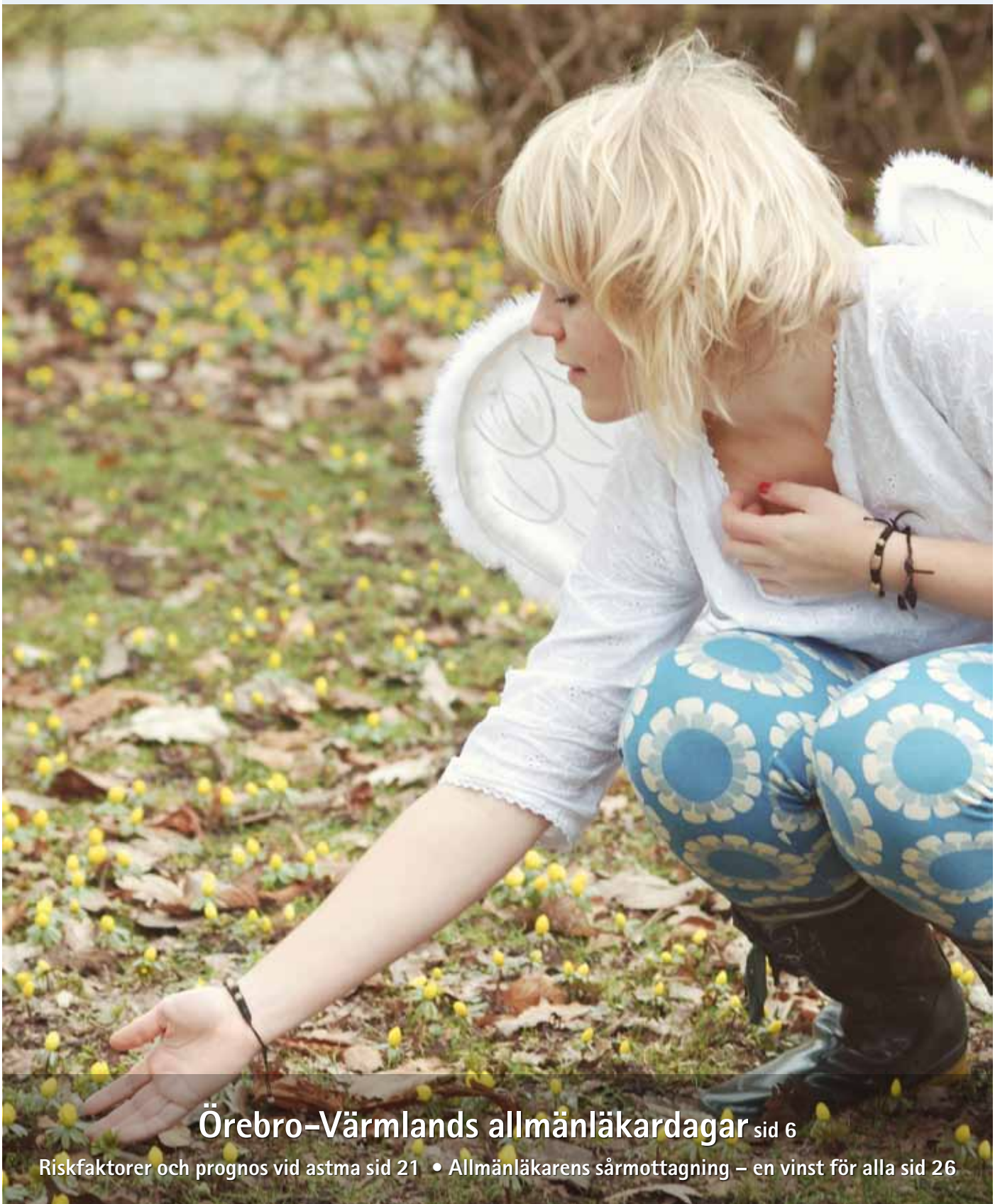


# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2011 ÅRGÅNG 32



Örebro–Värmlands allmänläkardagar sid 6

Risikfaktorer och prognos vid astma sid 21 • Allmänläkarens sårsmottagning – en vinst för alla sid 26

**3 Ledare**

Respekt – kamrater!  
*Ulf Peber*

**5 SFAM informerar**

Nytt studiebreiv om demens

**6 Fortbildning**

Örebro-Värmlands allmänläkardagar  
– en nu etablerad tradition  
*Bengt Karlsson*

**8 Avhandling**

Födoämnesallergi – viktigaste riskfaktorn hos förskolebarn  
för att insjukna i astma  
*Kristina Bröms*

**10 Reflektion**

Modern astmabehandling – modern uppföljning!  
*Robert Svartholm*

**14 Kvalitet**

Kvalitetsuppföljning i primärvård  
– kan nationella register vara till hjälp?  
*Peter Odebäck, Kerstin Romberg*

**18 Reflektion**

Om jag blir sjuk  
*Bengt Järhult*

**21 Avhandling**

Riskfaktorer och prognos vid astma  
*Monica Uddenfeldt/Isak Lindstedt*

**22 Riksstämman 2010**

Prisade posters från utställningen  
*Fredrik Norström, Edith Koczka*

**24 Recension**

Medical Humanities Companion Volume Two: Diagnosis  
– En självklar följeslagare!  
*Tina Nyström Rönnäs*

**26 Klinisk praxis**

Allmänläkarens sårmodtagning – en vinst för alla  
*Rut Öien*

**29 Nationellt handlingsprogram**

Nationellt handlingsprogram – vid sexuella övergrepp  
*Elisabeth Tønnesen m.fl.*

**33 Utmärkelse**

Knud Rasmussen – Årets familjeläkare i Nordvästskåne  
*Miriam Birgersdotter*

**34 Avhandling**

Ricardo Almon – förste distriktsläkaren som disputerar vid  
Örebro universitet  
*Peter Engfeldt*

**35 Lokalföreningar**

SFAMs lokalgrupp i Jämtland/Härjedalen – SFAM-Z  
*Kristina Seling*

Omslagbild: Cecilia Träff  
cecilia.traff@gmail.com

**36 Klinisk Praxis**

Raffe-hals  
*Karin Lindhagen*

**38 Reflektion**

Allmänmedicinen vänder sig om i sin grav  
*Torsten Green Petersen*

**40 Klinisk praxis**

Arbetsför?  
*Gunnar Axelsson*

**41 SFAMs råd för levnadsvanefrågor**

Nya riktlinjer för arbete med levnadsvanor:  
Risker och möjligheter  
*Lars Jerdén, Åsa Wetterqvist*

**44 Recension**

Sammenhenger  
– Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis  
*Björn Nilsson*

**47 Praktik**

Är du klar nu? En riktig doktor?  
*Elin Khokhar*

**48 Recension**

Døden, skal vi danse  
*Karin Träff Nordström*

**49 Recension**

Matrevolutionen – paradigmskifte eller övermod?  
*Staffan Olsson*

**50 SFAM informerar**

Svenska Läkaresällskapet – rapport från en allmänläkare  
*Margareta Troein Töllborn*

**52 Recension**

Från Provinsialläkare till Primärvård – en historisk exposé  
*Ingmarie Skoglund*

**53 Kulturspalten**

Champagne, sirap och Wittgenstein  
*Henrik Åhsberg*

**54 SFAM informerar, kalendarium**

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

**56 Krönika**

Soldatens dröm  
*Johan Mattsson*

**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](http://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](mailto:chefredaktor@sfam.se)

**Annons**

# Respekt – kamrater!



Bristande respekt i kontakten med patienter, kolleger, medarbetare eller lärare visade sig vara den starkaste prediktorn för misstag i den enskildes framtida läkargärning

## Respekt, ett laddat ord

Respektfull är vackert. Respektlös är mindre smickrande.

Är respekt något gammalmodigt hierarkiskt som vi slutat syssla med för länge sedan? Ett kaxigt imperativ som ungdomar i vissa kretsar kräver av varandra? Eller något helt i tiden som är avgörande för hur det går för oss som läkare?

Jag har hunnit fundera mycket kring ordet sedan jag i fjor fick ta del av resultatet i The Carnegie foundation for the advancement of teaching bok ”Educating Physicians”. Det är en redogörelse av en gigantisk studie från USA där man granskat vad som är viktigt i utbildningen av blivande läkare.

Där finns mycket matnyttigt som ni kanske redan tagit del av. Det som fångade mig mest när en av författarna, David Irby, redogjorde för studien på läkarsällskapet var följande:

När man granskade bakomliggande faktorer till varför vissa studenter begick misstag senare i sin gärning som läkare var det bara en faktor som var signifikant. Det var inte intagningsbetyg, social status, tentamensresultat eller praktiska missar. Nej det enda man kunde belägga var uppvisad brist på respekt under tiden som student.

Bristande respekt i kontakten med patienter, kolleger, medarbetare eller lärare visade sig vara den starkaste prediktorn för misstag i den enskildes framtida läkargärning.

Kunskaper, färdigheter och förhållningssätt är honnörsord för oss som sysslar med utbildning och nu har vi svart på vitt att det sistnämnda är nog så viktigt. En utmanande fråga är då om det är något man kan tillägna sig med rätt handledning eller om det måste komma med uppfostran som barn?

Efter grundskola och gymnasium går studenterna fem och ett halvt år på läkarutbildningen, vikarierar ofta innan AT, gör AT i två år och sedan ST i minst fem år. Eftersom vägen till läkaryrket är så lång borde vi också med bra handledning ha stora möjligheter att träna förhållningssättet.

I detta sammanhang ställer jag mig också frågan om det verkligen ska behöva ta så lång tid för att tillägna sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att bli specialistläkare? De flesta av oss har lätt för att lära och med god handledning och en alltmer individuellt anpassad specialistutbildning tror jag att många skulle kunna uppnå specialistkompetens på kortare tid. Att ha en så pass lång minimitid för en målstyrd ST tycker jag man kan ifrågasätta.

Nu tror jag faktiskt att en förändring kan vara på väg, grundutbildningen kommer troligen snart bakas ihop med AT under 6 år och det påbörjas en ny översyn av specialitetsindelningarna – hur de är utformade i bas- och grenspecialiteter och vilken typ av specialister

sjukvården behöver för att möta samhällets behov på ett kostnadseffektivt sätt. Diskussioner pågår på läkaresällskapet och det planeras en workshop i ämnet redan den 13 maj. Möt gärna upp om ni är intresserade och kan komma ifrån.

I detta sammanhang vill jag återkomma till respekten och betona vikten av interkollegial respekt. Vi kommer att behöva bryta ner prestige och revirtänkande mellan institutioner och specialiteter för att skapa en utbildning där vi ger framtidens läkare en god grund med hög kompetens, väl utvecklade färdigheter och ett respektfullt förhållningssätt.

För övrigt tycker jag att SFAM +DLF= Allmänläkarföreningen är en vacker ekvation.

Med all respekt till er SFAM-medlemmar.



**Ulf Peber**  
Skattmästare,  
Ordförande SFAMs utbildningsråd,  
delegat SLS utbildningsdelegation,  
studierektor  
[ulf.peber@sfam.se](mailto:ulf.peber@sfam.se)

**Annons**

# Temanummer

Ni håller nu AllmänMedicins första temanummer i er hand, ett nummer som är tjockare eftersom vi gått över från sex till fyra nummer per år. Vi hoppas att tidskriften också ska vara ännu mer läsvärd. I redaktionen välkomnar vi förändringen som ger oss möjlighet till bättre framförhållning och också till en liten paus mellan varje nummer :-).

Vi hälsar med detta nummer Isak Lindstedt välkommen till AllmänMedicins redaktion! Samtidigt har Stig Andersson aviserat sin avgång till sommaren så behovet av nya redaktörer kvarstår. Välkommen att höra av dig, du som gärna skriver och redigerar texter och som vill bidra till att göra AllmänMedicin ännu bättre!

Nästa nummer har som teman osteoporos, artros och smärta. Du som redan nu känner dig manad att skriva om ett av dessa teman ur ett allmänmedicinskt perspektiv eller känner någon som du tror gör det – hör av dig till redaktionen!



**Karin Träff Nordström**  
chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

## Nytt studiebreiv om demens

Anders Wimo och Sonja Modin har författat ett nytt studiebreiv om demens som nu går att läsa/hämta på SFAM:s hemsida. Här följer ett utdrag ur inledningen till studiebreivet.

År 1990 fanns det ca 115 000 personer med någon form av demenssjukdom i Sverige. Det fanns samtidigt ca 63 000 sjukhusplatser (inklusive psykiatri) och ca 115 000 platser i olika former av särskilt boende (säbo) för äldre. 2010 fanns det ca 148 000 personer med demenssjukdom, antalet sjukhusplatser hade minskat till ca 25 000 och det fanns drygt 90 000 platser i säbo. Det har alltså skett en stor omstrukturering inom sjukvården och äldreomsorgen med en avveckling av ”institutionella” vårdformer och satsning på stöd och vård i ordinärt boende, samtidigt som antalet personer med demenssjukdom ökat kraftigt. Under denna period har det också registrerats läkemedel för symptomatisk lindring av symptom vid olika grader av Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demensformen.

Som en följd av att antalet personer 80 år och äldre kommer att öka kraftigt efter år 2020 kommer också antalet personer med demenssjukdom att öka kraftigt om det inte inträffar något stort framsteg i behandlingen som t.ex. primär- eller sekundärpreventiv behandling eller behandling av manifest demenssjukdom. Primärvården som första linjens sjukvård är i allra högsta grad involverad i dessa processer dels när det gäller att upptäcka och diagnostisera demens, dels när det gäller den fortsatta vården inom hemsjukvård och i säbo. Förskjutningen av ansvar från den specialiserade sjukvården till primärvården har lett till att primärvården fått ta över ansvaret för vården av svårt sjuka personer utan att någon egentlig förberedelse för det skett.



# Örebro-Värmlands allmänläkardagar – en nu etablerad tradition

**E**n gång är ingen gång, men två gånger – då har det utbildats en tradition. SFAM:s lokalavdelning i Örebro-Värmland har antagit som en av sina huvudaktiviteter att anordna dubblerade utbildningsdagar varje år. Dubblerade för att ge alla allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin möjlighet att delta.

I år var temat ”Mellan vårdprogram och verklighet”, ett namn som vi lånat från kollegorna i Kronoberg som ordnat en kurs med detta namn. Vårdriktlinjer spelar en allt större roll i vården samtidigt som den alltid lite motspänstiga och avvikande kliniska verkligheten hela tiden gör motstånd och kräver individuella anpassningar. Vi ville därför spegla några aktuella vårdriktlinjer i den kliniska verklighet som är allmänläkarens.

## Demens

Demenssjukdomar har aktualiserats genom nya nationella riktlinjer under 2010. Under hösten har det också varit en viss medial uppmärksamhet på temat underdiagnostik och underbehandling. Vi hade bjudit in professor **Jan Marcusson**, Linköping, som haft en viktig del i arbetet med riktlinjerna. Våra frågor handlade om några nyckelområden – gränsen mellan frisk och sjuk, värdet av olika diagnoshjälpmedel, etiska aspekter på utredning och behandling, insättande och uppföljning av behandling. Frågorna belystes mycket initierat och på ett sätt som kändes mycket relevant ur allmänläkarperspektivet. Skälen till att vara aktiv och ta initiativ till utredning diskuterades – att ställa korrekt diagnos och utesluta behandlingsbara orsaker, främst depression, att ge patient och anhöriga ett namn på problemet, att kunna förmedla samhällets stöd till patient och anhöriga samt att ibland kunna lindra besvär genom läkemedel. Frontallobsdemensens klinik beskrevs speciellt och uppfattades som en specialistangelägenhet. Slutligen beskrevs det program för systematisering av demensvården som tillämpas i Östergötland och här fick vi en hel del idéer till förbättringar på hemmaplan.

## Bensår

Bensår – a never ending story. Bensår är ett tillstånd som ibland lever sitt eget liv på en vårdcentral. Omläggningar som pågår under lång tid, bristande kontinuitet bland sköterskorna, fragmentariska läkarinsatser med bristfällig diagnostik och en överanvändning av antibiotika är ingredienser som gör behandlingen ineffektiv.

**Rut Öien**, allmänläkare och nu verksam vid Sårcentrum Blekinge delade med sig av sina mångåriga erfarenheter av arbete med främst ben- och fotsår.

Läkaren måste ta ansvar för diagnostik. Venösa sår kräver adekvat kompression. Ibland kan det finnas en osäkerhet om den arteriella komponenten, använd Doppler med ankeltryckmätning regelmässigt för värdering av denna. Vid venösa sår fanns god erfarenhet av Profore 4- eller 3-lagermodell med byte av förband en gång per vecka. Pumpstöver kan med fördel användas i samband med omläggningarna. Även pumpsko demonstrerades vid svullnad i samband med fotsår.

Kontinuiteten i behandlingsarbetet betonades och Rut hade goda erfarenheter av att arbeta med begreppet såransvarig – ofta en undersköterska på patientens särskilda boende. Problemet med venösa bensår är ju inte över bara för att såret för tillfället är läkt. Uppföljning och tillsyn av att kompressionsbehandling fungerar är essentiellt för att förhindra sårrecidiv.

## Nutrition

Förra årets tema var ”Du är vad Du äter” och då ägnades dagarna åt att försöka skingra dimmorna kring de kontroverser som finns kring vad som är hälsosam kost. Nutrition återkom under årets allmänläkardagar. I år låg fokus på undernäring, ett område som fått ökad uppmärksamhet inom EU-området. Kirurgprofessorn **Olle Ljungqvist**, Örebro, beskrev intresset utifrån kirurgens perspektiv. Många patienter på sjukhus bedöms som undernärda och det innebar ökade komplikationsrisker, försämrade läkningsbetingelser och en ökad sjukvårdskonsumtion. Även många personer i institutionsboende uppfattas som undernärda, men den dominerande populationen finns i hemmen. Den internationella organisationen ESPEN arbetar med att öka medvetenheten om problemet samt att skapa guidelines och bedriva utbildning i frågan. Vi kommer sannolikt att få höra mera om detta framöver.

## ”Varför gör vi inte som vi säger?”

Dagarna avslutades med att allmänläkaren **Christer Pettersson**, Växjö talade på temat antibiotikabehandling. Christer har en sällsam förmåga att tolka den allmänmedicinska vardagen och sätta ord på det som de flesta känner igen men inte har så lätt att uttrycka. STRAMA:s riktlinjer, t.ex. i den form som de publicerades under slutet av 2010, uppfattas som mycket relevanta och användbara. Ändå ser vi stora skillnader i antibiotikaförskriv-



## Föreningen delade ut sina priser till förtjänta kollegor och diplomerade de nyblivna specialisterna



Olle Ljungqvist



Christer Petterson

ning mellan olika enheter. Vårdriktlinjernas medicinska fakta och regler för rationellt handlande möter en verklighet som ibland består av undantag, infektionskänsliga familjer, oroliga föräldrar, stundande utlandsresor eller storhelger – faktorer som kan lägga ut ett irrationellt töcken över patientmötet.

Någonstans måste vi ändå enas i att inta en restriktiv hållning när det gäller antibiotikaförskrivning och på ett klokt sätt försöka hantera alla irrationella skäl i undantagens värld.

### Fest, priser och diplom

SFAM:s allmänläkardagar fungerar som en mötesplats för allmänläkare och ST-läkare i Örebro och Värmlands län. I år hade dagarna samlat 125 deltagare. På kvällen den första dagen anordnades en festmiddag då föreningen delade ut sina priser till förtjänta kollegor och diplomerade de nyblivna specialisterna. Efter middagen bjöds det upp till dans till irländska toner från örebrogruppen Tullamore Brothers och olika turer i jig och reel lärdes ut. Det var kort sagt ett riktigt röj.

SFAM:s konferensservice skötte förtjänstfullt det praktiska arbetet kring anmälan och fakturahantering. Landstingen i Örebro och Värmland gav ekonomiskt stöd för genomförandet av dagarna. Styrelsen har redan börjat planera för nästa år!



Bengt Karlsson

Distriktsläkare

Baggängens vårdcentral

[bengt.karlsson@orebroll.se](mailto:bengt.karlsson@orebroll.se)



Autoreferat av avhandling

# Födoämnesallergi – viktigaste riskfaktorn hos förskolebarn för att insjukna i astma

Förekomsten av astma, eksem och hösnuva har fördubblats under de senaste decennierna. Ökningen har främst skett hos barn och unga vuxna. I länder med den högsta förekomsten av astma och allergiska sjukdomar finns tecken på att ökningen har avstannat [1].

Avhandlingsarbetet är baserat dels på en enkät om inomhusmiljön i allergiförskolor och vanliga förskolor, dels på en grupp om nästan 6000 förskolebarn från hela Sverige och grundar sig på fyra delarbeten.

## Delarbete 1

Syftet var att kartlägga i vilken utsträckning allergiförskoleavdelningarna skiljde sig från vanliga förskoleavdelningar vad gällde regler angående djurinnehav, rökning, parfym och städrutiner samt byggnadens konstruktion, inredning och fuktskador. 84 allergiförskoleavdelningar och 355 vanliga förskoleavdelningar besvarade enkäten. Nästan alla allergiförskolor hade restriktioner mot pälsdjur i hemmet, rökning och parfym. Allergiförskolorna hade mer skåp som gick upp till taket, färre öppna hyllor, mindre gardiner och mycket frekventare städning och rengöring av textilier. 39 procent av kontrollförskolorna och 25 procent av allergiförskolorna hade tecken på aktuell eller tidigare fuktskada. Mycket damm och fuktskador har visats kunna ge ökade besvär hos barn med astma.

## Delarbete II

Syftet var att undersöka betydelsen av ålder, kön och befolkningstäthet för astmaprevalensen. Föräldrarna till 1000 allergiförskolebarn och 4886 kontrollförskolebarn, 1–6 år gamla, besvarade en enkät med frågor om astma, eksem, allergisk snuva och födoämnesallergi samt bakgrundsfaktorer. Astmaprevalensen ökade fram till 3 års ålder och minskade därefter hos båda könen. Pojkarna hade 1,5 procentenheter högre prevalens än flickorna, och vid 3 års ålder hade 11,4 procent av pojkarna astma och 9,8 procent av flickorna. Prevalensen ökade med befolkningstätheten med 2 procent per 100 invånare/km<sup>2</sup>.

## Delarbete III

Syftet var att analysera åldersspecifik prevalens av astma, allergisk snuva, eksem och födoämnesallergi och deras samvariation. Prevalensen av astma, eksem och födoämnesallergi ökade fram till treårsåldern och minskade sedan, till skillnad från allergisk snuva som ökade kontinuerligt. Pojkarna hade mer astma, rinit och allergi mot hund och nötter än flickorna. För astmaprevalensen hade samtidig pälsdjursallergi störst betydelse, för

allergisk snuva pollenallergi och för eksem födoämnesallergi. Allergisk rinit hade 8 procent av kontrollförskolebarnen, 22 procent eksem och 8 procent födoämnesallergi. En tredjedel av barnen hade minst ett av symtomen astma, allergisk rinit, eksem eller födoämnesallergi.

## Delarbete IV

Syftet var att studera nyinsjuknande i astma och riskfaktorer för att få astma. En uppföljande enkät skickades ut efter 5 år och 4255 besvarade båda enkäterna. Av de 3715 barn som inte hade astma vid första enkäten hade nu 4,1 procent fått astma, dvs. ca 0,8 procent av barnen fick astma per år. Den faktor som hade störst betydelse för om barnet skulle få astma var om barnet vid första undersökningen redan hade födoämnesallergi. Risken att insjukna i astma minskade också med åldern; vid sex års ålder var risken hälften så stor jämfört med vid ett års ålder.

Sammanfattningsvis visar studien att många förskolebarn med astma, eksem och födoämnesallergi blir av med sina symtom redan före sju års ålder.



Kristina Bröms  
kristina.broms@pubcare.uu.se

## Fakta

Avhandlingen, *A Nationwide Study of Asthma and Allergy in Swedish Preschool Children –with Special Reference to Environment, Daycare, Prevalence, Co-occurrence and Incidence*, är elektroniskt publicerad på <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:305286>

## Referenser:

1. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, Williams H. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006, 368 (9537): 733-743.

**Annons**

# Modern astmabehandling – modern uppföljning!

Under 80-talet behandlades astma på sjukhusens akut-mottagningar med injektioner och dropp. Dödligheten var hög. Sjukdomen var handikappande och skillnaden mellan "illness" och "disease" var marginell. Var man sjuk så var man. Senare kom de moderna inhalationsmedlen, och en kvalitetsindikator blev "andelen astmatiker som behandlas med kortisoninhalationer". Följsamheten till behandlingen har dock alltid varit bristfällig – inte ens i kontrollerade studier med elektroniska inhalatorer följde patienterna alltid ordinationerna.

## Resurskrävande astmamottagningar

I början på 90-talet växte "astmamottagningar" fram med astmasköterskor och olika strukturerade program. "Bättre med en astmasköterska än med en stressad allmänläkare", sa en av företrädarna i mitten av 90-talet. Studier av utfallet från mottagningarna gav tvetydiga resultat. Patienternas välbefinnande avvek från mätbara spirometriverden, och skillnaden mellan "illness" och "disease" blev tydligare. En "frisk" patient kunde ha allvarlig astma och en patient som mätte dåligt kunde ha bra mätvärden (1). Allergicentrum i Linköping försökte i slutet av 90-talet skapa ett nätverk av vårdcentraler, men det gick trögt. Enheterna uppgav att de inte "hade tid", eftersom de sysslade med annat (bl.a. diabetes och kvinnomisshandel). Hälften av vårdcentralerna i Östergötland var inte "intresserade" av astma. De strukturerade programmen och uppföljningarna var alldeles för resurskrävande.

## Utvärdering av läkemedelseffekter

Numera diagnostiseras astma efter "långdragna förkylningar" eller "natlig hosta", och sjukdomen är inte längre EN sjukdom. Det finns mängder av varianter, där "hyperreaktiv slemhinna" är en ytterlighet och stadiindelningen (sporadisk till svår) differentierar sjukdomsbilden ytterligare (2). En mycket stor del av astmatikerna i primärvården har sporadisk eller lindrig astma, och i dessa fall rekommenderar Läke-medelsverket att behandlingen ska omvärderas och trappas ner flera gånger om året (3). Att skilja ut de olika astmatyperna och "monitorera" behandlingarna efter alla konstens regler är alltså en omfattande arbetsuppgift. Aktuella undersökningar tycks visa att många patienter "står kvar" på kortison, eller långverkande betastimulerare, i stället för att ställas om till kortverkande medel vid behov när besvären är sporadiska. Vården tycks inte "ha tid" att kontrollera enligt nationella riktlinjer, och överbehandlingar eller felbehandlingar tycks vanliga (4,5).

## Diagnostisering

Luftrörsbesvär är en mycket stor del av arbetsinnehållet på en vårdcentral, då upp mot 30–50 procent av befolkningen har

allergiska manifestationer (6). Diagnosregistreringen är inte fullständig i dessa avseenden, och man vet att många av dem som ringer för "allergirecept" i själva verket inte har en allergi. I tider av valfrihet, omlistning, olika datajournalssystem och stor befolkningsrörlighet, så är patientens besked om sin diagnos mycket svår och tidskrävande att värdera och säkerställa (7). Med tanke på en allt snävare definition på "långdragen förkylning/hosta" och mer pålästa patienter, kommer fler patienter med frågeställningen "astma" efter kortvariga symtom. Med de ökade tillgänglighetskraven hamnar de på "lättakut" eller "öppen mottagning" och registreras som "akutpatienter", ofta utan kontinuitet i patient-läkarrelationen.

Kan en allmänläkare vara ointresserad av astma när 5–10 procent av befolkningen, och 20 procent av barnen har diagnosen (6)? I dag beräknas det finnas 700 000 "astmatiker" och dessutom 500 000 KOL-patienter, där diagnoserna ofta övergår i varandra. Informationsflödet är riktligt. Astma ger mer än 2 miljoner träffar på Google, och alla aktuella läkemedelsföretag och hälsositer med självaktning har omfattande informationsmaterial att läsa eller ladda hem; så information om sjukdomen saknas inte.

## Omodern kvalitetsuppföljning

Astma- och Allergiförbundet (AAF) är en viktig aktör i branschen, som liksom en stor del av forskningsaktiva läkare under åren varit nära beroende av industrin. Därför handlar mycket av uppföljning och behandling om "mer och oftare", inte så mycket om att minimera insatser och att rationalisera. Nyligen har AAF gjort en utvärdering av astmavården i fem utvalda regioner, med samma frågor som varit aktuella sedan 90-talet. Utvärderingen visar att tekniken och strukturen har gått framåt, men man riktar fortfarande kraftig kritik på många områden (8).

Trots att förbundet rimligen attraherar intresserade människor, var det bara hälften som svarade på enkäten, och mer än hälften av dessa hade en lindrig eller sporadisk astma. Det finns således mycket annat i livet än astma även för organiserade "astmatiker". 50 procent visste inte vad "nebulisator, pulsoxiometer eller NO-mätare" var för något och de visste inte heller om "deras" vårdcentral hade tidsbeställd astmamottagning. 56 procent uppgav att de inte "hade fått patientutbildning i grupp eller individuellt", och de hade inte heller fått en "individuell handlingsplan". Ca 60 procent var missnöjda med sin behandling, med bemötandet eller med tillgängligheten, även om samma antal ansåg sig ha fått den vård de behövt och att kunskapsnivån inom vården varit hyfsat god. 70 procent uppgav att de "träffar sin läkare" för utvärdering och 40 procent att de hade en "sköterskemottagning" att vända sig till. 20 procent hade fått uppsöka "akutvård" för sin astma under året.



Annons

## Fallbeskrivningar

### Fall 1

Agda, 84 år, fick atenolol p.g.a. nydebuterat högt blodtryck med hjärtklappningstendens. Hon hade haft långdragen hosta efter en förkylning som hon fått från barnbarnen. Astma med pälsdjursallergi diagnostiserades. Hon hade aldrig sökt vård, men hade våldsamma besvär på 50-talet när hon skötte mjölkningen på familjens småbruk. Besvären försvann när hon flyttade till stan 1958.

### Fall 2

Gerd, 19 år, tidigare frisk, inkommer med fulminant astma till vårdcentralen från sitt studentboende. Det framkommer att hennes mor ringde vårdcentralen inför studentexamen i fjol och ville ha tid då Gerd "hostat hela våren". Enligt lokalt vårdprogram skulle sådan patient utredas av astmasköterskan innan läkarkontakt, men sköterskan var sjuk. Mamman vände sig då med Gerd till privat barnläkare som gav "sprayer". Dessa tog slut när Gerd flyttade hemifrån, så Gerd hade varit medicinfri hela vintern och visste inte vad barnläkaren sagt till modern.

### Fall 3

Ernst, 55 år, hade fått Pulmicort av företagsläkaren för 10 år sedan och enstaka bnicanylinalationer på vårdcentralen i samband med förkylningsepisoder. Rökte måttligt. Enstaka uppföljande spirometrier hade gett normala värden, men han kom regelbundet, vart eller vartannat år, vid förkylningsepisoder för att få mer (ett tag). Han är inte mycket för mediciner.

## Konklusion

Den teknologiska nivån på astmavården är alltså hög. Var tionde vårdcentral har t.o.m. NO-mätare, och patienterna upplever att kunskapsnivån är god. Bara var fjärde patient uppger att de inte har tillgång till "astmamottagning" och 70 procent träffar "sin läkare" för utvärdering av behandlingen. Kan det bli bättre? Vården är kanske "Good Enough", och resurser behöver satsas på annat? Hur kan man möta de klagomål som trots allt finns? Det verkar vara den personliga vården och dialogen som saknas. Går det att driva någon meningsfull generell utvärdering av astmavården när det finns så många typer och stadier?

Problem	Åtgärd
Patienterna "får" ingen utbildning av sin astmasköterska.	Det finns oerhörd mängd information på Internet att läsa på själv. Studieförbunden kan erbjuda studiecirkel i "handhavande" av den egna sjukdomen, gärna i samverkan med AAF (och kunnig/intresserad vårdpersonal).
Uppföljning av vårdens resultat (kvalitetsindikatorer).	PEF-mätning och spirometri kan bokas och "utföras" av patienten själv hemma eller via fyslab med självstyrda, "lagom" intervall. Sifvårderna är inte kopplade till bra vårdresultat eller "välmående patienter", men kan hjälpa individen.
Kunskapsnivån/bemötandet inom vården sviktar.	Garanterad fortbildning årligen generellt (10 dagar per läkare). Specialist i allmänmedicin skall finnas på vårdcentral.
Bristande tillgänglighet.	Rimliga "listor", rationella mottagningsrutiner och reduktion av "tidstjuvar i vården" (onödig administration o.s.v.).
Bristande förekomst av individuella vårdplaner	Egen läkare (sköterska) med tid för sin patient.
Kritik mot vårdens övergripande kvalitet	Valfrihet och tillräckligt många allmänläkare (och vårdcentraler).

Fig: Av AAF identifierade problemområden (8) med åtgärdsförslag

## Diskussion – Modern behandling och uppföljning

De gamla kvalitetsparametrarna och kraven behöver moderniseras i takt med samhällsutvecklingen. Inte minst blir detta tydligt genom att kraven från tidigt 90-tal på avancerad struktur ännu inte fått genomslag. Uppenbarligen härskar gamla patriarkala pedagogiska modeller i aktuella vårdprogram och riktlinjer i alltför stor utsträckning – man "får inte" utbildning nuförtiden. Det är dags för nytänkande och att sätta patienten i centrum genom att lita på individens kompetens att hantera sin sjukdom och prioritera behandling och uppföljning i sin vardag. Ingen bör i dag "få utbildning", men stödjas till möjlighet att skaffa sig den information som krävs och få stöd och hjälp med de problem som uppstår. Individens personliga ansvar är att ta tag i sina problem och att få stöd att lösa dem, inte att "få" behandling och skylla på stressad personal när man inte mår bra. Uppföljningar (PEF m.m.) blir naturligt patientstyrda.

Besöken sker "när de behövs" (kanske i akuta situationer) och patienten får makt över sin sjukdom. Självklart kräver det god "tillgänglighet", olika för olika patienter, både till vårdcentral och specialistmottagning. Av prioriteringsskäl är förstås en väl utbyggd primärvård att föredra, enkel och nära att nå. "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna" (9) är fortfarande aktuellt i detta sammanhang, och vårdcentralerna bör redovisa sina läkares fortbildning; minst 10 dagars extern sådan årligen. Ett laboratorium med rimlig utrustningsnivå och välutbildade sköterskor är en självklarhet. Är patienten inte nöjd, så måste det finnas rimliga möjligheter att lista om sig – utbudet måste förbättras. "Individuella behandlingsplaner" är en självklarhet i ett modernt samhälle. För detta krävs förstås en "individuell" läkare/sköterska, för att kunna lära känna den individuella patienten och hjälpa just henne/honom med vardagsproblemen. Personlig listning blir ett måste. Med dessa åtgärdsförslag blir astmavården omvandlad från en patriarkal kontrollmedicin till en patientcentrerad individuellt prioriterad stödverksamhet. Läkare med gränser, patienter med inflytande – effektiviserar vården i samverkan.



**Robert Svartholm**  
polarull.svartholm@telia.com

#### Referenser

1. Ehrs PO. Quality of life and markers of inflammation: a study of asthma in primary care. Avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm 2005.
2. Bousquet J, Mantzouranis E, Cruz AA, et al. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: 926-38.
3. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling vid astma 2006 (nov); <http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/astma2007.pdf>
4. Salpeter SR, Buckley NS, Ormiston TM, Salpeter EE. Meta-analysis: effect of long-acting beta-agonists on severe asthma exacerbations and asthma related deaths. *Ann Intern Med* 2006; 144: 904-912.
5. Heibert Armlind M. Asthma treatment in primary care: studies of variability and health economic aspects. Avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm 2009.
6. Fler allergiska barn (i Norge). Primärvårdens Nyheter 3-2006.
7. Ordentlig koll på patienterna minskade allergiläkemedlen. *Dagens Medicin (SVAR DIREKT)* 2009; 5:e juni.
8. Kartläggning hur astmavården inom primärvården fungerar i fem län/regioner. Astma- och Allergiförbundet 2010; <http://www.astmaoallergiforbundet.se/skovde/aktuellt.htm>.
9. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna. Stockholm: SFAM; 1995.

# Kvalitetsuppföljning i primärvård – kan nationella register vara till hjälp?

## Inledning

Vi har alla under vår läkarutbildning lärt oss att grunden i vår verksamhet ska vila på ”vetenskap” och ”beprövad erfarenhet”. Men hur stabila är egentligen dessa begrepp och vad innebär de egentligen?

”Vetenskap” är en ”sanning” som redan efter några år kan börja ifrågasättas. Efter några decennier kan det hända att man skrattar gott åt att tidigare generationer trott på dessa tokiga tankar och idéer.

”Beprövad erfarenhet” är i sin tur mycket beroende av personliga upplevelser som värderas efter individens egen livserfarenhet och religiösa/filosofiska bakgrund. Man kan då undra om dessa bräckliga begrepp verkligen är så stabil grund att stå på i vårt arbete? Ja – vi tror att alla vi som dagligen arbetar med sjukvårdsverksamhet ändå har bättre förutsättningar att värdera och ”gissa rätt” än många debattörer och proffstyckare med mindre förankring i sjukvårdverkligheten. För att ytterligare öka säkerheten i vad vi gör behöver vi ha verktyg för att kunna följa upp vår verksamhet.

En programpunkt vid Svealand Kongress april 2010 (regional terapiinriktad utbildning inom astma, allergi och KOL som genomförts vartannat år de senaste åren i Örebro) var en diskussion för och emot nationella register inom luftvägsområdet. Föreläsare/debattörer var Kjell Lindström (SFAM) och Ann Ekberg-Jansson (registerhållare för Luftvägsregistren) med Peter Odeäck (förf) som moderator. Mötet fokuserades på befintligt KOL-register (Riks-KOL) och kommande astmaregister (NAR). Under detta möte var man överens om att:

- det lokala förbättringsarbetet har inte haft något direkt stöd från centrala register,
- mallar (checklistor) är bra hjälp i vår vardag,
- allt dubbelarbete ska undvikas.

## Historik

Florence Nightingale mätte och följde fältsjukhusens verksamhet på 1850-talet under Krimkriget. Amory Codman mätte på 1910-talet strukturella mått som personalkompetens, resurser och resultat på kirurgkliniker i USA. Dessa båda lade grunden till våra moderna kvalitetsregister. Först 1982 utgav WHO en internationell översikt avseende kvalitetssäkring.

De första svenska registren var knäregistret 1975 och höftregistret 1979. Utvecklingen har därefter gått från 8 nationella kvalitetsregister 1989 till mer än 70 år 2010. Dessutom finns många regionala och lokala kvalitetsregister.

I Sverige finns i internationellt perspektiv flera unika förutsättningar i och med personnummer, ett heltäckande befolkningsregister och flera hälsoregister. 1749 startade en fullständig registrering av nyfödda, avlidna och dödsorsaker, därefter kom Cancerregistret (1958), missbildningsregistret (1965), medicinska födelseregistret (1973), det personbaserade patientregister med persondata från slutenvård och läkarbesök på sjukhusen (1987) och Läkemedelsregistret (2005).

## Vad är ett kvalitetsregister?

Ett kvalitetsregister är enligt ”Översyn av de nationella kvalitetsregistren” (Måns Rosén 2010) en samling data som används för analys och utvärdering av hälso- och sjukvård med syfte att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet för patienter, vårdgivare och finansörer samt att utjämna skillnader mellan olika vårdgivare. Informationen finns inte strukturerad och analyserbar på annan plats. Enligt patientdatalagen är kvalitetsregister ”en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter – för fortlöpande utveckling och säkring av vårdens kvalitet – som samlats in från flera vårdgivare och som möjliggör jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå”.

Ett kvalitetsregister kan också ses ur olika perspektiv

- Patientperspektiv
- Ge patienten själv ett redskap för ta kontrollen över sin sjukdom.
  - Ge patienten en god vård baserad på nationella rekommendationer, synbar för patienten.

Vårdgivarperspektiv

- Att lättare kunna erbjuda patienter med en viss sjukdom diagnostik, behandling och uppföljning i enlighet med nationella rekommendationer.
- Att ge återkoppling till den enskilde vårdgivaren.

Huvudmannens perspektiv

- Ge möjlighet till vård på lika villkor i hela landet.
- Ge möjlighet till återkoppling av insatta vårdåtgärder och medicinska resultat för en kostnadseffektiv sjukvård.

## Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer kan vara kopplade till struktur, process (diagnostik och behandling) samt uppföljning av resultat.

Krav från primärvården är också att indikatorerna som mäts är relevanta i det dagliga arbetet på vårdcentralerna. Ett annat grundläggande problem är nomenklaturfrågan. Vi är inte alltid överens om olika termers innebörd. De används ofta olika av olika specialiteter, och även regionala olikheter förekommer. Dessutom är inte begreppen statiska utan utvecklas och förändras över tid. Kanske kan den samordning av journaler som sker på många håll på sikt minska skillnaderna.

### Erfarenheter från tidigare register

Att registrera, jämföra och öppet redovisa resultat har tidigare visat en effekt i sig och lett till förbättringar av behandlingsresultat. Många exempel finns av vilka några få följer här:

1. Hjärtinfarktvården där kvalitetsmål, öppna redovisningar och tydliga terapimål lett till en kraftigt minskad dödlighet efter hjärtinfarkt bland annat genom en ökad följsamhet till riktlinjer.
2. Öppna jämförelser i Svenska höftregistret ledde till en minskad komplikationsfrekvens.
3. Strokeregistret har visat på omhändertagande som gett längre överlevnad och bättre följsamhet till riktlinjer.

Registren har också medfört att patientens delaktighet har stärkts (Reumatoid artrit-registret, HIV-registret, diabetes-registret) i och med att patienten får en bättre överblick av sin hälsosituation, vilket i sin tur kan förbättra följsamheten till behandlingar.

Kvalitetsregistren har gett möjlighet att belysa skillnader i behandling och till uppföljande kontroller så att vården på sikt kan bli mer jämlik. Man har idag sett skillnader i behandling av kvinnor, invandrare, låginkomsttagare och ensamstående. Även regionala skillnader har framkommit.

Man har också sett ett ökat forsknings-samarbete mellan länder tack vare kvalitetsregistren och diskussion förs om möjligheten att främja ekonomisk tillväxt genom det underlag som klinisk forskning på kvalitetsregister kan medföra.

### Arbete med kvalitetsregister i primärvård

Flera kvalitetsregister har utvecklats av och för slutenvården där man sedan "upptäckt" att de flesta patienterna handläggs inom primärvården. Vi har sedan blivit "påprackade" färdiga lösningar utan anpassning till vår kliniska vardag och specialitet.

SFAM har genom åren försökt utveckla och implementera kvalitetsuppföljningar med primärvården som utgångspunkt. Det har ofta resulterat i goda uppföljningar lokalt/regionalt där det funnits eldsjälar. Det har dock varit svårt att skapa underlag för nationella uppföljningar och svårt att få gehör för primärvårdens speciella förutsättningar. Det är framför allt 8 nationella kvalitetsregister som nämns som intressanta även för primärvården; Diabetesregistret, Hjärtsviktregistret, KOL-registret, Astmaregistret, Registret för svårläkta sår, Demensregistret, Senior Alert och Palliativregistret. Dessutom pågår arbete med några regionala primärvårdsregister.

Femton vårdcentraler har under 2010 deltagit i ett primärvårdsprojekt där man använt ovan nämnda åtta register i förbättringsarbetet. Även om vissa grunddata är gemensamma för många av registren måste man kunna överföra data direkt ur journalen för att det ska vara rimligt att kunna delta i register i denna omfattning. Detta fordrar en utvecklad systematik i vår journalföring där checklistor (mallar) kan vara ett viktigt hjälpmedel. De kan då, rätt använda, även vara ett bra stöd i vår kliniska vardag.

Strama och SFAM Q har ett pågående arbete med att följa antibiotikaförskrivningen i öppen vård. Det är ett utmärkt exempel på en ansats till ett register utgående från vår kliniska vardag. De mottagningar som har uppföljningsprogrammet RAVE3 har inbjudits att delta. Arbetsinsatsen är ca 15 min för att fånga ett helt års antibiotikaanvändning som sedan kan analyseras på den egna enheten.

### Diskussion

Det finns många farhågor när det gäller nationella register.

- Kan ge upphov till merarbete.
- Kan användas som underlag för ersättning till vårdcentralen (sker i viss mån redan).
- Kan användas för jämförelser mellan olika vårdenheter utan att man riktigt kan tolka vad som är vårdkvalitet.
- Vem äger data?
- Hur är kvaliteten på data i kvalitetsregister – "skit in, skit ut".

Den nyligen presenterade översynen av nationella kvalitetsregister (Måns Rosén) belyser registren ur många olika perspektiv. Det finns en enighet kring att det är nödvändigt att mäta och följa upp det som görs i sjukvården. Kvalitetsgranskning är, som tidigare sagts, intressant ur många perspektiv. Det är dock ofta mycket svårt att tolka resultaten. Det måste göras med försiktighet och kunskap om felkällor och kan därför inte överlämnas till lekmän (politiker, tjänstemän och patienter) utan stöd från professionen. Metodologiska problem uppkommer också när redovisning görs på enskilda enheter eftersom patienternas bakgrund och sjukdomshistoria (case-mix) varierar mellan enheterna. Till exempel kan en ökad frekvens av KOL-exacerbationer på en enhet vara orsakad av att enheten ligger i ett mer socialt belastat område och inte på att man har en sämre KOL-vård för sina patienter.

Det finns också forskningsstöd för att målrelaterad ekonomisk ersättning kan vara direkt kontraproduktiv då det riskerar att få medarbetarna att fokusera för mycket på fel saker.

Mycket av det som ligger till grund för evidensbaserad kunskap är resultat som framkommit i kliniska studier. Denna kunskap överförs sedan ofta på hela patientgrupper trots att studierna ofta har små urval, korta behandlingstider och hårt selekterade patienter (L. Bjermer). Kvalitetsregister med hög täckningsgrad där primärvårdens patienter ingår behövs därför som ett komplement för att kunna se om framkomna resultat är applicerbara på den stora patientpopulationen. Detta kan också öka förståelsen mellan olika vårdnivåer och förbättra samarbetet.



För att kunna utveckla kvalitetsregistren till ett bra och användbart verktyg för alla inblandade fordras det dock ett stort tillskott av ekonomiska resurser.

### Luftvägsregistret

Nationella astmaregistret ingår nu tillsammans med Riks-KOL i det övergripande Luftvägsregistret. Ytterligare närliggande register kommer sannolikt också att föras över på sikt för att underlätta samverkan och en gemensam nomenklatur.

Då vi engagerat oss i arbetsgruppen för det kommande astmaregistret vill vi beskriva vår vision och målsättning:

- genom att tillföra primärvårdsperspektiv från början undviker vi att presenteras ett register som kollegor inom andra specialiteter ensidigt tagit fram,
- genom att delta aktivt är vi med och definierar vad som är värdefullt att mäta i vår kliniska vardag,
- när stödet för vardagssjukvården definierats kan vi sedan strukturera vår egen journal med checklista som kan underlätta arbetet,
- med lokal bearbetning av journaldata (t.ex. med hjälp av sökmotor?) har vi sedan verktyg att enkelt följa och utveckla verksamheten på vår egen mottagning,
- som "bonus" kan vi även skicka data med en knapptryckning till centrala registret och därmed medverka till större samlad erfarenhet nationellt,
- i visionen ingår också att patienten som en självklar del på sikt ska ha möjlighet att se egna data och även kunna fylla i livskvalitetsformulär om så önskas via Web och/eller mobiltelefon mm. Fungerande system för dessa funktioner finns idag.

I arbetsgruppen för Nationella Astma Registret finns deltagare från pediatrik, allergologi, lungmedicin, ÖNH, patientföreningarna liksom representanter från forskning och klinik. Redan från start har det funnits en stor representation från primärvården, både läkare och sköterskor, liksom från olika landsdelar. Vi anser att det är av yttersta vikt att det finns representanter från primärvården i de arbetsgrupper för de nationella register som riktar sig till primärvårdens patienter.

Exempel på hur kvalitetsindikatorer skulle kunna se ut i det kommande Luftvägsregistret visas i faktarutan.

### Uppgifter om jäv:

Båda författarna deltar aktivt som föreläsare och moderatorer vid utbildningar såväl nationellt som nordiskt och internationellt oavsett om de arrangeras av sjukvårdshuvudmän, intresseorganisationer eller läkemedelsföretag (som t.ex. AMF). Deltagit i diskussionsgrupper för de flesta av företagen inom luftvägsområdet.



## Fakta

### Struktur

Astma/KOL-mottagning  
Spirometer  
Nebulisator  
Pulsoxymeter

### Process – Diagnostik och uppföljning

Astma – Andel patienter med utförd lungfunktionsmätning  
Astma – Andel patienter med redovisad tobaks-anamnes  
Astma – Allergibedömning  
KOL – Råd om rökstopp  
KOL – Pulsoxymetri (medelsvår/svår stadium 3-4 KOL)  
KOL – Viktkontroll  
KOL – Vaccination

### Resultat

Andel rökare  
Andel akutbesök  
Livskvalitet

### Författare

**Peter Odebäck**, specialist i allmänmedicin vid Skagerns Vård och Hälsoenhet i Gullspång (Västra Götaland) samt som medicinsk rådgivare på 50 % för Capio vårdcentraler i Stockholm och Göteborg med fokus på kvalitetsuppföljningar inom hela primärvårdsuppdraget samt stöd för kompetensutveckling inom astma/allergi och KOL. Styrelseledamot i Svensk förening i allergologi (SFFA). Var med och startade SFAMs nätverk för astma/allergi och KOL-intresserade allmänläkare (NAAKA). Medlem i arbetsgruppen för NAR.

**Kerstin Romberg**, specialist i allmänmedicin 80 % på Näsets läkargrupp i Höllviken och 20 % på Allegikompetenscentrum i Lund med utbildning, och samordningsfrågor med primärvården. Ordförande i SFAMs nätverk för astma/allergi och KOL-intresserade allmänläkare (NAAKA) samt medlem i styrelsen för det nordiska nätverket. Medlem i arbetsgruppen för NAR.



**Peter Odebäck**  
Peter.Odeback@capio.se



**Kerstin Romberg**  
kro@nlg.nu

Annons

# Om jag blir sjuk

Jag har nog under mitt yrkesliv haft föreställningen att jag är osårbar – för sjukdom, allvarlig sjukdom. Och jag är inte ensam bland läkare att leva med denna inbillning!

Under studieåren är det tvärtom. Flertalet medicine studerande genomgår allt efter plagget den ena svåra eller dödliga sjukdomen efter den andra. Det hade varit bra om vi läkare bättre mindes denna existentiella ångest hos oss själva när vi möter patienterna; att vi aldrig ska skratta åt hypokondri och aldrig avfärda patientens besvär, därför att de inte passar in i våra vårdprogram, inte syns på röntgen eller laboratorieprover.

**Men så händer något!** Den blivande läkaren härdas, rullas och knådas i journätter och inför akut bråd död. Risken är stor att den medicine studerande av universitetsspecialisten, som kan allt om sin detalj, skolas att se sjukdomen lösgjord från sin innehavare. Människan med sin sjukdom skiljs från sitt sociala sammanhang och samhället som sjukdomsorsak kommer i andra hand. Den attityden har varit och är förödande för kvaliteten i vården och är den främsta orsaken till kostnadskrisen – en massa pengar läggs på onödiga, sjukdomsalstrande utredningar och patienten valsar runt i maskineriet utan att få hjälp. Och det onda samhället består!

Sjukvårdsproduktiviteten blir emellertid då hög och administratörerna blir glada. Ännu gladare blir politikerna, särskilt när hög produktivitet förenas med hög tillgänglighet. Ja, då spelar de medicinska behoven föga roll även om politikerna i den offentliga retoriken förnekar att vi skulle vara på väg mot en efterfrågestyrd, kommersialiserad sjukvård. Bara väntetiderna blir kortare, tillgängligheten maximal och människor får leva i illusionen att de kan välja sin egen optimala vård, ja då anses sjukvården bli bättre. Att de kroniskt svårt sjuka – när tillgängligheten för nybesök prioriteras – inte kan få återbesöksstid eller de dementa konkurreras ut av medicinskt helt onödiga besök spelar ingen roll. Det endimensionella mätetalet ”tillgänglighet” styr oss bort från ”vård på lika villkor” och bort från en etisk, medicinsk prioritering av insatserna.

**I själva verket har vårdens överbyggnad** administrativt – politiskt drabbats av en managementkultur från industrin, ett tänkande som industrin redan är på väg bort ifrån. Vården är på väg att lösgöras från sitt egentliga humanistiska uppdrag; patienterna har blivit kunder, det är konkurrens som gäller – inte samarbete vårdenheter emellan – och det är de ekonomiska resultaten som räknas. Styrsystemen och kontrollerna av oss vårdanställda utformas därefter. Just nu sker en ytterligare byråkratisering av vården med tusen mätetal så vi kan övervakas bättre – det medicinska motivet är ofta bara en kuliss – och kvalitetsregister är på modet. Men kvalitetsregister säger föga om övergripande kvalitet på en vårdenhet. Ordet leder tanken fel.

Den inbillade osårbarheten? Kanske den ändå på ett plan är nödvändig för att en läkare ska orka, kunna ha ett professionellt förhållningssätt till lidandet och flödet av mänskliga problem under årtionden. Men allt efter åldersutvecklingen omformas försvarsmekanismen till en insikt att läkare lever under samma villkor som andra dödliga. Och snart är det dags. Jag har fyllt 60 och vad som helst kan hända. Hur skulle jag vilja bli behandlad om jag blev svårt sjuk, säg fick en hjärtinfarkt med stillestånd?

Det är inte alls omöjligt att det skulle hända under min arbetstid. Ja, jag nästan hoppas det för då skulle mina medarbetare snabbt starta återupplivning, hämta defibrillatorn och med goda möjligheter få igång hjärtat inom några minuter. Och ambulanspersonalen skulle sedan tryggt enligt standardiserat vårdprogram föra mig direkt till Karlskrona eller till Växjö. Jag skulle vara mycket tacksam mot vården som räddat livet på mig. Trots tillvarons svårigheter, det hade varit roligt att vara med ett tag till; följa sina barns utveckling och se om vinrankan i trädgårdslandet, som jag pysslar om ganska väl, tar sig till nästa år.

Hade det hänt hemma är det mer tveksamt om jag hade velat bli ett fall för återupplivningsprogrammet. Det tar 15–30 minuter att få ut en ambulans i min glesbygd och då skulle jag vara ganska hjärnskadad. Jag kanske skulle lägga en lapp i fickan att jag undanber mig återupplivning utanför kontorstid?

Men väl i famnen på den välmenande sjukvården, detta om jag vaknar upp, skulle jag nog bli en ganska besvärlig patient. Jag vill absolut inte ha någon korridorconsultation eller annan ytlig kollegial kontakt, som är så vanlig när doktorer blir sjuka. Jag vill inte med någon automatik ingå i den multimedicingering, som runt om på Sveriges sjukhus prackas på ovetande, oinformerade, av sjukdom rädda patienter. Personer, som kanske varit friska hela sitt liv och aldrig identifierat sig som sjuka, och som plötsligt ska ta minst 5 kemikalier. Och för dem som redan har 8 eller 10 läkemedel för andra sjukdomar, ytterligare 5, totalt 15.

**Det hjälper inte att behandlingen påstås vara evidensbaserad.**

Detta uttryck har blivit som amen i kyrkan; inga doktriner, ingen jungfrufödelse i trosbekännelsen får ifrågasättas. Men, expert- och professorsuttalanden till trots, kejsaren är naken.

För det första har de s.k. evidensbaserade studierna ofta tagit bort många av problempatienterna med andra sjukdomar, ned-satt njurfunktion eller med många andra läkemedel. Sveriges vardagspatienter överensstämmer således inte med försökspersonerna i de evidensbaserade studierna.

För det andra upprätthåller sällan vården de gränser som faktiskt finns preciserade i de evidensbaserade studierna. Alla trycks in i samma mall; gamla behandlas på samma sätt som unga fastän äldre ofta tagits bort i de underliggande vetenskap-

liga studierna. Till och med dementa och minnessvaga pådyvlas den evidensbaserade häxbrygden.

Det har blivit viktigare för vården att uppfylla olika mål för högt deltagande i kvalitetsregister än att patienten får en individuellt anpassad medicinering. Detta utifrån en etisk helhetsbedömning - vad som är rimligt utifrån förväntad livslängd, sammantagna risker med många läkemedel och vad som är livskvalitet för den individuella patienten. Vårdens industrialisering förstärks på många håll i landet genom att klinikers ersättning kopplas till hur duktig kliniken varit att tillämpa kvalitetsregister. Patienten blir således ett offer, ett objekt för helt andra syften än sin egen hälsa och livskvalitet. Många politiker, som drömmer om att marknadsanpassa vården, vill att patienterna ska välja sjukhus och vårdenheter på basen av hur kvalitetsregister tillämpas och andra otillförlitliga mätetal. Det är att föra allmänheten bakom ljuset.

För det tredje måste evidensbaserad vård ställas mot Hälso- och sjukvårdslagens kristallklara uppfostring till oss i vården – att patienten ska göras delaktig. Det innebär att patienten får full information om effekter och bieffekter och därefter, i samråd med behandlande läkare, väljer sin terapi – eller väljer att avstå från medikamenter! Eller kanske satsar allt på motion, kostförändring, stresshantering och rökstopp istället för piller.

Det finns absolut inget tvång för oss läkare att behandla därför att något påstås vara evidensbaserat. I sista hand är det patientens värdering vad som är rimligt som ska styra. Problemet är att våra patienter nästan aldrig får göra denna värdering. Jag brukar fråga dem om de haft en diskussion med sin behandlande läkare om effekten av medicinen ställd mot biverkningar på kort och lång sikt. Svaret är nästan alltid nej och jag vet själv hur jag brister, bl.a. av tidsskäl. Det tar 30 sekunder att skriva ett recept men kan ta 15 minuter extra att diskutera sig fram till att medicinen inte behövs, att det klokast är att avstå. På 15 minuter kan en produktiv allmänläkare ha två eller tre besök för virusinfektioner. Det är visserligen helt onödiga besök ur medicinsk synpunkt, men nödvändiga i vårdvalet för att ha hög tillgänglighet och kunna konkurrera med andra vårdgivare.

**Värst är det med förebyggande medikamenter** i primärprevention. Den bristfälliga informationen gör att många till och med tror att de är sjuka; att lindrig blodtrycksförhöjning eller höga blodfetter är en sjukdom. De vet inte att behandlingen är ett försök att påverka en statistisk risk på gruppnivå! Att de själva inte på något sätt är garanterade att ha nytta av behandlingen, men däremot kan få biverkningar, och framför allt drabbas av skada långsiktigt, t.ex. cancer. Detta därför att läkemedelsstudier nästan alltid är kortvariga och att vi har så dåliga system för att upptäcka när läkemedel ökar risken för en annan, kanske vanlig, sjukdom, som vi inte sätter i samband med läkemedel.

Men nu är det jag som ligger där i sängen, vill inte jag ha det dyraste nya? Jag kan bara hoppas. Ja, jag är övertygad om att Växjö och Ljungby, om det blir dags för mig att vara patient, lösgjort sig från kvalitetsregisternas behandlingsterror! Då kommer en kollega in till mig och sitter i lugn och ro i ett resonemang om värdet av varje enskilt medikament. Även

om blodfettsänkare efter en hjärtinfarkt är mer effektiva än i primärprevention är det ingen självklarhet för mig att ta en medicin. Statistiskt ska ca 30 personer i många år ta medicinen för att en ska ha nytta av den (minskad risk för förtida död). Jag kommer att ha mina invändningar och vill bli övertygad om det riktiga i att ta läkemedel om hela min livssituation vägs in. Jag har kanske börjat präglas av samma åkomma som min mor hade, demens, men jag inser det inte. Ska jag då medicineras?

Emellertid: först vill jag förstås att en snäll sköterska kommer in och pysslar om mig, bejakar min olycka att ha blivit sjuk och tycker lite synd om mig. Det är inte doktorer bortskämda med. Jag vet naturligtvis att ingen lär ut något sådant. En psykolog skulle gärna ge mig en snyting för en sådan åsikt. Empati är ju något annat än att tycka synd om. Men jag kan inte hjälpa att jag hellre skulle se att sköterskan satt vid min sängkant och höll mig i handen än att hon satt ute på kontoret och skrev en massa i Cambio Cosmic. Även om Socialstyrelsen anser att detta är det viktigaste, och administratörerna tycks bedöma sköterskors arbete utifrån mängden text och antalet fina omvårdnadsdiagnoser i journalen, skulle jag befria min vita ängel från dokumentationen och sagt:

– Skriv bara: ”*Samtal med Järhult*”. Då skulle jag nog kunna ha henne där på sängkanten 10 minuter extra och jag är övertygad om att det är en större kvalitetsfaktor än nog så mycket journalförd omvårdnadsterminologi sammanställd för öppna jämförelser i ett nationellt register. I alla fall för mig.

Sannolikt skulle jag under dagarna där på vårdavdelningen tänka mycket på ”varför” – inte som jag gjort i så hög grad under åren, förskjutit frågan om livets mening. Jag hade inte haft något emot om min läkare varit lite filosofiskt lagd. Kanske kunde han eller hon förklara för mig varför jag i arbete tre gånger på Afrikas landsbygd praktiskt taget inte såg någon hjärt-kärlsjuklighet, inte ens hos äldre. Skulle min hjärtinfarkt och all annan kärlsjuklighet i Sverige egentligen vara onödig, samhällsberoende? Precis som tbc möjlig att utrota? Och vilken är då den sjukliggörande faktorn? En del är väl livsstilsfrågor, men i grunden? Är det stressen, rationaliseringarna, att värdet av människan i vår kultur allt mer relateras till produktiviteten? De i ”utanförskapet” har ju redan gjorts till parias. Hade jag varit frisk om jag levde i annat samhälle som inte som övergripande mål haft och har ”ökad tillväxt, ökad BNP”?



**Bengt Järhult**  
Vårdcentralen i Ryd

*Denna artikel har tidigare i en utvidgad version varit införd i Kronobergs personaltidning Bladet, dec 2009..*

**Annons**

# Riskfaktorer och prognos vid astma

Referat av Monica Uddenfeldts doktorsavhandling



**Monica Uddenfeldt försvarade sin medicine doktorexamen den 16 december 2010 vid Uppsala universitet. Här kommer ett referat av hennes avhandling.**

**A**stmaförekomsten ökar och sjukdomen debuterar i drygt hälften av fallen efter 15 års ålder, varför kartläggning av riskfaktorer för vuxendebut är viktigt. Syftet

med avhandlingen var att undersöka förekomsten av astma i tre olika åldersgrupper, dels år 1990 och dels år 2003. I detta sammanhang skulle även olika riskfaktorer för utveckling av astma studeras med speciellt fokus på allergisk sensibilisering och tobaksrökning.

Avhandlingen presenterade resultat från en långtidsstudie om astma i landskapet Gästrikland och i Jämtlands län som påbörjades 1990. Individer från tre åldersgrupper inbjöds till studien (n = 12,732); alla ungdomar födda 1974, ett urval av individer födda år 1951–60, samt år 1931–40. 90 procent deltog genom att besvara en postenkät. Utvidgade undersökningar med intervjuer, lungfunktionsundersökningar och allergitest, gjordes därefter på de c:a 20 procent som angivit luftvägssymtom, samt ett antal kontrollindivider (n = 2542). En uppföljning med en ny postenkät gjordes år 2003. 67 procent (n = 7563) besvarade båda postenkäterna.

1990 rapporterade 7,2 procent av individerna i Jämtlands län och 5,8 procent i Gästrikland att de hade, eller hade haft, astma. Vid uppföljningen 2003 var astmaprevalensen, med samma definition, 17,2 procent bland de unga, 11,4 procent bland medelålders och 10,3 procent bland de äldsta. 791 tidigare, luftvägsfriska individer rapporterade ny tillkomna astmabesvär år 2003. Livsstilsfaktorer såsom rökning, fetma och hård fysisk träning, samt lågt intag av frukt och fisk, utgjorde riskfaktorer för astmadebut i vuxen ålder. Risken för en rökare att få astma var 37 procent större än för en individ som aldrig rökt. Efter uppdelning i de tre åldersgrupperna, kvarstod BMI som en riskfaktor i alla åldersgrupper, men mest uttalat för medelålders och äldre. Bland de individer som deltog i de kliniska undersökningarna år 1990, var sensibilisering mot pälsdjur en faktor som ökade risken för såväl nyinsjuknande, som risken för att en redan etablerad astmasjukdom var bestående vid uppföljningen år 2003. Den helt avgörande faktorn för att vara rökare år 2003, var att röka redan år 1990. Att ha en astmadiagnos 1990 påverkade däremot inte rökvanorna 13 år senare.

Denna avhandling visar att påverkbara livsstilsfaktorer är av betydelse för vuxendebuterad astma.

**Isak Lindstedt**  
Redaktör AllmänMedicin

Avhandlingen kan läsas i sin helhet via denna länk:  
<http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:360508>  
Monica Uddenfeldt nås på: [monica.uddenfheldt@medsci.uu.se](mailto:monica.uddenfheldt@medsci.uu.se)

**Igår föddes Peter Englund i Burkina Faso. Han kommer nog aldrig att få lära sig läsa och skriva.**

**Föds på nytt i livetslotteri.se**

**Rädda Barnen**  
Save the Children Sweden

# Diplom till poster om hälsorelaterad livskvalitet vid celiaki



På Riksstämman 2010 fick Fredrik Norström och medarbetare diplom för bästa poster med titeln "Hälsorelaterad livskvalitet före och efter celiakidiagnos hos vuxna svenskar" (Norström F, Ivarsson A, Sandström O, Nordyke K, Lindholm L). Här följer ett referat.

[fredrik.norstrom@epiph.umu.se](mailto:fredrik.norstrom@epiph.umu.se)

**Celiaki är en autoimmun sjukdom** som skadar tunntarmens slemhinna. Den utlöses av gluten i vete (men också av råg och korn) och drabbar personer med vissa genetiska förutsättningar. Symtombilden är ospecifik och sjukdomen behandlas med glutenfri kost livet ut. Prevalensen är c:a 1 procent i Europa, men uppskattas vara högre i Sverige.

Med syftet att undersöka hur hälsorelaterad livskvalitet för vuxna med celiaki påverkas av diagnos och behandling, skickades en enkät till 1560 av Svenska Celiakiförbundets

medlemmar i åldersspannet från 20 år och uppåt. 1068 medlemmar svarade på enkäten. Enkäten innehöll de validerade instrumenten EQ-5D och EQ-VAS som mäter hälsorelaterad livskvalitet, vilka medlemmarna besvarade i förhållande till både sitt mående innan diagnos, och i förhållande till hur de mår nu när de fått diagnos och råd om glutenfri kost.

Studiens resultat visade på en fördröjning på i genomsnitt 9 år från första läkarbesök p.g.a. symtom (som av patienten i efterhand relaterar till celiaki) till dess att diagnosen kunde fastställas. Studien visade också på en betydande nedsatt hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med obehandlad celiaki. Behandling med glutenfri kost ledde dock till en livskvalitet som var jämförbar med den i normalbefolkningen.

Studieresultaten illustrerade vikten av att vården tänker på celiaki som en möjlig förklaring till ohälsa då tiden fram till verifierad diagnos nu är lång och hälsan fram till dess enligt medlemmarnas respons är kraftigt nedsatt.

**Isak Lindstedt**

Redaktör AllmänMedicin

# Annons

# Diplom till poster om mindfulness



På Riksstämman fick även Edith Koczka och medarbetare diplom för bästa poster med titeln "Mindfulnessbaserad gruppbehandling av psykisk ohälsa i primärvård och psykiatrisk öppenvård" (Koczka E, Thulesius, H).

Här följer ett referat av författaren:  
[edith.koczka@ltkronoberg.se](mailto:edith.koczka@ltkronoberg.se)

Många säger att mindfulness håller på att skapa en revolution inom psykoterapin men det är en teknik som har använts i tusentals år. Mindfulness går ut på att träna hjärnan att låta medvetandet stanna i nuet snarare än att ryckas bort av olika tankar och känslor. Man riktar uppmärksamhet mot andning, tankar, känslor och kroppsliga symtom för att nå avspänning. Den ökade medvetenheten hjälper oss att bryta tankens och känslans kontroll över oss.

I studien jämfördes gruppbehandling med mindfulness i primärvård och öppenvård psykiatri.

Behandlingen genomfördes som en kurs med 4–6 deltagare om 6 träffar à 2 timmar med uppföljning efter 3 månader. I en enkät med slutna och öppna frågor skattades ångest och

depressionsnivå med HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) före och efter kursen och stressnivå med visuell analogskala (VAS, 0–100 millimeter). Samma terapeut behandlade patienterna i primärvård och psykiatri.

I studien deltog 38 patienter från primärvården och 40 patienter från psykiatri. Ca 90 procent av patienterna deltog i utvärderingen. Primärvårdens patienter hade ångest och utmattning medan psykiatripatienterna även hade bipolär sjukdom och recidiverande depressioner.

De flesta patienter kunde rekommendera Mindfulnessbehandling i grupp till andra. Självskattad ångest, depression och stress var lägre i båda grupper efter behandling.

## Litteratur

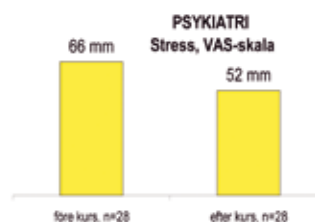
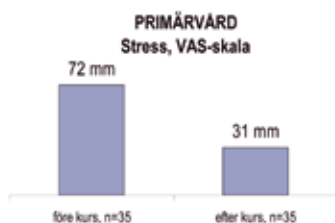
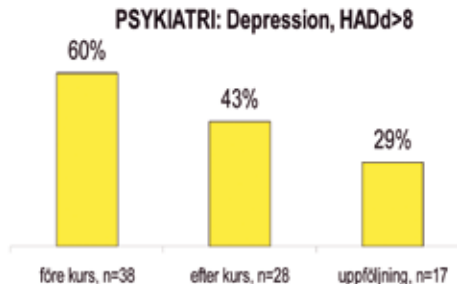
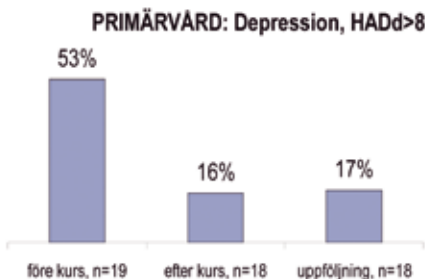
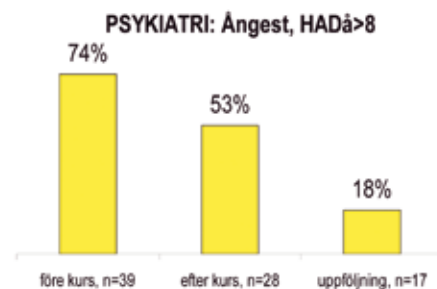
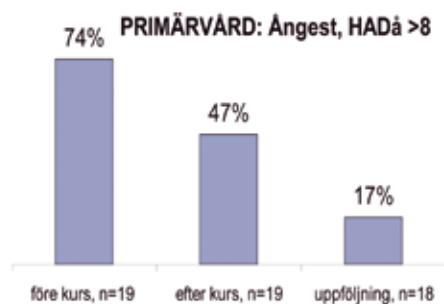
John Kabat-Zinn, *Vart du än går är Du där*,

Andries Krouise, *Minska din stress med meditation*

Ola Schenström, *Mindfulness i vardagen*

Maria Åberg med flera, *Mindfulness meditation nygammal metod för att lindra stress*.

Edith Koczka  
leg psykolog





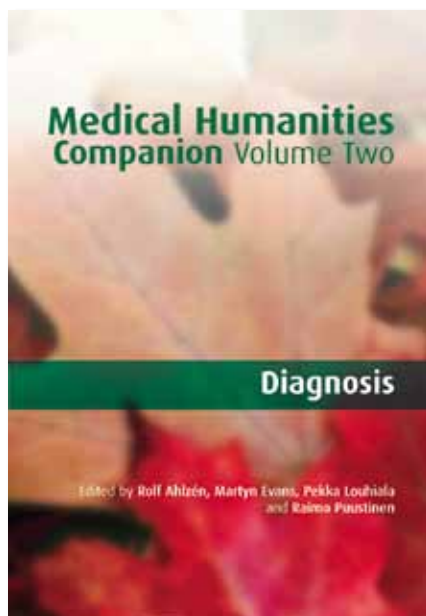
# Medical Humanities Companion Volume Two: Diagnosis

## – En självklar följeslagare!

Det engelska förlaget Radcliffe har nu utkommit med andra boken i en serie som belyser upplevelse av hälsa och ohälsa ur perspektivet medicinsk humaniora. Som också nämndes i recensionen av den första boken; *Medical Humanities Companion Volume One, Symptom* (AllmänMedicin nr 1, 2009) finns en stor samlad kunskap och erfarenhet bland bokens redaktörer och författare.

I seriens första del, där begreppet *symptom* belyses, fick vi inledningsvis ta del av några fallvinjetter, fint författade av Anne MacLeod. Vi fick där följa tioåriga Rachel under hennes diabetesdebut, Jake som har svårt att hantera sin psoriasis och sin krångliga mage, framför allt när han möter den kvinna han är förälskad i, Liz som tampas med att vara mamma och ha epilepsi och paret Jen och Geoff som möter ålderdomens krämpor. I denna andra del fortsätter berättelserna om Rachel, Jake, Liz, Jen och Geoff. Rachel möter en ung, trött läkare på barnsjukhuset som, utan att närmare försöka leva sig in i Rachels upplevelsevärld, snabbt och litet käckt ger henne diabetesdiagnosen. Den blyge Jake blir proktoskoperad och vet inte var han ska ta vägen av skam och uppfattar knappt något av den information han får om IBS. Liz har, utom sig av oro, ett telefonsamtal med sin gynekolog efter ett tveydigt cellprovsvär, läkaren förstår på ett ögonblick hur det är fatt och lugnar varsamt Liz. Jens tankar om "fläcken på lungan" virvlar och hennes man Geoff sjunker djupare ned i oförståeliga och lidande.

Var och en av bokens författare problematiserar och analyserar sedan begreppet



*Medical Humanities Companion  
Volume Two: Diagnosis*

Författare: Flera, se faktaruta

ISBN-13: 978 184619 464 1

Förlag: Radcliffe Publishing Ltd

Utgivningsår: 2010

Sidor: 154

*diagnos* i varsitt kapitel med berättelserna som grund. I det inledande kapitlet belyser Rolf Ahlzén ett flertal aspekter. Han sammanfattar med att säga att diagnosen naturligtvis behövs för att sätta namn på kroppsliga och mentala oönskade besvär men att riskerna med diagnossättande måste beaktas. Den goda diagnostikern känner inte bara till många diagnoser, hon vet också när diagnoser skall undvikas och hon hanterar osäkerheten och komplexiteten som finns inbyggd i begreppet.

Jill Gordon undersöker patient-läkarmötet när allvarliga besked skall förmedlas. Först presenteras ett kort avsnitt ur en självbiografisk text där en man beskriver hur det gick till när han fick veta om sin HIV-diagnos, hur han trots att tillvaron existentiellt rasade, kunde känna starkt stöd från sin närvarande, uppmärksamme doktor. Vilka var förutsättningarna för att detta möte blev bra? Och vad gör att andra inte blir det? Gordon belyser bland annat betydelsen av sociokulturella faktorer hos såväl patient som läkare, den ofrånkomliga likheten mellan läkarens yrke och prästens och värdets av förmågan att kunna växla mellan olika förhållningssätt (från patientcentrerad metod till ibland mer rådgivande eller faderlig). Nödvändigheten av lyhördhet, kreativitet, förmåga till bra kontakt även med anhöriga och med andra personalkategorier tas upp. Likaså diskuteras hur hopp kan förmedlas och det faktum att vi som läkare alltid är potentiella bärare av allvarliga bud, kanske dödsbud.

I Raimo Puustinen's kapitel görs en djuplodande och mångfacetterad beskrivning av hur patientcentrerad konsultationsmetod kan användas. Han jämför så småningom konsultationen med en improvisation för duett - teman och variationer, patienten slår an ton och takt, läkaren kommer in i pauser, nya teman utvecklas i dialog och förhoppningsvis nås en harmoni. Om snarare missljud uppstår skall detta leda till eftertanke, i medicinens jazzvärld.

Om diagnosens dubbla ansikte skriver Iona Heath och hänvisar till den romerska guden Janus. Janus har två ansikten, ett som kan blicka in i framtiden och

ett som kan se dåtiden. Janus är också guden som öppnar och stänger himlajhusets portar och Heath låter oss förstå att kring diagnosen står vi alltid vid en port. Porten mellan dåtid och framtid, mellan det individuella och det allmänna, mellan lättnad och stigmatisering, mellan hälsa och risk och slutligen mellan att låsa in, begränsa och att öppna upp, ge möjligheter.

Carl-Edvard Rudebeck tar sig framför allt an begreppet empati och kroppsempati i diagnossituationen och gör en historisk, filosofisk och medicinskt vetenskaplig exposé som bakgrund.

Bara några av kapitlen har här (kortfattat) omnämnts, de resterande är minst lika viktiga och intressanta, exempelvis Martyn Evans och Jane Macnaughtons text om intimitet kontra distans i undersökningssituationen. Avslutningsvis; serien Medical Humanities Companion är en självklar om än inte helt lättillgänglig följeslagare. Avsnitten är lärorika och tankeväckande, men de är också uppfordrande och kräver en hel del av sin läsare. Vi blir påmind om vilket avancerat och komplext arbete vi har, att vi aldrig kan slå oss till ro, utan att vi i varje ögonblick måste söka oss vidare, leta efter ny kunskap och klokhet.



**Tina Nyström Rönnås**  
tina.ronnas@home.se

#### Redaktörer

**Rolf Ahlzén**, allmänläkare, Karlstad, lektor vid fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Karlstads universitet, ordförande för Etiska gruppen, Landstinget i Värmland  
**Martyn Evans**, Professor inom Medicinsk humaniora, John Snow College, Durham samt Trevelya College, hedersdoktor i The Royal College of General Practitioners  
**Pekka Louhiala**, pediatriker, lektor i Medicinsk Etik, Helsingfors universitet  
**Raimo Puustinen**, allmänläkare, författare Tampere, Finland

#### Övriga författare

**Jill Gordon**, Professor Centrum för medicinsk etik och juridik, Sydney universitet  
**Iona Heath**, General Practitioner, författare, London  
**Jyrki Korkeila**, professor i psykiatri, Turku, verksam som psykiater Harjavalta sjukhus, Finland  
**Anne MacLeod**, hudläkare och författare, Skottland  
**Jane Macnaughton**, lektor, Durhams Universitet, chef för Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine  
**Carl-Edvard Rudebeck**, allmänläkare, Västervik, Professor Tromsö Universitet  
**John Saunders**, Professor fakulteten för medicinsk filosofi, humaniora och juridik, Wales universitet, Swansea, lektor läkarutbildningen, Wales universitet, Cardiff, psykiaterkonsult, Nevill Hall Hospital, Abergavenny

# Allmänläkarens sår-mottagning – en vinst för alla

Sårcentrum i Blekinge har sedan starten 2003 rönt mycket uppmärksamhet för de goda resultaten vi kunnat visa på, både förkortade läkningstider och reducerade behandlingskostnader med 7 miljoner kronor i Blekinge (150 000 invånare.)

Rut Öien



**Kvalitetsregistret RiksSår, som har utvecklats på Sårcentrum, erbjuder vårdgivare i hela Sverige ett värdefullt kliniskt verktyg för diagnos, behandling och uppföljning av svårläkta sår, helt i linje med socialstyrelsens krav på kvalitetssäkring.**

**Centrumet och registret är resultatet av ett långsiktigt arbete för att optimera behandlingen av svårläkta sår i primärvården.**

## Visionen

När vi på Sårcentrum blev finalister till Götapriset 2007 var frågan hur vi, sju personer inom primärvården, kunde spara 7 miljoner per år till landstinget Blekinge? [1] Svaret var både enkelt och svårt. Det lätta var visionen att bensårspatienten ska få den allra bästa behandlingen, där han eller hon finns, det vill säga i primärvården. Det svåra var att genomföra visionen genom ett systematiskt arbete där praktisk verksamhet och klinisk patientnära forskningsarbete går hand i hand.

## Verkligheten

Svårläkta bensår utgör en av våra folksjukdomar, där 1 procent av befolkningen någon gång drabbas. Behandling av sår har i långa tider betraktats som komplicerad, då såren ofta varit svår-läkta och recidiverat efter läkning. För den enskilde patienten innebär ett öppet bensår betydande inskränkningar i livskvalitet med smärta och bundenhet till hemmet. För samhället innebär vården av svårläkta sår stora ekonomiska kostnader med frekventa omläggningar utförda av distrikts- och kommunsköterskor. I Sverige finns åtminstone 40 000 patienter med svårläkta bensår och sjukvårdens årliga kostnader för bensårsbehandling har beräknats till 2,3 miljarder kronor. Majoriteten av bensårspatienter behandlas i primärvården.

Med denna utgångspunkt påbörjade jag kliniska studier kring behandlingen av bensårspatienter i primärvården samti-

digt som jag arbetade som allmänläkare. Utifrån mina erfarenheter från avhandlingsarbetet [2] var ambitionen att bygga upp ett länstäckande sårcentrum utifrån verklighet och vetenskap, som ledde till att Sårcentrum Blekinge bildades 2003.

Att arbeta som allmänläkare med specialintresse för sår och sår-läkning och samtidigt kunna genomföra klinisk forskning har varit en spännande och ibland omtumlande resa.

Jag har fått aktivt stöd från landstinget i Blekinge, både för uppbyggnaden av Sårcentrum och för att genomföra den kliniska forskningen.

## Organisation

Sårcentrum Blekinge var under åren 2003–2005 ett forskningsprojekt. Då Hälsovalet infördes i landstinget Blekinge, fick Sårcentrum status av egen verksamhet utanför hälsovalet direkt underställd förvaltningschefen för primär- och akutsjukvård och med finansiering av landstinget.

Blekinges modell är ett primärvårdsbaserat, läkarlett sårcentrum, där vi bedriver avancerad behandling i landstingets regi och medverkar till forskning och utveckling i ämnet sår-läkning. Sårcentrum står för utbildning av vårdpersonal såväl inom länets kommuner som i landstinget i Blekinge och har blivit uppmärksammat över hela Sverige.

Jag arbetar 40 procent på Sårcentrum som medicinskt ansvarig allmänläkare med verksamhet en dag i veckan på Lyckeby vårdcentral och en dag i Karlshamn. Resten av min tid ägnas åt egen forskning, utbildningar och föreläsningar både nationellt och internationellt, som registerhållare i RiksSår, ordförande i Sårgruppen i Blekinge, ordförande i Vetenskapliga Rådet i Blekinge och som handledare till läkare och sjuksköterskor när det gäller klinisk forskning inom sårområdet. Det roligaste nu är att ST-läkare i allmänmedicin från olika delar i Sverige kommer för att "randa sig" på Sårcentrum.

På centrumet finns också två distriktssköterskor som delar på en tjänst på 50 procent, tre undersköterskor som delar på en tjänst på 90 procent, och en läkarsekreterare som jobbar 25 procent. Sårcentrum servar både primärvården, slutenvården, hemsjukvården, de fem kommunerna i länet och privata vårdgivare. En fjärdedel av patienterna som kommer har sökt själva utan remiss och 12 procent av remisserna kommer från lasarettskollegor i länet. Vi tar årligen emot runt 400 patientbesök, varav ungefär en tredjedel är nybesök. Vi tar emot i snitt åtta patienter om dagen. När en patient kommer första gången varar besöket i en och en halv timme. Då ställer vi en noggrann diagnos med hjälp av sår-, kärl- och smärtanamnes, klinisk undersökning med bl.a. doppler, fotograferar, och registrerar patienten i RiksSår. Det viktigaste är att den ordinarie såransvariga distrikts-, kommun- eller undersköterskan är med vid konsultationen för att kunna se vilken behandling som beslutas om och som hon sedan ska följa upp. Alla typer av sår tas emot på sårcentrum. De flesta patienterna är multisjuka med tre eller fler diagnoser och medelåldern är 72 år (7–100 år).

### Nationellt kvalitetsregister

Hand i hand med den kliniska verksamheten, har kvalitetsregistret RiksSår, [www.rikssar.se](http://www.rikssar.se), byggts upp som ett praktiskt kliniskt verktyg. Registret används dagligen på Sårcentrum samt runt i landet både inom primärvård, slutenvård, kommunvård, hemsjukvård och privata vårdgivare. Det är kostnadsfritt att använda RiksSår, som har valt att inte ha sponsorer från läkemedelsindustrin. I RiksSår gör man två registreringar: för diagnos och behandlingsstrategi och när såret är läkt.

Rapporterna från RiksSår används för att belysa vilka effekter i form av snabbare sårsläkning, bättre användande av behandlingsresurser och smärtlindring som tillförlitligare diagnostik och förbättrade behandlingsmetoder har för dessa patienter. Denna patientgrupp tillhör ”de tysta grupperna”, där det finns en betydande kön- och ålderskillnad, med 69 procent av patienterna 75 år eller äldre och där kvinnor dominerar (68 procent).

RiksSår är ett av de nationella kvalitetsregistren som får visst ekonomiskt stöd av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och ett av de åtta kvalitetsregister som ingår i SKL:s satsning på kvalitetsregister i primärvården.

### Filosofin

I sin bok “The rule of the halves” [3] säger Hart: ”Hälften av alla sjukdomar är oupptäckta, hälften av de upptäckta sjukdomarna är obehandlade, hälften av de behandlade sjukdomarna är inte kontrollerade”. Filosofin är att sårpatienterna inte ska gå obehandlade eller, som ofta kan ses, utan diagnos och med icke adekvat behandling. Det synsätt, som vi lägger på alla våra övriga patienter, ska genomsyra även vårt förhållningssätt till bensårpatienten.

Således ska alla patienter med svårsläkt sår bedömas av allmänläkaren, få en diagnos och i samarbete med sjuksköterska och undersköterska få adekvat behandling

En annan av Harts utgångspunkter är att sjukvård inte är en vara utan tar sin utgångspunkt i konsultationsprocessen, där läkare eller annan vårdgivare och patienten engageras i en ”kreativ förhandling” eller i bästa fall i ett ”kreativt samarbete” som resulterar i ett kliniskt beslut om vad som ska göras. Detta är ingen varuproduktion och lämpar sig därför inte för marknaden. Vardagssjukvård handlar dessutom oftast om komplexa problem och inte om välvägränsade sjukdomstillstånd.

### Primärvården uppmärksammas

Sårcentrum blev vald till ”Årets arbetsplats 2006” inom landstinget Blekinge med följande motivering:

*”Med ett stort engagemang för sin uppgift visar Sårcentrum mycket goda resultat vid behandlingar av svårsläkt sår. Resultaten ger mindre lidande för de patienter som är drabbade och minskade kostnader för landstinget. Sårcentrum präglas av framåtanda och ständig fokus på kompetensutveckling för samtliga medarbetare. Forskning och utveckling är viktiga inslag i verksamheten vilket tryggar tillgången till modern och effektiv hälso- och sjukvård. Sårcentrum bidrar till kompetensutveckling av hälso- och sjukvården i hela länet.”* (Pressmeddelande 061220).

Vi har vidare varit finalister till Götapriset 2007 och nominerade till Athenapriset 2009. Våra erfarenheter har använts i kapitlet Ben-och fotsår i Läkemedelsboken [4], som expertråd till Läkemedelsverket [5] och SBU (Statens Beredning för Medicinsk utvärdering) [6,7].

### Lärande kultur

Utbildning i länet sker också genom sårgruppen, som har deltagare från både primärvården, kommunerna och slutenvården. Våra deltagare representerar alla yrkeskategorier: läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fotvårdsterapeuter, hygiensjuksköterskor, materialkonsulent och stomiterapeut. Numer förmedlas all ny kunskap inom sårområdet via den årliga 2-dagars Sårskolan. Vid senaste tillfället samlades 62 sårombud (101124-25).

### Klinisk patientnära forskning

På Sårcentrum bedrivs klinisk forskning främst för att följa alla patienter med svårsläkt sår i länet under en längre tid men också för att visa på de hälsoekonomiska aspekterna av den förbättrade sårbehandlingen liksom förbättring av patienternas livskvalitet.

Ett stort forskningsområde är dokumentationen, där samarbete pågår tillsammans med Blekinge Tekniska Högskola för överföring av uppgifter från journal till register [8,9].

Våra resultat kommer främst patienterna till del i form av läkta sår, smärtfrihet och optimerad sårbehandling.

### Dagliga utmaningar

Det svåra med sårsläkning handlar oftast inte om att man är osäker på vad man ska lägga på såret utan den stora utmaningen är istället att skapa en organisation som fungerar, ett läkarlett team. Att som allmänläkare bli blixtkallad till di-



striktssköterskan för att, på ibland tveksamma grunder, skriva ut antibiotika till någon sårpatient, när såret bedömts som ”fult och smetigt” känns mycket otillfredsställande. Genom att systematisera och strukturera behandlingen av patienter med svårläkta sår i primärvården kommer vi att kunna hålla koll på t.ex. antibiotikabehandlingen, där vi inom primärvården står för en stor överförskrivning [10]. Våra erfarenheter visar att det är rätt diagnos, kontinuitet och såransvar som säkrar kvalitetsförbättringen inom sårhäkning.

### Framtiden

Att svårläkta sår ska behandlas i primärvården, där det flesta patienterna finns, råder det ingen tvekan om. Att det är just allmänläkaren som är experten kring vilken särteamet bildas, är också helt i linje med vårt uppdrag.

Min förhoppning är att Blekinges modell med ett primärvårdsbaserat, läkarlett sårcentrum, i samarbete med en multidisciplinär, länstäckande sårgrupp och länets Läkemedelskommitté ska sprida sig. Om denna modell skulle introduceras i hela landet skulle det ge patienter med svårläkta sår minskad sårsmärta, kontinuitet fram till sårhäkning och en bättre livskvalitet. Vidare skulle det innebära betydande kostnadsbesparingar för sjukvården i hela landet med uppskattningsvis 450 miljoner kronor.

Rut Öien

rut.oien@comhem.se

### Referenser:

1. Öien RF, Ragnarson Tennvall G. Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *J Wound Care* 2006;15:259-262.
2. Öien R.F. Wound management in primary care with special reference to pinch grafting. Avhandling, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet, Malmö 2002.
3. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract.* 1992 March; 42(356): 116-119.
4. Bjellerup M, Lindholm C, Öien RF. Ben- och fotsår. Läkemedelsboken 1997/1998, 1999/2000, 2001/2002, 2003/2004, 2007/2008, 2009/2010 Stockholm: Apoteksbolaget.
5. Öien, RF. Infektion av svårläkta ben-, fot och trycksår i Läkemedelsverkets Hud- och mjukdelsinfektioner, Tryckt version 2009:(20)5.)
6. Rolandsson O, Hasselström J, Öien R, Säwe J. Benartärsjukdom i primärvården. Förekomst och omhändertagande. *Läkartidningen* 2006; 103:2645-2649.
7. Kjellander S, Wickström S, Öien R, Apelqvist J, Vilhelmsdotter Allander S. Oklart stöd för vakuummassisterad behandling vid svårläkta sår. Svar från SBU:s Upplysningstjänst [summary] *Läkartidningen* 2010;11:767-8.
8. Törnvall E, Wilhelmsson S. Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers. *J Wound Care.* 2010 Sep;19(9):388-95
9. Kyhlbäck, H. Support systems in use - for coordination of advanced on-the-ground work activities. Doktorsavhandling, Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för datavetenskap och kommunikation. Karlskrona. November 2010.
10. André, M., Eriksson, M., Odenholt, I. Treatment of patients with skin and soft tissue infections. Results from the STRAMA survey of diagnoses and prescriptions among general practitioners. *Läkartidningen* 2006 Oct 18-24;103(42):3165-7.

# Annons

# Nationellt handlingsprogram ska förbättra omhändertagandet efter sexuella övergrepp

## Bakgrund

Varje år ökar antalet sexualbrott som anmäls till polisen. Mellan 2005 och 2009 steg antalet anmälda fall med 25 procent, från 12 768 till 16 069 [1]. Problemet är således stort och växande, vilket har uppmärksammats både i media och i de verksamheter som arbetar med offren.

Hälso- och sjukvården är ofta den instans som först träffar en person som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp, men i nuläget kan omhändertagandet variera. En ojämn fördelning av kompetens och resurser över landet och brist på enhetliga rutiner inom både hälso- och sjukvården och rättsväsendet leder till olika handläggning och därmed olika följder för den som varit utsatt.

## Två regeringsuppdrag

Mot denna bakgrund gav Justitiedepartementet i februari 2007 i uppdrag åt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet att utarbeta ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp [2].

Handlingsprogrammet presenterades i februari 2008 och består av en handbok och en guide [3]. Handboken riktar sig till vårdpersonal och innehåller fakta och information om bland annat definitioner av sexuella övergrepp, det akuta medicinska och psykosociala omhändertagandet och sekretessfrågor samt beskriver hur en rättsprocess går till. Guiden innehåller checklistor och konkreta anvisningar för undersökning och spårsäkring av både kvinnor och män.

I samarbete med Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) har spårsäkringssatsen, en låda innehållande allt material som krävs för att göra en komplett spårsäkring efter ett sexuellt övergrepp, uppdaterats. Efter att handlingsprogrammet presenterats fick NCK ett uppföljande regeringsuppdrag att implementera handlingsprogrammet nationellt under 2009–2010 [4].

## Fakta

### NCK

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) är ett kunskaps- och resurscentrum vid Uppsala universitet. NCK arbetar på uppdrag av regeringen med att på nationell nivå höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor, våld i samkönade relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck, och med att utveckla metoder för omhändertagande. NCK har också en klinisk enhet vid Akademiska sjukhuset, som består av Kvinnofridsmottagningen med över femton års erfarenhet av kliniskt arbete inom området samt den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen.



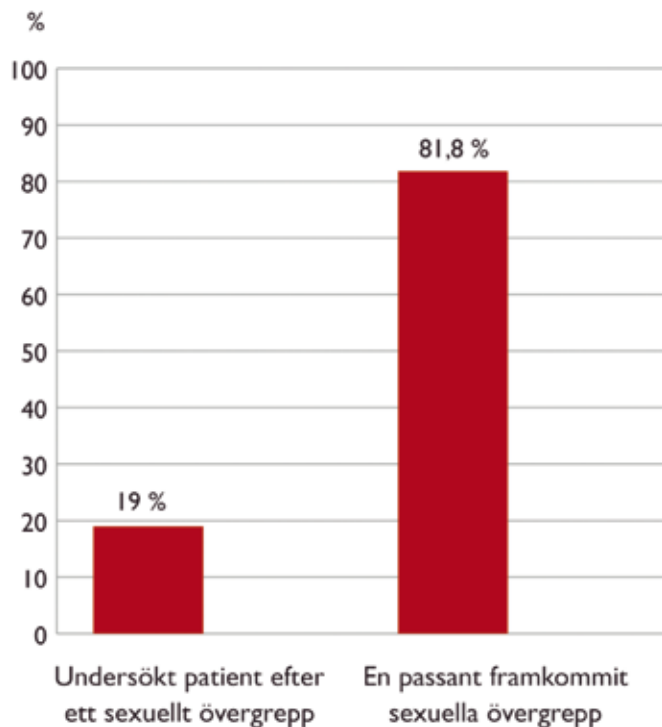
Handboken och guiden som ingår i det nationella handlingsprogrammet.

## Undersökning bland allmänläkare

En kvinnlig patient som har utsatts för ett sexuellt övergrepp tas oftast om hand på närmaste kvinnoklinik, men även allmänläkare, framförallt i glesbygd, kan möta dessa patienter. Män som har utsatts för övergrepp undersöks oftast på en kirurgisk akutmottagning, men kan även vara aktuella inom primärvården.

För att få en uppskattning om i hur stor grad allmänläkare möter patienter efter sexuella övergrepp gjorde NCK hösten 2009 en enkätundersökning bland allmänläkare. Enkäten genomfördes vid Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) höstmöte i Uppsala. Totalt besvarades enkäten av 109 allmänläkare från skilda delar av Sverige.

Var femte allmänläkare som deltog i undersökningen uppgav sig ha undersökt en patient efter ett sexuellt övergrepp i sitt ordinarie arbete, antingen i det akuta skedet eller senare. En övervägande majoritet av de undersökta patienterna var kvinnor, men även män hade undersökts. Åtta av tio allmänläkare som svarade på enkäten hade erfarenhet av att patienter som primärt sökt vård av annan orsak, under besöket även berättat om ett sexuellt övergrepp.



Allmänläkare tillfrågade om de i sitt ordinarie arbete har undersökt patienter efter sexuella övergrepp, och om de en passant mött patienter som tidigare varit utsatta.

Dessa resultat visar med tydlighet att allmänläkare har en viktig roll att spela i omhändertagandet av offer för sexuella övergrepp.

### Viktiga punkter i handlingsprogrammet

En person som söker vård akut efter ett sexuellt övergrepp ska alltid erbjudas en noggrann kroppsundersökning, provtagning för sexuellt överförbara infektioner och fullständig spårsäkring. Med fullständig spårsäkring menas att topsprover tas från munhålan, händer, yttre könsorganen och analområdet, samt andra ställen på kroppen som offret uppger att gärningsmannen kommit i kontakt med. Eventuella främmande hårstrån och fibrer säkras med tejpfolier. Blodprov tas från patienten för analys av DNA, och blod- och urinprov tas för analys av alkohol och droger.

Handlingsprogrammet understryker några viktiga aspekter i omhändertagandet för att uppnå ett enhetligt gott omhändertagande (se faktaruta). För att inte gå miste om möjligheten att tillvarata bevis ska patienter erbjudas en fullständig undersökning och spårsäkring upp till tio dagar efter ett sexuellt övergrepp, oavsett om någon polisanmälan gjorts eller ej. Om polisanmälan inte gjorts initialt ska tillvaratagna spår sparas inom hälso- och sjukvården i minst två år.

Genom en förändring i sexualbrottslagstiftningen 2005 betraktas nu samlag som genomförs genom att utnyttja en person i hjälplöst tillstånd som våldtäkt. Det är därför ännu viktigare nu att dokumentera om en patient som söker vård efter ett

sexuellt övergrepp är påverkad av alkohol eller droger. Förutom prover för hiv, hepatit, klamydia och gonorré i samband med sexuella övergrepp ska prov alltid tas för syfilis, eftersom incidensen av syfilis ökar i Sverige.

### Fakta

#### Viktiga punkter i det nationella handlingsprogrammet:

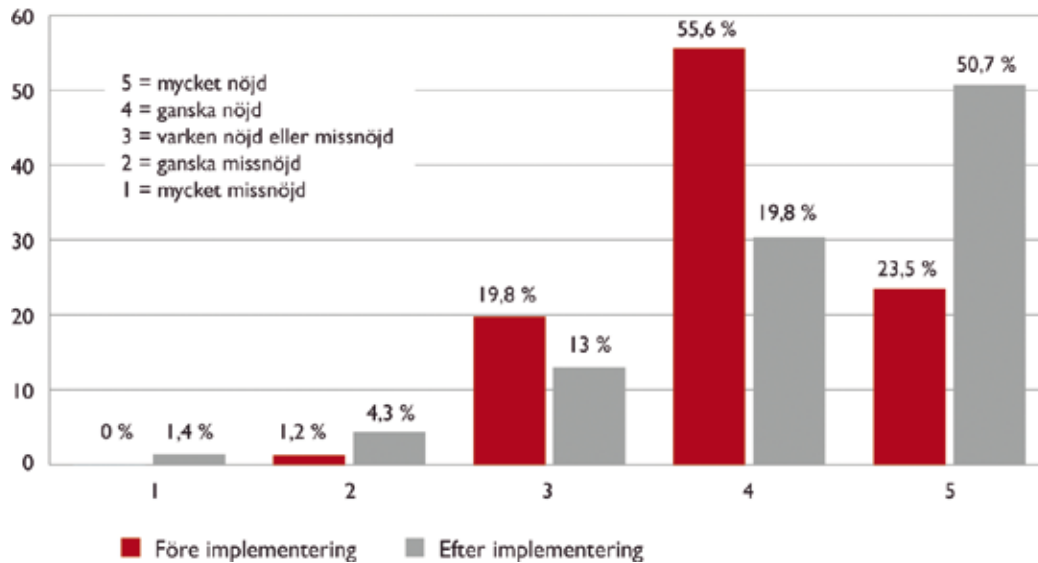
- Spårsäkring görs oavsett polisanmälan
- "Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp" används vid undersökning
- "Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp" finns i varje spårsäkringssats
- Spårsäkringsprover sparas två år inom hälso- och sjukvården om övergreppet inte är polisanmält.
- Fullständig spårsäkring görs upp till tio dagar efter ett övergrepp
- Prov tas för smittspårning (hiv, hepatit, syfilis, gonorré, klamydia)
- S-Etanol och drogprover
- Guiden är en journalhandling



Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp innehåller allt nödvändigt provtagningsmaterial för spårsäkring. Från 1 januari 2011 ingår även NCK:s guide.

### Pilotprojekt och nationell implementering

Det nationella handlingsprogrammet testades i ett pilotprojekt på fem kvinnokliniker under 2009. Polismästare och chefsåklagare från respektive distrikt deltog i informationsmöten tillsammans med sjukvårdens aktörer. Pilotprojektet föll väl ut och av personalens svar på enkäter och kommentarer i fokusgrupper framgår att guiden underlättar i det praktiska arbetet med patienterna och säkerställer att en fullständig undersökning med provtagning, spårsäkring och dokumentation görs.



Svar om hur nöjda gynekologer i pilotprojektet är med "klinikens medicinska rutiner vid sexuella övergrepp" (före implementering) och med NCK:s "Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp" (efter implementering).

Under 2010 påbörjades den nationella spridningen av handlingsprogrammet och från 1 januari 2011 kan handlingsprogrammet användas i hela Sverige. Som en del i implementeringen har en instruktionsfilm tagits fram, som visar undersökning, provtagning och spårsäkring av en kvinnlig och en manlig patient efter ett sexuellt övergrepp. Filmen kan användas både i intern utbildning inom hälso- och sjukvården och på vårdutbildningarna och kan beställas kostnadsfritt från NCK.

På NCK:s webbplats, [www.nck.uu.se](http://www.nck.uu.se), har en särskild avdelning för handlingsprogrammet och implementeringen skapats. Den uppdateras kontinuerligt med nyheter och har fungerat som stöd för pilotorterna, och är också tillgänglig för alla som är intresserade av handlingsprogrammet.

### Diskussion

Många kliniker och mottagningar inom hälso- och sjukvården har sedan länge bedrivit vård av hög kvalitet i fall av sexuella övergrepp, men rutinerna har varierat över landet. Allmänläkare har en viktig roll att fylla i omhändertagandet av patienter utsatta för sexuella övergrepp, kanske framför allt i glesbygd.

Regeringens uppdrag till NCK att skapa ett nationellt handlingsprogram för omhändertagande efter sexuella övergrepp vittnar om ett behov av att förbättra vårdens insatser utifrån patientens medicinska och psykosociala behov, men också om ett behov av att skapa ett bättre underlag för den rättsliga processen. I förlängningen handlar denna nationella satsning om att omhändertagandet inom svensk sjukvård ska hålla en enhetligt hög kvalitet.

Handlingsprogrammet innehåller fullständiga och detaljerade rutiner, som är lätta att följa och har förankrats hos all berörd medicinsk, psykosocial och rättslig expertis. Om dessa rutiner införs över hela landet skapas förutsättningar för att omhändertagandet blir enhetligt och professionellt även där personalens erfarenhet inom området är begränsat.

Handlingsprogrammet är också av betydelse för rättsväsendet. Genom det kan polis och åklagare få information om vad den medicinska undersökningen innefattar, vilka prover som tas och hur fynden dokumenteras samt vikten av ett individualiserat medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Eftersom ett av syftena med den medicinska undersökningen och spårsäkring efter ett övergrepp är att skapa ett robust bevismaterial inför en eventuell rättsprocess bidrar handlingsprogrammet dessutom till rättsväsendets arbete. Ett rättsintyg som bygger på fynden vid undersökningen blir korrekt och komplett med hjälp av guidens anvisningar.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och rättsväsendet är en förutsättning för ett professionellt omhändertagande av sexualbrottsoffer, vilket tydligt har framgått på pilotprojektets orter. Kontakterna som etablerats mellan klinikledningen, åklagarmyndigheten och polisen har förbättrat kommunikationen och arbetsrutinerna, till fördel för de utsatta och för rättssäkerheten.

Elisabeth Tønnesen  
[elisabeth.tonnesen@lul.se](mailto:elisabeth.tonnesen@lul.se)  
 Steven Lucas  
 Åsa Witkowski  
 Gun Heimer



### Referenser

1. Brottsförebyggande rådet (Brå) statistik 2010 (citerat 2010-12-01) <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>.
2. Regeringsuppdrag från Justitiedepartementet: Ju2007/2177/KRIM.
3. Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2008.
4. Regeringens skrivelse 2007/08:39 Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.



**Annons**

# Årets familjeläkare i Nordvästskåne

Vi har i styrelsen i SFAM Nordvästra Skåne, på förslag från medlemmarna, utsett Knud Rasmussen till årets familjeläkare 2010.

## Motivering till nomineringen (förkortad version):

Knud har verkat som allmämläkare under många år och har blivit en förebild för många kollegor. Med en kombination av stor yrkeskicklighet och ett ödmjukt förhållningssätt till såväl patienter som medarbetare på enheten, har det varit en glädje att samarbeta med honom.

Knud har en medveten värdegrund, som bottnar i uppfattningen att alla människor har lika värde. Ett mångårigt arbete som allmämläkare och ett öppet sinne har begåvat honom med den klokhets som bara livserfarenheter kan ge. Människan blir sedd i sitt sammanhang, vilket skapar förutsättning för en effektiv, korrekt och skraddarsydd behandling. Det är ingen tillfällighet att Knud alltid varit "full-listad" och att patienter valt att följa med honom då han bytt vårdcentral. Han ser till individens bästa och värnar om vars och ens rätt. Samtidigt äger han förmågan att sätta gränser och stå för sina åsikter.



Knud Rasmussen

Arbete i så olika miljöer som Afrika och Grönland har resulterat i stora referensramar och erfarenhet inom flera specialområden. Knud delar med sig av sina gedigna kunskaper och har under många år haft uppskattade föreläsningar för olika personalkategorier.

Det liv han lever är ett föredöme då det gäller friskvård. Tack vare ett aktivt liv har han vid 64 års ålder kondition som en vältränad 40-åring. Krävande bergsvandringar och äventyrliga kajakfärder blandas med löprundor på Hallandsåsen och cykling till jobbet (17 km). Dessutom ägnar han sig åt skapande verksamheter som att skulptera, måla och bygga. "En sund själ i en sund kropp".

Under många år har Knud Rasmussen axlat ett stort ansvar på Förslövs vårdcentral och tagit tillvara andra yrkeskategoriers kunskaper. Hans drivkraft är en uppriktig vilja att bota och lindra, vilket gör denne medicine doktor till en sann humanist.

För styrelsen i SFAM Nordvästra Skåne  
Miriam Birgersdotter

## Replik på Staffan Olssons artikel

## Kall hjärna, varmt hjärta, rena händer

### i AllmänMedicin 6/10

Hej!

Jag tänder till på Staffan Olssons fråga hur tankarna bakom Läkare med gränser går ihop med patientcentrering.

För mig finns inga motsättningar men ibland har jag märkt att patientcentrering uppfattas som att man ska göra som patienten vill. Jag tycker inte det handlar om det utan om att man som läkare ska kunna uppfatta patientens föreställningar, farhågor och förväntningar och kunna ge tillbaka så man visar patienten att man har förstått. Oftast är man ju sedan i förhandlingsdelen helt överens med patienten, men om man inte är det får man motivera varför man föreslår en annan lösning eller utredning/

behandling. Då gäller att patienten kan välja att tacka ja eller nej till den utredning/behandling som man föreslår. Detta är självklart patientens rätt. Däremot är det läkarens ansvar att inte utreda/behandla eller intyga något som man bedömer kan skada patienten eller som patienten rimligen inte har rätt till. Relationen håller oftast ändå om man är tydlig och respektfull. "Vi tycker/bedömer olika. Det är OK, så är det ibland. Jag vill inte göra något som jag tror inte är bra för dig."

Renée Vickhoff  
Eslöv

# Ricardo Almon – förste distriktsläkaren som disputerar vid Örebro universitet

Distriktsläkaren Ricardo Almon disputerade 15 december 2010 på en avhandling med titeln "Lactase persistence and lactase non-persistence. Prevalence, influence on body fat, body height, and relation to the metabolic syndrome".

Handledare har varit professor Peter Engfeldt, Allmänmedicinskt forskningscentrum, Örebro läns landsting; professor Torbjörn Nilsson, Kliniskt kemiska laboratoriet, Universitetssjukhuset Örebro; och professor Curt Tysk, sektionen för gastro-enterologi, Universitetssjukhuset Örebro.

I avhandlingen analyseras prevalensen av laktosintolerans, dess betydelse för vikt- och längdutvecklingen hos barn, samt dess relation till förekomsten av det metabola syndromet hos en spansk befolkning. Avhandlingen, som består av fyra delarbeten och en sammanfattning, baserades på omfattande undersökningar som gjorts på tre grupper individer: En tvärsnittsstudie av 684 svenska barn i åldern 10 och 16 år; en kohort friska svenskar födda på 1920-talet; samt ett slumpmässigt urval av 551 vuxna individer på Kanarieöarna. Samtliga individer genotypades för att ta reda på om det förelåg en genetisk laktosintolerans. Från barnen och kohorten på Kanarieöarna insamlades därtill en rad data kring bland annat kostintag och kroppssammansättning.

I första delarbetet analyserades prevalensen av laktosintolerans hos barngruppen och den äldre kohorten svenskar. Arbetet visade att prevalensen hos barnen var 14



procent och hos de äldre 6,8 procent, det vill säga mycket högre prevalenssiffror än tidigare undersökningar visat.

Delarbete två visade att barnen och ungdomarna med laktosintolerans konsumerade betydligt mindre mjölk och mjölkprodukter än de jämnåriga individerna utan laktosintolerans. Trots detta var fettmassan lika stor i båda grupperna. Således visade denna studie inga belägg för att mjölkintag skulle medföra en ökad risk för övervikt/fetma.

I delarbete tre undersöktes längden hos barnen och ungdomarna i relation till förekomst av laktosintolerans. Mjölkintag och laktosintolerans var positivt associerade med längden efter justering för en rad confounders. Det visade sig även att den viktigaste faktorn för längden var föräldrarnas längd. Således verkar mjölkintag ha en positiv effekt på längdtillväxten.

I delarbete fyra undersöktes kohorten från Kanarieöarna, där prevalensen laktosintolerans är cirka 40 procent. Arbetet visade att de laktosintoleranta, som också drack mera mjölk, hade en högre förekomst av det metabola syndromet. Detta gällde framför allt kvinnorna. Således verkar det som att ett stort mjölkintag kan påverka förekomsten av det metabola syndromet.

Fakultetsopponent var professor Peter Nilsson från Lunds universitet. Han gjorde en oerhört fin genomgång av avhandlingen och hade en mycket intressant diskussion med respondenten. Många nya idéer kring fortsatt vetenskapligt arbete kring laktosintolerans lyftes fram och diskussionen fördes också på ett sådant sätt att auditoriet, där många inte hade sakkunskap, fick stor behållning av diskussionen.

Sammanfattningsvis kan sägas att avhandlingen har belyst några nya aspekter kring betydelsen av laktosintolerans och mjölkintag. För det första är prevalensen högre än vad man tidigare trott och med genetisk analys kan man nu lätt bestämma om tillståndet finns eller ej. Avhandlingen visar även att mjölkintag hos barn och ungdomar inte har någon negativ effekt på utveckling av övervikt/fetma. Eventuellt kan mjölkintag ha en positiv effekt på längdtillväxten.



Peter Engfeldt  
peter.engfeldt@orebroll.se

## SFAMs lokalgrupp i Jämtland/Härjedalen – SFAM-Z

Jämtlands Läns Landsting omfattar landskapen Jämtland och Härjedalen, bestående av åtta kommuner. Totalt bor här omkring 127 000 personer. Centralt i denna vackra geografi finner vi Östersund där länets enda sjukhus också är beläget. Som en följd av lokala traditioner och att många länsbor har långa avstånd till sjukhuset, har vi förmodligen en något brokigare palett av symptom och sjukdomar än i mer tätbefolkade områden.

### Fortbildningsdagar

För ca 15 år sedan initierade SFAM-Z gemensamma fortbildningsdagar, två dagar vid fem tillfällen per år som bekostas av landstinget och där alla läkare som arbetar ute på distrikt välkomnas. Programmet för dessa dagar bestäms av en grupp som utses av SFAM Z, och fortbildningssamordnaren har 25 procent av sin tjänst avsatt för detta. De flesta av länets cirka 85 distriktsläkare kommer på fortbildningsdagarna några gånger per år.

Vi har också fem FQ grupper som träffas 5–6 halvdagar per år. Teman kring möten kan vara diarré, försäkringsmedicin, äldre och läkemedel, blödningar från tarm och urinvägar, riskbruk, studiebesök på mottagningarna på sjukhuset etc.

### Kollegor uppmärksammas

SFAM-Z delar sedan några år ut diplom till nyblivna specialister i allmänmedicin för att på så sätt uppmärksamma att vi fått nya kollegor. Det sker numera under fortbildningsdagarna,

Varje år delar vi också ut diplom till "Årets Distriktsläkare", som vi väljer tillsammans med lokala Distriktsläkarföreningen, samt två stipendier för Årets uppsats, ett till en distriktsläkare och ett till en ST-läkare.



*Kerstin Ermebrant, Årets distriktsläkare i Jämtland 2010.*



*Jana Risk, Peder Rondung och Håkan Garli.*

### SFAMs Höstmöte 2010

Föreningens aktivitet har varit högre än vanligt under de senaste två åren då vi fick förtroendet att arrangera höstmötet 2010 i Åre. Med stor glädje påbörjade vi arbetet med detta redan tidigt under våren 2009. Arbetsgrupper bildades och en programgrupp inledde under hösten 2009 en intensiv verksamhet för att utforma ett program av lämpliga föreläsare. I början av 2010 var i princip alla föreläsare bokade och klara. 13–15 oktober genomfördes så höstmötet och tack vare en god planering, gott samarbete och gott humör blev resultatet mycket lyckat. Föreningens årsmöte var välbesökt och givande. Totalt 43 föreläsare, 23 examinandere och 4 avhandlingsförfattare gav deltagarna nya aspekter på arbetet som allmänläkare. Deltagarna tog väl vara på möjligheten till informellt utbyte av erfarenheter i pauser och vid måltider.

"Utsikt" är ett självskrivet tema för vidderna i Jämtland. Under höstmötet glömde dock fjällvärlden bort detta och gömde sig i moln och regn. Detta avskräckte dock inte deltagarna från att i tunna sommarkläder/badkläder samlas för Mingelkväll i äventyrsbadet. Kvällen därpå var det dags för bankett på legendariska "Dippan" med fullt dansgolv fram till långt efter midnatt. Minglet och banketten gav extra glans åt detta höstmöte som blir SFAMs sista. Från och med nästa möte i mars 2012 i Luleå kommer det nationella vetenskapliga mötet att hållas på våren istället.

**Kristina Seling**  
Ordförande SFAM-Z,  
tillika distriktsläkare i Föllinge – en liten by i  
norra Krokoms kommun  
[kristina.seling@jll.se](mailto:kristina.seling@jll.se)

# "Raffe-hals"

## – atypisk tonsillit får sin förklaring

På **Kungsgärdets vårdcentral** i Uppsala talar vi om "Raffe-hals", en diagnos som bygger på beprövad erfarenhet och god klinisk blick, men hittills inte på systematiskt vetenskapligt arbete.

Vår kollega Ralf Westerback arbetade tidigare under flera år som dagtidsläkare på Husläkarakuten, Uppsalas jourläkarmottagning i primärvården, då samlokaliserad med vår vårdcentral. Han träffade där ett mycket stort antal patienter med halsinfektioner och fick en samlad erfarenhet av sådana, mer än någon annan av oss. Han upptäckte att en del av dem skilde sig från mängden av vanliga streptokockinfektioner och virushalsar. Patienterna hade stora fula tonsiller och hög feber, som vid en vanlig tonsillit, men var uppenbart svårt sjuka, nästintill septiska. Strep-test var negativt och CRP skyhögt. Eftersom allmäntillståndet var så nedsatt gav han antibiotika för säkerhets skull. Han märkte att dessa patienter inte blev bra på vanligt PcV utan oftast kom tillbaka efter ett par dagar. Om de då fick klindamycin blev de raskt friska.

Det blev förstås vanligt att vi andra läkare rådfrågade Ralf om jourpatienter som verkade mer sjuka än vid vanlig tonsillit och vi diskuterade ibland diagnosen på våra läkarmöten. Vi hittar numera själva ibland en "Raffe-hals" och tillsammans med Ralf lär vi våra AT- och ST-läkare att känna igen tillståndet.

Nu tror vi oss dessutom ha fått en vetenskaplig förklaring. Läkartidningen nr 44/2010 har en artikel om *Fusobacterium necrophorum* [1], en bakterie som kan vara orsak till svåra tonsilliter med risk för allvarliga följsjukdomar, vanlig hos unga personer.

I journalen för dessa patienter skriver vi diagnosen "tonsillit". Men i dagligt tal förblir den för oss "Raffe-hals".

**Karin Lindhagen**  
Kungsgärdets vårdcentral, Uppsala

Referens:

- Löfgren M, Sjögren I, Ripa T. Tonsillit hos unga – tänk på *Fusobacterium necrophorum*. Läkartidningen 2010; 107: 2715-2717

# Annons

# Årets ST-dagar i Allmänmedicin Växjö Konserthus, den 6-8 april 2011



Välkomna till årets ST-dagar i Växjö!

Med årets tema Gränslöst vill vi gärna provocera lite.

Är vårt uppdrag som blivande allmänmedicinare gränslöst?

Hela kroppen och själen är vårt arbetsfält!

Seminarierna är fokuserade och riktade till oss som blivande allmänläkare.

I en tid av Vårdval och en mer kundorienterad hållning från vårdcentralerna kan det kanske bli svårare att avgränsa sitt uppdrag.

Var går min gräns till vad jag tycker är rimligt?

Missa inte chansen att bredda och fördjupa dina kunskaper!

Missa inte chansen att träffa dina kollegor från hela landet!

Missa inte banketten på torsdagen!

Vi ser fram emot att träffa er!

Varmt välkomna!

Organisationskommittén

Besök [www.st-dagarna.se](http://www.st-dagarna.se) för mer information och anmälan



Kontakta kansliet om frågor! [johanna.johansson@sfam.se](mailto:johanna.johansson@sfam.se)

**SFAM** SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEICIN

## Wonca og andre Kongresser 2011



### Efteruddannelse i udlandet for skandinaviske familjelæger

Hej kolleger i Sverige!

Dette er en invitation til at deltage i de skandinaviske familjelægers fællesrejser til følgende kongresser:

Årets første kongres: **Wonca Asia Pacific Regional Conference i Cebu City, Philippinerne**, fra den 21–24 Februar. Har allerede fundet sted.

Lørdag den 8 Maj gentager vi vor årlige deltagelse i **The South African Academy of Family Practice's Mini-Congress** i dejlige Cape Town.

**Nordisk Kongres for Almen Medicin**, Tromsø 14–17 Juni, finder sted i det nordlige Norge, og det bliver helt sikkert en stor oplevelse for os alle. Vi har planlagt en kombination, som de fleste vil synes om.

Efteråret byder på **Wonca European Regional Conference i Warszawa** fra den 8–11 september. Vi vil kæde den sammen med nogle dage i det smukke Krakow.

**The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly** finder sted i Orlando, Florida, fra den 14 til den 17 september. Fagligt befinder denne kongres sig blandt de ypperligste. Se mere på [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

Årets næstsidste rejse går til **Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention** i Hobart, fra den 20–22 oktober. Efter kongressen fortsætter vi til Sydney, Alice Springs, Ayers Rock, Cairns og Great Barrier Reef. Læs mere om kongressen her: [www.racgp.org.au](http://www.racgp.org.au)

Den allersidste rejse går til **Wonca East Mediterranean Regional Conference i Dubai**, fra den 25–26. november. Det bliver spændende at overvære denne første Wonca kongres på den arabiske halvø.

Hvordan melder jeg mig til fællesrejserne? Tilmeldingsblanketten findes på [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk) – du udfylder den så nøjagtigt, som du kan, med dit navn og dine rejsefællers navne. Derefter sender/faxer du den til mig. Tilmelding til kongresserne finder sted på deres hjemmesider. Det plejer ikke at volde problemer, men jeg hjælper gerne.

Rejs med dine skandinaviske kolleger, rejs med **The Scandinavian Delegation of Family Physicians**, nu på 23. år.

Med venlig hilsen,  
**Læge Allan Pelch**  
[apelch@dadlnet.dk](mailto:apelch@dadlnet.dk)

# Allmänmedicinen vänder sig om i sin grav

I Guatemala har städerna ofta lustigt långa namn. Svåra att uttala, som Chichicastenango eller Totonicapan. De befolkas av mayaindianer i ett landskap av underskönt gröna berg och dalar. Fler än tjugo olika språk. Där gör kvinnornas klädsel att de, också i djungeln, lyser som vackra fjärilar i landskapet bland andra ögonfröjder, som praktfulla trogoner eller quetzaler som helst döljer sig i lövverken. Där sover jaguarerna hela dagarna i väntan på natten, spindelaporna leker sig framåt längs pyramider och flodbäddar och korp-gamar tar sig an en död hund i väggen.

Guatemala är närapå allt som Jämtland och Gotland inte är, landet som jag är van vid. Men det är också en bild av den mest bjärta kontrast som står att skåda. Indianernas träkanoter kantrar rent bokstavligt i svallvägorna från katamaraner i mångmiljonklassen, då båda dessa typer av farkoster tävlar om utrymmet utefter den magiska floden Rio Dulce. Det gröna meandrande vattenflödet som i öster kysser Karibiska havet.

Inatt låg vi utrullade på ett brädgolv i en hydda knappt 3 000 meter över havet. Det var frost under den skeva stjärnhimlen. Månen hängde halv på ett märkligt vis. Fuktig men glasklar luft. Jag frös som en hund och vaknade titt och tätt. Oftast av att jag frös men gång efter annan också av vrålapornas döds-skrin från molnregnskogen runt oss, från mörkret, fukten. Men också av andra sätt att se på saken. Som att försöka bära runt ett internationellt och solidariskt perspektiv. Gå runt med den sköra keramikskålen utan att trilla, balansera runt, runt.

**Efter besök hos den lokala allmänläkaren** har hon fått diagnosen anemi. Järntabletter modell fuerte har förskrivits. Men idag, ett halvår senare, är just ingenting förändrat. Nog för att hon är mer än vuxen i detta land med sina knappa tjugo år och sina hänförande vackert färglagda och mönstrade kläder. Men hon vågar eller orkar inte gå utanför huset, eller hyddan, för att nu tala fullständig klartext. En hydda är en hydda är en hydda. I alla fall så länge golvet är jord och väggarna lera.

Här lever hon. Medan hennes mamma tar alla påhugg hon kan få på omkringliggande kaffeplantager. Kaffeplantorna växer nämligen bäst här på ungefär 1 000 meters höjd över havet. I alla fall i Guatemala. Medan de sju andra syskonen i livet tagit

sig ut ur hyddan. Till en annan hydda helt intill eller, under täckmantel, till Miami, USA, som mörk quichetalande slav i något amerikanskt hem.



Då hon ändå möter oss ute i ljuset skriker samtidigt en rödpannad amazon-papegoja bakom min rygg. Vingklippt är den ett av hennes husdjur. De andra är två hönor, magra satar. Vi ser att hon egentligen är deprimerad. Att hennes skepnad uppfyller alla upptänkliga tunga kriterier för det som bär namnet melankoli och att hennes liv vänt sig inåt sig självt, slocknat. Eller bara tynat bort efterhand.

Och jag förvånas över att det mänskliga lidandets ansikte är sig så likt. Utanför en enkel boning på Guatemalas landsort har det samma färg och ton som på psykiatriska kliniken affektiva mottagning i Östersund. Människan samtalar i sin kropp med samma gester här som där. Hon liknar, kort och gott, sig själv, och är därför möjlig att tyda. I hägnat av Centralamerikas mörka djungeldoftar likväl som i ett nystädat mottagningsrum på Roma

vårdcentral där sockerfabriken lagt ned och gapar tomhänt och spöklik med sitt gula, skitiga tegel från andra sidan landsvägen.

**Men läkemedel är inte att tänka på.** Alltför dyrt. I övrigt går min tanke till vad hennes liv egentligen har att erbjuda. Vissa, men långtifrån alla, dagar mat i magen. Avhängigt om hennes mamma fått arbete eller inte, fått lön eller inte. Det är också långt till Totonicapan. Flera mil till fots till närmaste läkarmottagning. Och i vilken mån skulle psykofarmakologi egentligen kunna förändra hennes situation? Inte mättar väl citalopram några munnar. Inte finns ett uns av näring i en burk sertralin. Å andra sidan är hon naturligtvis betjänt av att återerövra ögats nu så brustna blick. Men svaret på frågan kan dessvärre lika gärna bokstaveras vanmakt som hopp. Det kan skrivas med sju eller fyra bokstäver.

Ofta är hennes enda måltid lite tortillas med salt, ett helt smaklöst majsbröd. I min västerländska mun smakar det som wellpapp, som helt okryddad linerboard. Du vet det där skrynkliga i mitten av wellpapp. Sällan kan hon äta sig mätt på den bönröra som goda dagar kan erbjuda.

Samtidigt pågår i andra delar av världen långa, upprörda samtal om läkemedel mot sjukdomar eller åkommor som till



stor del har sitt ursprung i ålderdom och vällevnad. Där evidensryttarna riktar sina lasersvärd ut i sin egen tomhet och där döden fortfarande är en diagnos, inte det hittills enda resultatet av ett kortare eller längre liv.

Och i samma andetag springer vi nu i vårt land förgäves i kapp med varandra under mottot tillgänglighet. Politiska sanktioner gödslar vägen framåt mot omedelbar kontakt med sjukvården. I synnerhet dess allmänmedicinska gren. Men tillgänglighetens apostlar har aldrig hörts av här i Guatemala. Kanske de borde göra ett besök i just Chichicastenango, eller på landsbygden runt Totonicapan.

Under solen här har jag nämligen lätt att följa en helt annan tankekedja. Där vår föregivna åtkomst och tillgänglighet får en annan skepnad. Klär om helt enkelt. Om till fluga eller slips vet jag inte, men den kommer att gestalta sig annorlunda eftersom frågan är om ett liv i Strömsund, Atlingbo eller Totonicapan har samma värde eller inte. Om vård och omsorg bör fördelas efter genuint behov, eller, efter strävan till omedelbar tillgänglighet. Där du själv på tungspetsen, just nu och i skrivande eller läsande stund, är svaret skyldig. På något annat sätt kan detta bara inte förstås.

Men medan jag lämnar dig ensam med ditt eget svar på frågan törs jag drista mig påstå detta lilla. Som en blygsam invändning. Marknadskrafterna i Guatemala i grunden är av samma natur som i Jämtland, eller som på lilla Gotland. Att bläckfiskens armar ritar samma typ av spår i det jämtländska blåbärriset som i Sundres alvarmarker eller på bergsslutningarna i Sierra de las Minas.

Enkelt uttryckt. Åt den som har skall varda givet. Om det så gäller tillgänglighet, välkryddad bönröra eller skor på fötterna. För att nu inte tala om ren fantasiverksamhet med namn som bröstförstoring à "30 000 kr inkl silikon", övernattnings och frukost eller monsterrealisation nu i mellandagarna.

**Emellertid hör jag i samma stund** alldeles tydligt också hur det bökar i jorden härintill. Där ligger allmänmedicinen och vänder sig om i sin grav. Kliar sina myggbett på armbågarna, frustar lite i sömnen. Jag ser att hon inte vet om det är dags att vakna eller om hon skall lägga sig till ro med armen under kinden som ett barn för att somna om igen. Men snart är det väl ändå morgon. Både i Totonicapan och här i Visby. Dags att vakna alltså.

Mycket mer behöver egentligen inte sägas. Om resten kan vi helt enkelt hålla tyst. Knäpptyst. Vi kan bli autister av överflöd. Vi kan knyta händerna i fickorna, eller ge dem en mening utöver den att knogarna vitnar. Men att formulera detta i praktisk handling lämnar jag över som i "Ett skepp kommer lastat". Till dig och din egen rannsakan.



Torsten Green-Petersen  
tgp@telia.com



# Arbetsför?

**M**ed anledning av ett brådskande telefonsamtal från syster Ingrid på äldreboendet, tar jag en hastig promenad just före lunch på sparsamt sandade, isprydda trottoarer för att titta till 97-åriga Märta. Den gamla damen är en tystlåten pensionär som de senaste åren bott på boendet efter att ej ha klarat sig hemma trots intensiva hemtillsynsinsatser. Märta är klar och redig men tyvärr så lomhörd att jag måste prata kind mot kind med henne för att hon hjälpligt skall höra min röst. När hon väl har uppfattat vad jag haft att säga, lyser hennes ögon glatt trots att det inte är mycket med hennes syn heller. Så blir det idag också, fast Märta haft det besvärligt under helgen, varit trött och inte velat lämna sin säng. Nu har det tillstött bröstsmärtor. Syster Ingrid berättade vid telefonsamtalet att Märta var kallsvettig och klagat över rejält ont. Jag ordinerade injektion morfin, men ville titta till Märta för att se hur resultatet blev och även prata med hennes omtänksamma dotter och barnbarn om hur vi skall göra i fortsättningen.

Hos Märta råder en lugn och varm stämning; en undersköterska, dottern och barnbarnet bistår med sällskap. Som vanligt blir det kind-mot-kind samtal. Märta är osäker på vem som kommit och klappar mig över bröstkorgen för att ta reda om det är en man eller kvinna. Snart nog förstår hon att det är doktorn som är på besök. Märta är nu varm och lite fuktig på pannan, men inte alls kallsvettig som innan sprutan.

Hon vill inte ha något att äta, bara lite vatten att dricka. Så småningom undrar Märta varför jag kommit. Jag förklarar att jag ville titta till henne och se hur hon har det. Märta nämner lite knipslugt: ”doktorn ville nog se om jag var arbetsför”. Jag lovade att hon skall slippa skotta snö!

Jag pratar lite med dottern som vill att mamma ska vara kvar på boendet och få god omvårdnad och smärtlindring, vilket jag lovar. Tar därefter adjö av Märta som verkar trött men nöjd, omgiven av sina nära.

På vägen från boendet tänker jag på Märtas ord och funderar på vad kommande generations replik kommer bli, kanske: ”kan doktorn skriva ett intyg”?

En och en halv timme senare ringer Ingrid och berättar att Märta somnat in utan smärta eller oro.



**Gunnar Axelsson**  
Foto: Anette Bjerg



## Nya riktlinjer för arbete med levnadsvanor: Risker och möjligheter

"Slutsatsen blir att vi bör prioritera de längre samtalen kring rökning, riskbruk och bristande fysisk aktivitet."

Socialstyrelsen publicerade i oktober preliminära riktlinjer för vårdens arbete med levnadsvanor (1). Man tar upp fyra ovanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, bristande fysisk aktivitet och dåliga matvanor. Socialstyrelsen spelar med andra ord på allmänläkarnas hemmaplan: samtal om levnadsvanor har ju länge varit en central uppgift för oss. Den nationella patientenkäten 2009 visade att våra patienter anger att samtal om de fyra levnadsvanorna förs i mellan 24 procent (fysisk aktivitet) och 9 procent (alkohol) av besöken. Det innebär att vi varje år förs många miljoner samtal om levnadsvanor. Vi gör alltså redan idag stora insatser, och Socialstyrelsens riktlinjer ger tyngd och stöd åt detta. De kan också innebära en möjlighet för oss att förbättra kvaliteten i våra samtal, och få betydligt mer resurser. Samtidigt finns flera risker inbyggda i processen, vilket vi återkommer till nedan.

### Längre samtal och fler allmänläkare

Vår roll är i första hand att samtala om levnadsvanor kopplat till patientens upplevda besvär, eller som ett led i sekundärprevention. Det nya i riktlinjerna för oss allmänläkare är framför allt att de lyfter fram de något längre samtalen. Man talar om "rådgivning", vilket definieras som ett samtal om levnadsvanan på mellan 10 och 30 minuter. Den korta rådgivning som vi tidigare ofta lyft fram finns bara med som metod för rökare, och där har metoden låg prioritet. Slutsatsen blir att vi bör prioritera de längre samtalen kring rökning, riskbruk och bristande fysisk aktivitet. Minst tio minuters samtal är tumregeln. Mottagningsarbetet måste då anpassas så att vi får praktisk möjlighet att föra dessa längre samtal. För detta behövs längre mottagningstider, och kanske framför allt fler återbesök med ordentligt med avsatt tid. Detta innebär i sin tur att vi behöver fler allmänläkare. I och med riktlinjerna har vi fått ett förstklassigt argument för detta. De samtal som riktlinjerna rekommenderar är dessutom mycket kostnadseffektiva jämfört med andra insatser i vården, allt enligt den hälsoekonomiska utvärdering som gjorts. De fyra levnadsvanorna står tillsammans för en

femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige, så det är ingen lyxsjukvård som rekommenderas, utan billiga metoder för att rädda liv och förhindra svåra handikapp.

Vi allmänläkare har länge talat oss varma för konsultationens betydelse och nu har vi ett tungt dokument som stöder tanken att vi kan förbättra patienternas hälsa via konsultationen. Riktlinjerna ställer också konsultationens kvalitet i centrum. Behovet av längre samtal med hög kvalitet fokuserar på vår utbildning i samtalsmetodik. Alla allmänläkare behöver utbildning och fortbildning i detta livslånga lärande. Det ställer i sin tur krav på större utbildningsresurser i regioner och landsting.

### Och riskerna?

Riskerna ligger framför allt i en okunnig och osmidig implementering i det enskilda landstinget/regionen. Den första frågan är hur patienterna ska identifieras. Vår åsikt är att man i första hand ska bygga på de samtal som förs vid de vanliga patientbesöken. Data från den nationella patientenkäten tyder ju på att vi lyckas identifiera miljontals patienter på detta sätt. Ett alternativ som blivit populärt i en del landsting är att man istället förlitar sig på en screening genom ett livsstilsformulär till alla som kommer till mottagningen. Den vägen att rekrytera patienter för livsstilssamtal är betydligt mer problematisk. Som vid all screeningverksamhet ställs särskilda etiska krav. Det måste stå klart för patienten varför frågorna ställs och vad som kommer att hända efter att de besvarats, och hur de kommer att journalföras. Man måste också ta hänsyn till risken med att en frisk person kan få en negativ stämpel "du lever ohälsosamt". Om en ohälsosam levnadsvana identifieras genom screening krävs en genomtänkt strategi där man tar hänsyn till patientens egen motivation i frågan och där individen erbjuds uppföljning i enlighet med riktlinjerna inom rimlig tid. Om en sådan screening ändå sker menar vi att allmänläkaren kan vara mest lämplig att följa upp resultaten bara om den funna levnadsvanan har samband med patientens sjukdom eller symtom. I annat fall bör uppföljningen ske av annan personal.

En möjlighet att arbeta primärpreventivt med levnadsvanor är att bjuda in befolkningen till hälsoundersökning ad modum Habo och Norsjö. I den situationen är livstilsformulär knappast problematiska eftersom patienterna själva valt att komma till vården i denna fråga.

En annan risk är att åtgärderna kan öka den ojämlika hälsan, om de når så kallade starka grupper i större utsträckning. För att motverka detta måste vi vara aktiva, och inte bara vänta på att befolkningen efterfrågar olika åtgärder. Åtgärderna måste också utformas på ett sätt som attraherar de grupper i samhället som bäst behöver dem. Kostnaden för den enskilde är en viktig fråga. I uppföljningsarbetet är det nödvändigt att undersöka vilka grupper som nåts av åtgärderna, bland annat utifrån kön, ålder, etnicitet och utbildningsnivå. Att det går att undvika att öka den ojämlika hälsan och istället minska den genom primärvårdsbaserade program visades för övrigt tydligt i Norsjöprojektet i Västerbotten (2).

**En tredje risk** är att ersättningssystemen inte tar hänsyn till riktlinjerna. I dagens hälsoavssystem behövs ekonomiska incitament som ger ersättning för de åtgärder som vi genomför. Samtidigt är ju sådana ekonomiska styrsystem svåra att konstruera och lätta att missbruka.

En fjärde risk är hur riktlinjerna kommer att följas upp. Socialstyrelsen har föreslagit så kallade indikatorfrågor, och hur dessa kommer att användas i den praktiska hälso- och sjukvården är en mycket viktig fråga att bevaka. Det förutsätts i riktlinjerna att indikatorerna skall utgöras av journaldata. Andra möjliga datakällor, till exempel patientenkäter, diskuteras inte, vilket vi upplever som en stor brist. SFAM förordar att den nationella patientenkäten används när vårdens arbete med riktlinjerna ska utvärderas. Om enkäten kompletteras med indikatorfrågorna kommer vi att ha ett bra underlag för utvärdering.

Att insamla indikatoruppgifter under patientmötet medför en etisk problematik. Det är ur patientens perspektiv inte alltid självklart att frågorna har relevans för orsaken bakom det aktuella besöket. Är patienten medveten om att dessa, ibland integritetskänsliga uppgifter, kommer att journalföras, hur länge de kommer att bevaras och vem som har möjlighet att läsa uppgifterna framöver? Det finns en samhällsdebatt och stor oro angående personlig integritet. Särskilt med tanke på det snabba framväxandet av den sammanhållna journalen, är det viktigt att det inte sker slentrianmässig journalföring av uppgifter som många individer upplever som integritetskänsliga.

Det patientcentrerade arbetssättet innebär att man utgår från patientens agenda när man diskuterar levnadsvanor och dess betydelse för hälsan. Det är inte förenligt med detta arbetssätt att ha färdiga frågor, med fasta svarsalternativ som avser att utgöra resultatmått. Patienten ska känna att han/hon äger besöket, inte samhällets folkhälsoambitioner.

Den intresserade hänvisas till det fylliga remissvaret från SFAM (3), som bland annat tar upp frågor som oklara skrivningar om riskbruk.

## Forskning och implementering

En reflexion från riktlinjearbetet är det stora behovet av mer allmänmedicinsk forskning. Det saknas bra forskning kring flera metoder som vi tror på, såsom Riskbruksverkstad, eller betydelsen av kontinuitet i patient-läkarrelationen med långvarig kontakt och dialog. I riktlinjearbetet är dessa metoder osynliga, eftersom det saknas studier. Vi måste forska mera, och genomföra stora studier med bra och primärvårdsanpassad metodik! Det är också synd att riktlinjerna inte tagit upp den evidens som faktiskt finns för betydelsen av en välfungerande och välutrustad primärvård med god kontinuitet och tillgänglighet för att åtgärder som samtal om levnadsvanor ska fungera i praktiken.

Sammanfattningsvis ger alltså riktlinjerna stora möjligheter för oss allmänläkare, men det finns också risker att beakta. Vi vill att de goda förutsättningar riktlinjerna ger oss ska tas tillvara i praktiken och det är därför viktigt att SFAM engagerar sig i implementeringen, både nationellt och lokalt. Socialstyrelsen har nyligen fått ett tydligt uppdrag att implementera riktlinjerna, vilket ska ske i samarbete med läkarkåren och andra professioner i vården. SFAM har påbörjat diskussioner med Socialstyrelsen och hoppas vi kan hitta goda samarbetsformer i ett sådant arbete. Det är också viktigt att lokalföreningarna är offensiva i varje landsting/region, och driver dessa frågor. Vi i SFAMs råd för levnadsvanefrågor kommer att försöka ge konkret stöd i det arbetet.



Åsa Wetterqvist  
asa.wetterqvist@sfam.se



Lars Jerdén  
lars.jerden@ltdalarna.se

### Referenser:

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder>
2. Weinehall, L., G. Hellsten, et al. (2001). "Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease." *Scand J Public Health Suppl* 56: 59-68.
3. SFAM. Remiss-svar nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. [http://www.sfam.se/media/101213\\_rem\\_svar\\_nationella\\_riktlinjer\\_fr\\_sjukdomsfrebyggande\\_metoder.pdf](http://www.sfam.se/media/101213_rem_svar_nationella_riktlinjer_fr_sjukdomsfrebyggande_metoder.pdf)

---

### **SFAMs råd för levnadsvanefrågor**

**Lars Jerdén** (ordförande)

Med dr, Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge

**Åsa Wetterqvist** (sekreterare)

Uppsala

**Mats Rydberg** (styrelsens kontaktperson)

Läkartjänst i Halland AB

**Mette Barth**

Vårdcentralen Vellinge

**Cecilia Björkelund**

Professor i allmänmedicin vid Göteborgs Universitet,

Vårdcentralen i Strömstad

**Astri Brandell Eklund**

Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska

Institutet, samt Statens folkhälsoinstitut

**Björn Hallström**

Med dr, Vårdcentralen Stadsfjärden, Nyköping

**Anna Hertin**

Ankarsrums hälsocentral

**Patrik Wennberg**

Med dr, Skellefteå

**Sven Wåhlin**

Bålsta vårdcentral

**SFAM** SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEDICIN

# Biologi + biografi = sant!

Eli Berg disputerade för medicinsk doktorsgrad 2004. Förste opponent var Carl Edvard Rudebeck. Avhandlingen omarbetades sedan till en bok "Det skapande mellanrummet i mötet mellan pasient og lege", som nu är slut på förlaget. I den boken drar författaren en del slutsatser och ställer kritiska frågor, som i en ny bok av henne delvis får tydliga svar av modern forskning. "Biologi plus biografi är sant" heter det i den nya boken.

I "Sammenhenger – om erfaring, sykdom og medisinsk praksis" möter vi åter Elis patienter. Deras tankar och erfarenheter kopplas till filosofisk vetenskap och naturvetenskap för att vi ska kunna förstå de krafter som verkar i det skapande mellanrummet.

Det började med att Eli blev mer och mer uppgiven över att en del patienter återkom gång på gång med samma eller nya hälsoproblem. Varken hon själv eller sjukhuskollegor i Kongsvinger där hon arbetade eller superspecialister i Oslo kunde hjälpa dem. Ibland blev människors sjukare av de åtgärder som vården vidtog.

Här kunde berättelsen ha slutat, om hon givit upp och ägnat sig åt något annat, men det är inte så Eli Berg fungerar. Hon förstod att det måste finnas sammanhang mellan det levda livet och människors hälsa. Att sjukdom kan handla om smärtsamma erfarenheter, en relationell smärta. Sådana synsätt diskuterades ibland, med olika infallsvinklar, men ingick inte i medicinstudierna. Detta måste prövas och undersökas. Eftersom jag känner Eli Berg sedan 25 år, och har varit med på ett litet hörn under en del av hennes forskning, så borde kanske någon mer neutral person ha skrivit den här boken, men å andra sidan kan jag säga:

– Jo, det stämmer, jag var med och lyssnade.



*Sammenhenger*  
– Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis  
Författare: Eli Berg  
ISBN 9788205399006  
Förlag: Gyldendal Akademisk  
Sidor: 188

Eli tog kontakt med psykolog Björn Angvik på det närbelägna sjukhuset. Hon frågade försiktigt några av sina patienter om denne fick närvara under ett eller flera samtal. När de fick klart för sig att det inte handlade om att doktorn trodde att de var psykiskt sjuka så accepterade de. När patienten så fick tillfälle att närvara med "hela sig" och inte bara med sin lidande kropp, så började nya berättelser utveckla sig. Berättelser om liv, ibland med kränkningar, ibland med orimliga krav. Dessa berättelser gav för en del patienter kraft till förståelse och förändring som fick till följd att kroppsliga smärtor och symtom försvann som om de dunstat bort.

Detta är en mycket summarisk beskrivning av det som Eli Berg beskrivit i tidskriftsartiklar och i en bok, "Ser du meg doktor", som handlar om en enskild patient och hans och doktors långa resa till full hälsa.

För att studera vad som hänt engagerade Eli den nu bortgångne professorn i socialpsykiatri, Tom Andersen från Tromsø. Den metod Tom Andersen och medarbetare utvecklat finns beskriven i boken "Reflekterende processer – Samtal og samtal om samtalen" <sup>1</sup>.

Som medsittare intervjuade först Tom Andersen Eli, som fick ge en kort bakgrund och en uppsummering medan patienten satt som åhörare, liksom jag gjorde. Sedan fick patienten berätta och Tom Andersen bad då och då om fördjupning, om något kunde beskrivas med andra ord. För åhöraren tedde sig samtalen som en tavla, först skissartad men senare mer och mer detaljerad och färgrik. Det som framkom var ibland överraskande för Eli. Den första delen av boken handlar om dessa erfarenheter från medicinsk praktik.

## Kärlek till visdom och kärlekens visdom

Del två omfattar historiska och filosofiska reflektioner. Vi får först en orientering i filosofisk vetenskap som börjar med Hippokrates (460–ca 370 f.K) och omfattar en rad filosofer fram till vår tid. Olika begrepp förklaras på ett lättfattligt sätt och sätts i sammanhang. En för Eli mycket betydelsefull tänkare är Emanuel Levinas, som talar om att "träffas av den andres ansikte". Ansiktets hud är den mest nakna, den mest blottade. Samtidigt innebär att bli träffad av den andre ett etiskt imperativ om att inte skada eller kränka. Det finns många beröringspunkter mellan yrkesfilosoferna och de som Eli kallar vardagsfilosoferna, hennes patienter. Detta berörs i ett särskilt kapitel, "Hverdagsfilosofi møter fagfilosofi".

Patienter tar för givet att läkaren har goda medicinska kunskaper. Det avgörande är hur man blir bemött. Att sitta framför en läkare som under samtalet tittar i datorskärmen och knackar på ett tangentbord upplevs av många som ett avvisande.

### Ett paradigmskifte inom medicinen?

Eli Berg inleder den tredje delen av boken med att hävda att vårt kunskapsfält har varit för smalt. EBM och hantering av risk kan vara två återvändsgränder om vi stannar där. Det Eli visar i sina patientberättelser är att ”det levda livet” påverkar biologin, men också att en återupprättad balans kan verka helande. Enligt nyare forskning kan kränkningar orsaka sjukdom och få generationsövergripande konsekvenser ned på DNA-nivå. Psyko-neuro-immunologi och psyko-neuro-endokrinologi är exempel på nya ”bindestrecks-specialiteter” som suddar ut gränserna mellan psyke och kropp. Denna nya kunskap kommer som en bekräftelse på vad framstående forskning i norsk allmänmedicinsk miljö har förbättrat, nämligen att ”mind moves

matters”. Några andra namn i raden är Linn Getz, Irene Hetlevik och Anne-Luise Kirkengen. Kropp och själ är odelbara och behöver betraktas så, inte minst i medicinsk praktik.

### Allmänläkaren att lita på – också i framtiden

Det avslutande kapitlet börjar med en summarisk återblick på norsk allmänmedicin och påpekar behovet av förändringar i utbildningen. Så får vi viktiga och handfasta råd om hur läkare kan och bör förhålla sig i samtalen med sina patienter. Självklara för en del kanske, men inte för alla.

– Knacka på, säger Eli, inbjud patienten till att berätta men respektera hennes gränser!

Om vi har ett staket runt vår trädgård, vill vi kanske, att bara den vi öppnar grinden för ska komma in. Alla människor är inte beredda att just här och nu berätta om sina mest personliga tankar. Då skall läkaren inte tränga sig på utan avvakta. Rätt tillfälle kan komma senare, årtal senare, när patienten säger:

– Du frågade en gång om det var någonting mer...

Men patienten måste också i samtalet utmanas att bli tydligare – för sin egen skull. Att klara av det handlar om läkekunst.



Björn Nilsson

<sup>1</sup>”Boken er dedikert til de skjelvende fjell, lysets mystikk, vindenes berøring og vannets glede mens det faller.”

# Annons

# Är du klar nu? En riktig doktor?

Första juren som Distriktsläkare efter en lång ST i allmänmedicin, inriktning glesbygdsmedicin. Tankarna löper fritt om tiden som gått och om framtiden som väntar.

Allt sedan den första sidotjänstgöringen i ST-tjänsten har frågan följt mig "Är du klar nu?" Nu äntligen, sedan 10 dagar kan jag svara "Ja, nu är jag Distriktsläkare!". Meningen åtföljs av ett stolt leende och ett inre jubel, men också av en förvirrad tomhet! Är jag verkligen "klar"? Vad väntar nu? En läskig ström av aldrig sinande krav. Inga sjukhusplaceringar som ger tillfälle att avsluta och lämna över. Nu bara stå kvar, hålla i, hålla ut...

Jag började direkt efter legitimationen ett vikariat på Hälsocentralen i Strömsund tio mil norr om Östersund. Från första dagen älskade jag utmaningarna i jobbet. De medicinska och de mänskliga. Tänk så lätt att ställa diagnos när alla symtom verkligen väntats fram, och enklare åkommor sållats bort av milen till Hälsocentralen. Patienterna och personalen var svältfödda på kontinuitet. Kanske var det denna svältföddhet som bidrog till den fantastiska uppskattningen jag mötte, blandat med "är du klar nu?".

Som nylegitimerad var det svårt att fylla upp en distriktsläkartjänst som sedan fem år hade skötts enbart av veckovisa stafettkollegor. Särskilt svårt var det att sätta undan tid för min egen fortbildning, det som blev min ST-tjänst. Om det inte hade varit för arbetskamrater och ST-kollegor och inte minst arbetskamrater i liknade situationer på andra glesbygdarbetsplatser hade det kanske varit en omöjlig ST. År 2006 deltog jag för första gången i Svensk förening för Glesbygdsmedicins årsmöte och konferens och kände att jag hamnat i ett rum med likasinnade. Att dessutom få träffa några ST-läkare i glesbygd styrkte mig i att sätta gränser för vad som är rimligt, men också känna stor stolthet för det arbete jag redan första året som ST-läkare utförde, precis som vilken annan "riktig" doktor som helst. Min identitet som doktor blev ST-läkare i allmänmedicin med inriktning Glesbygd. En yrkesinriktning som möts med stor respekt av kollegor i hela landet.

**Vetskapen om de tuffa kraven på mig som doktor** i glesbygd gav mig kraft och motivation att med stöd av handledare, ST-kollegor och en aktiv studierektor ta itu med den orimliga

arbetsituationen. Tillsammans med arbetskamrater och chefer kunde jag halvvägs igenom min ST lägga om till en tjänst som möjliggjorde fortbildning, patientarbete och sidotjänstgöring. När det gick upp för alla på arbetsplatsen att en ST-läkare är en framtida investering och något helt annat än en stafettläkare, så har jag haft möjlighet i hög grad utforma min ST med individualiserad tjänstgöring och kurser utifrån mina specialintressen glesbygdsmedicin och preventiv folkhälsa.

Nu sitter jag här på jurexpeditionen en fredag kväll, min första jour som distriktsläkare. Kvällen är kall, mörk och lugn. Festligheterna och skotersammankomsterna i samhället drar igång i morgon. Då kan det bli mer arbete. Det finns gott om tid att reflektera över jourpass som gått under min ST. Jag känner mig lugn och trygg och tacksam över att oron, som tidigare fanns inför jourpassen, nu är borta. Det är nog så att fem år trots allt har hjälpt mig att sälla, att behandla per telefon, att expektera men också att lita på mina instinkter, att skilja på när det är bråttom och när det är bättre att lugna. Kanske är jag ändå tillräckligt klar?

**Som nybliven specialist** har jag fått precis de arbeten jag vill ha! Distriktsläkare på halvtid på hälsocentralen i lilla Backe i gränstrakterna mellan Jämtland, Västernorrland och Västerbotten, min hemort, 16 mil från Östersund. Sveriges bästa hälsocentral 2010, när patienterna sagt sitt i Nationella patientenkäten. Till detta 40 procent tjänstgöring på Folkhälsocentrum i Östersund. Jag får föreläsa och undervisa om hälsa, prevention och motivation. Vara med och påverka landstingets planering och arbete på folkhälsoområdet. Möta arbetsplatser och skolor med hälsocentralens aldrig sinande källa av patientmöten som inspiration. Jag går till min båda arbeten med ett stort leende på läpparna. Jag har två roliga arbeten som båda drar nytta av varandra och jag tycks ha en hållbar arbetssituation. Att vara specialist verkar vara något riktigt bra!

Under våren ser jag fram emot massor av spännande arbete, med lokalt och nationellt folkhälsoarbete, bland annat i SFAM:s nätverk för levnadsvanor. Dessutom är det under våren ännu en gång dags för träffen som gav mig min identitet

som doktor, ”glesbygdsmedicinare”. Vi drar nytta av att vara en gruppering i Svenska Läkaresällskapet och träffas denna gång i sällskapet anrika lokaler i Stockholm för att under två dagar diskutera både politiska och medicinska frågor. Vi i glesbygden anser att vi verkligen utnyttjar primärvårdens, allmänläkarens, distriktssköterskans, undersköterskans och sekreterarens fulla potential. Något svensk sjukvård kan lära av. Från det allmänmedicinska forskningsområdet får vi veta mer om smärtlindring i palliativ vård, om Helicobakter Pylori, om glesbygdsmedicinska arbetssätt. Själv får jag berätta om mitt ST-projekt som handlar om skillnader i hälsa mellan glesbygd och tätort.

Välkommen den 18-19 maj 2011 om du liksom jag har hjärtat i glesbygdsmedicinen! Titta in på [www.glesbygdsmedicin.info](http://www.glesbygdsmedicin.info) så får du veta mer.

Ja, äntligen är jag färdig!

**Elin Khokhar**  
*elin.khokhar@jll.se*

*Jäv: Suppleant i styrelsen för Svensk förening för Glesbygdsmedicin*

---

# Annons



## Døden, skal vi danse

**H**ur kan man bli så lycklig av att läsa en bok om döden? Kanske för den nyttiga påminnelsen om att utan död inget liv och utan djup ingen riktig kontakt. Och för denna humanistiska motvikt mot allt evidensbaserat som styr vår vardag.

Per Fugelli beskriver i sin senaste bok, *Døden, skal vi danse*, hur han redan 2005 beslutade sig för att bjuda upp döden till dans för att se om den kan berika livet. Två år senare höll han ett föredrag på ett äldreomsorgscenter i Oslo under rubriken ”Døden, vårt sista tabu?” och fick gehör för sina tankar. När han strax därefter höll samma föredrag för Radiumhospitalets läkare kunde han ta bort frågetecknet i rubriken och konstatera att på denna plats där döden ständigt finns närvarande pratade man aldrig om den. Viljan att skriva om döden blev av detta starkare och boken började ta form i hans inre.

Innan han hunnit börja skriva hände något som fick projektet att ändra riktning. Våren 2009, under en forskningsresa till Afrika, fick han plötsligt tarmbesvär. Väl hemma i Norge visade utredningen att det inte alls rörde sig om någon afrikansk parasitsjukdom utan i stället om en tjocktarmscancer. Boken blev därmed, i stället för en tankebok, en personlig berättelse om vägen mot döden.

Boken är till stora delar en fröjd att läsa, inte minst i dessa tider där så många andra försöker sätta agendan för vårt arbete i form av checklistor och kvalitetsregister. Per Fugelli gör upp med vår syn på cancerdiagnosen som ett slagfält, präglad av kamp och krigsretorik, trots att mer än hälften av alla som får cancer idag ofta lever med sin sjukdom i årtionden och



*Døden, skal vi danse*

Författare: Per Fugelli

ISBN 978-82-15-00907-0

Förlag: Universitetsforlaget

Sidor: 253

många blir botade. Han är tveksam till för mycket fokus på cancersjukdomen och till patientföreningar som kan stimulera till en osund sjukdomsidentifikation och avslutar avsnittet ”Slipp kreftpasientene fri, det er vår!”

Han ifrågasätter screening och konstaterar att det inte är värre att dö av cancer än av andra sjukdomar. ”De fleste sykdommene vi dør av gir smerte, kvalme, sår, angst – og til slutt ralling. Sånn er de dødelige sykdommene”. ”Nesten alle blir kronisk syke når de blir gamle. Nesten alle dør bit for bit, før den siste døden. Nesten alle vil tape åndsevner og kroppsevner. Nesten alle vil miste skjønnhet og verdighet. Nesten alle vil komme inn i lidelse. Sånn er livet i siste akt”.

”– Kan det normale være ”forferdelig”? Kan det naturlige være ”en ond skjebne”? Kan det selvfølgelig være et ”sjokk”? Svaret er tre ganger ja, hvis vi velger å leve i de falske forventningers verden. ”Det er trist å se sine nærmeste bli syke, lide og dø. Men det blir mindre trist hvis vi er realister og innser at det er menneskets normale, naturlige, selvfølgelig lodd på jorden.”

Författaren delar med brutal ärlighet och ett stort mått av humor med sig av sina egna erfarenheter av en mer eller mindre välfungerande sjukvård, av sin egen upplevelse av att vara sjuk och närma sig döden och av de reaktioner han möter från omgivningen. Boken känns stundtals lite lång mot slutet men detta är en bagatell i sammanhanget. Jag rekommenderar varmt att ni lägger den överst i ”att läsa-högen” så att den skymmer kvalitetsregisteröversyner och nationella riktlinjer.

**Karin Träff Nordström**

Per Fugelli är norsk allmänläkare och professor i socialmedicin vid Universitetet i Oslo. Han är en känd samhällsdebattör och författare och sedan 2009 hedersledamot i SFAM.



# Matrevolutionen

## – paradigmskifte eller övermod?

Till att börja med några ord om författaren Andreas Eenfeldt; nybliven specialist i allmänmedicin i Karlstad, och upphovsman till landets mest besökta hälsoblogg kostdoktorn.se. Jämfört med många andra kostdebattörer har han en ödmjuk framtoning, men samtidigt påstår han att det är inget mindre än ett paradigmskifte boken skall gå i bräschen för. Som opinionsbildare är han en god representant för sin generation, där sociala medier är viktigare som plattform än akademien.

Bokens målgrupp är inte helt klar. Uppenbart är det den kostintresserade allmänheten som är den primära målgruppen och vi kan nog lugnt räkna med att få diskutera bokens innehåll med en och annan patient, och kanske till och med få den till skänks av någon som lyder författarens upprepade uppmaningar att ge bort den till den läkare som behöver upplysas.

Första delen ägnas åt en historisk återblick, huvudsakligen med en beskrivning av vad paleolitisk kost betytt för uppkomsten av LCHF-dieten. Här finns också en beskrivning av hur dagens kostråd kommit till, med rallarsvingar mot framförallt Ancel Keys forskning. Bokens andra del handlar om dieten i sig själv, omväxlande kallad LCHF och njutmetoden. Den avslutande delen är en praktisk guide för den som skall följa dieten, med ett fåtal recept och handfasta råd för den som inte lyckas gå ner i vikt.



Andreas Eenfeldt. Foto: Caroline Andersson

Det vetenskapliga innehållet förtjänar minst en kommentar; det är egentligen inte vad som finns i boken som fallerar, snarast det som saknas. Urvalet av studier och även den historieskrivning som presenteras lider av en urvalsbias som är problematisk. Samtidigt betraktar jag boken som ett debattinlägg och partsinlaga snarare än något som skall likna en lärobok eller annan facklitteratur. I den rollen kan man knappast kräva att författaren skall redogöra för motståndarlägrets argument och historieskrivning.

Språket är inte på något sätt akademiskt, snarast populärvetenskapligt på ett trevligt och ofta humoristiskt sätt. Författaren avstår klädsamt nog från personangrepp på motståndarsidan, och hanterar kontroversen kring Annika Dahlquist på ett nyanserat och återhållsamt sätt. Argumentationen är på sina ställen förenklad och lite väl grovhuggen. Här tror jag författaren underskattar sin publik. Kostfrågans komplexitet kunde gott belysas på ett något mer djuplodande sätt, utan att bokens läsbarhet skulle lida av det.

Staffan Olsson

*Matrevolutionen, ät dig frisk med riktig mat*

Författare: Andreas Eenfeldt

ISBN 978-91-7424-129-7

Förlag: Bonnier fakta

Sidor: 253

# Svenska Läkaresällskapet – rapport från en allmänläkare

Häromåret beskrev jag arbetet i SLS här i AllmänMedicin. Nu har jag haft förmånen att vara ordförande i ett år och fått mer kunskaper om vad som görs och på vilket sätt vi kan bidra.

Ibland hörs funderingar över varför vi behöver en samlande organisation – räcker inte SFAM? – och vad skiljer egentligen Svenska Läkaresällskapet från Sveriges Läkarförbund? Jag ska därför kort beskriva något av Läkaresällskapets arbete.

Svenska Läkaresällskapet är läkarnas vetenskapliga organisation och är en obunden ideell förening med omkring 18 000 medlemmar som arbetar med frågor som rör medicinsk vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. Svenska Läkaresällskapet har funnits i drygt 200 år och i takt med utvecklingen av medicinen har det blivit allt fler sektioner och associerade föreningar. För närvarande finns 66 vetenskapliga sektioner, 17 associerade föreningar och nio lokala läkaresällskap.

SLS styrs av sitt fullmäktigemöte som äger rum på hösten. Sektionerna har inflytande i förhållande till hur många medlemmar i SLS som också är medlemmar i sektionen. Flest är allmänmedicinerna, ca 1700, vilket ger 7 fullmäktige. Men SFAM kan få större inflytande om fler blir medlemmar i SLS. I höstas hade fullmäktige ett delvis nytt upplägg med ”framtidswerkstäder” med diskussioner om framtida inriktning av verksamheten. Tack Karin Lindhagen för hjälp att förnya!

Mellan fullmäktigemötena leds arbetet av nämnden, det vill säga styrelsen. I Läkaresällskapets nämnd företräder ledamöterna hela organisationen och sitter inte som representant för något specialitetsintresse, men det finns en medveten strävan efter en jämn spridning över specialiteterna liksom efter en jämn könsfördelning och geografisk spridning. Allmänmedicin är en stor sektion och numera är man angelägen om att det ska finnas allmänmedicinare i nämnden. Malin André sitter i valberedningen – vänd dig till henne om du har förslag!

**Inom SLS finns delegationer för olika uppgifter** såsom utbildning, forskning, etik och riksstämman och därtill ett antal kommittéer för ändamål som språkvård, IT och läkemedel. Det finns en alldeles ny kommitté för säker vård, som är ett viktigt område. Det som utmärker arbetet i delegationer och kommittéer är att de är sammansatta av personer med olika specialistkunskaper för att belysa frågorna så brett som möjligt. Under det kommande året blir frågorna om specialitetsindelning aktuella igen, forskningsmedel delas ut, etiken kring livets slut aktualiseras igen, kvalitetsfrågorna ska belysas i remissvar på Måns Roséns utredning och riksstämman ska planeras.

Läkaresällskapets flaggskepp är förstas den Medicinska Riksstämman. Riksstämman är fortfarande Sveriges största medicinska möte och ger tusentals läkare från olika specialiteter och olika delar av landet möjlighet att ta del av de senaste rönen i olika ämnen via föredrag, seminarier och debatter. Den är också ett fantastiskt tillfälle att diskutera och debattera aktuella och viktiga sjukvårdsfrågor med kolleger från andra specialiteter, representanter för andra yrkesgrupper, politiker, tjänsteman och allmänhet. Riksstämman erbjuder också mycket bra utbildningstillfällen, även inom ledarskap, kommunikation, professionell utveckling, etik, vetenskap och kvalitetsutveckling. Formerna är under utveckling, bl. a. efter förslag av kloka allmänmedicinare, som föreslagit mer interaktiva moment. Det finns också förslag på att basera ST-kurser på olika moment på riksstämman. Kom med förslag! Vad behövs? I år äger Riksstämman rum i Stockholm den 30 november–2 december och programmet styrs i hög grad av sektionerna.

Läkaresällskapet arrangerar också webbsända tisdagssammankomster från Sällskapets hus i Stockholm (ligger kvar på nätet som ett bibliotek), Berzeliussymposier, debatter och seminarier i aktuella ämnen, delar ut forskningsanslag, skapar och för dialog med makthavare i särskilt angelägna frågor, föreslår experter till utredningar och kommittéer samt besvarar remisser från olika instanser. All denna aktivitet syftar förstas till att utveckla hälso- och sjukvården, för patientens bästa. Det är naturligtvis samma sak som SFAM och andra sektioner också verkar för, men i tider av alltmer specialisering är det angeläget att det också finns en organisation som kan föra den medicinska professionens gemensamma talan i viktiga sjukvårdsfrågor.

**Läkaresällskapet har flera samarbetspartners** varav en är Sveriges Läkarförbund, vår fackliga organisation. Vi har en gemensam syn i många frågor och flera gemensamma samarbetsorgan. Våra uppdrag skiljer sig dock åt. För att förenkla det kan man säga att Läkaresällskapets primära uppgift är att arbeta för patientens bästa och Läkarförbundets primära uppgift är att arbeta för läkarens bästa. Läkaresällskapet kan som opartiskt organ i samhället driva de frågor vi själva beslutar om genom vårt fullmäktigemöte som är det högsta beslutande organet.

Under det gångna året har det varit mycket diskussion om hur SPUR-verksamheten ska kunna utvecklas, nu när granskningen blivit ett krav. Verksamheten har från årsskiftet flyttats till IPULS, som ägs av Läkaresällskapet, Läkarförbundet och SKL. Jag tycker att det finns goda förutsättningar för att granskningarna ska få det administrativa stöd som behövs för att få

verksamheten att gå runt. Inom IPULS pågår ett fortlöpande arbete för att utveckla verksamheten så att den stödjer läkarnas behov av tillgång till kurser, överblick över utbud etcetera, och den nya ledningen arbetar med att få utökade resurser för att göra kurser. Men verksamheten är naturligtvis inte optimal ännu. Kontakta gärna Björn-Ove Ljung, VD på IPULS, om du har idéer och förslag!

Så slutligen: att vara ordförande för en specialitetsövergripande förening innebär kompromisser när olika grupper har olika synpunkter. Det är ju en svårighet när man har en egen idé, baserad på erfarenhet från egen verksamhet. Det är villkoren för uppdraget – men välkomna att kritisera! Diskussionen berikar.

Väl mött på Riksstämman, Fullmäktige, via webbsändningarna, SLS Aktuellt eller någon annan av våra aktiviteter! Jag hoppas att fler läkare blir medlemmar i SLS för att våra ideal, alltså vetenskap, utbildning, kvalitet och etik, ska få en stark röst i samhället. Hur SLS utvecklas beror på vad medlemmarna och sektionerna gör. Jag tycker att det behövs många allmänmedicinare i SLS.



**Margareta Troein Töllborn**  
Margareta.troein@med.lu.se

Mer information om Läkaresällskapet och Riksstämman finns på [www.sls.se](http://www.sls.se). Där hittar du också information om de webbsända fortbildningsseminarierna och tisdagssammankomsterna.

# Om man inte vågar se framåt och vägrar se bakåt får man se upp!



Bengt Dahlin



Jan Kuuse



Från Provinsialläkare till Primärvård  
– en historisk exposé

Författare: Bengt Dahlin/Jan Kuuse  
ISBN 978-91-633-6196-8

*"Vari ligger mognaden om inte i förmågan att ställa händelser i vår egen tid i relation till företeelser i gången tid?" (Cicero, 106 – 43 f.Kr).*

Detta är programförklaringen i förre provinsial- och distriktsläkaren Bengt Dahlins och ekonomhistorikern Jan Kuuses bok om vårt yrkes historia från ett Lerumsperspektiv. Det finns skäl att bläddra i boken, nu i den stränga vårdvalsintern.

## Historik

Författarna börjar i allmänmedicinsk forntid med Egypten 3000 år f.Kr. Vi får också lära att fattigdom och sjukdom hängde ihop även under medeltiden. Ämbetsverket Collegium Medicum startade provinsialläkarnas arbete i Sverige 1663.

1930- och 40-talen var expansiva för provinsialläkares och sjuksköterskors folkhälsoarbete. Reformivrare som Gustav Möller, socialminister, och Axel Höjer, barnläkare och generaldirektör för medicinalstyrelsen, verkade pådrivande. I Gråbo arbetade provinsialläkaren Lenart Stadling, som 1956 skrev; *"Detta distrikt med 4000 innevånare är alldeles idealiskt för det ger läkaren möjlighet att ägna varje enskilt fall, stort eller litet, den tid som erfordras för effektiv behandling, utan att läkaren behöver jakta ihjäl sig"*.

Vem vill byta med honom idag? I samband med sju-kronorsreformen 1970 avskaffades prestationsersättningen, läkarna fick 42,5 timmars arbetsvecka och social trygghet.

Höjer skissade redan på 40-talet på idéer om utbyggd primärvård men det dröjde till 1970-talet och ekonomisk kris innan utbyggnaden kom igång. LEON (Lägsta Effektiva Omhändertagande-Nivå), områdesansvar och kontinuitet känner de flesta som arbetar idag till. Telefontillgänglighet, RP-lappar och vårdplaneringssystem är också väl kända primärvårdsbegrepp. Det är intressant att läsa om dem och andra bekanta termer i ett historiskt sammanhang.

FoU i primärvård utvecklades efter inspiration från forskningsenheten i Dalby, som startade i slutet av 1960-talet. Allmänmedicin blev egen specialitet med självständig akademisk anknytning några år senare. Via husläkarsystem, konsultationsutbildningar och närvård landar boken i vårdvalsreformen. Även informationsteknologi ("IT") i vården diskuteras och de förslag som presenteras om att bygga IT-system i flexibla moduler och om användarvänlighet går utmärkt att använda vid upphandling av framtida IT-stöd.

## Primärvårdsmemoarer

Boken ger en kronologisk beskrivning av utvecklingen och innehåller också en CD-skiva med omfattande bonusmaterial som det är lätt att fördjupa sig i. Exposén är fyllig och i positiv mening subjektiv. Författarna sammanfattar och tolkar de olika perioder av allmänmedicinsk utveckling som de kan se. Därför återkommer samma skeenden på flera ställen, men eftersom förloppet inte följer

enkel orsak-verkan logik är det rimligt att presentera samma fakta på olika sätt. Om man tänker sig boken som fylliga primärvårdsmemoarer är det lättare att förstå en rubrik som "Hur man löste problemen med tillgänglighet och kontinuitet". Ingen patient skulle avvisas och alla skulle få någon form av hjälp. Idag undrar vi nog om resultatet blev som man önskade. Att det fanns ett stort engagemang och god vilja att skapa goda lösningar är dock mycket tydligt.

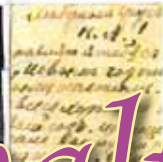
Det finns stora faktakunskaper om den medicinska utvecklingen att hämta i boken. Den innehåller också inlägg i dagens aktuella debatter. Bokens huvudbudskap är att man bör reflektera över erfarenheter och misstag man själv och andra har gjort. *"Lär av andras misstag, ty du kan inte leva tillräckligt länge för att själv hinna begå dem alla."* (Martin Vaubee)

Å andra sidan kan man lära och inspireras av tidigare generationer av allmänläkare och deras bidrag till dagens folkhälsa. Nils Rosén, barnmedicinens grundare i Sverige, och Edvard Jenner, den förste smittkoppsvaccinatören, är några exempel. Vilket blir vårt historiska bidrag?

Den här boken kan vara en lämplig present till nyblivna specialister för att bättre kunna förstå det arbete man har skolats in i.

*"Om man inte vågar se framåt och vägrar se bakåt får man se upp!"* (Tage Danielsson)

Ingmarie Skoglund  
ingmarie.skoglund@vgregion.se



Illustrationer: Katarina Liliequist

# Kultur-spalten

## Champagne, sirap och Wittgenstein

Det är något med Ludwig Wittgensteins filosofi och hans formuleringar som verkar som lampolja för mitt intellekts fotogenlampa. Jag förstår inte allt, men vissa paragrafer och meningar faller direkt på plats och liksom öppnar portaler till andra sätt att se världen. Initialt blev jag ibland närmast euforisk när min nedärvda platoniska världsbild började smälta snabbare än antarktisk polarisar.

*"Men min världsbild har jag inte därför att jag förvissat mig om dess riktighet; inte heller därför att jag är övertygad om dess riktighet. Utan den är den nedärvda bakgrund mot vilken jag skiljer sant från osant."*<sup>1</sup>

Wittgenstein försökte se bortom språkets gränser för att närma sig verkligheten – han insåg att språket målar upp en bild av verkligheten som i bästa fall är ofullständig. Det finns en inbyggd paradox i att formulera sig om verkligheten – i att försöka se eller förstå verkligheten med hjälp av språket. Jag försöker att frigöra tanken från språket – men hur tänker man utan språk?

*"Filosofin är en kamp mot förhållandet av vårt förstånd genom vårt språk."*<sup>2</sup>

Wittgenstein kunde inte komma överens med sin mentor Bertrand Russell om att det inte finns en noshörning i rummet.<sup>3</sup> Svårsmält diskussion för en praktiker. Men jag tror mig förstå att logiken och matematiken för Wittgenstein snarare är funktioner av språket än av verkligheten, och att de därigenom endast i begränsad omfattning kan uttala sig om denna verklighet. Att läsa Wittgenstein är lite som att dricka champagne; uppfriskande, krispigt, stringent och lite berusande. Mina resonemang kring samma filosofi är dock mer som sirap; trögflytande och lite jolmig.

Wittgenstein menade att filosofiskt arbete är en aktiv och intensiv verksamhet. Att slå sig till ro med sin färdigbakade övertygelse duger inte. Filosofiska insikter är lite grann som mjölk i det avseendet – en färskvara. Det gäller att hålla sig på de intellektuella tårna.

*"Jag filosoferar nu som en gammal kvinna som ständigt förlägger något och på nytt måste leta efter det; än glasögonen, än nyckelknippet."*<sup>4</sup>

Wittgensteins filosofi blir ofta synlig i samtal med mina barn. För ett år sedan satt jag med Sixten, 5½ år, på Stadsbiblioteket och såg ut över Götaplatsen och Stadsteatern. Jag frågade Sixten hur gammal han trodde att byggnaden vi såg på var. "Kanske hundra år", svarade han, vilket var en väldigt bra gissning eftersom den är uppförd under 1920-talet. Han blev därefter tyst några sekunder, och frågade sedan: "Pappa, fanns det människor för hundra år sedan?"

*"Jag kan föreställa mig en människa som har vuxit upp under helt säregna omständigheter, och som man har lärt att jorden uppstod för 50 år sedan, och som därför också tror det. Honom kunde vi lära: jorden har redan länge etc. – vi skulle sträva att ge honom vår världsbild"*

*Detta skulle ske genom ett slags övertalning."*<sup>5</sup>

Jag lämnar nu över stafettpippen till Bengt Sköld på Höno vårdcentral.

Henrik Åhsberg

### Referenser:

1. Wittgenstein, *Om visshet*, §94
2. Wittgenstein, *Filosofiska undersökningar*, §109
3. Göranson, *Spelregler*, s. 97. *Ur Bortom all visshet*
4. Wittgenstein, *Om visshet*, §532
5. Ibid. §262

## 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.st

**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**  
Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@sfam.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 Jerdén  
lars.jerden@ltdalarna.se

### SFAMs nätverk

**Allmänläkarkonsulter**  
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

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

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

**Balintgrupper**  
Conny Svensson  
conny.svensson@sll.se

**Gastroprima** – för mag-tarmintraserade allmänläkare  
Lars Agréus & Ture Ålander  
lars.agreus@ki.se  
ture.Ålander@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**  
Monica Lindh  
monica.lindh@lg.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**  
Kjell Sundin  
kjell.sundin@lvn.se

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

**DALARNA**  
Nils Rodhe  
nils.rodhe@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**  
Sara Holmberg  
sara.holmberg@vaxjo.st

**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

Brahehälsan, Löberöd  
 0413-54 58 50, staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, redaktör

Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnsås, redaktör, distrikts-

läkare, Sthlm

tina.ronnas@home.se

Björn Nilsson, redaktör

070-210 20 16

bjorn.nilsson@sfam.a.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	5/9	10/10
4	14/11	19/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

 **Kalendarium**

**2011**

**April**

**Läkardagarna i Örebro,**

tema infektioner

5-6 Örebro

**SFAMs ST-dagar**

6-8 Växjö

www.st-dagarna.se

**Maj**

**Konsultationskurs enligt**

**Kalymnosmodellen**

2-5 Eksjö

Kontakt: dorte.kjeldmand@lj.se

Henning.pedersen@lj.se

**Skrivarseminarium för allmänläkare**

6-7 Åkersberg, Höör

Gamla o nya deltagare välkomna till nr VII

med Merete Mazzarella

inf/anm: ingierd.hansson@bredband.net

SFAM Mellanskåne

**Studierektorsmöte**

12-13 Hotell Södra berget, Sundsvall

**2nd EURIPA Rural Forum meeting**

12-15 Sinaia, Rumänien

www.euripaforum2011.eu/

**ST-kurs i Allmänmedicinskt arbetssätt**

25-27 Vårdnäs, Östergötland

goran.sommansson@lio.se

**Juni**

**Nordic Congress of General Practice**

14-17 juni, Tromsø, Norge

**2012**

**Mars**

**Svensk Allmänmedicinsk**

**Kongress**

21-23 Luleå



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

Granskning genomförs vår och höst. För närmare presentation av aktuella kurser var god se [www.kursdoktor.nu](http://www.kursdoktor.nu)

**Inbjudan till ST-kurs i Allmänmedicinskt arbetssätt  
 Vårdnäs, Östergötland 25-27 maj 2011**

Kursen ges internatform och är upplagd enligt SFAMs riktlinjer för obligatorisk ST-kurs. Vi arbetar med grupp- arbete kring egna fall och föreläsningar, bl.a. om kommunikation (Lena Svedin), yrkesrollen (Carl Edvard Rudebeck), behandling av riskfaktorer (Josabeth Hultberg) och diabetes (Carl Johan Östgren).

Kursarrangör: AMC Östergötland  
 Kursavgift 3000 kr exkl. internatskostnad.

Anmälan senast 2011-03-11 till  
[christina.m.johansson@lio.se](mailto:christina.m.johansson@lio.se)

Upplysningar ges av kursledare  
[goran.sommansson@lio.se](mailto:goran.sommansson@lio.se), 0705-604085

**SFAMs kansli**

Heléne Swärd  
[helene.sward@sfam.se](mailto:helene.sward@sfam.se)

[kansli@sfam.se](mailto: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](http://www.sfam.se)



# Soldatens dröm

Det är svårt att sia, särskilt om framtiden, sade Dickie Dick Dickens. Redan att förstå skeenden i vår egen samtid är svårt, men önskvärt. En kombination av fotfäste och örnblick -någon som är både läkare, Karin Johansson, sociolog, antropolog, eller vad som krävs. I brist på denna person får vi försöka tänka själva.

Varför blir det allt svårare att fungera som läkare?

## Sjukvårdens ledning

I vårdorganisationen har i takt med att läkarkåren utmattas andra yrkeskategorier tagit över ledningsfunktionen. Resultatet blir ofta orealistiska förhoppningar om vad läkarna ska åstadkomma. När vi sedan inte lever upp till mål eller plan blir processen självförstärkande. Vi blir allt mindre delaktiga, får mindre inflytande och marginaliseras i verksamheten.

## Synen på läkare i samhället

Allmänläkarna fick klä skott för en sjukskrivning som spårade ur. När den sedan skulle korrigeras fick vi i Socialstyrelsens beslutsunderlag ett konstruerat medicinskt alibi som bortser från just den Hippokratiska sanning som kännetecknar allmänmedicinen – diagnosen är inte viktigare än den som bär den! Även sjukhusläkarna får en släng av slev i kritik för bristande effektivitet via dagstidningarnas ledarsidor.

## Verklighetsuppfattningen

Läkararbetet och en läkarmottagnings villkor har blivit en blind fläck i organisationen. Resultatet av detta hamnar i den enskilde läkarens knä när alla andra gått hem; ensam med pappershögen, signeringsköen, in- och utremisser, labsvar, lista med patienter som skulle ringts upp, och underkända sjukintyg som skulle kompletterats för veckor eller månader sedan.

## Självbilden

Denna blinda fläck har sin motsvarighet i oss själva. Just därför har vi bidragit till denna utveckling. Vilka är vi? Har vi intakta mekanismer att slå larm när vi inte hinner, orkar, eller klarar något? Tar vi istället pinne efter pinne som i sagan för att visa hur duktiga vi är? Så småningom är pinnarna för många. Anpassning till realistisk arbetsbörda leder till närmast groteska förändringskrav för arbetsgivaren: Rimlig arbetstakt; hålla arbetstider; lunch; fikaraster; toalettbesök; samtal med kollegor och personal; fortbildning; friskvårdstimme etc.

## Vad är allmänmedicin?

Allmänmedicin är något som präglas av personkännedom, kontinuitet och utövat av en läkare i balans. Saknas detta blir det inte allmänmedicin. Det blir något annat och sällan särskilt bra. Avarterna blomstrar på många vårdcentraler och olika utvecklingslinjer kan skönjas:

a) *Trendmedicin*: Vi nappar på en trend, t.ex. ”den bra mottagningstrenden”, och trollar då fram flera läkartider, men inte flera läkare!; b) *Egetansvarmedicin*: Väntelistorna tas bort, patienterna får nya recept utan läkarbesök och får själva höra av sig; c) *Byråkratiseringsmedicin*: Landstingets styrkort avgör och vi agerar på beställning; d) *Politiseringsmedicin*: Politiken styr. T.ex. så kan en sjukskötersketjänst likställas med en läkartjänst!; e) *Hierarkimedicin*: Specialistsjukvården bestämmer. Vi får remissvar tillbaka från t.ex. medicinkliniken med bifogat PM om hur vi själva ska handlägga problemet; f) *AdHocmedicin*: Allmänmedicinen anpassas efter situationen. T.ex. så fylls tidböckerna än mer allteftersom doktorer försvinner och jourtider ersätter bokade för att öka kvantiteten; g) *Tillgänglighetsmedicin*: Stafettdoktorer är inte omtyckta, men tillgänglighet ger de i alla fall. Doktorer ska faktiskt vara tillgängliga på telefon, via PRATOR, i ”mina vårdkontakter” och bevakningslistan skall underhållas. Glöm administrativ tid!; h) *Ersättningsmedicin*: Inga doktorer här inte, men sjukskrivningskoordinatorer, SIM-sköterskor etc! Alla erbjuder de gott om tid för de är ju så mycket billigare än de doktorer som ändå inte finns!

## The Gunner's Dream

Till sist riskerar man bli en gammal trött soldat, utan perspektiv eller inflytande, utan hopp om förändring och med sina förträngningar som enda skydd.

”Floating down, through the clouds  
Memories come rushing up to meet me now  
In the space between the heavens and the corner of some foreign field  
I had a dream, I had a dream, A place to stay, Enough to eat  
Somewhere old heroes shuffle safely down the street  
Where you can speak out loud about your doubts and fears  
And what’s more no-one ever disappears  
You never hear their standard issue kicking in your door  
You can relax on both sides of the tracks  
And maniacs  
Don’t blow holes in bandsmen with remote control  
And everyone has recourse to the law  
And no-one kills the children anymore  
No, no-one kills the children anymore...”  
(Pink Floyd, *The Final Cut*, 1983)

Jag lämnar den allmänmedicinska textanalysen till Er kära vänner. ”The children” är för mig att vara närvarande och att se människan.



Johan Mattsson, Härnösand