar på enklaste och effektivaste sättet att distribuera steroider till exakt rätt ställe. Många andra kurser lär t ex ut att spruta subakromiellt vid smärttillstånd i skulderleden. Enligt OMI undersöker man istället varje struktur för sig. Ett vanligt sätt är att systematiskt undersöka, därefter ge en diagnostisk injektion av lokalanestetika mot misstänkt struktur, undersöka på nytt, och vid konfirmation med avsaknad av positiva tester ge steroider mot t ex supraspinatus fäste. För min egen del får jag på så sätt en omedelbar bekräftelse på att jag tänkt rätt, och patienten får en pedagogisk förklaring på sitt problem.

Fokus på teamarbete. Vi skall inte ta över sjukgymnasternas arbetsfält. Själv håller jag inte på med manipulationsbehandling, det kan mina sjukgymnastkollegor mycket bättre. Jag fokuserar på diagnostik och injektionsbehandling där jag kan tillföra en del. En stor fördel med att jobba efter samma koncept är också att budskapen till patienterna blir likartade – det blir ett tryggare omhändertagande. Teambedomningar blir också en rolig och givande del av vardagsarbetet, där vi kan lära av varandra. Jag tror däremot inte att jag hade haft tillnärmelsevis lika stor nytta av kurserna, om jag inte jobbat nära sjukgymnaster som jobbar med samma koncept.

Fakta

UTBILDNINGSUPPLÄGG OMI

Kurserna är öppna för sjukgymnaster, läkare, naprapater och kiropraktorer.

OMI Basic Course **timmar (60 min)**
 9 moduler á 3 dagar
 27 dagar á 7 timmar lärarledd undervisning
 I modul 5 genomgång av tekniker samt teoretisk examen av övre och nedre extremitet
 I modul 9 genomgång tekniker samt examination för columna.
 Deltagarna bedriver självstudier under hela utbildningen 189

OMI Advanced Course
 7 moduler á 2–3 dagar
 17 dagar lärarledd undervisning
 I modul 7 sker genomgång av tekniker genomförda under basic och advanced samt teoretisk examen
 Deltagarna bedriver självstudier under hela utbildningen. 126

Totalt antal timmar lärarledd undervisning **315**

Kostnad totalt OMI basic + advance, inklusive examinationer, 62 000 + moms

Förutom kurserna ovan finns extern utbildning som krävs för specialisering i Norge
 Anatomikurs/dissektionskurs 30
 Forskningsmetodikurs 36

UTBILDNINGSUPPLÄGG OMT

OMT-utbildningen i Sverige är en sammanhängande utbildning under åtta terminer, uppdelad i 3 steg, som avslutas med OMT-examen enligt IFOMPT's internationella standards. Utbildningen är öppen för sjukgymnaster och läkare.

OMT steg I
 15 dagar lärarledd undervisning under två terminer 113
 6 kursträffar om 2 alternativt 3 dagar med självstudier mellan kursträffarna.
 Examinationer sker löpande i olika former, teoretiskt och praktiskt.

OMT steg II
 30 dagar lärarledd undervisning under tre terminer 225
 6 dagar á 6 timmar teoretiska föreläsningar inom randområden 36
 9 dagar á 8 timmar klinisk undervisning med patienter (auskultation) 72
 Avslutande teoretisk, teknisk och klinisk (med patient) examination 7

OMT steg III
 30 dagar lärarledd undervisning under tre terminer 225
 6 dagar á 6 timmar teoretiska föreläsningar inom randområden 36
 9 dagar á 8 timmar klinisk undervisning med patienter (auskultation) 72
 5 dagar á 8 timmar auskultation på medicinsk specialistklinik 40
 Avslutande teoretisk, teknisk och klinisk (med patient-) examination 7

Totalt antal timmar lärarledd undervisning **835**

Kostnad totalt OMT steg I-III till OMT-examen, inklusive examinationer, 156 000 + moms

Fakta

JÄMFÖRELSE OMI – OMT

OMT-undersökning och behandling sker både ledspecifikt med glidrörelser och traktion (translation) och genom värdering av angulär rörlighet och endfeel. Inom OMI bedömer man enbart den angulära rörligheten och endfeel.

OMT:s manuella behandling av ryggraden är riktad mot ett specifikt segment med korta hävarmar och med motkurvaturer av ryggen för att skona närliggande segment. OMI använder mer manipulationer riktade generellt över flera segment och med långa hävarmar, det vill säga med större kraft.

OMT lär ut en undersökningsgång för att finna nedsatt motorisk kontroll samt metoder för återträning, vilket inte innefattas i OMI. Man hänvisar mer till andra metoder såsom t.ex. McKenzie.

OMT undervisar ej manipulationstekniker med rotation i övre nacklederna då detta setts utgöra en riskfaktor för nackskador, medan detta förekommer i OMI utbildningen. OMT har utvecklat ett internationellt säkerhetsprotokoll inför varje nackbehandling. OMI följer kontraindikationer vid manipulation.

OMT använder sällan ett fast undersökningsschema då man istället för ett kliniskt resonemang i undersökningsgången. Undersökningsgången inom OMI förefaller vara mer tydlig.

OMT använder neurodynamiska tester och behandling. OMI lär ut något neurodynamiskt test men ingen behandling.

I OMT-utbildningen lär man ut om myofasciell smärta och hur man undersöker och behandlar triggerpunkter vilket inte förekommer i OMI-utbildningen.

OMT och OMI använder sig av liknande tekniker när det gäller lokala senfästesirritationer med friktioner och töjning.

Carina Ågren, Sjukgymnast med OMT-examen
carina.agren@ptj.se

Fyller gapet mot ortopedkirurgin. Ortopedin har idag fantastiska möjligheter att byta ut leder, läka frakturer och operera diskbråck. Som sagt ovan är det dock bara en bråkdel av våra patienter som kommer ifråga för t ex diskbråcksoperationer. Med alla andra onda ryggar har man mycket att hämta genom att lära sig göra en mer distinkt diagnostik och därigenom kunna ge mer verksam terapi.

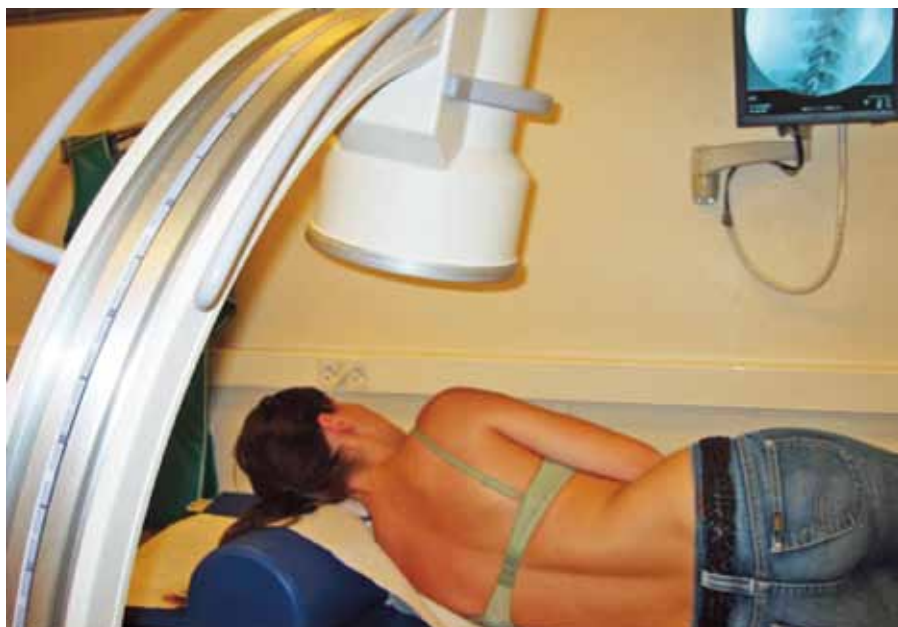
I artikeln här intill berättar Leif Måwe om sitt arbetssätt, med fokus på diagnostiska och terapeutiska blockader, med hjälp av röntgengenomlysning och andra tekniska hjälpmedel. Det är i andra ändan av spektrat, med högspecialiserade mottagningar med specialintresserade läkare och med den tekniska utrustning som krävs. Det ena utesluter inte det andra. Att kunna ta hand om vardagliga problem med smärtor och annan dysfunktion i rörelseapparaten med enkla medel och framförallt med skärpt diagnostik är mycket givande, och jag upplever att jag fått ytterligare ett mycket vasst verktyg i verktygslådan. Där skramlar det ihop med samtalsmetodik, läkemedelsbehandling och en massa andra oumbärliga och sinsemellan kompletterande och överlappande verktyg.

Vad finns det för problem med att lära sig ortopedisk medicin? En fara är att man blir någon slags medicinteknisk ingenjör som reducerar ner alla individer till sina smärtande strukturer som går att fixa enkelt och lätt. Att bli en renodlad "sprutdoktor" är inget som lockar mig. En bred allmänmedicinsk mottagning med allt från vaxpropp till hjärtsvikt är en bra motvikt mot tendenser till specialmottagning.



Staffan Olsson
staffan.olsson@ptj.se

Nackskada – en modell för samarbete mellan olika specialister?



Oavsett specialitet präglas vår vardag av liknande fall som detta. Vissa patienter kan vi säkert hjälpa om vi samverkar bättre, här är ett lyckat exempel.

Lena (fingerat) är 28 år, sambo och har en son 5 år från ett tidigare förhållande. Sonen har hon varannan vecka. Lena är utbildad frisör, men klarade inte av jobbet p.g.a. nackskadan. Hon har haft ett jobb på en fiskebutik/rökeri 80 %. Lena röker 4 pkt cigaretter per vecka. Hon har normalt BMI. Före skadan tränade hon löpning och skidskytte, men har slutat med all träning efter skadan.

Förutom skadan hade hon ansträngningsastma som ung. Migrän, men har sällan anfall.

Nov -01 blev hon påkörd bakifrån sittandes i sin Toyota Avensis, utan dragkrok, av en Nissan personbil. Bakpartiet blev intryckt. Hon var lite stel i nacken efteråt, men fick inga uttalade smärtor.

Dec -01 snurrade hon med bilen i halkan på vägen flera varv och slog i ett vägräcke. Hon fick omedelbart ont i nacken och huvudet.

Efter olyckan förändrades hennes liv drastiskt, hon slutade träna, började röka, klarade inte av frisörjobbet och hamnade i sjukskrivning och anpassningsåtgärder. Utredningar med bl.a. MR och neurografi har inte påvisat någon relevant patologi. Hon har prövat diverse behandlingar med massage, kiropraktor etc. På senare tid har hon gått till en OMT steg-III utbildad sjukgymnast och hade initialt nytta av behandlingen och träningsupplägget.

Januari -10 akut försämrad med svår huvudvärk, inlagd och utredd med CT skalle, som var u.a.

Tillbaka till sjukgymnasten som kunde lokalisera smärtor högcervikalt, C2-C4 höger sida, med dominans av nacksmärtorna, men också smärtutstrålning mot höger skuldra och återkommande högersidig huvudvärk. Lena hade svårt att lyfta armen över horisontalplanet och hade ofta domningar och obehag i armen lite variabelt.

Genom sjukgymnasten föreslagen remiss för diagnostiska blockader, där henne distriktsläkare remitterade Lena

till Ortopedkliniken på Centralsjukhuset. Överläkare remitterade vidare till Karlstad Nacke & Rygg Klinik för vidare diagnostik och eventuell behandling (bara ortopederna har remissrätt).

Jag såg Lena i mars -10 och gjorde en diagnostisk blockad i röntgengennomlysning mot facettledsnerven motsvarande leden C2-C3 höger sida med 1ml Marcain 5 mg/ml. Lena angav smärtreduktion från VAS 5–6 till 0 och kunde dessutom lyfta armen obehindrat. Effekten kvarstod i flera timmar, därefter kom smärtorna tillbaka, men hon var generellt mycket bättre vid återbesöket i april. Blockaden upprepades då och i juni angav hon att huvudvärken var nästan helt borta och nacken mycket bättre. Hon jobbade nu heltid.

Smärtorna återkom i slutet av september varvid ny blockad mot C2–C4 höger gjordes med 1,5 ml Marcain 5 mg/ml. Då smärtorna efterhand återkom utfördes denervation med radiofrekvens på dessa nivåer i början av februari -11, med förhoppning om en mer långvarig lindring. Efter en övergående försämringsperiod kunde hon börja arbetspröva halvtid efter några veckor. Tyvärr är hon arbetslös, men berättade vid återbesöket i april att hon bytt gardiner i hela huset och att hon till och med kunde hjälpa till att klyva ved. Tidigare tog hon regelbundet NSAID och paracetamol, men har nu slutat med alla mediciner. Hon anger att hon är minst 75 % bättre i nacken, haft lätt huvudvärk vid något enstaka tillfälle, kan lyfta armen utan problem (men är lite svag av oträning). Hennes omgivning upplever henne som gladare och mer positiv. Lena hoppas nu hitta ett jobb som passar henne. Hon har fortsatt hjälp med träning av sin sjukgymnast.



Facettleader ses enligt olika studier (Bogduk, Lord, Barnsley m.fl.) som smärtfokus i över 50 procent av patienter efter WAD diagnostiserat med blockader mot facettledsnerver. Förutom det diagnostiska värdet, ger det också möjlighet till långtidseffekt, månader-år med radiofrekvensdenervering (Bogduk, Lord, Govind).

I detta fall har en erfaren OMT-sjukgymnast utfört en korrekt manuell diagnostik, där samarbetet med intresserad distriktsläkare och ortopedkirurg lett till en bekräftelse av den manuella diagnostiken med diagnostiska blockader och dessutom gett patienten möjlighet till en behandling som hittills lett till en avsevärt bättre livskvalitet.

Leif Måwe
leif.mawe@telia.com

Leif Måwe

Specialist i Allmänmedicin, Anestesi och Intensivvård och Smärtlindring. Examen i Ortopedisk Medicin.

Under 10 år distriktsläkare i Sorsele, Lappland, senare utbildad till narkosläkare med inriktning på ryggnära blockader i Umeå. Har bland annat arbetat på Rikshospitalet i Oslo och forskat på diskogen ländryggssmärta. Startade Karlstad Nacke & Ryggklinik, KNRK, 2008 tillsammans med ssk Lena Thorén och har vårdavtal med Landstinget i Värmland.

KNRK hyr lokaler av KMTI, Karlstad Medicinska Träningsinstitut, där det förutom en alldeles ny träningsanläggning, finns OMT-sjukgymnaster, företagshälsövård och RIV – ryggrehabilitering i Värmland.

Det är Ortoped- och Smärtkliniken som har remissrätt. Vi har ett nära samarbete med OMT-sjukgymnasterna och ryggkirurgerna i form av informella konsultationer, men även regelbundna möten där vi diskuterar problemfall.



På senare tid utför vi provokationsdiskografi som led i utredningen inför steloperationer i ländryggen.

För närvarande förhandlar vi om ett nytt vårdavtal på 4 år.

Annons

Vad är OMI?



Ortopedisk Medicin har en standardiserad undersökningsprocedur för var led i kroppen. Standardiseringen har fördelen av att likheter känns igen (skador i det muskeloskeletala systemet är ”typiska skador”). Det som är vanligt är vanligt och det som är ovanligt är ovanligt (de ovanliga skadorna kan vara av allvarlig karaktär -> alarm bells)

Undersökningsproceduren är så välbalanserad, så att ett minimum av test får man ut maximalt med information. Det är väl känt, att ju mer test man tar till – ju större kan förvirringen bli!

I Ortopedisk Medicin används fysiologiska rörelser. Fördelen med detta är:

- De är lätta att genomföra.
- Rörelserna är kända av patienten, så han/ hon kan känna igen rörelsen/ rörelserna som har en funktionsstörning.
- Testerna är reproducerbara, kontrollerade och mätbara (intressant i studiehänseende).
- Kliniska mönster känns igen.
- Bedömning av end-feel och relationen mellan smärta och end-feel.
- Testerna är relativt lätta att tolka.
- Testerna är symtomprovocerande.
- Testerna avslöjar nedsatt rörlighet samt svaghet.
- Till sist – lokaliseringen av skadan identifieras (via ”localizing sign´s”) och utvecklingen av patientens tillstånd kan följas.

Kliniskt resonemang kräver:

- Kunskap i regler för fenomenet ”referred pain”.
- Kunskap i principerna för ”selektiv tension” som är baserat på två huvudgrupper av vävnad: Kontraktil och icke kontraktil.
- Förmåga att känna igen det som är vanligt och inte minst det som är ovanligt (”inherent likelihoods – inherent unlikelihoods”).

- Kunskapen att positiva tecken är lika viktiga som negativa tecken och förmågan att känna igen de kliniska bilder som uppstår. Var patologi har sin kliniska bild.
- Kunskaper i att inget enskilt test är patognomont.
- Kunskaper i att uppbyggnaden av de kliniska bilderna består av flera element:
 - Information från anamnes (symtombeskrivning).
 - Information från den funktionella undersökningen (tecken).

Det kliniska resonemanget bygger på igenkännande av mönster:

- Smärtmönster
- Artikulära mönster
- Neurologiska mönster
- Mönster från kontraktil vävnad
- Etc.

Behandling:

Ofta arbetar sjukgymnast/ läkare tillsammans då man vet att vissa lesioner responderar på det läkaren har i sin behandlingsarsenal:

- Injektioner/ Infiltrationer av lokalanesteticum/ steroider/ skleros etc.

Andra lesioner responderar bättre på det som sjukgymnasten har i sin behandlingsarsenal:

- Manuella behandlingen såsom mobilisering, manipulation, traktion, djup tvärmassage etc.

Ibland kan en kombination vara det bästa.

Tomas Gustavsson

Leg. sjukgymnast

DIP OMI

International lecturer in orthopaedic medicine (ad modum Cyriax)

Allmänläkarens identitetskris

Vem är jag?

Allmänläkare, distriktsläkare,
husdoktor, familjeläkare, vårdcentralsdoktor?

Jag gör min specialistutbildning inom allmänmedicin. En specialisering som jag är stolt över och ser många fördelar med. Att träffa samma människa flera gånger och få tidsperspektivet, att träffa patienter i alla åldrar, att utmana min intuition och min kommunikation. Därtill möjligheten att lära mig något nytt varje dag, förmånen att se helheten och den sociala och psykologiska bakgrunden, chansen att utveckla en medicinsk och människokännande fingertoppskänsla.

Det är då desillusionerande att ständigt få höra hur dåligt allt är. Att vår specialistkår saknar röst, identitet och ryggrad. Att vårt arbete inte uppskattas, att arbetsmiljön stadigt försämras, att kraven från politikerna är orimliga och saknar verklighetsförankring, att resurserna är felfördelade och att andra kollegor ser ner på oss.

Om ovanstående stämmer är det hög tid att vi gör något åt det.

Jag ser ingen anledning till vårt kollektivt dåliga självförtroende. Vad beror det på? Varför står vi inte upp för oss själva? Är vi inte stolta över det vi gör?

Det tror jag att vi är när det gäller mötet med patienten. Men vi har svårt att hävda oss utåt. Det kan bero på att vi helt enkelt inte har tid. Det kan också bero på svårigheterna att beskriva för utomstående vad vi gör och att uppleva acceptans för en specialisering som generalist.

Jag får ofta frågan vad jag ska göra sen, ja, efter den där vårdcentralsgrejen du gör. Eller vad jag egentligen skulle vilja specialisera mig inom? Och är inte en sjukhusspecialist mycket coolare? De kan ju någonting.

Men det handlar oftare om hur vi ser på oss själva än om hur andra ser på oss. Kanske beror det på ensamheten, att vi inte ses i korridorerna, på ronden eller kongressen och dunkar varandra i ryggen. Vi sitter på våra rum i möte med patienter. Där får vi vår bekräftelse, och det är det som driver oss. Kanske beror det på att vi enstöringar till och med gillar självständigheten, och därför inte söker oss till gemenskapen. Vi har inte ens ett gemensamt namn. Vem är jag? Allmänläkare, distriktsläkare, husdoktor, familjeläkare, vårdcentralsdoktor? Kanske beror det på att vi forskar för lite, att vi inte visar oss i de fina rummen utan vi tragglar på med vår mottagning dag efter dag.

Men jag är stolt över att på några sekunder slå an tonen i ett samtal efter att nyss träffat en människa för första gången, att på en kvart eller en halvtimme ha ett givande samtal och utbyta åsikter, idéer, hitta lösningar. Jag är stolt över att mentalt hålla någon i handen som går igenom något svårt. Jag är stolt över att skicka vidare när jag misstänker något allvarligt. Jag är stolt över att kunna lugna när jag inte finner någon anledning till oro.

Jag är stolt och lägger bort lillebrors-



komplexet. Vi behöver inte känna oss nedtryckta för att andra säger åt oss vad vi ska göra. Kanske är det en förutsättning för ett bra samarbete att andra ibland talar om hur de skulle vilja att vi gjorde. Människor har en väldig respekt för specifik sakkunskap. Men man ska inte underskatta förmågan hos en duktig allmänläkare, som kan sälla bland alla krämpor och besvär och som kan värdera det patienten söker för ur ett helhetsperspektiv, där sociala och psykologiska faktorer kan vägas in. Allmänläkaren utvecklar kunskaper som är svåra att mäta, men som kommer patienten till gagn i många situationer.

Annika Weiderling
annika.weiderling@gmail.com

Årets allmänmedicinska avhandling 2010

"Avhandlingen berör ett vanligt och viktigt område i allmänmedicin, luftvägsinfektioner med särskild tyngdpunkt på mediaotit."

Thomas Neumarks avhandling "Treatment of respiratory tract infections in primary care with special emphasis on acute media otitis" har utsetts till 2010 års allmänmedicinska avhandling av SFAMs forskningsråd, där Sveriges alla universitet är representerade. Thomas disputerade vid Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet. Handledare var professor Sigvard Mölsted, Jönköping.

Avhandlingen berör ett vanligt och viktigt område i allmänmedicin, luftvägsinfektioner med särskild tyngdpunkt på mediaotit. Thomas Neumark med medarbetare har genomfört en öppen randomiserad studie på 179 barn 2–16 år gamla. I studien jämfördes behandling med V-penicillin med ingen behandling. Barnen som behandlades med V-penicillin hade mindre ont (0,4 dagar) tog analgetika i mindre utsträckning, men det var ingen skillnad i utläkning mellan grupperna. Avhandlingen innehåller också en observationsstudie där 71 barn med perforerad otit följdes utan initial antibiotikabehandling vid medverkande öronkliniker och hos privata öronspecialister. Antibiotika skulle sättas in bara vid utebliven förbättring eller vid försämring. De flesta barn läkte sin otit utan antibiotika, men barn som första dagen hade en pulserande trumhinna och riklig varig flytning tycktes ha nytta av antibiotika.

Förutom dessa kliniska studier innehåller avhandlingen två registerstudier, där journaldata från hela Kalmar läns pri-



Thomas Neumark

märvård för åren 1999–2005 använts. Det minskade antalet besök för luftvägsinfektioner, som vi alla märkt i vår vardag, beläggs här med data. Förvånande nog var andelen patienter som förskrevs antibiotika vid luftvägsinfektion oförändrad när besöken minskade. Det innebär att den minskade antibiotikaförskrivning under dessa år sannolikt inte beror på att läkarna ändrat sin handläggning utan på att befolkningen ändrat sitt sökmönster. Snabbtesterna användes inte som rekommenderat. När StrepA var negativ fick ändå 40 procent av patienterna med halsont antibiotika. Vid hälften av alla besök med diagnos ÖLI togs CRP, vilket talar för en överanvändning av CRP i den diagnostiska processen.

Under 2010 har flera bra avhandlingar om viktiga och breda allmänmedicinska problem publicerats. Valet av Thomas avhandling var därför inte lätt, eftersom konkurrensen var knivskarp. Det är glädjande att se att den allmänmedicinska forskningen är så produktiv och håller så hög kvalitet. Därför är det viktigt att landstingen erbjuder möjlighet för disputerade allmänläkare att få fortsätta med sin forskning efter disputation. Doktorandtiden är ju en forskarutbildning och förutsättningar för fortsatt forskningsarbete behövs för att ta sig an de frågeställningar som doktorandarbetet väckt. Mycket återstår att beforska inom allmänmedicinen!

Högtidsföreläsningen och utdelande av utmärkelsen kommer att äga rum först vid den Allmänmedicinska kongressen i Luleå våren 2012. Därför vill vi från SFAMs och forskningsrådets sida på detta sätt uppmärksamma och gratulera Thomas Neumark och önska honom lycka till med hans fortsatta forskning.



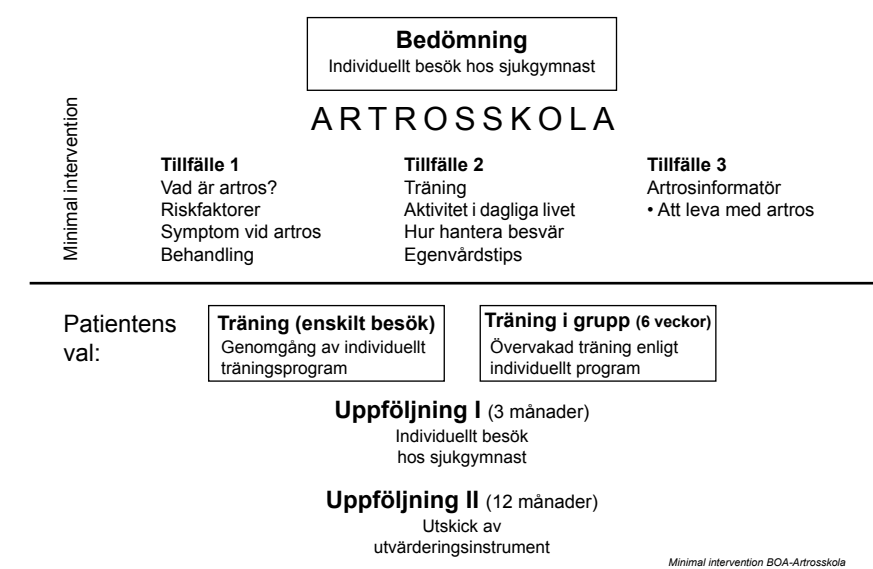
Malin André
Ordförande SFAMs forskningsråd

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) i den kliniska vardagen

BOA bygger på att patienter som söker vård för besvär från knä eller höft ska erbjudas likvärdig evidensbaserad vård vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker. En av anledningarna till att BOA-projektet startade var kunskapen om att endast en bråkdel av alla patienter som opererades på grund av artros hade träffat en sjukgymnast vid något tillfälle före operation. Detta trots att internationella, såväl som nationella riktlinjer rekommenderar information, träning och viktkontroll som grundbehandling vid artros. Efter tre år som projektform har BOA- registret blivit ett Nationellt Kvalitetsregister. Artrosskolor enligt BOA- konceptet bedrivs nu i stora delar av landet och målet är att majoriteten ska rapportera in till BOA- registret. Figuren till höger presenterar innehållet i artrosskolan.

Vårdcentralen i Munkedal

Nu har det gått tre år sedan BOA-konceptet introducerades på vårdcentralen i Munkedal. Det är en vårdcentral med ett stort geografisk upptagningsområde. Cirka 9 500 patienter är listade och dessa representerar nästan hela befolkningen i kommunen. En ombyggnad av vårdcentralen för fyra år sedan innebar att sjukgymnastiken flyttade in på övervåningen av nybyggnationen. Denna förändring har ökat och förbättrat samarbetet mellan yrkesgrupperna avsevärt. Närhet underlättar kommunikation och är den viktigaste hörnstenen i framgången med att implementera BOA i verksamheten. Tanken med BOA är att patienter som söker sig till vårdcentralen för besvär relaterade till knä och höft, och där artros misstänks, så snabbt som möjligt ska få genomgå grundbehandlingen (se figur). Rutinen på vårdcentralen är att sjuksköterskor via telefon på ett enkelt



sätt kan hänvisa till olika professioner utifrån patientens problembild. Remissväng är historia. Om artros bedöms vara orsaken till besvären efter denna första vårdkontakt kommer patienten snabbt till en sjukgymnast med speciell utbildning enligt BOA-konceptet. Det är denna individuella bedömning som startar artrosskolan.

Vi arbetar mycket med att upprätthålla enkla flöden mellan de olika funktionerna på vårdcentralen. Detta är grunden för att kunna få till ett bra omhändertagande generellt, så även för patienter med artros. Att vara första instans utifrån patienternas behov är självklart för våra olika professioner. Om den egna bedömningen visar behov av andra professioners insatser finns enkla rutiner för att uppnå detta. Vi delar journalsystem och kan läsa varandras anteckningar vilket bidrar till kontinuitet i vårdprocessen. För en patient med artros innebär detta att under en relativt kort period träffar patienten flera yrkeskategorier,

påbörjar artrosskolan, får ställningstagande till röntgenremiss, medicinering och vid behov remiss till ortoped. I de sällsynta fall då remiss skickas parallellt med start i artrosskola har patienten ofta långt gången artros och den samlade bedömningen indikerar att ortopedbedömning är på sin plats. Oavsett så hinner grundbehandlingen genomföras inklusive ny individuell bedömning innan patienten fått tid till ortoped. Dessa patienter får givetvis grundbehandlingen alldeles för sent i förloppet men kommer ändå att vara bättre rustade inför en eventuell operation.

BOA i sig är inte en kvalitetsindikator men det är föreslaget ”att andel patienter som genomgått artrosskola före kirurgi” ska bli en kvalitetsindikator i vårt landsting. Där kan BOA delge viktig information. BOA-registret har, som alla andra kvalitetsregister, tre viktiga delmål: Kvalitetsförbättring av vården, verksamhetsutveckling och forskning. Vi har nu möjlighet att följa patienterna

på ett bättre sätt och lära oss vad som händer före operation och vilka faktorer som styr vårdprocessen. BOA-registret ger oss möjlighet att utvärdera den egna verksamheten. En hoppfull trend visar att vid inskrivning önskar 25 procent operation, tre månader senare är det 16 procent som önskar operation. Medelvärdet på EQ-5D är vid inskrivning 0,632 och tre månader senare 0,718. Resultat som sedan kan jämföras med rikets genomsnitt. Årsrapporter och användarmöten ger oss möjligheter till konstruktiva diskussioner och återkoppling för att optimera patienternas omhändertagande vid artros. Erfarenheten efter tre års arbete med BOA säger oss att kvaliteten, kontinuiteten och omhändertagandet har blivit bättre jämfört med åren innan BOA. Det är en minoritet som behöver opereras och för majoriteten har vi nu en grundbehandling som vårdcentraler runt om i landet kan erbjuda sina artrospatienter.

Förhoppningsvis slipper patienterna i framtiden höra att de har "förslitningar" och att det är för tidigt med operation och att inget finns att göra. Likväl som distriktsläkare slipper svaret "tacksam genomförd artrosskola" på sina remisser som de skickat till ortopederna. Målet är i stället att patienterna får erbjudande om att delta i artrosskola så tidigt i förloppet som möjligt. Resultatet blir förhoppningsvis att patienterna står på stadiga ben inför en eventuell ortopedbedömning och operation. Det kan till och med hända att patienten efter grundbehandlingen gör ett aktivt val och avstår från operation. Tro oss. Det sker från och till.



Marc Karlsson
leg. sjukgymnast
Vårdcentralen Munkedal
marc.karlsson@vregion.se

Allmänmedicinsk Fjällvandring Solvando ambulando Dag Hammarskjöldsleden vecka 33 • 15-21/8



Anmäl till Göran Waller eller Peter Olsson, kanske kan vi förvarna så vi kan bo tillsammans beroende på hur många vi blir. Organisationen hålls på ett minimum.

Vi startar när tåget anländer vid lunchtid i Abisko (förhoppningsvis i tid) och påbörjar vandring mot Abiskojaure. Etapperna blir som stugorna är placerade på leden dvs cirka 20 km per dag (Abiskojaure, Alesjaure, Tjäktja, Sälka, Singi, Kebnekaise) och lätt packning gör vandringen till en njutning. Det går att proviantera i de flesta av stugorna. Vi stannar på meditationsplatser och GW håller i och samlar ihop ämnen som vi kommer med. Själva funderar jag en del på hur vi ska förhålla oss till de destruktiva kraven på registrering av allt mellan himmel och jord. Vad utmärker god vård och vad utmärker dålig, utsattheten som patient och anhörig. Varför ska jag följa riktlinjer jag tvivlar på evidensen för? Vad har Du för funderingar?

Bli medlem i STF, det lönar sig. Man ska kunna åka mot Kiruna med bussen vid middagstid senast 21/8, man kan gå snabbare men så är planen (själv kanske jag åker från Vakkotavare dvs söderut från Singi)

PS Solvando ambulando betyder ungefär "Jag löser (det) gående" dvs frågor om kärleken, livet, döden och allmänmedicinen!

peter.olsson@nll.se • goran.waller@nll.se
se också majnumret av allmanmedicinbd.se

Annons

Nationella riktlinjer för artros 2010 – 2011

Den preliminära versionen av ”Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010 – stöd för styrning och ledning” kan laddas hem från Socialstyrelsens hemsida. Revidering pågår just nu utifrån inkomna synpunkter och den slutliga versionen ges ut hösten 2011. I den expertgrupp för artros som granskade det vetenskapliga underlaget deltog två ortopedier, två sjukgymnaster, en reumatolog, en klinisk farmakolog och en allmänläkare. När jag fick förfrågan om att vara med i expertgruppen var jag till en början tveksam, arbetet skulle ta mycket tid. Nu när uppdraget snart är avslutat är jag glad över att jag antog utmaningen. Mångårigt arbete inom idrottsmedicin, och ett pågående doktorandarbete med fokus på ett nytt benfunktionstest, är grunden för mitt intresse för rörelseapparatusens sjukdomar. I vardagsarbetet på Karolinska vårdcentral i Karlskoga träffar jag också på många patienter med artros. Arbetet i expertgruppen har varit mycket intressant och mitt deltagande har i högsta grad efterfrågats då det är i primärvården som vi möter flertalet patienter med artros, och riktlinjearbetet har varit inriktat mot prevention och icke-kirurgisk behandling.

Diagnostik vid misstanke om artros i knä eller höft

Enligt nya riktlinjerna (prioritet 3), för att ställa diagnosen artros i knä eller höftled, gör läkaren en bedömning av patientens riskfaktorer, symtom och undersökningsfynd. Detta räcker som underlag för att ställa en säker diagnos [1]. De viktigaste riskfaktorerna är ålder, kön (kvinna), övervikt, tidigare leddskada, överbelastning och ärftlighet. Vanliga symptom är smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion. Typiska fynd vid undersökning av knä är krepitationer, nedsatt rörlighet eller svullen led. Vid undersökning av höft kan kliniska fynd vara nedsatt böjformåga och inåtrotation, och smärta vid inåtrotation. Diagnosen kan inte med tillräcklig säkerhet ställas på enbart anamnes, enbart symtom eller enbart kliniska fynd. Röntgenundersökning ger inte en säkrare ställd diagnos än nämnda bedömning. Röntgenundersökning är endast nödvändig när personen inte svarat på behandling (till exempel sjukgymnastledd träning, smärtlindrande läkemedel) eller när vården måste utesluta annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funktionsnedsättningen (prioritet 3).

Behandlingen vid artros ska minska smärta, förbättra funktion och livskvalitet

Hälso- och sjukvården bör ge regelbunden, övervakad träning under lång tid (prioritet 4).

Behandlingen syftar till att minska ledsmärta, behålla eller förbättra ledfunktionen och förbättra livskvaliteten. Dessa mått

kan mätas i formuläret EQ-5D som är en av tre gemensamma utvecklingsindikatorer för rörelseorganens sjukdomar; 1. längd och vikt (BMI), 2. otillräcklig fysisk aktivitet (från Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder - preliminär version) och 3. hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D).

Träning fler än eller lika med tolv övervakade gånger hos sjukgymnast har dubbelt så stor effekt på smärta och funktionsnedsättning som färre än tolv gånger. Tolv övervakade gånger kan användas som riktmärke för önskad träningsmängd. Enligt sjukgymnast i expertgruppen ”kan denna träningsmängd jämföras med regelbunden service för bilen vart eller vartannat år, medan den behöver tankas (egenträning) ofta och under hela sin livslängd”. Det är oklart hur rehabiliteringen ser ut i dag och den skiljer sig sannolikt mellan olika landsting. Rekommendationen bedöms innebära en intensifiering av rehabiliteringsinsatser jämfört med dagens praxis och en viss ökning av kostnader förväntas.

Riktlinjerna föreslår följande kvalitetsindikatorer:

1. Artroskopisk kirurgi (ledstädning med meniskresektion) vid knäartros eller misstänkt artros (så få som möjligt).
2. Andel personer med artros som fått information, övervakad träning och råd om vikttnedgång (exempelvis i form av artrosskola),
- och 3. Andel personer med artros äldre än 75 år som förskrivits NSAID-behandling (så få som möjligt)

Artroskopier saknar evidens för diagnos artros

Det mest kontroversiella i förslaget är troligen att artroskopier för ledstädning och meniskoperationer vid artros inte kan rekommenderas utom vid låst led med inslagen menisk, fri kropp och även ”flap tear”. Riktlinjerna utgår inte från besparing utan från evidens för behandling.

Teamarbetet kring artrospatienten

För kvinnor över 60 år är artros den femte vanligaste sjukdomen och i åldersgruppen 35–55 år har ungefär 15 procent av både män och kvinnor knäsmärta. Artros svarar för störst fysiska funktionshinder jämfört med övriga diagnoser och komorbiditet med hjärtsjukdom är mycket vanligt. Artros är ofta ett hinder för fysisk aktivitet för patienter med hjärtsjukdom [2]. Preliminära data från Skåne (MORSE-projektet Martin Englund) visar att andelen av befolkningen som av läkare fått knäledsartros som huvuddiagnos utgör drygt 8 procent i åldern mer än 65 år.

I primärvården finns en stor variation i omhändertagandet av artrospatienter. Min åsikt är att teamarbetet borde vara lika viktigt vid artros som vid diabetes och KOL, två sjukdomar där

det finns väl utarbetade uppföljningsrutiner i primärvården. Distriktssköterskans roll i telefon är att slussa patient med knäbesvär till sjukgymnast eller distriktsläkare, som avgör om patienten har artros, distriktsläkaren för in diagnosen i journalen. Andra sätt att nå patienter med artros kan vara att ge patienten basal information om behandling vid lätt och måttlig artros vid kontroll av diabetes, KOL eller blodtryck, att mäta fysisk aktivitetsnivå enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och vid behov ordinera fysisk aktivitet (FaR[®]) vid artros enligt FYSS (www.fyss.se). Vidare att informera artrospatienten om olika hjälpmedel t.ex. stegräknare och aktivitetsdagbok och vid behov ge råd om kost för viktstabilitet eller viktnedgång.

Med fem enkla frågor om funktionsnivå enligt formulär EQ-5D kan funktionsnivån följas upp mer strukturerat. I nya riktlinjerna får vi också stöd för vilka läkemedel och åtgärder som ger smärtlindring, bättre funktion och livskvalitet vid artros. Behandling med NSAID till personer över 75 år bör undvikas eller ske med försiktighet, glucosamin och hyaluronan ska vi inte längre ordinera, läs vidare i avsnittet vetenskapligt underlag. Remiss till ortoped med frågeställningen ledstädning och trimning av menisk vid artros ska vi undvika att skicka.

Artrosskolan och BOA

Alla patienter med artros bör träffa en sjukgymnast och omhändertagandet hos sjukgymnasten enligt konceptet artrosskolan kan rekommenderas. I artrosskolan inryms de tidiga insatser i vårdprocessen som har en betydelse för utfallet. Sjukgymnasten använder specifika frågeformulär som utvärderar för patienten adekvata symptom och funktionshinder, och kan använda olika funktionstest som vägledning till optimal träningsrådgivning och för strukturerad uppföljning. Läs mer om artrosskolan i artikeln om Implementering av BOA i detta nummer och på hemsidan (3). Endast 10–15 procent av de med artros blir föremål för protesoperation.

Långsiktig artrosuppföljning hos distriktsläkaren, en fallbeskrivning

Sedan snart 30 år har jag varit anställd på samma vårdcentral och sedan 1987 som specialist i allmänmedicin. Jag har haft förmånen att få följa många patienter under lång tid. Detta har gett mig en utmärkt möjlighet att studera hur det går efter en ordination av ökad fysisk aktivitet och specifik träning för behandling av t ex knäledsartros, se bildsekvens över Elvis träningsprogram från 1995 till 2011. Efter gipsbehandlad fotledsfraktur 2009 upptäckte Elvi att djupa knäböjningar i stående krävdes för att återfå tidigare rörlighet i knän och fotleder, vilket var nödvändigt för att åter bli smärfri.

Under tiden 1995–2009 var vikten konstant, efter gipsperioden fanns en viktuppgång.



Lillemor Nyberg
Karolina vårdcentral, Karlskoga,
lillemor.nyberg@orebroll.se

Referenser

1. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, Herrero-Beaumont G, Kirschner S, Leeb BF, Lohmander LS, et al: EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009, 69:483-489.
2. Verbrugge LM, Juarez L: Arthritis disability and heart disease disability. *Arthritis Rheum* 2008, 59:1445-1457.
3. http://www.kvalitetsregister.se/arets_register/rorelseorganen/boa-registret.

Livslång träning vid artros – fallbeskrivning Elvi 73 år (1995) och 89 år (2011)

1995

Söker dl pga smärta o nedsatt funktion vä knä o ben, rtg medial artros grad I båda knäleder. Dl ger program för hemträning, efter 6 mån besvärfri, har generell artros

1998

Trombos hö ben, därefter smärta o nedsatt funktion hö knä o ben, oro knä. Primärvårdsprojekt, träningskola på gym styrka/spinning/stavgång i grupp 3 ggr/v i 6 mån, medicinskt team – utbildad tränare, blir besvärfri i knä

1999 – 2000

Fortsatt träning i fortsättningsgrupp på samma gym, slutar när granne inte kan skjutsa längre, hemträning enbart, inga knäbesvär

2002

Op artros i tå hö fot – blir svag i hö ben, nedsatt rörlighet, hö knäsmärta, Söker dl på vc, stöd återta hemträning

2005

Medicinsk uppföljning hos dl annan sjuk, FaR® stöd egen träning generell o knä

2009

Vä-sidig fotledsfraktur, gips 6 v, kryckor, svag vä ben, smärta o nedsatt funktion vä knä, träning handled av sjg, Återupptar därefter tidigare hemträning.

2010 – 2011

Uppföljning, rtg visar medial artros grad II båda knälederna, stöd egenträning. Åb – ingen smärta/värk, bra funktion, lite svag vä ben fortfarande, fortsätter hemträning



Elvis hemträningsprogram från 1995 och vidareutvecklat 2010

Morgon – 2-3 max böj o sträck i höft o knä i liggande, efter frukost cykla 5-10 min på motionscykel

Fm – promenad (rollator) 60 min

Lunch – cykla 5-10 min på motionscykel före lunch, sängvila efter maten

Em – några lugna knäböj stående mot stängd dörr eller trappträning 1-2 ggr

Kväll – 10 (-20) djupa knäböj, efter träning görs de lite snabbare ned – upp, håller i väggstöd för balans och draghjälp upp vb

Sänggående – 2-3 max böj o max sträck i höft o knä i liggande



Om hembesök i hemsjukvård

För att hemsjukvård ska fungera på ett medicinskt säkert sätt är hembesök av läkare nödvändiga. SFAMs råd för hemsjukvård har tillsammans delat erfarenheter och funderingar kring vilken nytta man egentligen har av hembesök, vad som gör att ett hembesök är bra och varför det ibland är dåligt.

Varför är hembesök bra?

Patientperspektiv

Hembesök är den enda rimliga möjligheten för många hemsjukvårdspatienter att få träffa sin läkare, eller en läkare överhuvudtaget. Det underlättar för patienten och anhöriga och de vinner tid. Det innebär ofta att man kan undvika akuta sjukhusbesök med långa väntetider på akutmottagningen.

Hembesöket underlättar ofta patientens möte med läkaren. Patienten känner sig lyft och sedd av sin läkare istället för att känna sig utlämnad och underlägsen som det ibland kan bli vid ett mottagningsbesök. Det kan också vara lättare att ta upp svåra ämnen såsom frågor inför livets slut. Hemma hos patienten är det tydligare att det är patientens agenda som gäller.

Att få hembesök av sin läkare bidrar till den trygghet som är en grundförutsättning för bra hemsjukvård. Tryggheten ökar när patienten vet att läkaren kan komma hem igen om det skulle behövas, och när patienten vet vem distriktssköterskan har kontakt med i medicinska frågor. Detta gäller särskilt för patienter med funktionsnedsättningar. De har samma rätt till direkt läkarkontakt som andra, även om de har stora problem att själva ta kontakt eller ta sig till läkaren.

Läkarperspektiv

Hembesök underlättar

Ett hembesök ger så mycket kunskap om patienten och vård-situationen att man vinner tid på sikt. Det är lättare att samverka med distriktssköterskan om man känner henne och om man har en egen bakgrundskunskap om vård-situationen. Vid hembesöket är man också fri från störande moment som finns på en mottagning.

Ett hembesök ger snabbt en helhetsbild av patienten. Det ger möjlighet att förstå sådant som inte kan förmedlas i ord vid ett mottagningsbesök, till exempel hur det är hemma hos en demenssjuk person. Det utvecklar läkarens förmåga att se den enskilda personen och att hitta individuella lösningar.

I rollen som patientens gäst ökar läkarens lyhördhet för vad som är viktigt för patienten. Det underlättar för både patienten och läkaren att ta upp svåra och känsliga frågor.

Hembesöket ger ofta bättre möjlighet att hinna reflektera över situationen innan nästa möte med patienten. Det är något som gärna sker tillsammans med distriktssköterskan.

Hembesöket ger en annan kunskap än ett mottagningsbesök.

Hembesöket gör det möjligt att snabbt förstå mycket om patientens miljö, den kognitiva förmågan, tidigare liv, hjälpbehov.

Det blir tydligt om det finns anhöriga eller andra närstående och framförallt om de har möjlighet att hjälpa och stödja patienten, vilket inte alltid framgår vid ett mottagningsbesök.

Läkaren får också möjlighet att se om patienten har adekvata hjälpmedel och kan använda dem i vardagslivet. Det är i hemmet man kan göra en bra professionell bedömning av patientens funktionsförmåga i vardagen.

Man får en sannare bild av hur patienten använder läkemedel och hur annan behandling genomförs. Med patientens tillstånd kan man gå igenom vilka mediciner som finns tillgängliga i hemmet och ta bort sådana som inte längre är aktuella.

Ett hembesök är grundförutsättning för att kunna göra en rimlig brytpunktsbedömning inför vård i livets slutskede.

Läkarens individuella perspektiv

När väl osäkerheten inför att möta patienten i hemmet har lagt sig, är hembesök berikande för läkaren genom inblickar i varierande livsöden som skiljer sig från de egna erfarenheterna. Det kan vara kulturella aspekter både ur svenskt och ur invandrades perspektiv. Att komma ut från mottagningen ger också omväxling, frisk luft och kanske lite motion.

Fakta

Äldre multisjuka

Patienter i livets slut, palliativ vård

Patienter som behöver medicinsk vård i hemmet
Intresserar det dig?

Vi söker dig som arbetar med och brinner för de här frågorna och är intresserad av att arbeta via SFAM för att kunna påverka utvecklingen av de här patienternas vård. Inom SFAM finns *Rådet för hemsjukvård*. Hur rådet kan arbeta i framtiden beror på vilka som vill vara med i arbetet.

Hör av dig!

sonja.modin@sll.se, ordförande

Organisatoriskt perspektiv

Utan hembesök går det inte att sköta vissa patientgrupper. Det går inte att hela tiden förlita sig på andrahandsuppgifter genom distriktssköterskan, och i värsta fall kommer hennes uppgifter från annan personal eller anhöriga och inte från direkta iakttagelser.

Ekonomiskt perspektiv

Ett hembesök tillsammans med läkaren kan bespara distriktssköterskan många besök hos patienten och man kan många gånger undvika akuta sjukhusbesök. Att göra en gemensam medicinsk vårdplan är kostnadseffektivt samtidigt som det ökar säkerheten i vårdsituationen.

Samarbetsperspektiv

Hembesök tydliggör att läkaren är en del av hemsjukvårdsteamet, och det ökar tryggheten hos patient och anhöriga liksom hos distriktssköterska och andra delaktiga i vården.

Samarbetet underlättas när läkaren lär känna distriktssköterskan och får en uppfattning om hennes kunskap och hennes bedömning av patientens situation. Det påverkar också läkarens möjlighet att överlåta vissa bedömningar till sjuksköterskan. Dessutom får läkaren och distriktssköterskan möjlighet att samtala med patienten samtidigt och därigenom få en gemensam bild av situationen

Genom att involvera anhöriga i diskussionen om hur de kan hjälpa patienten och bidra till patientens vård gör man också anhöriga till en del av teamet kring patienten.

När är eller blir hembesök dåliga?

Det är inte säkert att det är snällt att följa med distriktssköterskan till ytterligare en patient när man ändå är i närheten. Läkaren är kanske inte beredd på den problematik som distriktssköterskan aktualiserar. En utrustningsdetalj saknas, då det inte fanns känd anledning att kolla att den fanns med. Bra hembesök kräver förberedelse.

Kanske går det inte att komma in till patienten. Då måste man ta reda på orsaken. Har sköterskan inte nyckel till bostaden, fastän patienten inte själv kan öppna? Vill patienten inte träffa läkaren? Är det patientens enda möjlighet att säga nej till besök? Är patienten mer dement än vad som framkommit hittills? Är patienten inte hemma utan på besök hos anhöriga som inte varit underrättade om att besöket planerats?

Ett dåligt hembesök kan också bero på att distriktssköterskan har mycket att göra och vill vältra över ett besök på läkaren. Hon kanske vill att läkaren ska vara med när biståndshandläggaren besöker patienten och hon själv inte tycker att hon har tid. Det kan också handla om att distriktssköterskan vill slippa hantera en besvärlig anhörigkontakt och frestas att använda läkaren som buffert.

Ytterligare en situation när hembesök inte självklart är bra gäller besök hos en psykiskt instabil patient eller hos missbrukare. I sådana situationer bör läkaren inte gå med på att göra hembesök ensam. Det kan vara farliga besök med risk för våldssituationer.

Vad karaktäriserar ett bra hembesök?

Respekt för patienten och hemmet

Läkaren är medveten om att vara gäst hos patienten och visar det genom att hålla den avtalade tiden, hälsa på alla närvarande, avsluta mötet med att tacka för att man fick komma och ta adjö när man går.

Patientens arena och patientens agenda är mer i fokus än vid ett mottagningsbesök. Patienten ska känna sig upplyft och inte bortglömd. Man får inte tala över huvudet på patienten utan ska förklara så att patienten förstår. Om enskilt samtal behövs med en anhörig är det lämpligt att distriktssköterskan är hos patienten medan läkaren talar med den anhöriga, så att patienten inte lämnas ensam.

Att vara professionell

Före hembesöket

Det är väsentligt att hembesöket är förberett. Är besöket angeläget både för läkaren och för patienten? Utifrån aktuell situation ska rätt tid avsättas för besöket – ibland kort, ibland lång. En hembesöksväska ska finnas klar på mottagningen och man ska kontrollera att lämplig utrustning finns i den.

Under hembesöket

Det är viktigt att förklara varför man kommer, även om det primärt varit patientens önskan. Har patienten inte velat ha hembesök är det ännu viktigare att klargöra orsaken till besöket. Att tydligt fokusera på patientens agenda och att skapa en lugn och trygg stämning är då särskilt betydelsefullt. Oftast går det att få patientens medverkan. Försök att hålla direktkontakt med patienten även om anhörigas information är betydelsefull. Tala med och inte om patienten då patienten är närvarande.

Arbeta med de begränsade resurser som finns tillgängliga. Det är viktigt göra en rimlig kroppsundersökning och inte bara prata med patienten och eventuellt ordinera prover. Bedsideundersökning är den grund läkaren har för den preliminära bedömningen och handläggningen.

Avslutning, efterarbete

Sammanfatta vad undersökningen visat och hur planeringen ska vara i fortsättningen. Formulera ett mål för den fortsatta vården. Ge besked om tid för nästa läkarbesök. Kom överens om hur vården ska följas upp. Distriktssköterskebesök? Telefonkontakt?

Dokumentation av besöket ska innehålla vanliga journaluppgifter men också en medicinsk vårdplan. Kopia ska lämnas till distriktssköterskan, om hon inte har tillgång till mottagningens journal. Se till att hembesöksväskan vid behov fylls på.

Erfarenheter framtagna av SFAMs hemsjukvårdsråd och sammanfattade av Sonja Modin och Elisabeth Svensson januari 2011.

Sonja Modin – sonja.modin@sl.se
Stuvsta vårdcentral Stockholm



Hans Thulesius

Redaktionen vill uppmärksamma läsarna på den nordiska allmänmedicinska federationens tidskrift, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Hans Thulesius, nationell redaktör sedan nio månader tillbaka, berättar att tidskriften får in 140–160 manus per år. Sverige är näst mest aktivt efter Danmark. Cirka 25–30 procent av manusen accepteras, ibland i en omarbetad version. En absolut majoritet av artiklarna har åtminstone en allmänmedicinare i författargruppen.

Redaktörernas uppgift är att sälla bland de inkomna manusen och välja

ut vilka som skickas vidare för referentgranskning. Ute för granskning just nu är bland annat artiklar om sjukskrivning, hypertoni och diabetesdiagnostik i primärvården.

Hans Thulesius beskriver redaktörsarbetet som roligt och stimulerande. Han blev inspirerad av sin företrädare och handledare, Anders Håkansson, och innan han tog på sig uppdraget som nationell redaktör för SJPHC har han sedan ST-läkartiden granskat ett hundratal artiklar i ett dussin olika tidskrifter.

Vi lämnar nu ordet till Peter Vedsted, tillträdande chefredaktör för tidskriften.

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Nordisk almenmedicin er på flere måder speciel i et internationalt lys. Nordisk almenmedicin er udviklet dels på baggrund af den traditionelle familielæge som også fandtes uden for Norden samtidig med en betydelig indflydelse fra den særlige velfærdsstat i Norden. Det smitter af på den måde vi tænker almenmedicin på og de at være almenlæge.

Derfor er det også naturligt og vigtigt, at vi netop i Norden har vores eget videnskabelige tidsskrift for almenmedicin; *Scandinavian Journal of Primary Health Care – SJPHC*. Et videnskabeligt tidsskrift som nu i snart 30 år har formidlet forskningsresultater fra de nordiske lande.

SJPHC er som et videnskabeligt tidsskrift dedikeret til at formidle ny, forskningsbaseret viden, der kan anvendes til at udvikle faget almenmedicin. For læger, der ikke er forskningsaktive kan det virke svært at læse forskningsartikler og tidsskriftet har da også som mål at søge at formidle de vigtigste resultater på en måde, så de nemt kan omsættes til praksis.

Forskning i et medicinsk speciale er med til at markere specialet og med til at udvikle specialet. Hvis man ikke har viden om det særlige almenmedicinen kan bidrage med og kan dokumentere det, ja så kan man selvsagt ikke argumentere for specialets eksistens! Og det er slet ikke alle almenlæger, der skal forske, men det er alle almenlæger, der har behov for at specialet står stærkt. Derfor er det SJPHC fornemste opgave at være et fyrtårn i Norden og i resten af verdenen.

Netop fyrtårn er et godt udtryk for SJPHC. Måler man på antal gange artikler i SJPHC citeres, så placerer SJPHC sig som en af verdens førende almenmedicinske tidsskrifter. Fuldt på højde med f.eks. *British Journal of General Practice* og *Family Practice*. Vi har god grund til at være stolte af SJPHC i Norden.

Det er medlemmerne af de Nordiske almenmedicinske selskaber, der ejer SJPHC. Tidsskriftet drives af den fælles organisation, *Nordic Federation for General Practice (NFGP)* og alle medlemmer af et almenmedicinsk selskab i Norden skulle få SJPHC på en e-mail. Det

er gratis at hente artikler på internettet. Samtidig kan alle medlemmer publicere gratis i tidsskriftet.

SJPHC er et fornemt tidsskrift inden for sit emne og det egner sig godt til at publicere god international forskning i. Alle yngre og ældre kolleger, som ønsker at publicere videnskab skal være meget velkomne til at sende deres videnskabelige artikler til SJPHC. På den måde kan alle nordiske kolleger få fordel af det og resten af verdenen kigger med.



Peter Vedsted, Professor
Scandinavian Journal of Primary Health Care
Editor-in-Chief

Skolläkardagar i Göteborg, mars 2011

Vi mottogs av ett Göteborg med våraningar, i vacker marin miljö där skeppen stävade ut mot havshorisonen i gryningsljuset utanför Nya Varvet. Dagen inleddes med en intressant betraktelse och föreläsning kring göteborgsläkaren Christofer Carlander, verksam runt sekelskiftet för 200 år sedan i Göteborg. Carlander gick dagliga ronder hos sina patienter av alla samhällsklasser och förde noggranna, detaljerade journaler över sina patienters tillstånd, och vi fick särskilt ta del av olika barns vård.

Den stora föreläsningen rörde barncancer, där Torben Ek, barnonkolog i Halmstad, berättade om dagens cancervård och hur upp vaccination av cancerbehandlade barn går till. Anette Sjölund berättade sedan om sitt arbete som en av tolv kontaktsjuksköterskor i barncancer vården i landet, ett arbete som bland annat innebär att hålla kontakt med och informera på skolor.

Särskilt minnesvärd blev dagen genom att Sara Karlsson, 15 år, berättade om sitt insjuknande, sin behandling och skolgång, då hon fick en hjärntumör. Sara sade att när hon insjuknat var det viktigt att allt fick vara som vanligt, samtidigt som hon uppskattade att man informerat hennes klass om sjukdomen. Hon betonade också vikten av att det finns rum för vila på skolan för elever som genomgått cancerbehandling.

På eftermiddagen föreläste Håkan Morberg, docent vid Sahlgrenska akademien, på ett trevligt och lättsamt sätt om hudsjukdomar såsom acne och impetigo. Margareta Bondestam som är projektledare, berättade om uppdraget Socialstyrelsen fått av regeringen och som bland annat handlar om hur elevhälsan ska organiseras, samverkansrutiner, uppföljning, kvalitetsindikatorer och överföring av dokument.

Vår avgående ordförande Ann-Sofi Cavefors ledde sedan en diskussion om aktuella frågor, särskilt kring vad den nya skollagen kan innebära för oss i elevhälsoarbetet, när begreppet skolhälsovård tagits bort och skolläkares och skolsköterskors uppdrag omformulerats. Nils Lundin pläderade för regionaliserade kompetenser inom skolläkarkåren, på liknande sätt som skolsköterskorna har länsombud. Nils efterlyste också ett nätverk för vår yrkesgrupp.

Därefter följde Svenska Skolläkarförningens årsmöte där Cecilia Renman i Göteborg valdes som ny ordförande, och undertecknad, som tidigare varit ensam manlig ledamot, fick två manliga kollegor i styrelsen.

Dagen avslutades med god middag och underhållning med dansuppvissning samt underhållande satiriska visor om dagens sjukvårdspolitik med dess konsekvenser.

Andra dagen vaknade vi i ett snötäckt Göteborg. Ann-Marie Alwén, folkskollärare och sjuksköterska inledde dagen med att berätta om sitt arbete med syskon till handikappade och sjuka barn, och om deras ensamhet på insidan. Vi fick lära oss om deras behov av att få svar på sina frågor, att vi läkare inte skall glömma syskonen utan ge dem en stund för att informera och berätta hur viktiga de är för sina sjuka syskon och hela familjen.

Sedan följde en strålande intressant föreläsning med snabba associationer, av Eva Tideman, psykolog på barn- och ungdomskliniken i Lund. Hon berättade om diagnostik och utredning av barn med olika svårigheter och betonade vikten av att beakta exekutiva färdigheter, behoven av hjälp att planera, att tidigt få ett stort ordförråd och hjälp till att sätta ord på sina känslor genom god anknytning till föräldrarna. För att finna balans mellan förnuft och känsla, krävs både strama tyglar och morötter. Åldersadekvat adaptivt beteende krävs för att barnet ska fungera väl. Uppmärksamheten är av grundläggande betydelse för användandet av intelligensen och om uppmärksamhetsstörningar finns misstas de lätt för inlärningssvårigheter, liksom om någon har ett långsamt arbetssätt.

Hur mottagandet i särskola genomförs i Trollhättan berättade Pär Lindström, skolläkare och Karin Nordlund, samordnare för särskolefrågor. I Trollhättan har man en oberoende referensgrupp för bedömning av utredningsunderlagen vid ansökan om särskola. Peter Gröndal vid Skolverket berättade om nya skollagen och särskolan. Dagen avslutades sedan av Birger Trollfors, professor i pediatrik, som informerade om tuberkulos förekomst, diagnostik och behandling.

Efter två intensiva dagar bröt alla cirka hundra skolläkare från hela landet upp från Nya Varvet, förhoppningsvis med en gemensam känsla av att ha fått lära sig mycket och av tillförsikt inför sitt kommande skolläkararbete.



Lars-Urban Lindström
specialist i allmänmedicin och skolläkare
lulindstrom@telia.com

Du fattar ingenting

Arbetsdagen hade precis börjat på hälsocentralen. Jag satt på mitt rum och som vanligt började jag med att öppna tidboken. Överst på receptlistan stod Eva Larsson. Jag suckade och tittade ut genom fönstret, en vana som jag lagt mig till med när jag inte visste hur jag skulle hantera den brokiga rad av frågeställningar som ständigt uppstod på en hälsocentral.

Det var en ljum vårvinterdag, solen sken på plättar av brun jord och smältande snö utanför mitt fönster, och jag hade varit på hälsocentralen i några veckor. Jag var i slutet av min AT. Primärvården var annorlunda jämfört med sjukhuset. Det var ett annat sätt att arbeta, ibland även ett annat sätt att förhålla sig till patienterna. Min handledare, som hade arbetat som familjeläkare ungefär lika många år som jag själv hade levt, insåg inte hur dålig jag var på dessa patienter, tänkte jag för mig själv.

Det var en liten hälsocentral på en liten ort, underbemannad. Två familjeläkare arbetade där sedan många år. De hade varit tre, men den tredje hade nyligen bytt till en annan hälsocentral och arbetade hos oss någon vecka då och då. Då tog han bara planerade återbesök. Alla hans patienter som behövde hjälp utöver dessa återbesök bokades på mig.

En av dessa patienter var Eva. Vårdenhetschefen och några av distriktssköterskorna hade vid flera tillfällen pratat med mig om henne. De var oroliga för Evas Dexofenkonsumtion. Jag tittade i journalen och såg att konsumtionen hade ökat under en period på ett par år. Den var nu långt över den rekommenderade dosen. Den tidigare läkaren hade förnyat recept efter recept med allt högre doseringar. Jag kunde läsa mellan raderna i journalen att han varit bekymrad. Patienten hade vid ett tillfälle blivit remitterad till neurolog med anledning av domningar och stickningar. Neurologläkaren hade också uttryckt stor oro för den höga Dexofendosen. Patienten hävdade, enligt journalen, att besvären med domningar och stickningar funnits sedan flera år och att Dexofen var det enda som hjälpte. Några negativa effekter hade hon inte märkt. På något sätt verkade det som om hennes läkare hade väntat på att Dexofen skulle avregistreras från marknaden. Kanske hade han hoppats att det skulle lösa problemet.

Min chef och distriktssköterskorna ville nu att jag skulle ta tag i Dexofenproblemet. Jag var förvånad och irriterad över att den tidigare läkaren låtit detta fortgå och att jag nu fått problemet lämpat i mitt knä. Än mer oroad blev jag när journalen nämnde att Eva var alkoholisk, även om hon tycktes ha varit nykter de senaste åren.

Eva bokades in på ett läkarbesök till mig. Dock behövde hon ett recept på Dexofen innan besöket. Jag dubbelkollade FASS. Den rekommenderade dosen var högst åtta tabletter per dag. Hon hade fått utskrivet uppåt 30 tabletter per dag. Hur sjutton skulle jag göra med receptet? Jag rådfrågade den ena familjeläkaren. Jo, det var en på tok för hög dosering, antagligen toxisk. Hon hämtade den andra familjeläkaren, min handledare, som också såg klart bekymrad ut. Till slut bestämde vi att jag skulle skriva receptet men att Eva måste komma på ett snart besök. Fram tills dess fick hon komma och hämta Dexofentabletter hos distriktssköterskan varje dag.

De två familjeläkarna gick på semester. Kvar blev jag och en hyrläkare, som verkade vara en kompetent familjeläkare som ingav förtroende. Evas namn fanns i tidboken och kröp allt närmare mig. Hon hade tid på skärtorsdagen. Jag gruvade mig för besöket.

Skärtorsdagen kom. Eva hade tid på eftermiddagen. Strax före lunch ringde en ST-läkare från intensivvårdsavdelningen på länssjukhuset. Det var Anders, en kille i min egen ålder som nyligen hade avslutat sin AT. Han önskade Evas journalkopia faxad till sig. Eva tagit åtta Dexofen på morgonen mot sina domningar och stickningar, men det hade inte hjälpt och då hade hon druckit alkohol för att dämpa besvären. Hon hade kommit in akut med andningsdepression och blivit inlagd. Nu hade hon hämtat sig och var på väg att bli utskriven, men frågade efter recept på Dexofen.

Det här beroendet var långt värre än jag hade trott och klumpen i magen växte. Eva hade varit nära att avlida. Förbannade apotek! Varför hade de inte dragit in läkemedlet ännu? Alla visste att det var en livsfarlig kombination.

Under dagen blev det flera samtal mellan mig och Anders. Till slut lyckades han ordna en psykiatrisk bedömning av Eva innan utskrivning. Psykiatern ifråga hade, märkligt nog, föreslagit att hon skulle få fortsätta med Dexofen, en bedömning som varken jag eller Anders kunde ställa oss bakom. Samtidigt som jag satt i telefonen med honom stod Evas man i väntrummet på hälsocentralen. Från mitt rum hörde jag hur han pratade med hög röst med en av distriktssköterskorna och att han lät upprörd. Eva skulle bli utskriven från sjukhuset men kunde inte vara helt utan Dexofen under påskhelgen. Anders hade försökt skicka henne till avgiftning men hon vägrade. Överenskommelsen blev till slut att distriktssköterskan skulle dela Dexofentabletterna till Evas man, som fick ansvar för att ge dem till Eva under helgen och se till så att hon inte drack någon alkohol. På tisdagen efter påsk besökstid hos mig.

"Efter deras besök var jag skakig i hela kroppen, händerna darrade och pulsen gick i 110"

Påskhelgen består av fyra dagar. Långfredag, påskafton, påskdagen och annandag påsk. Jag hade tänkt ha en lugn och avkopplande helg. Istället gick jag hemma och väntade på tisdagen och kunde inte distrahera tankarna.

Så kom tisdagen. De två ordinarie familjeläkarna var fortfarande på semester och jag och hyrläkaren försökte hålla hälsocentralen flytande. Jag pratade med henne i förväg och vi var överens om att beroendet måste behandlas och brytas omedelbart. Eva dök upp med sin man. Besöket började ännu värre än vad jag hade förväntat mig. Det var en fientlig stämning i rummet från första sekund.

"Jag måste ha de här Dexofentabletterna, det är det enda som hjälper mot stickningarna och domningarna", sa Eva. Hon såg lite svettig ut och hade en lätt motorisk oro. På väg in i mottagningsrummet hade hon rört sig långsamt och stelt, men nu satt hon på stolen med spända, uppdragna axlar och hon hade ett yvigt kroppsspråk när hon talade. Hennes blick flackade.

Jag hänvisade till vårdtillfället på sjukhuset och förklarade att det var livsfarligt att kombinera Dexofen och alkohol.

"Men jag har inte druckit på flera år, jag har varit nykter, det är säkert", sa Eva. "Det var bara i torsdags, för jag hade så besvärliga stickningar. Jag vet att jag inte ska dricka när jag tar Dexofen, jag lovar att inte göra det igen." Hon pratade snabbt och forcerat.

"Det är farligt att ta så höga doser Dexofen. Jag bedömer att du har ett beroende och det måste behandlas. Det gäller även om du inte dricker", sa jag med lugn men bestämd röst.

"Det är inte beroende som är problemet, det är domningarna och stickningarna! Jag behöver hjälp mot det. Du kan läsa i journalen. Jag har varit till hur många läkare som helst", fortsatte Eva med allt högre tonläge.

"Jag vet det", sa jag. "Men nu måste vi behandla beroendet först, för att vi ska kunna behandla dina andra besvär sedan."

Nu bröt Evas man in med hög röst: "Men så här kan hon ju inte ha det! Du kan inte bara vägra att skriva ut medicinen! Hon har ju fått massa recept av er förut. Hur ska hon kunna sova på nätterna med domningarna och stickningarna? Hon har sökt hjälp i en massa år och nu finns det äntligen något som hjälper mot hennes besvär, då ska du ta bort det?" Han stirrade argt på mig.

Jag försökte hävda min pondus. Det var svårt. Jag, en 28-årig kvinnlig underläkare, mot ett argt medelålders par som spände ögonen i mig. Jag hade varit naiv som trott att jag skulle få Evas man med på min sida, att han hade velat att Eva skulle få hjälp med sitt beroende. Men nej, Evas problem var inte beroende

utan det var oro, sömnsvårigheter, domningar, stickningar. Om jag inte skrev ut medicinen så skulle Eva börja dricka igen och då var det mitt fel att hon fick ett återfall.

Det var första gången som jag som läkare fått en riktig utskällning av en patient eller en anhörig. Eva och hennes man gick på. Jag var en dum läkare, jag fattade ingenting. Jag var feg som inte ville skriva ut Dexofen. Jag var rädd att åka dit. Jag ville inte hjälpa dem. Inte egentligen.

Fram till den dagen hade jag inte insett vad medberoende innebar. Eva var svårt beroende och hennes man var medberoende. Dessa två sidor av samma sjukdom påverkar hela tänkesättet och gör det omöjligt att nå fram med logiska, medicinska argument. Efter en stunds retorisk kamp gav jag upp och hämtade hyrläkaren. Hon var betydligt äldre och mer erfaren och tycktes inge mer pondus.

Hyrläkaren vände sig mot Eva. "Aldrig i livet att du ska bestämma vad jag skriver ut", sa hon. "Det är jag som håller i receptblocket." Sedan lämnade hon den diskussionen och erbjöd Eva remiss till en avgiftningsklinik eller till beroendecentrum. Eva och hennes man var fortfarande irriterade, men något mindre förbannade än för en stund sedan. Hyrläkarens förklaring att det var en tidsfråga innan Dexofenet skulle ge organskador tycktes ta lite skruv.

Efter ytterligare en stunds diskussion lämnade paret mottagningen i vredesmod, utan recept, utan remiss till avgiftning och utan att vi planerat någon fortsättning. Eva var snabbast ut och redan långt ute i korridoren när hyrläkaren hejdade Evas man och sa till honom med låg röst:

"Du, gå inte på det här. Det här är hennes ansvar."

Mannen tittade förvånat på hyrläkaren. Han tycktes avvärja sig på något sätt, ansiktsdragen slätades ut, axlarna sjönk ned och den hårda blicken mjuknade. Kanske, kanske började det spira ett frö. Att hans fru hade ett beroende. Att hon behövde en förändring.

Efter deras besök var jag skakig i hela kroppen, händerna darrade och pulsen gick i 110. Jag gick och berättade för en av distriktssköterskorna om vad som hänt. Hon tyckte att det var bra att jag hade satt ner foten och sagt nej.

Jag oroade mig för fortsättningen. Eva och hennes man var förbannade på mig och jag hade verkligen misslyckats med att upprätta en terapeutisk allians. De kanske var arga på hela hälsocentralen och i så fall hade jag sabbat allt framtida samarbete. Eva som hade varit nykter i flera år skulle antagligen gå direkt till Systembolaget och ta sig ett rejält återfall i alkohol och säkerligen peta i sig några Dexofen också. Om hon inte

"Eva, det är du som börjar dricka, inte jag. Att ta ett återfall är ett aktivt val."

fick tag i tablettorna via ett elektroniskt recept, så kunde hon köpa dem för svarta pengar på gatan. Hon skulle snart ligga på intensivsen igen och nästa gång skulle hon säkert inte överleva. Om jag hade skrivit ut receptet, så hade det formellt varit mitt ansvar och HSAN hade gett mig en varning. Nu gjorde jag inte det, så på pappret var jag ren, men indirekt var det mitt fel om hon dog. I alla fall nästan. Jag hade ingen lust att ha hennes liv på mitt samvete.

För att trösta mig själv upprepade jag hyrläkarens fras i mitt huvud. *Eva, det är du som börjar dricka, inte jag. Att ta ett återfall är ett aktivt val.* Det var inte jag som hade skrivit ut Dexofen i flera års tid, det var inte jag som höll i flaskan, det var inte jag som hade en beroendesjukdom.

Efter tisdagens besök gick allt fort. Halva hälsocentralen var engagerad i Evas problematik. Eva ringde till mottagningen och suicidhotade. Hon skrek till receptionisten att hon ville ha Dexofen. Psykologen erbjöd en samtalstid dagen därpå, men Eva vägrade komma. Distriktssköterskan ville göra ett hembesök, men Eva sa bestämt nej. Chefen var någon slags sammanhållande spindel i nätet och noterade allt som pågick. När jag gick hem på tisdagseftermiddagen hade jag fortfarande den där klumpen i magen. På kvällen satt jag hemma i soffan och tittade på nyheterna på tv, men kunde inte koncentrera mig utan såg inom mig hur Eva söp sig redlös, sedan tog Dexofen och slutade andas.

På onsdagsmorgonen blev jag uppringd av en familjeläkare som hade varit jour under natten. Eva hade hotat att ta livet av sig igen och hon kunde inte sova. Familjeläkaren hade åkt dit och gjort en suicidbedömning. Hon tyckte inte att det var bra att sätta ut Dexofenet tvärt eftersom Eva skulle bli abstinent, hon behövde förstås avgiftning. Jag förklarade att vi försökt med detta, men Eva vägrade och hon och maken hade noll insikt om beroendeproblematiken.

På onsdagseftermiddagen ringde Eva till mig och grät i telefonen. Hon lät slirig på rösten. Antagligen var hon full men det kunde också vara Dexofen eller något annat. Hon berättade att hon mådde jättedåligt, det stack i hela kroppen, hon kunde inte sova, hon behövde hjälp. Kunde hon få hjälp med sömnen om hon blev inlagd? Skulle hon bli av med domningarna och stickningarna på avdelningen? Hon verkade desperat och upprepade frågorna gång på gång. Jag lirkade och lovade utan att lova för mycket. Jaha, ja men då kanske hon kunde tänka sig att åka dit i alla fall. Hennes beroende var inte så farligt, men om hon fick hjälp att sova skulle det bli lite bättre i alla fall. Den här gången accepterade hon mitt förslag om hembesök och remiss för inläggning.

Jag och distriktssköterskan agerade snabbt. Det gällde att få iväg Eva på avgiftningskliniken innan hon ändrade sig. Distriktssköterskan skulle åka hem till Eva samma kväll med en sömntablett, och sedan skulle distriktssköterskan och psykologen göra nytt hembesök påföljande morgon och försöka få in Eva i taxin till avdelningen med remissen i handen. Allt förbereddes på eftermiddagen, nästa morgon fanns inte mycket tid utan allt måste flyta på. Vi ringde avgiftningskliniken, vi beställde taxi, vi skrev remissen, vi gjorde i ordning väskan med blodtrycksmanschett, saturationsmätare och alkometer.

Jag var orolig för distriktssköterskan, som skulle åka ensam hem till Eva på eftermiddagen. Eva var beroende, psykiskt labil, storväxt och hon kunde bli aggressiv. Jag föreslog att distriktssköterskan skulle ta med sig en kollega. Själv var jag fullbokad på mottagningen och kunde inte följa med. Distriktssköterskan, som var en optimistiskt lagd person, sa lika käckt som alltid: "Det ordnar sig ska du se! Jag har hand med folk."

Torsdagsmorgonen kom, jag hade fullt upp med patienter på mottagningen, men jag tänkte på Eva som borde vara på väg till avgiftningen nu. Jag hoppades, hoppades, hoppades intensivt att hon hade kommit iväg.

Vid förmiddagens fikarast sökte jag upp psykologen och distriktssköterskan och frågade hur det hade gått. Jodå, Eva hade satt sig i taxin och åkt iväg. Det hade gått som på räls.

Oroligt vände jag mig till distriktssköterskan: "Hur gick det igår kväll? Du gjorde ett hembesök ensam hos Eva. Jag tyckte det kändes olustigt."

Hon lutade sig fram mot mig, blinkade med ena ögat, smålog. "Jag ringde på dörren, Eva släppte in mig och gav mig en kram. Hon fick sin sömntablett."

Hon såg nöjd ut, men inte förvånad, ungefär som om det var precis den händelseutvecklingen hon hade förväntat sig.

Jag gick omkring och flinade resten av dagen. Något slags förtroende måste Eva ändå ha fått för personalen på vår hälsocentral. Även om jag, läkaren, var budbäraren som hon skjutit, så hade hon kramat distriktssköterskan. Vi kanske hade räddat hennes liv, åtminstone för ett tag. Det var en seger, en liten, men kanske ändå en stor seger över Beroendet.

Sofie Wijk

Annons

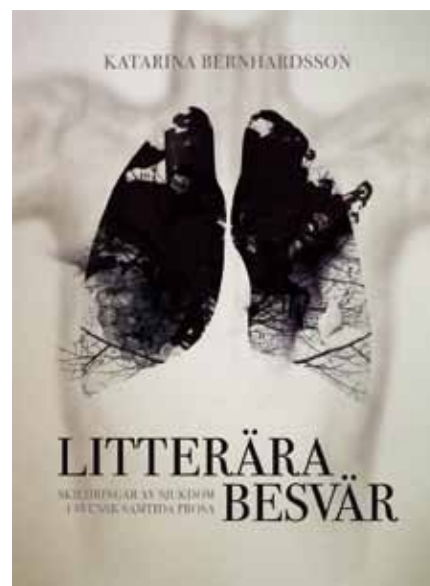
Litteratur om sjukdom – egenvärde eller nytthet?

Litteratur och medicin berör varandra på flera sätt. Även musik och bildkonst har kopplingar till medicin. Musik och bild och i viss mån litteratur används eller tillvaratas i terapeutiskt syfte på många håll inom vården. Det tycks också vara så att personer som arbetar med människor ofta har intresse för estetiska aktiviteter och uttryck. Medicin intresserar också historiker, idéhistoriker och filosofer. Tillsammans med litteraturvetare och enstaka läkare bildar de något som kallas *Medical humanities*. Området utgörs av humanistiska studier inriktade på upplevelser av hälsa och sjukdom och på medicin i bred bemärkelse, ofta med särskilt intresse för det kliniska mötet.

Litteratur om sjukdom kan vidga förståelse för sjukdomsupplevelsen. Detta måste ses som ”nyttigt” för läkare och andra professionella inom vården. Litteraturen kan också vara till hjälp för dem som drabbats av sjukdom, som måste bearbeta de livets inskränkningar som sjukdom orsakar och kanske stå ut med lidande. För dem som måste förbereda sig inför en nära förestående död likaså. Författare å sin sida använder sig av sjukdom och sjukdomsupplevelser för litterärt skapande. Sjukdom aktualiserar och åskådliggör många av människans grundläggande villkor och problem och blir därför ett rikt material att jobba med. Begrepp som hälsa, sjukdom, vård och medicin är starkt framträdande i vår kultur. Att litteraturen liksom så mycket annat ”medikaliseras” är inte att undra över. Katarina Bernhardssons avhandling omfattar mycket av detta. Hennes ärende är en litteraturvetenskaplig analys av sjukdomsskildringar, patografier, i nutida svensk litteratur. Romanerna diskuteras

utifrån olika teman som ”sjukdomen som exil”, ”den sjuka kvinnokroppen som slagfält”, ”mötet med döden”, ”självframställning” och presenteras i dialog med andra litterära texter. Eftersom jag själv läst flertalet av de behandlade romanerna blir genomgången ofta intressant. Jag gör berikande upptäckter i romanernas texter och breddar min kunskap om litteratur. Vissa avsnitt ger mig viss övermåttad av teori och symbolik. Likaså finns väl mycket av upprepningar, särskilt i avsnittet om Enquists roman.

Tre av romanerna skildrar mötet med döden. Katarina Bernhardsson gör intressanta analyser. Romanernas karaktärer är alla sekulariserade personer. För dem bjuder de religiösa trossatserna och riktorna inte på mening eller tröst. Men på annat sätt söker de alla sammanhang och mening i sina liv. Utan religiös tro måste de förbereda de sig för döden genom tillbakablickande, samtal med närstående och personal, läsning, betraktande av omvärldens liv som ”genom ett tittskåp”. *I Stundande natten* blir en fladdermus under taket och den varma sköterskan Angelica (obs hennes namn!) ”tröskelvarsel” som blir till hjälp i den allra sista tiden. Fjärilen i titeln till Paulruds bok har liknande men inte helt samma betydelse. Som symbol är fjärilen mångtydig. Den kan skönjas i romanens omslagsbild (en CT-bild på hjärnan), den kan stå för skönhet, för förvandlingsförmåga, för återuppståndelse och för förgänglighet. Företeelser som Paulrud mer eller mindre tydligt ristar in på den tunna bokens textsidor och som Bernhardsson fångar upp och diskuterar. Berättelsen får en extra dimension genom att Paulrud avlider en vecka före sin boks utgivning.



Katarina Bernhardsson:
LITTERÄRA BESVÄR
Skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa.
Doktorsavhandling.
Katarina Bernhardsson och
ellerströms förlag 2010
ISBN 978 91 7247238 9

Romaner i *Litterära besvär*:

Stundande natten
av Carl-Henning Wijkmark,
Boken om Blanche och Marie
av P O Enquist,
Svart dam
av Maria Fagerberg,
Kräklek
av Maria Fagerberg,
Reglerna
av Sara Mannheimer,
Pölsan
av Torgny Lindgren,
Fjärilen i min hjärna
av Anders Paulrud

Enquists roman har vetenskapen och kvinnan som objekt för vetenskapligt studium som centrala motiv. Forskaren Charcot, framgångsrik, av medicinhistoriker betraktad som den moderna neurologins fader, en upplysningens och utforskandets man, hamnar i sitt arbete om hysteri utanför vetenskapens gräns. Det är just detta som intresserar Enquist, den förmenta objektiviteten. Charcot kan inte frigöra sig från mesmerismen (helbrägdagöraren Franz Mesmers antagande att animala kroppar innehåller magnetiska flöden som kan påverkas i botande syfte genom hypnos) och ytlig linneansk klassifikation. Än värre, patienten Blanche blir hans älskarinna. Med utgångspunkt från en välkänd målning tar Enquist upp tanken att under forskarens vetenskapliga täckmantel gottar sig den ”manliga erotiserande blicken” och att den konkurrerar ut och förvränger den vetenskapliga observationen. Charcot förför åtminstone sina lärjungar och kanske även kvinnan-patienten, men

han blir också själv förförd, både av sina hypoteser och av kvinnan. Sitt överläge till trots blir han i romanen till slut en förlorare. Enquist är ambivalent inför bilden av den manlige forskaren och den kvinnliga patienten och beskriver tve tydigt händelseförloppet. Det har han kritiserats för av feministiskt orienterade kritiker. Om detta för Bernhardsson en lång diskussion.

Dessa glimtar ger förhoppningsvis en föreställning om innehållet i *Litterära besvär*. Avhandlingens inledning och avslutning ägnas åt diskussion om *Medical humanities*. Ämnesområdet är inte lätt att definiera. Katarina Bernhardsson refererar flera gånger till allmänläkaren Rolf Ahlzén, som är engagerad i *Medical humanities* och i våras utkom med avhandlingen *Why should physicians read?* Han föreslår formuleringen ”de delar av humaniora som har relevans för studiet och det praktiska utövandet av medicin”. *Medical humanities* kan vara inriktat

på terapi. Konstformernas terapeutiska användning står då i centrum. Det kan också vara inriktat på att fördjupa läkarutbildningen genom kurser i humanistiska ämnen. Slutligen kan företrädare för området ägna sig åt forskning i form av granskning av den biotekniska medicinen, dess begränsningar och dess kulturella och psykologiska effekter.

Medical humanities är än så länge mer en mångvetenskap än en tvärvetenskap. En del forskare önskar en utveckling mot tvärvetenskap med ett större mått av integration och forskningsutbyte mellan de ingående ämnena. Andra varnar för att en integration kan medföra inskränkande attityder och vill behålla en mångvetenskaplig öppenhet.

För den som är intresserad av *Medical humanities* är *Litterära besvär* en givande läsning.

Stig Andersson
gits.joel@tele2.se

Annons

Att värdera vårdcentraler

Primärvårdskvalitet

– en jämförelse mellan sex vårdcentraler

Medicinsk kvalitet/Medicinsk beställarrevison i dialogform

Att värdera och jämföra olika vårdcentralers insatser anses bli allt viktigare i dessa tider av vårdval. Öppna jämförelser ger ett mycket litet stöd i denna process bl.a. genom de få registreringarna med begränsad statistisk signifikans, och utfallsdata i olika register speglar oftast bara historien och inte framtiden. En metod för att ge en aktuell bild av vårdcentralernas förmåga att erbjuda och utveckla kvalitativt hög-värdig vård togs fram mellan dåvarande Beställarstaben i Stockholms läns landsting och SFAMs ASK-nätverk (ett nätverk av erfarna allmänläkare som arbetar med kompetensvärdering) 2002–2005. Arbetet skildrades i en artikel i *Allmänmedicin* 2007 (1), och här kommer en fördjupad presentation.

Introduktion

Med medicinsk kvalitet i allmänmedicin menas att läkaren i kontakten med sin patient, som förutsätts vara väl känd, initierar rätt åtgärd vid rätt tidpunkt (2). Att lära känna varandra bedöms ta upp till fem år när kontinuiteten är hög (3), men kan ta kortare tid, speciellt på individnivå (flera besök för olika frågeställningar under begränsad tid). Detta projekt fokuserade på läkarens insatser – medicinska insatser, men primärvårdens verksamhet är mycket mångfacetterad så det går att lägga ett bredare perspektiv om man så vill. En revision blir i så fall väldigt omfattande. Det kan då vara frestande att nöja sig med sk. "surrogatmått" – ett mätbart laborativvärde som ersättning för ett mer svårdefinierat "värde" av behandlingen (4). En stor engelsk studie över vårdkvaliteten inom primärvården visade att en bra arbetsmiljö med en god laganda

Fakta

A) Basfakta om enheten, organisationen. Anställda, kompetensnivåer.
Starka och svaga sidor i organisationen. Är organisationen/bemanningen ändamålsenlig utifrån befolkningsbehov? Vad särpräglar listan – befolkningens specifika krav? Befolkningsperspektiv – patientperspektiv? Kontinuitet – kompetensnivåer – valfrihet?

B) Öppenvårdsspecialister/vårdgrannar, remisser med dialog med remissinstanser. Vårdprogram.
Hur hanteras remisser?; Vilka är remissinstanserna?; Hur följs remisserna upp? Deltagande i utvecklingsarbete i vårdkedjan? Följsamhet till vårdprogram? Finns förutsättningar att jobba optimalt?

C) Interna vårdprogram och "diagnosmottagningar".
Finns rutiner för diagnosmottagningar? Hur har programmen till dessa vuxit fram? Vilken utrustning finns? Multisjuka patienter, högkonsumenter? Kontinuitet – förtroende?

D)Handledning, kompetensvärdering. Utveckling, teamarbete.
Fungerar interna utbildningsprogram och FQ-grupper? Dokumentation av medarbetarsamtal och fortbildningsplaner? "Recertifiering?" Handledning av AT, ST, övrig personal? Läkemedelsutbildning/industribesök? Teamarbete?

E) Medicinsk kompetens: läkemedelsförskrivning,intyg m.m.
Hur fungerar intern uppföljning/utveckling? Diagnossättning? Kvalitetsregister? Medicinsk kvalitet – läkemedelsval? Kontinuitet – förtroende?

F) Hemsjukvård
Samverkan i vårdkedjan – närsjukvården – akutmottagning – hemtjänsten? Vårdplanering? Hembesök och tillgänglighet?

var de mest betydelsefulla enskilda faktorerna för att utveckla såväl vårdkvaliteten som servicenivån gentemot befolkningen, oavsett hur dessa mättes (5).

Primärvård bedrivs på många små enheter, med olika förhållanden som måste värderas var för sig. Då merparten av arbetet sker i slutna rum, mellan "fyra ögon" (läkare/terapeut och patient) måste metoden fokusera på individerna i organisationen och deras egna värderingar av den egna verksamheten. Den slutliga värderingen sker sedan i dialog mellan ledning/medarbetare och revisor/inspektör. På så vis stimulerar värderingen till fortsatt utveckling, i stället för att enbart vara en summering, en tillbakablick.

Metodbeskrivning

I dialog med Beställarstaben, som presenterade frågeställningar de ville ha belysta, arbetade nätverket fram en enkät med målet att möjliggöra en bred medicinsk bedömning på kort tid. Enkäten sändes till vårdcentralsledningarna, och tyngdpunkten lades på handlingsmönster och attityder med betydelse för framtida utveckling. Enkätsvaren låg till grund för samtal och studier när revisorn besökte den aktuella vårdcentralen under en dag och samtalande med olika personalkategorier. En sammanfattande rapport skrevs i dialog med respektive vårdcentralsledning. Revisionen fokuserade på sex huvudområden (se faktaruta).

Framgångsfaktorer

- ✗ Enskilt ansvarstagande - chef/anställd
- ✗ Kollegialt nätverk
- ✗ Kompetent personal
- ✗ Kontinuitet över tid organisatoriskt
- ✗ Resurser - bemanning?
- ✗ Aktiv i lokalsamhället - BVC?

Resultat

Återföringen av värderingen skedde skriftligt i löpande text till respektive enhet och till Beställarstaben, och även genom direktkontakt med ledningen på vårdcentralen. Generellt hade värderingen identifierat och drivit på viktiga och utvecklingsbara frågor. Det framgick klart att alla enheter var inne i en dynamisk fas. Beställarstaben begärde också en översiktlig ”klassning” och jämförelse mellan enheterna, varför en skala togs fram motsvarande den gradering som används av SPUR. Rubrikerna i klassningen ändrades något för att anknyta till utvecklingsbara teman.

Primärvården är decentraliserad, småskalig och mångfacetterad, vilket gör att olika enheter löser samma problem på olika sätt utifrån sina specifika, lokala förhållanden. En total insyn, granskning och jämförelse blir på detta sätt omöjlig. Den begränsade värderingsmodell vi valde gör det praktiskt möjligt att värdera ett större antal enheter under en rimlig tidsperiod. Metoden är inte en passiv kvalitetssäkring. Den är inte heller en ansamling tillfälliga mätvärden, utan en aktiv värdering med fokus på kvalitetsutveckling baserad på erfarenheter från SFAM:s ASK-projekt (6). Det är möjligt att certifiera och recertifiera enheter inom primärvården på ett för beställare, patienter och personal användbart sätt.

Primärvårdskvalitet – en jämförelse mellan sex vårdcentraler

VC 1	VC 2	VC 3	VC 4	VC 5	VC 6
Nyckeltal och Surrogatmått, Diagnosstatistik					
0	0	0	2	2	3
Egen kvalitetskontroll, Resultatuppföljning					
2	1	1	2	2	3
Samverkan					
1	1	1	2	1	3
Hemsjukvård					
2	1	1	2	1	3
Arbetsmiljö					
2	2	1	3	2	3

Förklaring:

- 0= Ej bedömbart
- 1= Utvecklingsbehov
- 2= Bra, går att utveckla
- 3= Utmärkt

Referenser

1. Svartholm R, Måwe U. Att värdera kompetens på enhetsnivå. Allmänmedicin 2007; 3: 17-19.
2. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna. SFAM 1995.
3. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. WONCA, Stockholm 1996.
4. Furberg B. Surrogatmått – en ersättning för det man egentligen vill mäta. Läkartidningen 2002; 99:1672-1675.
5. Ovhed I. Stimulerande arbetsmiljö och god tid för konsultation ger bättre vårdkvalitet. Läkartidningen 2002; 99:1352-1353.
6. Svartholm R, Carlsson I, m.fl ASK - Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog. Allmänmedicin 2001;1: 38-40.

Robert Svartholm

Specialist i allmänmedicin
polarull.svartholm@telia.com

Ulf Måwe

Specialist i allmänmedicin
ulf@mawe.se

Gunnar Rosenhamer

MD, konsultläk.
g_r@telia.com

Annons

Nationella riktlinjer för osteoporos – vad innebär dessa för primärvården?

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar kommer att offentliggöras i sin slutliga version till hösten. Riktlinjerna är riktade mot primärvård och osteoporosdelen kommer att innebära rätt många nyheter. Helena Salminen, allmänläkare och osteoporosforskare från Stockholm, har deltagit i arbetet i faktagruppen på Socialstyrelsen och rapporterar här om nyheterna och deras möjliga konsekvenser för primärvården.

Vad rekommenderar riktlinjerna kortfattat?

- Vid misstänkt risk för osteoporos rekommenderas hälso- och sjukvården att beräkna frakturrisken med FRAX för att ta ställning till om bentäthetsmätning ska utföras. Prioritet 5.
- Vid en beräknad frakturrisik på över 15 procent med FRAX bör hälso- och sjukvården göra en bentäthetsmätning i höft och ländrygg. Prioritet 3.
- Hälso- och sjukvården bör beräkna frakturrisken med FRAX om bentäthetsmätning i höft eller ländrygg visar på ett T-score på -2 eller lägre för att avgöra behovet av frakturförebyggande behandling. Prioritet 4.
- Personer som har ett T-score -2 eller lägre och ett FRAX värde över 30 procent, eller har haft fraktur i ryggkota eller höft är högriskindivider som bör behandlas med exempelvis alendronsyra i första hand eller zolendronsyra till de som har svårigheter att fullfölja behandling med alendronsyra. Prioritet 2 för behandling med dessa läkemedel.

Socialstyrelsens rekommendationer redovisas med hjälp av ett rangordningssystem; prioritet 1 anger åtgärder med störst angelägenhet, varemot prioritet 10 anger minst angelägenhet. Dessutom finns rekommendationerna ”icke-göra” och FoU (forskning och utveckling). T.ex. inom osteoporosområdet hamnar vertebroplastik och kyfoplastik på rangordningen ”icke-göra”, d.v.s. Socialstyrelsen rekommenderar inte att hälso- och sjukvården utför dessa kirurgiska åtgärder vid kotkompressioner som beror på osteoporos.

Socialstyrelsens riktlinjer går att nå via länk: www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/rorelseorganenssjukdomar

Bedömning av frakturrisik med hjälp av FRAX-verktyget

Eftersom osteoporos med frakturer är en av de riktigt stora folksjukdomarna i Sverige behöver vi enkla verktyg för bedömning av frakturrisken som är tillförlitliga och användbara på en vårdcentral. FRAX är ett sådant verktyg. FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) är framarbetat av en arbetsgrupp under ledning av professor John Kanis på WHO centret i Sheffield (1). FRAX skattar den 10-års absoluta frakturrisken och tar hänsyn till 12 olika riskfaktorer för fraktur. Riskskattningen kan göras för både män och kvinnor över 40 års ålder, både med eller utan tillgång till bentäthetsdata. I Socialstyrelsens riktlinjer föreslås beräkning av frakturrisken med FRAX både för ställningstagande till om bentäthetsmätning ska

utföras, och för bedömning av behovet av benspecifik behandling efter att bentäthetsmätning har utförts.

Verktyget innehåller modeller för att skatta 10-års absolut frakturrisik hos både män och kvinnor. FRAX är webbaserat och tillgängligt kostnadsfritt på nätet (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Verktyget har utvecklats från en kohort på över 60 000 individer från hela världen. Man har helt enkelt slagit ihop de största epidemiologiska osteoporoskohorterna och studerat de riskfaktorer som har funnits i dessa. Sverige har sin egen referenspopulation inlagd som går att välja som svensk användare. Den är baserad på svenska kohorter som ingår i FRAX, bl.a. Malmö kohorten. (2). De 12 riskfaktorer som ingår i FRAX är alla enkla att fråga patienten om; ålder, kön, vikt, längd, tidigare fraktur, rökning, o.s.v. Man kan skatta antingen 10-års absolut risk för endast höftfraktur eller för ”major osteoporotic fracture”, där höft-, kot-, humerus- och radiusfraktur ingår.

Fördelar och nackdelar med FRAX

De fördelar med FRAX som Socialstyrelsen lyfter fram är att det är enkelt att använda, ger svar omgående och har låg kostnad per effekt. De nackdelar som man inte får glömma är att verktyget inte väger in personens fallrisk, endast kan användas för personer över 40 år och inte tar hänsyn till de stora risker en pågående behandling med kortison innebär. Dessutom kan tilläggas att längdminskning inte heller ingår i algoritmen, och ej heller det förhållande att patienter som behandlas med peroralt kortison i doser över c:a 7,5 mg/dag har en frakturrisik som blir c:a 15 procent högre än det skattade FRAX-värdet (3). FRAX är således ett hjälpmedel och ett hjälpmedel kan aldrig ersätta läkarens samlade bedömning. FRAX har sina brister, men vi kommer inte att få något verktyg med bättre användbarhet inom en överskådlig tid.

Det mest positiva med FRAX är att den hjälper att styra behandlingen mot de grupper av patienter som har störst glädje av benspecifik behandling, i första hand de äldre som redan har råkat ut för benskorhetsfraktur. Samtidigt får man ett hjälpmedel på vårdcentralen då det gäller att avstyra behandling och minska oro hos de tidigt postmenopausala kvinnorna som ofta vänder sig till sin distriktsläkare för råd. I detta fall saknar vi idag ofta indikation för behandling. Dessa kvinnors absoluta 10-års frakturrisik är oftast mycket låg och där kan vi ytterligare motivera vårt beslut att avstå från behandling.

Min erfarenhet som osteoporosintresserad allmänläkare är att jag genom åren ägnat mycket möda åt att övertyga oroliga, relativt unga tidigt postmenopausala kvinnor, att de inte är i behov av benspecifika osteoporosläkemedel. Dessa kvinnor som ofta överbehandlas, är ett problem för primärvården och tar mycket kraft i anspråk, medan de patienter som borde prioriteras, som är äldre och har redan råkat ut för frakturer, är en kraftigt underbehandlad grupp. Dessa äldre har en hög frakturrisik som lätt kan åskådliggöras med FRAX. För att få ett smidigt flöde kring osteoporosbedömningar på vårdcentralen tror jag att vi i framtiden behöver arbeta i team där sköterskan hjälper doktorn på vårdcentralen med både riskfaktorkartläggning och nyare behandlingsstrategier som infusionsbehandling.

Det är dock viktigt att framhålla att det inte är meningen att bestämda gränsvärden med FRAX ska ersätta en individuell klinisk bedömning av patienten. De riktlinjer som rekommenderar bentätthetsmätning om FRAX >15 procent och behandling om FRAX >30 procent, måste sättas in i ett kliniskt sammanhang där läkaren får beslutsstöd, men måste bedöma patienten individuellt.

Omprioriteringar i behandling av osteoporos

Alendronsyra är det läkemedel som det finns mest evidens för som benspecifik behandling. Behandlingen ges oftast i dag i form av veckotabletter som finns som generika till en relativt låg årskostnad. I riktlinjerna kommer zolendronsyra (Aclasta) som årlig infusion att rekommenderas som det första alternativet till alendronsyra. Även effektmässigt är riskminskningen på speciellt kotkompressioner mycket bättre med zolendronate än med alendronsyra.

När fler patienter ska behandlas med zolendronsyra framöver, kommer det att kräva en hel del stöd för uppbyggnad av team bestående av distriktsläkare och sköterska som handlägger dessa patienters infusionsbehandling på vårdcentraler. Samtidigt är fördelarna många; bl.a. blir följsamheten med zolendronsyra 100 procent året patienten fått sin infusion.

Det bör nämnas att Socialstyrelsen inte har evidensgranskat det senaste tillskottet i behandlingsväg, denosumab (Prolia), som blev registrerat i Sverige relativt nyligen. Prolia kommer dock att bli granskat till höstens slutgiltiga version av riktlinjerna.

Vad saknas i riktlinjerna?

Värdet av fysisk aktivitet och andra livsstilsåtgärder är inte speciellt framträdande i riktlinjerna eftersom de är områden där det är svårt att hitta evidens som håller i granskningsproceduren. Värdet av patientutbildningar har inte heller kunnat evidensgranskas. Många riskfaktorer finns inte alls med i granskningen, t.ex. längdminskning och undernäring.

Patienter som behandlas med peroralt kortison behöver lyftas fram som en speciellt viktig riskgrupp. Vi allmänläkare har ett speciellt ansvar att skydda våra patienter som lider av polymyalgia reumatica mot iatrogena benförluster. Det är vi som initierar högdosbehandling med kortison och håller i uppföljning av patienten.

Patienter som har haft en kotkompression är också speciella högriskpatienter att uppmärksamma. Risken för fler kotkompressioner inom 1 år är ordentligt hög och kotkompressioner borde inte jämföras med andra ”lättare” frakturer, utan kräver ett eget specialomhändertagande.

Primärvårdens förutsättningar varierar kraftigt över landet

Tillgången till apparatur för bentätthetsmätningar varierar kraftigt över landet. I Stockholm finns det närmast ett överutbud av ställen där bentätthetsmätningar kan utföras vilket är ett problem i sig, eftersom det är lämpligt att följa upp patienten med samma typ av bentätthetsmätare. I vissa delar av landet används rätt mycket perifer mätteknik, speciellt hälmätningar, för diagnostik, vilket inte Socialstyrelsen rekommenderar. Frakturvårdkedjor håller på att etableras på många håll i landet, men fortfarande saknar Stockholm en frakturkedjemodell för länet och på flera håll är bristerna i frakturkedjorna stora. Osteoporosvården är multidisciplinär och kräver fungerande kommunikation mellan slutenvården och primärvården. Om vi ska nå verklig förbättring inom osteoporosområdet krävs att landstingen tar initiativet till uppbyggnad av fungerande frakturvårdkedjor och ger primärvården stöd för att kunna bli den viktigaste partnern i behandling och diagnostik av osteoporos. Implementeringen av riktlinjer kräver framtagande av nya vårdprogram och ordentliga utbildningsinsatser på flera vårdnivåer, inte minst i primärvården.

Sammanfattning av osteoporosriktlinjerna

Användning av FRAX som hjälpmedel för att bedöma behov av bentätthetsmätning och behandling är ett helt nytt sätt att arbeta som inte alls är implementerat inom primärvården.

Kostnaderna för osteoporosomhändertagandet kommer antagligen att öka i början med fler bentätthetsmätningar och utskrivna benspecifika läkemedel, men de hälsoekonomiska vinsterna bör leda till ansevärliga samhällsekonomiska vinster som slutresultat. Vad som också försvårar bedömningen är de nya dyra läkemedel som nyligen har introducerats, speciellt Prolia, i fall dessa får stor spridning inom primärvården. Förhoppningsvis kommer riktlinjerna att innebära att fler högriskpatienter får både utredning och behandling av osteoporos på våra vårdcentraler i framtiden och att vi har ett nytt hjälpmedel i FRAX att motivera lågriskpatienter att avstå från behandling.



Helena Salminen, Stockholm
Helena.Salminen@ki.se

Referenser:

1. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int.* 2008 Apr;19(4):385-97.
2. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Dawson A, De Laet C, Jonsson B. Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. *Osteoporos Int.* 2001;12(12):989-95.
3. Kanis JA, Johansson H, Oden A, McCloskey EV. Guidance for the adjustment of FRAX according to the dose of glucocorticoids. *Osteoporos Int.* Mar;22(3):809-16.

Annons



Foto: Oscar Beijer

Polyclinic La Grace

Vi blev upphämtade vid gästhuset i Muanda, en stad vid den afrikanska Atlantkusten i Kongo-Kinshasa, för besöket på den privata vårdcentralen/kliniken ”Polyclinic La Grace”. Vägen var gropig, grusig och fullständigt oberäknelig. Inga vägs skyltar. Inga trafikljus. Den fyrhjulsdrivna jeepen framfördes av klinikkens grundare Paul Mbongo-Khoto, som bokstavligen varit med och byggt upp kliniken. Den invigdes den 16 december 1991. Efter att vi svängt av från den sandiga huvudvägen i Muanda, passerade vi en kyrkogård som var beströdd med sopor. En fullvuxen gris vandrade runt bland gravarna i jakt på mat och en stickande doft av brinnande plast trängde sig på. Kort därefter uppenbarade sig en kulörtfärgad sjukhusbyggnad.

Paul arbetade tidigare som sjuksköterska och började utbilda sig till läkare 2004 i Kinshasa. Han genomgår nu motsvarigheten till Allmäntjänstgöring i Kongo. I Kongo-Kinshasa är läkarutbildningen sju år, varav två år AT, vilket resulterar i att man blir så kallad ”generalist”, motsvarande legitimerad läkare i Sverige. Därefter följer specialisering till exempelvis kirurg som tar cirka fyra år. Utbildningssystemet är som så mycket annat i landet präglad av den tidigare kolonialmakten Belgien. Idag har kliniken 41 personer anställda varav fem är läkare och en är tandläkare. Resterande personal utgörs av receptionister, sjuksköterskor, barnmorskor, laboratorieassistenter, anestesorer

(sjuksköterskor). Av läkarna är en gynekolog, en ortoped och tre allmänläkare. Läkarnas löner ligger på 800–2000 USD/månad medan sjuksköterskornas löner ligger runt 150–200 USD/månad. Medelinkomsten per år i Kongo-Kinshasa är cirka 170 USD/månad, vilket får patientavgiften på tio USD per besök att framstå som relativt hög. Vid inläggning i samband med operation betalar patienterna två–fem USD per natt. Patienterna får själva ordna med mat och tvätt under sjukhusvistelsen. Utan hjälp från anhöriga och vänner är patienterna såldes helt utelämnade.

La Grace har ca 30–50 besök per dag. Alla patienter får en egen journal som stannar på vårdcentralen. Klinikens intäkter består uteslutande av patientavgifterna samt bistånd från utlandet, exempelvis i form av begagnad sjukvårdsutrustning.

Förutom den polikliniska verksamheten finns det möjligheter till inläggande vård. De tillgängliga sjukhusbäddarna är uppdelade i tre salar: män, kvinnor och barn. Barnsalen har åtta platser. La Grace har också en operationssal. Enligt operationspersonalen och Paul fanns det möjlighet att göra i stort sett alla typer av operationer. Den begränsande faktorn är den närmast konstanta bristen på operationsutrustning. En brist som inte blev bättre av att en av rebellarméerna för några år sedan försåg sig med sjukvårdsmaterial.



Personal vid gynekologstol på La Grace. Foto: Oscar Beijer

Av de vanligaste operationerna görs många via laparotomi, exempelvis myomoperationer och excision av ovarialcystor. Dessutom görs många appendektomier och bräckoperationer. Det finns förutsättningar för fler ortopediska operationer men det råder stor brist på alla typer av proteser och fixationsutrustningar. På grund av dåliga erfarenheter av propofol användes oftast Ketalar (ketamin) vid sövning. Det finns ingen datoriserad monitorering utan vitalparametrar, såsom blodtryck, puls och andningsfrekvens, följs manuellt av operationssköterskor. EKG-utrustning finns men var vid besöket ur funktion. Väg i vägg med operationssalen syns en knappt kylskåpsstor enhet för sterilisering. Laboratoriet, inhyst i ett knappt fyra kvadratmeter stort rum, kan utföra grundläggande analyser som Hb, glukos och elektrolyter. Ingen mikrobiologisk utrustning. Laboratoriet kan testa malaria, tyfoid, elefantiasis och HIV. Kliniken har ingen röntgenutrustning men en ultraljudsapparat. Det finns ett statligt sjukhus i Muanda dit kliniken kan remittera patienter för röntgenundersökningar.

La Grace satsar medvetet på att bygga upp verksamhet för mödra- och kvinnohälsovård. Det finns en avdelning för kvinnor med sex–åtta platser. Enligt tjänstgörande barnmorska tar kliniken hand om cirka 450 förlossningar per år. Till skillnad från den östra delen av Kongo-Kinshasa har den västra delen av landet varit relativt förskonad från brutala konflikter. Som i andra afrikanska länder är HIV ett allvarligt hot mot folkhälsan. Lyckligtvis finns det i Kongo-Kinshasa inga hinder mot arbete med HIV-frågor. I samarbete med biståndsorganisationer erbjuder kliniken kostnadsfri HIV-provtagning samt behandling av AIDS med bromsmedel.

Behovet av vård är stort i Kongo men landet är fattigt och infrastrukturen är outvecklad. Paul Mbongo-Khoto tror ändå på en ljus framtid för Kongo och för sjukvården i landet. Så pass mycket att han håller på att uppföra ytterligare en vårdcentral i Muanda.

Emil Beijer
ebeijer@yahoo.com

Antibiotikaresistens – Allmänläkarnas centrala roll

När jag lärde till doktor på 60–70-talen var asymtomatisk bakteriuri (ABU) ett hot mot patienten. Vetenskap och beprövad erfarenhet då hade visat att Sulfapral skulle ges i långa kurer. Ekologi och resistensutveckling fanns knappast i läkares medvetande. En mängd nya antibiotika knackade på dörren och läkemedelsbolagen utfodrade hungriga och kunskapsförstående läkare, som längtade efter att på receptblocken få skriva det bredaste nya.

Nu är sulfa sedan länge borta på grund av allvarliga biverkningar och ingen nefrolog vill låtsas om att läkarkåren med sin vetenskap sannolikt gjorde mer skada än nytta på detta område. ABU behandlas inte idag, med något undantag. Bjudluncher och vinklad industriell marknadsföring består men bolagen har funnit nya jaktmarker, där vinsterna är högre. Få investerar i nya antibiotika. De blir ju ändå snabbt odugliga, då den bakteriella intelligensen vida överskrider forskarnas molekyltrixande, och behandlingstiderna kortas på många indikationer. Vad får man då sälja?

Att handläggningen idag, vid bl.a. alldagliga luft- och urinvägsinfektioner, skulle vara en bestående vetenskap är en illusion. Det blir man övertygad om i Björn Ramels bok "Läkare utan vapen. Ett reportage om antibiotikaresistens" (Natur & Kultur, Stockholm 2011). På omslaget finns en finurlig illustration, en uttryckt antibiotikatablett ur pillerkartan och i hålet växer en slemmig, grönfärgad, hotande bakteriekoloni. På grund av okunskap i läkarkåren, lättja i den allt mer medikaliserade läkar- och patientrollen och till följd av bristande politisk insikt och beslutsförmåga är vi på väg mot en situation, där läkares receptvapen blir obrukbara. Vad som är lege artis om bara 10 år är höljt i dunkel.



Läkare utan vapen
– ett reportage om antibiotikaresistens

Författare: Björn Ramel
ISBN 9789127120228
Förlag: Natur & Kultur
Sidor: 280

Ramel ger en bred ämnesöversikt, där medicinska, sociala och politiska hinder för en rationell farmakoterapi granskas. Boken är skriven för en intresserad, lite påläst allmänhet, men passar också väl för sjukvårdspersonal på olika nivåer. Allmänläkarna känner lätt en identitet med Ramel för han utgår ofta från den egna rollen. Det kan gälla när han arbetar på en vårdcentral eller besöker byar på afrikansk landsbygd som jeepdoktor. Han väjer inte för de obehagliga sanningarna om sig själv, hur ställningstagandena till antibiotikaförskrivning ofta styrs av irrationella faktorer; vårdssystemet, tidsbrist till följd av populistisk sjukvårdspolitik –

med tillgänglighet som enda måttstock samt realistiska patientförväntningar, inte minst bland välsituerade. Inte sällan rättas den formella diagnosen efter om antibiotika förskrivits istället för tvärtom. Självbedrägeriet att vara evidensbaserad doktor 2011 delar Ramel med många.

Ramel är väl medveten om världens grymhet och att strukturella faktorer är en viktig del i resistensutvecklingen vid sidan om professionens handlande. Fatigdom leder till dålig sjukvård, minimal diagnostik, inköp av fel antibiotika, kanske med suboptimala doser och avbrutna kurer. De kommersiella krafterna är en viktig förklaring till resistensutvecklingen, det må gälla västvärldens industriella djurproduktion eller utvecklingsländers generikatillverkare. De lägger med smittat kött och kolonisering från djur till människa respektive orenade utsläpp från fabriker grundens till en global spridning av resistent bakterier. Den fruktade antibiotikaresistensgenen NDM-1 finns såväl i New Delhis kloaksystem och dricksvatten som hos patienter på sjukhus i Sverige. Nästan var fjärde turist som återkommer från en resa utanför Nordeuropa bär på resistent bakterier. Socialminister Hägglunds ideologiska jubel över fritt vårdval i Europa är bara dårskap. Det är en frihet att sprida nosokomial smitta till vårt land, vilket kommer döda många patienter.

Finns lösningar på detta globala folkhälsoshot, som ur många synpunkter är jämförbart med klimatförändringarna? Eller går vi mot en apokalyps? Ramel har inte givit upp hoppet, men då måste läkarprofessionen ändra sin inställning och ta ett ansvar för de långsiktiga konsekvenserna av läkemedelsförskrivningen. Inte minst måste nationella samhällsorgan och internationella organisationer typ WHO

skrida till handling. Således rör det sig i grunden om politik.

Läkare kan inte längre hålla sig för fina att beblanda sig med lort-Sverige och påverka den politiska processen. Det krävs övervakning av resistensutbredning, uppföljning, kanske ingrepp mot läkares fria förskrivningsrätt, reglering av läkemedelsindustri och kommersiella kortsiktiga intressen inom human- och veterinärmedicin. Det är för ynkligt att Sverige inte vågar gå före EU och inte ens kunnat sätta stopp för läkemedelsimport från fabriker, som förgiftar lokalbefolkningen i Indien och världsvitt sprider dödliga multiresistenta stammar utgångna från avloppsvattnet. När de verkliga moraliska frågorna står på spel måste också stater kunna bedriva civil olydnad!

Ramel gör jämförelser med samhälleliga kraftansamlingar som USA:s månresa på 60-talet och 80-talets forskningssatsningar på HIV, som genom statliga jätteslag till grundforskning och joint venture med industrin ledde fram till en kaskad av läkemedel. Han tror detta är möjligt också på antibiotikaområdet, inklusive åtgärder mot resistensspridning, och avslutar boken: "Det skulle ge människan ny resnit att inse att antibiotika måste betraktas som en kollektiv och ändlig resurs. Men välj själv. Framtiden ligger också i dina händer." Allmänläkarnas händer är här centrala. Vi är storförskrivare av läkemedel. Med vår personkännedom och kontinuitet kan vi vid lindrigare infektioner följa förloppet och avvakta med antibiotika. Vi spelar stor roll för attityder och hur förväntningar formas i våra befolkningar. Vi är, eller borde bättre kunna vara, samhällsmedicinare i Lubbe Nordströms efterföljd.



Bengt Järhult, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Medicin på webben

– En internetguide för svensk sjukvård

Först författaren; Fredrik jobbar på Sorgenfrimottagningen i Malmö, är aktiv i SFAM-Q och engagerad i många andra sammanhang som rör utbildning av läkarstudenter mm. Det märks om inte annat på en ambitiös pedagogisk ton genom hela boken. Kapitlet ”Att arbeta och lära problembaserat” är speciellt välskrivet – ett kort kondensat av hur man kan jobba kontinuerligt med sin egen fortbildning.

För vem är boken skriven? Den frågan ställer jag mig alltid först när jag disponerar en recension. Här blir jag själv ganska positivt förvånad. Jag anser mig helt utan blygsel vara en ganska avancerad datoranvändare, men jag hittar massor av matnyttigt. Inga stora avgörande saker, men många små vardagstips som gör surfandet säkrare, roligare och effektivare. En total novis har säkert ännu mer att hämta – speciellt i de kapitel som handlar om sökmotorer och Medline. Kapitlet om hur man värderar en webbplats borde närmast vara obligatorisk läsning för alla som någon gång söker viktig medicinsk information på webben. Det är lätt att missa vem avsändaren för en webbplats är, en fälla som jag själv gått i upprepade gånger.

Åt nätets avigsidor ägnas en hel del utrymme. För min egen personliga smak



Medicin på webben
 – En internetguide för svensk sjukvård
 Författare: Fredrik Settergren
 ISBN 978-91-44-07027-8
 Förlag: Studentlitteratur
 Sidor: 159

lite väl mycket fokus på problemen, men boken hade inte varit komplett utan den informationen. Ett annat genomgående möjligt problem är aktualiteten; avsnittet om webbläsare lär vara rena stenåldern om bara några år. Här hade man kunnat hänvisa till ett appendix som var webbaserat – betydligt enklare att uppdatera.

Störst utrymme tar avsnittet ”Femtio bra webbplatser” – och de är verkligen bra! Flertalet är av den arten att de kommer fortleva länge efter att boken i övrigt är inaktuell. Här ligger tyngdpunkten på praktiskt inriktade sajter med flera riktigt bra tips om bra beslutsstöd i vardagsarbetet.

Boken är snabbt genomläst, tack vare ett luftigt språk som lockar till läsning pärm till pärm. Det som möjligtvis saknas är en metadiskussion kring webbens dynamik i t.ex. sociala medier. Jag saknar också en djupare diskussion om hur patienterna söker information, ämnet vidrörs dock flera gånger på ett ytligt plan.

Sammanfattningsvis har boken sin plats på varje vårdcentral, och kan läsas med behållning av både novis och expert.

Staffan Olsson
 Staffan.olsson@ptj.se



www.sfam.se
 Allmänmedicin på webben

Drivkraft

Drive – the surprising truth about what motivates us

Detta är en bok som manar till eftertanke för alla som försökt förstå sina medarbetares och sina barns drivkrafter, såväl för en vårdcentralchef, som för en förälder.

I sin bok beskriver Daniel H Pink hur Harry F Harlow redan på 1940-talet lade fram teorin om en tredje, inre drivkraft, vid sidan av den biologiska och den yttre drivkraften att sträva efter att undvika straff. Först i slutet av 1960-talet följdes hans resultat upp av Deci som i experiment med studenter kunde konstatera att ”när pengar används som yttre belöning för en insats förlorar deltagarna sitt inre intresse för uppgiften”.

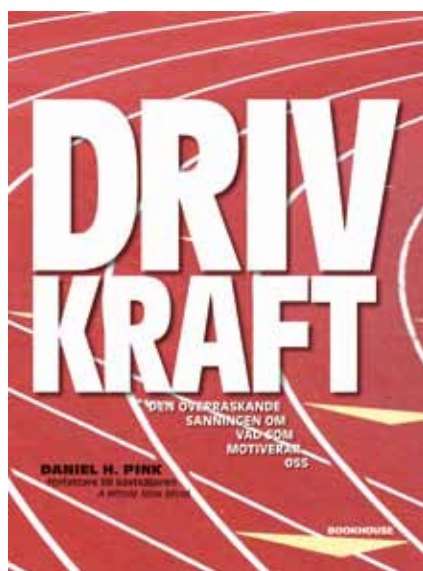
Förutsatt att den ekonomiska ersättningen för arbetet är tillräcklig och rättvis fungerar oftast inte piskor och morötter av bland andra följande skäl:

- De kan släcka den inre motivationen.
- De kan minska prestationen.
- De kan krossa kreativiteten – man tänker i snävare banor.
- De kan tränga undan önskvärt beteende.
- De kan uppmuntra till fusk, genvägar och oetiskt beteende.
- De kan framkalla beroende – man vill ha mer och mer för att göra samma sak.
- De kan främja kortsiktigt tänkande.

De faktorer som i stället motiverar människan när den ekonomiska ersättningen upplevs tillräcklig och rättvis är enligt Daniel H Pink självstyrning, mästerskap och mening.

Självstyrning

Det är naturligt för människan att vara självstyrande och nyfikna och de flesta människor vill ta ansvar för sitt arbete. Ett modernt ledarskap syftar till att ge medarbetarna mer självstyrning över vad



Drive – the surprising truth about what motivates us

På svenska: **Drivkraft**

Författare: Daniel H Pink

Översättare: Johan Erséus

ISBN 978-91-89388-51-2

Förlag: Bookhouse

Sidor: 215

man gör, när man gör det, hur man gör det och med vem man samarbetar. Olika saker är olika viktigt för olika personer och konsten är att ta reda på vad som är viktigast för vem.

Mästerskap

Självstyrning leder till engagemang som i sin tur leder till strävan att bli bättre och bättre på något som är viktigt. Mästerskap/excellens är inte målet i sig utan är mer ett förhållningssätt där man steg för steg förbättrar sådant som går att påverka. Den ständiga förbättringen är själva målet, vilket kräver långsiktighet och uthållighet att fortsätta även när man råkar ut för motgångar.

Mening

Självstyrning och mästerskap är inte tillräckligt för en hög motivation i längden. Människan har också en längtan efter ändamål som är större än de själva, efter andra motiv än vinstmaximering och excellens. Vinsten är en hjälp på vägen snarare än ett mål i sig.

Boken avslutas med tips på hur man kan införa motiverande åtgärder i sina organisationer och med sammanfattningar av boken samt boktips för den som vill fördjupa sig ytterligare.

Jag skulle vilja ge boken till varje landstingspolitiker och tjänsteman som envisas med att införa alltför målrelaterade ersättningar i syfte att få oss som arbetar i vården att göra mer av det man just det året vill att vi ska göra. Boken ger allt vetenskapligt stöd som behövs för att genast sluta med de dumheterna och i stället ge oss förutsättningar till att själva styra våra verksamheter i ständig förbättring där meningsskapande går hand i hand med sunt ekonomiskt tänkande.

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

Båda skrivartävlingarna 2010 är nu avgjorda

Först vill vi rikta ett varmt tack till ALLA som skickat in bidrag till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis femte skrivartävlan!

Inte mindre än 50 bidrag från 48 författare har inkommit. Läkare med många olika specialiteter finns bland författarna. Många bidrag kommer från sjuksköterskor och sjukgymnaster. De insända texterna har även denna gång haft goda litterära kvaliteter. Det har handlat om möten på sjukhus, i hemsjukvården och utomlands. Några har skrivit sina bidrag i poesiform. Många har avhandlat vårdens villkor, såväl patienternas som personalens. Mycket har skrivits om sorg, maktlöshet och stress men också om glädje, styrka och humor. Bland bidragen finns beskrivningar av dramatiska, intressanta och lärorika upplevelser.

Det har verkligen inte varit lätt att välja ut pristagarna. Vi hade velat uppmärksamma och publicera många, många fler! Men vi har ju tvingats att välja. I bedömningarna har vi – förutom de litterära kvaliteterna – vägt in textens angelägenhetsgrad, hur den beskriver klinisk verklighet, viktiga vårdproblem och människans existentiella villkor.

På grund av det stora antalet bra bidrag har vi också i år beslutat att utöka antalet pristagare. Förutom ett första pris på 6000 kr blir det fyra hedersomnämningar, där författarna får 1500 kr vardera.

Första pris

Ellen Ekholm för bidraget *Gränsland*. ”En välskriven, varm och gripande skildring av en åldrad kvinnas sista tid i livet. Vi får ta del av såväl hennes egna tankar som de två vuxna barnens funderingar över det liv som varit och som snart ska ta slut. Författaren beskriver också deras tankar om det som händer omkring dem. En värmande berättelse!”

Hedersomnämning får följande fyra bidrag – utan inbördes rangordning:

Birgit Edin *I andra händer*. ”En realistisk och kritisk skildring av en multisyjuk kvinnas vandring i vården. Trots att hon är mycket tydlig med vad hon vill, fattas beslut ständigt över hennes huvud. Inte minst anhörigas roll belyses bra. En klok distriktsläkare i inledningen och en inklämmande undersköterska på sjukhuset är de enda som på allvar försöker tillgodose hennes önskemål. En berättelse som föder många tankar om hur vi möter den som förlorat mycket av sin autonomi. Frågan om vems villkor som styr vården ställs på sin spets.”

Karin Hugelius *Ambulanslarm*. ”En berättelse, som med stark känslomässig närvaro gestaltar en dramatisk och utsatt situation, där en sjuksköterska - långt från sjukhusets trygghet - får möta alla de drabbades sorgereaktioner.”

Peter Strang *Att straffa sig själv*. ”En varm, inklämmande och väl formulerad berättelse med stor klinisk relevans om skam och skuld som roten till det onda. Scenen, där läkaren tar emot patientens outtalade men inte ovanliga förklaring till sin situation är väl gestaltad.”

Carina Bejlum *Liv och död*. ”En berättelse som med klinisk och psykologisk relevans gestaltar förlossningsläkarens jourupplevelser med de snabba kasten från avvaktandets gnagande till handlingens befrielse. Författaren belyser också den ibland oklara gränsen mellan arbete och privatliv.”

Studenttävlingen

Första pris på 5000 kr:

Till författaren av bidraget *Du fattar ingenting*. ”Ett dramatiskt möte på en hälsocentral mellan en ung AT-läkare och en patient med mångårig beroendeproblematik. Tack vare en klok handledares agerande omvandlas doktors osäkerhet och oro till en god insikt i ansvarsfördelningen mellan personalen, patienten och inte minst anhöriga. Mycket lärorikt.”

En redigerad version av bidraget finns att läsa på sidan 32 i detta nummer.

Hedersomnämning och 1000 kr:

Evelina Rosenqvist med *Snart är det Mors dag!* ”En personlig berättelse om vad som kan hända under en kurs i globalmedicin i Latinamerika. Skribenten har stark känslomässig närvaro och gör - med sitt perspektiv från det svenska Universitetssjukhuset - kärnfullt formulerade iakttagelser och reflektioner över sin framtid som färdig läkare.”

Skrivandet fortsätter

Sektionen för Medicinsk Psykologi planerar också att göra ett symposium om skrivande på Läkarstämman i höst.

Vi i tävlingsjuryn gläds åt det stora intresse som visats i tävlingarna och uppfattar att bidragen vittnar om att svensk sjukvård har många kloka och engagerade medarbetare! Samtliga prisbelönta bidrag finns på föreningens hemsida www.sfmp.se. Där kan man också läsa vinnande bidrag i skrivartävlingarna 2008 och 2006.

Vi vill uppmuntra er ALLA att fortsätta skrivandet och 2012 planerar föreningen en ny skrivartävling!

Maud Sjöström



Lena Svidén

Bengt Hamark

SFMPs skrivartävling

Såvitt redaktionen vet har AllmänMedicin aldrig haft något korsord tidigare. Vi hoppas läsarna ska få lite lagom huvudbry av detta som konstruerats av Saskia Bengtsson, allmänmedicinsk debattör med många strängar på sin lyra.

Skicka din lösning till SFAMs kansli, Box 503, 114 11 Stockholm, senast 30 juni 2011. Märk kuvertet "korsord". Tre vinnare får bokpriser.

				VID BEGRAVNING	▼	DIALEKTALT KLÄNGIG	I CENTRUM?	DRINKARE	▼	ÖSTBIL	▼
									▼	CHIFFRERA	▼
				SKRIKA UPPRÖRD				VOKALER		YTMÅTT	
				▶							
VISA VERBALT MISSNÖJE	HALV DAHLGREN FÖR BAK			JAPANSK LÖK				TIDSÅLDER			
▶			JOULE HÅRDA VOKALER	I LÄGENHETS-ADRESS		KAN MAN LÄGGA					
GNUGGA FÖRSE MED SYRE			HYLLNINGSDIKT ÄR VÄRST?			▶					
▶				NATIURLIG LOGARITM			METALLSTÅNG	▼			
ÄR DIN MAMMAS HALVBRORS DOTTER	APPLICERING	▶					BUSKE	▼		B-VITAMIN	▼
	NEDBRYTANDE ÅKOMMA	FRI	VILEBROR	II			REGISTER ICKE			HEJDUK	
▶											
							KUSIN I KOSTEN TOTALJOURNAL	▶			▼
VAJANDE STRÄET				ARTROSUTSATT LEDER					I EGENSKAP AV		
ELIOT			OR	FYR	↓		FARAO		LÖSANDE		
LJUSHYLLT AFRIKAN		TRICKS SPARSYMBOL				VARVÄDER PROMENERAT			SÄKERT FÖR SURF HALV MES		
▶				FÖR NJURE				WEST MODERN VINKEL			
▶											FRÅN FALUN ELLER WIEN?
				SNIDARÄMNE	BELGISK STAD	▶			▼	ÄLDRE BETYG	OPÅLITLIGT I VINDEN
		HALVGRÄS DANSKT Ä			SOM ROTARY FAST YNGRE		FÖR LÄGRE BOENDE	▶		LUGN ODÖRMARODÖR	
↓	ÖPPNING	GEGGA				UMEÅ I UMEÅ	▼	FÖR PÅSÄTTNING	GÖR MAN TILL SLUT BARNMAT		
											SEGERTECKEN
SUTURERA			UTANFÖR ÄMNET								SB

Svensk sjukvård till vanvett – om patienten bestämmer

Samtidigt med Åsa Kadowakis bok *Svensk sjukvård till vanvett* läste jag David Eberhards bok *I trygghetsnarkomanernas land*. Jag kan inte låta bli att se parallellerna, en samhälls- och individsyn som fokuserar på individens ansvar och möjligheter, mindre på samhällets ansvar för livets utfall: vem blir vinnare, vem förlorare? En annan gemensam nämnare är att båda böckerna pekar på en lång rad överdrifter och orimliga förhållningssätt både i samhället och i sjukvården. Där Eberhard pekar på trygghetsnarkomani ser Kadowaki ”doktorssnällism” som orsak till sjukskrivningsepidemin.

En tredje gemensam tråd är bakgrunden; båda är utbildade enligt KBT, kognitiv beteendeterapi, och det märks på språk, förhållningssätt och inte minst på otaliga referenser till klassisk inlärningsteori.

För att lämna parallellerna dörhän; Åsa Kadowaki är psykiatriker och KBT-terapeut, och delar sin tid mellan att vara konsult till primärvården i Östergötland och försäkringsmedicinsk rådgivare till försäkringskassan. Det sistnämnda märks i attityden till sjukskrivningar och ett i mitt tycke väl fyrkantigt sätt att använda sjukdomsbegreppet. Det är synd! Boken förtjänar ett bättre öde än att betraktas som någon slags partsinlaga i sjukskrivningsdebatten. Slagträ i debatten har boken ändå blivit, Hanne Kjöllér på DN har använt den i flera ledare som underlag för sin kritik av sjukförsäkringen.



Svensk sjukvård till vanvett

Författare: Åsa Kadowaki

ISBN 9163361515

Förlag: Psykologinsats

Sidor: 158

Det jag uppskattar mest i boken är ett stort mått av optimism, trots att större delen handlar om allvarliga problem i sjukvården. Att vi som läkare kan göra skillnad, genom att säga nej till åtgärder, intyg och recept som vi inte tror på och som ofta saknar medicinsk grund. Här finns också en hel del handfasta tips hur man kan stå på sig som läkare, lära sig att stå ut med patientens frustration och lidande utan att känna sig tvungen att kompensera med intyg eller recept.

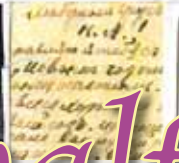
Trots det hänger jag upp mig på en del passager i boken – bland annat en kort betraktelse kring undervisningen i samtalsmetodik på läkarutbildningen. Där undrar jag om jag missförstår vad som menas. Inte är det väl oförenligt att lyssna noga på patienten, ta reda på farhågor, förväntningar och föreställningar, och att säga nej till en farlig eller meningslös sjukskrivning, för att ta ett exempel.

Vid en snabb genomläsning av boken blir lätt magkänslan att den företräder kyliga och människofientliga attityder – var och en sin lyckas dräng. Riktigt så enkelt är det inte. Boken förtjänar mer eftertanke än så. Man kan krama ihjäl sina patienter, exempelvis med passiva sjukskrivningar och slapp förskrivning av läkemedel. Inte är uppsåtet illa, men resultatet blir likväl passivisering och själva motsatsen till empowerment.

Alldeles bekvämt är det inte att läsa boken. En del av sin egna inte helt ändamålsenliga och inte helt rationella ställningstaganden känner man som läkare igen från bokens exempel. Den ställer också en del obekväma frågor kring vilken doktors roll egentligen är och borde vara i relation till patienten.

För att ha behållning av boken behöver man knappast hålla med om allt som sägs i den. Jag tror den har potential som diskussionsunderlag för FQ-grupper och för dialog mellan handledare och ST-läkare.

Staffan Olsson
staffan.olsson@ptj.se



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Konsten att flyga

Vid ett besök i Florens blir jag djupt berörd av Michelangelos statyer med de fyra fångna slaverna, som halvt ofullbordade släppts loss ur klippan, och är sedan med om en händelse på hög höjd som möjligen har ett samband med konstverket.

Jag stod stum inför stenodernas slutna storhet. Kände urkraften i hur de med geniets hand bänts ur berget. Oändligt lätta, oändligt tunga talade de till mig från evigheten. Fångarna satt kvar i stenen, men var ändå friare än människan någonsin skulle bli.

Florens var kvavt och varmt, fullt med turister som vanligt, men staden var ändå på något sätt oberörd av larmet, och av de små grupperna som med skyltförsedda ledare fortsatte att ila fram och tillbaka framför Domen som yrvakna myror i vårsolen.

Själv var jag trött, lite lätt illamående och kallsvettig efter vin och minst tre rätter till lunch varje dag, där jag satt i det skakiga planet och tittade ut över Alperna.

Efter starten från Florens hade vi fått gå ner för att tanka redan i Genua och stämningen var lätt irriterad ombord.

Då hör jag avlögset en röst i högtalaren fråga om det finns någon läkare ombord. Jag vaknar till lite, trevar med fötterna under sätet efter mina sandaler och försöker göra mig osynlig. Det är för sent. Min hustru har redan tryckt på knappen, och flygvärdinnan tar med ett effektivt leende med mig till en man i bakre delen av planet som fallit ihop i en hjärtattack. Jag beordrar fram syrgas, mediciner, mä-



ter blodtrycket, lugnar honom, tröstar hans hustru, stoppar i honom Nitromex, packar ihop hans saker och säger till att planet skall landa direkt.

De andra sa efteråt att de aldrig landat så snabbt, vi sjönk rakt ner i München, på några minuter, som i en enda lång svepande luftgrop. Folk skrek, och spände förskräckta fast sina säkerhetsbälten, medan jag satt oberört balanserande på armstödet och mätte blodtrycket. Alla passagerarna stod upp och applåderade

när jag gick tillbaka till min plats efter att det tyska akut-teamet hämtat mannen.

Ett litet improviserat tal med en hälsning från den sjuke mannen till passagerarna stillade deras oro. Hälften var påhittat, men det hade god effekt. En man räckte upp handen och frågade:

”Ursäkta mig doktorn, kommer vi att kunna lyfta snart igen ...?”

Svaret kändes självklart:

” Jag ska kolla med grabbarna...”

Var det bara ett utslag av vanlig hybris, och en rejäl dos tvivelaktig grundpersonlighet? Var det läkekunst på hög höjd?

Jag vet inte, men av någon anledning kände jag mig en kort stund som ett med fången som Michelangelos hand befriat ur klippan...

Jag lämnar nu stafettpippen till Marcel Aponno, ST-läkare i Allmänmedicin i Kungälv och deckarförfattare.



Bengt Sköld

bengt.skold@honvardcentral.se

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

Kvalitetsrådet
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 Jerden
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-tarmintraserade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

NÄSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkekan & 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
Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.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
Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

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
Anna-Karin Österlin
anna-karin.osterlin@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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidskriften utkommer med sex nummer per år. Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

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

Redaktion

Karin Träff Nordström, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, redaktör
 gits.joel@tele2.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Johanna Johansson,
 redaktionssekreterare
 SFAM
 Box 503, 114 11 Stockholm
 08-23 24 01
 johanna.johansson@sfam.se

Katarina Liliequist, illustratör
 Herrestads vårdcentral, Uddevalla
 katli@telia.com

Layout

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

Annonser

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

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
 www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Karin Träff Nordström
 chefredaktor@sfam.se

Utgivningsplan för 2011

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	7/2	14/3
2	18/4	23/5
3	29/8	10/10
4	7/11	19/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda


Kalendarium
2011**Juni**

Nordic Congress of General Practice
 14-17 Tromsø, Norge

Augusti

Allmänmedicinsk fjällvandring
 15-21

September

Idrottsmedicin Klinisk fördjupningskurs för läkare

1-2 Bosön
 www.simf.se

Wonca Europé Conference

8-11 Warszawa

SFAMs idéseminarium

14-15

Geriatrisk Radiologi

En kurs för geriatriker, allmänläkare och radiologer

24/9-1/10 Korsika
 Sölve Elmstahl solve.elmstahl@med.lu.se

The Network TUFH Conference

www.the-networktufh.org/conference/
 17-21 Graz, Österrike

Oktober

EGPRN-möte
 13-16 Krakow

Idrottsskador i nedre extremiteten – handläggning och behandling

27-29 Karolinska US Huddinge
 www.simf.se

November

SFAMs VIII:e Nationella kvalitetsdag för primärvården
 16 Stockholm

2012**Januari**

Örebro-Värmlands allmänläkardagar
 11-12

Mars

Svensk Allmänmedicinsk Kongress
 21-23 Luleå



Kursdiktorns utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Granskning genomförs vår och höst. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdiktorn.nu

SFAMs kansli

Heléne Swärd
 helene.sward@sfam.se
 kansli@sfam.se
 Post och besöksadress:
 Box 503
 Grev Turegatan 10E
 114 11 Stockholm
 Tel: 08-23 24 05
 Fax: 08-20 03 35
 Hemsida: www.sfam.se

Idéseminarium 14–15 september 2011 i Uppsala



Välkommen till en strategiworkshop där vi tillsammans tar sikte på och lägger an för de strategier och beslut som föreningen behöver i en snabbt föränderlig sjukvårdsorganisation. Det finns många frågor där vi behöver samla tankar och kraft för att jobba vidare på ett smart sätt:

- allmänmedicinsk kompetens – självklarhet eller dinosaur? Är vi på väg att bli deprofessionaliserade tjänstemän?
- grundutbildning – AT på väg bort. Var kommer allmänmedicin in?
- ST – ny översyn av specialistindelning på gång – hot eller möjlighet?
- fortbildning – recertifiering?
- SFAMs interna arbete – var ska krutet läggas
- kommunikation – utåt och inåt – Hur och Vad?
- allmänmedicinsk forskning – mer, fler och bättre!?

Vi bjuder in 1–2 personer från varje råd och lokalförening till detta seminarium som ska ligga till grund för SFAMs fortsatta arbete.

Styrelsen ser gärna att det kommer både folk som varit med ett tag och några i yrket yngre kollegor så att vi får en diskussion som kan ta avstamp i erfarenhet, men också som har förmåga att lyfta och ta kraft framåt.

Anmälan sker via råd eller lokalförening som utser sina representanter senast 10 augusti.

Hjärtligt välkomna,
 För styrelsen
 Eva Jaktlund, Ordförande

”Voffor gör jag på detta viset?”

Under de senaste åren har jag många gånger haft anledning att fundera över vad det är som driver mig i mitt yrkesliv. Efter några år i lugnt tempo, delvis självvalt, delvis påtvingat, är jag nu tillbaka för fullt och kastar mig ivrigt över den ena utmaningen efter den andra. Inte utan eftertanke men kanske inte heller alltid med ett tydligt mål för mitt engagemang.

Jag får ofta frågan hur jag hinner med allt jag gör? Svaret är enkelt. Jag hinner inte så mycket som ni tror. Just nu syns dock mycket av det jag gör. Det som inte syns är att jag jobbar väldigt lite kliniskt och att jag har städhjälp samt en deltidsarbetande man som handlar, lagar mat och pysslar om hemmet, en arbetsfördelning som just nu passar oss båda väldigt bra.

Svaret på frågan varför jag gör det jag gör är mer komplext. Den för mig viktigaste motiverande faktorn är nog viljan att påverka, att aldrig bli ett offer för omständigheterna utan att i stället se möjligheter inom de begränsningar som verkligheten ställer. Samtidigt som jag försöker påverka begränsningarna på olika sätt genom lobbying och fackligt arbete.

Även här finns ett svar på hur-frågan. Genom att lära känna spelregler, av vem och när beslut tas, är det lättare att lägga energin på sådant som går att påverka i stället för att sucka och gnälla över sådant jag inte rår på.

Entreprenörskapet är en relativt ny sida hos mig själv som får blomma ut i och med min roll som verksamhetschef på en privat driven vårdcentral. Att få leda en verksamhet med engagerade medarbetare är en ynnest. Det som driver mig mest i det dagliga arbetet är nog en vilja att se hur bra verksamheten kan bli om vi fokuserar på att ständigt bli bättre, återigen genom att se mer på möjligheter än på hinder och genom att skapa en kreativ miljö där idéer testas och utvärderas.

Ekonomisk vinst för vårdcentralen är för mig huvudsakligen ett medel för att kunna utveckla verksamheten till gagn för våra patienter och med en god arbetsmiljö för medarbetarna. Här finns också viljan att göra gott som en bidragande motivationsfaktor. En viss tävlingsinstinkt driver mig också att vilja visa att det genom att arbeta smartare går att få ut mer av såväl kvalitet som produktion ur våra gemensamma skattepengar. Mer pengar i egen ficka hamnar längre ner på motivationsskalan även om jag ser fram emot den dagen då en resultatbaserad lön inte längre innebär en lägre lön än vad jag hade haft om jag varit landstingsanställd.



Ytterligare drivkrafter, om än med åren med allt mindre att säga till om, är strävan efter berömmelse, duktig-flicka-komplexet och en önskan att rädda världen.

De senaste veckorna har ett nytt projekt dykt upp framför ögonen på mig. Efter att ha rannsakat alla ovanstående motiv för att se om det finns några bra argument för att avstå, kan jag konstatera att jag gör det jag gör just nu för att jag helt enkelt inte kan låta bli. Att få göra det jag är allra bäst på och dessutom till nytta och glädje för andra är en nåd och ger också den energi som krävs för att genomföra projektet.

Karin Träff Nordström