

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER I 2012 ÅRGÅNG 33



Varför ställa diagnosen KOL – om rökaren inte vill? sid 19

Du är värd en god arbetsmiljö sid 16 • Levnadsvanor och läkarrollen sid 52

3 Ledare

Stilla min oro
Bertil Hagström

5 Chefredaktörsruta

Tack för mig!
Karin Träff Nordström
Ny Chefredaktör
Ingrid Eckerman

6 SFAM Örebro/Värmland

Priser till allmänläkare i Örebro och Värmland
Bengt Karlsson

8 Debatt

Praktisk medicin är inte tillämplig naturvetenskap!
Christer Petersson

10 Ekonomi

Systematiskt förbättringsarbete eller ekonomiska incitament
Kjell Lindström

13 SFAM informerar

SFAMs styrelse informerar
Karin Träff Nordström

16 Arbetsmiljö

Du är värd en god arbetsmiljö
Bertil Hagström, Kenneth Widäng

19 Astma/KOL

Varför ställa diagnosen KOL – om rökaren inte vill?
Peter Olsson

22 Astma/KOL

Spirometritolkare
Catarina Canivet

23 Reflexion

Strömfåra eller bakvatten?
Om allmänmedicin, allmänläkaren, och omvärlden
Johan Mattson

26 SFAMs Fortbildningsråd

Fortbildningsrådets internat
Andreas Thörneby, Gösta Eliasson, Kenneth Widäng

29 Reportage

Generationsgapet i kåren – en utmaning
Anna-Karin Svensson

33 Riksstämman 2011

Läkarstämman 2011, den långa filosofiska varianten
Ubbe Mikko

35 Allmänmedicinsk poesi

Konsultation Ja Nej Vet inte
Torsten Green-Petersen

Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

37 Recension

Hej Ångest! Körskola till livet
Staffan Olsson

39 Blogg

En vanlig dag på jobbet
Tomas Kärrholt

40 SFAM informerar

Forum för Health Policy
Karin Träff Nordström

43 Debatt

Vårdprogram, riktlinjer och våra journaler
Martin Wehlou

46 SFAM informerar

Europaläkare eller specialist i allmänmedicin
Eva Jaktlund

50 Debatt

Vår resistens mot evolutionär kunskap
Bengt Järhult

52 Reportage

Levnadsvanor och läkarrollen
Ingrid Eckerman

56 Reportage

Skåniskt levnadsvanearbete
Ingemar Götestrand

57 Kulturspalten

Kultur i kubik men mest i förbifarten...
Eva de Fine Licht

58 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

60 Krönika

Hyrdoktor med glesbygdsmedicin på hjärnan?
Kristina Aggeborn

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se
Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till chefredaktor@sfam.se

Annons

Stilla min oro

En betraktelse över en allmänläkares egentliga uppgift

I tider av vårdval, kvalitetsregister, ekonomiska incitament, produktionsmått, riktlinjer, vårdprogram och effektmål, you name it, är det lätt att vi glömmer bort vad vi sysslar med. Det är så lätt att vi tappar bort oss själva och vad vår uppgift som allmänläkare är.

När jag var yngre visste jag så väl vad min uppgift som läkare var. Hippokratens "Sällan bota, ofta lindra, alltid trösta" har varit ett enkelt rättesnöre att binda ihop tillvaron med i arbetet.

Säkert har jag räddat en och annan människa från att drabbas av allvarlig sjukdom och en för tidig död och nog har jag, efter förmåga, sökt lindra min patients smärta och ångest och nog har jag tröstat så gott jag kunnat. Men visst, jag har haft ännu högre ambitioner än så. Entusiasmen för primärpreventivt lokalarbete eller det som kan kallas hälsofrämjande arbete nuförtiden, har varit stor. Jag tänkte mig att befolkningen kanske skulle kunna må ännu bättre med de förebyggande insatser vi gjorde. Underhand har förstås den verkliga verkligheten justerat min tro på vad jag egentligen kan åstadkomma

En allmänläkares yttersta uppgift

Med livet som stig har jag flåsat upp för backarna och understundom nått höjder som givit mig underbara utsikter och översikter. Tidvis har jag snubblat runt nere i snårskogen bland ris och törne och några gånger fått insikter om ett och annat under mina försök att röja väg. Nu tar jag det lite lugnare och tar mig tid att vila en stund och då samlas tankarna hos mig. Som detta med vad allmänläkares yttersta uppgift och innersta kärna egentligen är.

Efter ett långt yrkesliv på en och samma ort, bland en och samma patienter med sjukdomar och svårigheter som kommit och gått, vet jag att det har varit betydelsefullt att jag har funnits där för dem. Per Fugelli professor i allmänmedicin i Norge, har uttryckt det så här: "Therefore, personal doctoring, based

on continuity and empathy, is the very Koh-I-Noor diamond of medicine." Jaha, det låter ju fint, men vad är det för mystiskt som jag gör, som jag inte själv har begripit mer än rent teoretiskt. Jag har ju läst och skrivit en hel del om vikten av ett ömsesidigt förtroende och en tillit i patient – läkarrelationen. Hur viktigt sådant som trygghet är för följsamheten till ordinationer och läkemedel har jag förklarat, torrt och snusförnuftigt och akademiskt och renlärgt.

"Är du min läkare nu?", är en återkommande fråga för många av oss. Kanske från den ängsliga gamla mannen med tre A4-sidor av apotekets läkemedelslista i sin hand och med undrande oro över varför, vad och när. Eller kvinnan med den gnagande känslan av att det inte känns rätt i kroppen.

Någon måste hålla patienten i handen

Att inte skapa mer än nödvändig ångslan och ångest för patienten med de undersökningar du initierar, blir en balansakt för dig som läkare. Vad som är nödvändigt, kanske ingenting alls, blir en fråga också om din egen trygghet – hur stort medicinskt underlag måste du ha för att kunna ge patienten besked utan att onödigtvis oro patienten? Hur mycket ångest orkar du själv bära? Den ångestrippen gör du och patienten delvis tillsammans. Sánt tänkte jag på idag.

Och vidare tänkte jag mig in i den vård som premieras nuförtiden, den som ger många goda poäng om en viss, men ganska godtyckligt bestämd andel patienter har en nivå som anses god på HbA1C hos diabetiker eller blodtrycket hos hypertoniker. Sjukvård som skildras med statistiska små röda siffror och utropstecken, som ser ut som pekpin-nar. Vårdprogram som ska följas, skräddarsydda för gruppen som helhet, men inte för gruppens individer. Då lutar jag mig tillbaka en stund och längtar efter den klokskap, som en gång fanns. "Tendensen att se på sjukvården som en aktivitet som tar hand om grupper, inte

individer, leder till en verklighetsfrämmande inställning till vad sjukvård och läkekonst egentligen bör vara", skrev den då 87-åriga Lars Werkö (1918–2009) i Läkartidningen 2005. Klokskap från en tidigare professor i internmedicin, Astradirektör och SBU-chef. Nu matas patienten in i datorn med hull och hår, vägd och mättad med hälsosamma frågor om alkohol, tobak och motion, men som egentligen inte var ämnet för dagen och därefter intryckt i ett vårdprogram – för så gör vi på den här kliniken!

Stilla min oro

Häromdagen satt jag och lyssnade till en vithårig gammal man, som satt där uppe på podiet i intervju soffan under konferensen. Händerna i ansiktshöjd med fingertopparna mot varandra och med micken vilande mot tummarna. Vakna plirögon och med Ferlinmagra ben stickande ut under den stilfulla grå kostymens byxben. Långsamt eller om det var mera eftertänksamt, svarade han på frågor om hur det är att nu vara patient, den gamle sjukhusdirektören.

Vad är det du som patient vill ha ut av oss läkare, tror jag frågan löd eller om det var läkarbesöket. Ur det allra djupast av hans själ, kändes det som, sa han, och verkade själv något förvånad över svaret – "Jag vill bara att man stillar min oro".

Nu vet jag. Jag har under mitt yrkesliv ägnat mig åt att stilla människors oro.

Det tycker jag är fint.

Det tänker jag på ibland.



Bertil Hagström

hagstrom.bertil@gmail.com

Omarbetning av tidigare publicerad krönika i Svenska Läkaresällskapets tidning Aktuell nr 4/2011

Annons

Wonca
Jeju 2012



19th Wonca Asia Pacific Regional Conference

Clinical Excellence in Family Medicine :
Evidence-based Approach in Primary care

May 24-27, 2012
Jeju, Korea

Tack för mig!



Nästan två år blev det. I maj 2010 stod AllmänMedicin akut utan chefredaktör och jag kastade mig in i uppdraget. Det har varit fantastiskt roligt att få vara med och utveckla tidskriften och ur de reaktioner jag får från er läsare drar jag slutsatsen att vi lyckats öka läsvärdet så att den till och med läses i badkaret.

Då jag nu sannolikt står inför nya arbetsuppgifter inom SFAM måste jag tyvärr lämna uppdraget som chefredaktör. Jag är därför väldigt glad att vi redan nu rekryterat min efterträdare. Inför nästa nummer tar Ingrid Eckerman över. Hon presenterar sig själv här nedan.

Vi vill gärna ha in fler redaktörer så välkommen att höra av dig, du som gärna skriver och redigerar texter och som vill bidra till att göra AllmänMedicin ännu bättre!

I detta nummer är huvudtemat astma/KOL. Det innehåller också mycket föreningsinformation, reportage från SLS:s levnadsvanedag och några kulturella bidrag.

Nästa nummer har tema smärta. Manusstopp är den 9 april. Vi tar förstås gärna emot artiklar även om andra allmänmedicinska ämnen. Recensioner, sammanfattningar av ST-uppsatser och avhandlingar är också uppskattade.

Vi ses säkert i AllmänMedicin framöver. Sluta skriva tänker jag inte!

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

Ingrid Eckerman – Ny Chefredaktör

Efter att ha varit pensionär i tre år får jag plötsligt ett jobb-erbjudande. Vilken utmaning! Men en efterlängtat utmaning – jag tyckte det var mycket tråkigt att behöva lämna mitt arbete som folkhälso-läkare i Nacka.

Jag tillhör den allra första kullen av allmänmedicinare och distriktsläkare. På 70- och 80-talen, då den moderna primärvården byggdes upp, tycktes allt vara möjligt. Vi hämtade mycket inspiration från Lerum, Skaraborg, Ljusdal med flera för att bygga upp funktionella vårdcentraler även i Stockholm. Mitt verksamhetsområde blev Nacka. Här övergick det så småningom i folkhälsoarbete.

Parallellt med distriktsläkeriet jobbade jag fackligt, i den lokala läkarföreningen och i SACO-rådet. Jag läste in en master på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), engagerade mig i Läkare för Miljön (LfM) och hamnade i en medicinsk kommission i Indien, för att utvärdera de medicinska effekterna av gasolyckan i Bhopal 1984.

Att vara redaktör tycks vara mitt nya pensionärsyrke. Jag har alltid tyckt om att skriva. Sedan många år är jag redaktör för LfM:s nyhetsbrev och hemsida. De senaste åren har jag börjat blogga, på Dagens Medicin, Tankesmedja allmänmedicin och min privata blogg.

Utmaningen som chefredaktör för AllmänMedicin är framför allt att det är nästan 15 år sedan jag lämnade det kliniska arbetet, och tre år sedan jag lämnade yrkeslivet. Att bara följa verksamheten genom tidningar och Ordbyte ger inte alla as-



pekter. Så jag blir beroende av mina medredaktörer och alla er läsare för att AllmänMedicin ska kunna behålla det läsvärde den har idag.

Jag hoppas ni hör av er ofta med tips och artiklar!

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Pristagarna (fr v) Gunilla Hasselgren, Luis Echenique, Georg Larsson och Ruth Wistrand.

Priser till allmänläkare i Örebro och Värmland

SFAM Örebro-Värmland har vid sina årliga fortbildningsdagar på Loka Brunn den 11 januari 2012 utdelat priser till förtjänta kollegor. Det är två priser – Bästa allmänmedicinska insats och det pedagogiska priset Kunskapens ljus som utdelas i de båda länen.

I Värmland gick priset Bästa allmänmedicinska insats till **Gunilla Hasselgren**, Kils vårdcentral för vad hon åstadkommer genom sin medverkan i TV-programmet Fråga doktorn. Hon gör en stor insats för folkbildningen och ger en positiv bild av allmänmedicinen och primärvården.

Det pedagogiska priset tilldelades **Georg Larsson**, Skoghalls vårdcentral. Han är en uppskattad och kunnig handledare och kliniker som under många år lämnat ett viktigt bidrag till den allmänmedicinska kompetensen i Värmland.

I Örebro län fick **Ruth Wistrand**, Kumla vårdcentral priset för Bästa allmänmedicinska insats. Ruth har en bakgrund från

flera olika kulturer och visar en stor öppenhet och generositet kombinerat med pondus. Hon har lämnat viktiga bidrag till den palliativa vården och är en uppskattad handledare av unga läkare.

Kunskapens ljus gick till **Luis Echenique**, Capio Haga vårdcentral Örebro. Som handledare är Luis stödjande och tydlig och finns alltid till hands när det som bäst behövs.

Priserna består i diplom, blommor, Selma-medalj (Värmland), vackra vandringspriser (Örebro) samt inte minst en omätlig ära.

Ytterligare upplysningar lämnas av

Bengt Karlsson
Baggängens vårdcentral, Karlskoga
Tel 070-6848624
bengt.karlsson.kga@telia.com

Annons

Praktisk medicin är inte tillämpad naturvetenskap!

I AllmänMedicin 4/2011 publicerades en debatt från Ordbyte mellan Saskia Bengtsson och Martin Wehlou. Catarina Canivet hade tagit initiativ till publiceringen och redigerat förtjänstfullt [1]. Jag vill tacka Saskia och Martin för ett mycket intressant ordbyte, som inbjöd till fortsatt samtal och jag vill passa på att hugga tag i några av de trådar ni tvinnade.

Jag uppfattade att den centrala frågan i debatten (samtalet) gällde vetenskapens ställning inom den kliniska medicinen och i utkanten kunde jag ana en kamp mot dunkla fenomen som homeopati, healing med mera. Det dunkla fäster jag mig inte vid, utan väljer istället tre av kärnfrågorna i diskussionen. Efter att ha konstaterat att ni båda i grunden har en positiv hållning till vetenskaplig forskning och sanningsökande, men för övrigt skiljer er åt på en rad punkter, vänder jag mig i första hand till Martin eftersom jag väsentligen delar Saskias åsikter.

Lite hårdraget försöker jag dra kontentan av dina resonemang Martin och konkluderar följande:

1. Du tycks mena att det egentligen finns en *enda* vetenskaplig metod av värde, även om du på slutet öppnar upp för viss pluralism.
2. Medicinen är tillämpad naturvetenskap och i den mån den är mindre exakt i sin beskrivning av verkligheten än fysik och kemi beror det mest på en eftersläpning i tiden. Medicinen kommer att utvecklas i riktning mot fysikens precisa förmåga att förutsäga framtida händelser givet vissa betingelser i utgångsläget.
3. Vetenskaplig forskning äger rum (och bör äga rum!) i ett värdeneutralt rum, där man i jakten på sanningen kan (bör) bortse från alla kontextuella störfaktorer som värderingar, etik, samhällsordning. Den etiska problematiken aktualiseras först i den stund sanningen ligger naken på bordet framför en tänkt avnämare.

Jag medger att jag karikerar något och i det följande tänker jag ge synpunkter på dessa karikatyrer.

Ad 1. Den vetenskapliga metoden har pluralform. Subatomära strukturer, kemiska föreningar, mentala fenomen, och samhällsförändringar måste alla undersökas på sina egna villkor. Medicinen plockar kunskap från alla dessa områden. Om vi inte vill falla i den positivistiska fällan [2] måste vi erkänna att man bör välja metod efter studieobjekt. Det är ofruktbart, för

att inte säga omöjligt, att studera elektroner, människor och samhällen med samma metoder. Självklart finns det samband, men allt kan inte reduceras till fysik.

Den psykologiska vetenskap som utesluter *människan som subjekt* kan bara nå fram till reduktionistiska delsanningar. Samhällen fungerar inte enligt naturvetenskapliga lagar utom i den triviala meningen att naturlagarna är den yttersta förutsättningen för all existens. Men naturvetenskapen ger inga hållbara förklaringar till exempelvis den snabba framväxten av religiös extremism, rasism och nationalism i världen idag. Historia, religionsvetenskap och sociologi har mycket mer att säga om den saken.

Det skulle inte förvåna mig om vi är ganska överens om detta, men jag känner mig mera tveksam om samstämmighet på nästa punkt:

Ad 2. Det är min bestämda uppfattning att den praktiska medicinen *inte* är tillämpad naturvetenskap. Ingen kan förneka att (natur)vetenskapen är en omistlig del av vår kunskapsbank, men i grund och botten är den kliniska medicinen en *tolkande vetenskap* och som läkare är vi uttolkare av våra patienters berättelser, som vi ofta utvidgar med hjälp av tekniska och labbmässiga hjälpmedel innan vi lägger det pussel som blir utgångspunkt för diagnostiska och terapeutiska överväganden.

Min avsikt är inte att snitsla en bana ut i flumträsket, där en tolkning är så god som en annan bara patienten blir nöjd och glad och känner sig friskare. Nej jag menar verkligen att den medicinska praktiken är en rationell verksamhet [3], som bygger på retrospektiva, narrativa undersökningar, där språk och kommunikation är lika viktiga ingredienser som naturvetenskap. Det kliniska omdömet, som är den gode läkarens signum, bygger förvisso på vetenskaplig utbildning, men också på erfarenhet, tyst kunskap och intuition. Jag upplever detta varje gång jag sätter min fot på mottagningen och Saskia uttrycker det bra i ett av sina inlägg.

Vad som egentligen menas med intuition och vad den står för skulle behövas en hel bok för att utreda, men en referens till Donald Schöns klassiska bok "The reflective practitioner" [4] kan vara befogad. Kortfattat går Schön till attack mot den instrumentella rationalitet, som han menar dominerar starkt i dagens kunskapssamhälle. Din formulering Martin om att "medicinen är tillämpad naturvetenskap" faller väl in under den rationaliteten. Schön menar istället att praktikern i sin gärning är både forskare och tillämpare av forskningsresultat. Praktikern formulerar och testar hela tiden hypoteser under arbetets gång i samtal med den unika situation han befinner sig

i och med det problem han/hon förväntas lösa. Reflekterande handling i Schöns mening är en kunskapsform, där man inte särskiljer vetande och görande, mål och medel eller forskning och praktik. Vetenskapen är fortfarande en viktig kunskapskälla, men inte den enda och framförallt inget som man kan tillämpa rakt av i varje situation. Huvudskälet till att vi ofta tvingas fatta beslut utan säker vetenskaplig grund är inte främst att vetenskapen "ännu inte har kommit så långt", utan på att den i princip aldrig kommer att göra det. Det finns väsentlig kunskap som inte är vetenskaplig, utan att för den skull vara irrationell.

Ad 3. Slutligen något om den värdebefriade sanningen: I din framställning Martin får man intrycket att vetenskapen levererar sanningar som det sedan står samhället/politiker fritt att använda eller förkasta. Jag tror att det är svårt att hitta exempel på sådant i historien.

Problemet med vetenskapliga sanningar och deras tillämpning är utomordentligt komplext och stämmer till ödmjukhet. Jag ska avslutningsvis beröra två aspekter: Liksom Saskia (och kanske du själv?) tror jag inte att det vetenskapliga sökandet äger rum i ett tomrum. Inte ens den enklaste observation är teori- eller värdebefriad. Många vetenskapsteoretiker talar om att observationer är "teoriladdade" [5], det vill säga präglade av den förståelse som råder inom den inre kretsen av forskare i varje specialvetenskap, där observationerna görs och sedan "stiliseras" till meningsfulla vetenskapliga fakta [6]. Man behöver inte med hull och hår svälja budskapen från vetenskapsteoretiker som Ludwig Fleck [6] eller Thomas Kuhn [7] för att erkänna att de har gett värdefulla bidrag till kunskapssociologin inom vetenskapssamhället.

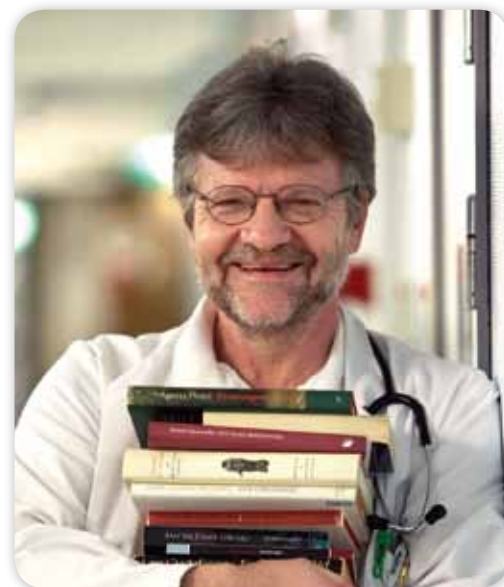
Det är inte möjligt att förstå vad ett vetenskapligt faktum är utan att sätta in det i ett historiskt och socialt sammanhang. Många gånger kan det rentav vara svårt att se skillnad mellan vetenskap och pseudovetenskap, fakta och fusk, sant och falskt [5].

Som samhällsmedborgare, politiker eller professionella står vi aldrig neutrala inför nya vetenskapliga sanningar eller ny teknologi. Exempelvis kan man ännu bara ana vad IT-tekniken och det nya informationssamhället kommer att betyda för vår syn på oss själva som mänskliga varelser. Tekniken hjälper oss att skapa nya "myter" där vår plats i tillvaron förskjuts och vår självförståelse påverkas. Matematikern och poeten Helena Granström skriver i SvD: "Synen på teknologin är problematisk eftersom ny teknik kontinuerligt bidrar till att omskapa de normer vi bedömer den efter" [8].

Politikers tillförlitlighet och handlingsvillighet har säkert betydelse för hur vi ska använda ny kunskap och teknologi i samhället, men också de är människor och därmed fångade i samma trender som alla vi andra. Detta är svårt! Man bör vara ödmjuk inför kunskapens och teknologins betydelse för samhällsutveckling, etik och mänsklig självförståelse. Vi måste se att allt hör samman, att fakta och värde är intimt förknippade och att tanke och känsla knappt går att skilja åt. Och vi måste passa oss för alltings uppdelning i beståndsdelar och idén

om universum och den mänskliga kroppen som komplicerade urverk. Så här skriver Helena Granström i ett annat sammanhang: "Datorteknikens virtuella verklighet realiserar kulturens antaganden om världen: komplex, men i grunden mekanisk och deterministisk. Den moderna människan skapar sig själv, men görs i ett parallellt narrativ till biologisk automat, helt bestämd av genomets mjukvara" [9].

Vad vi inte ser i en sådan världsbild, menar Granström, är det mänskliga ansiktet, vårt eget ansikte. En filosof som tar sin utgångspunkt just i det mänskliga Ansiktet är Emmanuel Levinas [10]. För honom kommer etiken före ontologin (det vill säga läran om det som finns) och kunskapen. Det låter obegripligt, och Levinas är inte lättläst, men den djupa reflektionen över människan och etiken, som han representerar vore kanske något vi allmänmedicinare borde ge större utrymme. Vi hinner säkert skumma socialstyrelsens senaste riktlinjer ändå!



Christer Petersson
FoU Kronoberg, Växjö
christer.petersson@ltkronoberg.se

Referenser

1. Bengtsson S, Wehlou M. Kvacksalvare är vi allihopa -? Allmänmedicin 2011; 4: 43-46.
2. Comte A. Om positivismen. Göteborg: Korpen; 1979.
3. Montgomery K. How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine. Oxford: Oxford University Press; 2006.
4. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
5. Johansson I, Lynöe N. Medicin och filosofi: en introduktion. 1. uppl. Solna: Almqvist & Wiksell; 1992.
6. Fleck L. Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum: inledning till läran om tankestil och tankekollektiv. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposion; 1997.
7. Kuhn TS. De vetenskapliga revolutionernas struktur. [Ny uppl.]. Lund: Doxa; 1981.
8. Granström H. I det effektiva samhället lever robotdrömmen. Svenska Dagbladet. Understreckare 2011-06-27
9. Granström H, Göranson D: Turingmänniskan: I Göranson B, editor. Turingmänniskan. Stockholm: Dialoger förlag & metod; 2011.
10. Kemp P. Lévinas: en introduktion. Göteborg: Daidalos; 1992.

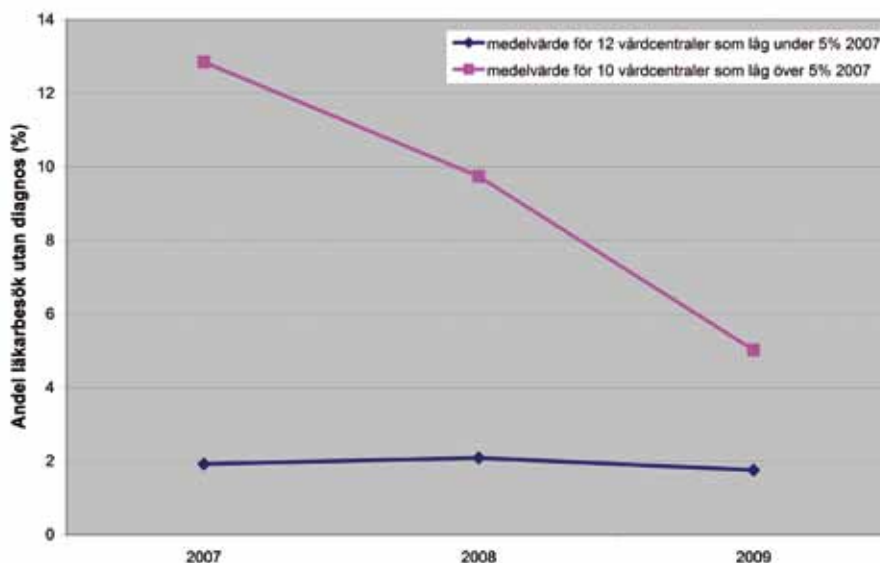
Systematiskt förbättringsarbete eller ekonomiska incitament

– hur skall sjukvården förbättras?

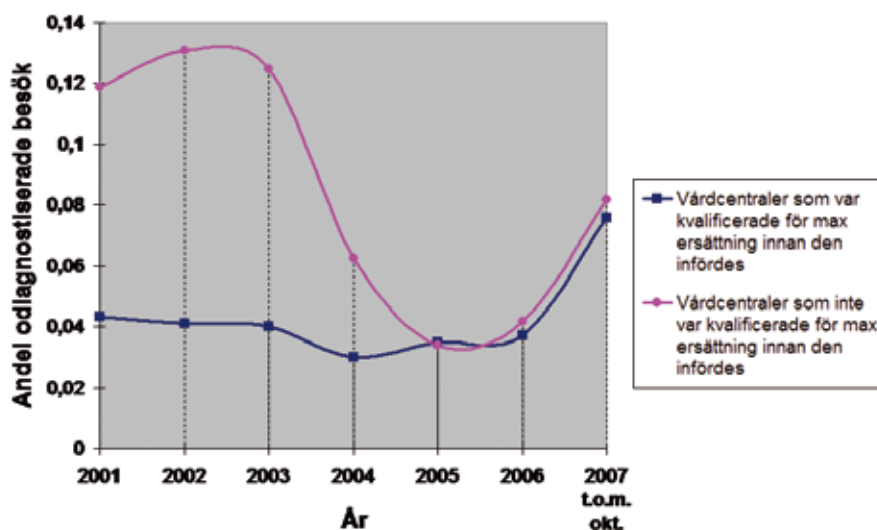
Det pågår en angelägen debatt i Läkartidningen om hur förbättringsarbetet i sjukvården skall bedrivas [1,2]. På senare år har öppna jämförelser [3] börjat användas allt mer för att stimulera förbättringsarbetet. Ekonomisk styrning (P4P, pay for performance) har också blivit vanligare trots att det i nyligen gjorda sammanställningar [4,5] framkommer att det saknas evidens för nytta och att det finns viss evidens för skada. En av författarna, Anders Anell, rekommenderar ändå att man fortsätter att utveckla målrelaterade ersättningssystem på grund av att tidigare ersättningssystem är ännu sämre på att belöna rätt enheter "eftersom alla enheter får samma ersättning oavsett måluppfyllelse".

I Jönköpings län har Primärvårdens FoU-enhet genomfört omfattande "kvalitetsmätningar" på alla vårdcentraler, både privata och landstingsdrivna, i landstinget sedan 2006 [6]. Syftet har varit att stimulera vårdcentralernas förbättringsarbete. Vi har bland annat värderat följsamhet till riktlinjer för 15 olika diagnosgrupper med hjälp av SFAMs evidensbaserade kvalitetsindikatorer [7]. Specialutbildade forskningssjuksköterskor har samlat data genom journalgranskning. Sammanlagt har cirka 5000 journaler granskats varje år. Vi har mätt fem diagnosgrupper varje år och mätningarna har upprepats var tredje år.

För att stimulera förbättringsarbetet har resultaten jämförts med andra vårdcentraler och sedan redovisats öppet. Resultaten har också återkopplats till varje vårdcentral vid personliga besök då vi bland annat träffat vårdcentralens ledning och läkargruppen.



Figur 1. Utveckling av andelen läkarbesök utan diagnos i primärvården i Landstinget i Jönköpings län.



Figur 2. Utveckling av andelen läkarbesök utan diagnos i primärvården i Östergötland 2001-2007.

Detta arbete har lett till en lång rad förbättringar. Här beskrivs två exempel som valts eftersom jämförelse finns med ekonomistyrning inom samma områden i andra landsting.

Diagnossättning

2007–2009 gjordes mätningar i databasen av hur många av vårdcentralernas läkarbesök som saknade diagnos. Detta presenterades öppet i form av ett diagram där vårdcentralerna rankades med de med flest saknade diagnoser till vänster och de bästa till höger. I figur 1 har vårdcentralerna delats in i två grupper för att öka jämförbarheten med de resultat som redovisats i Östergötland [8]. Den ena gruppen av vårdcentraler hade 2007 en stor andel läkarbesök som saknade diagnos (>5 procent) och den andra gruppen vårdcentraler hade få läkarbesök utan diagnos (<5 procent).

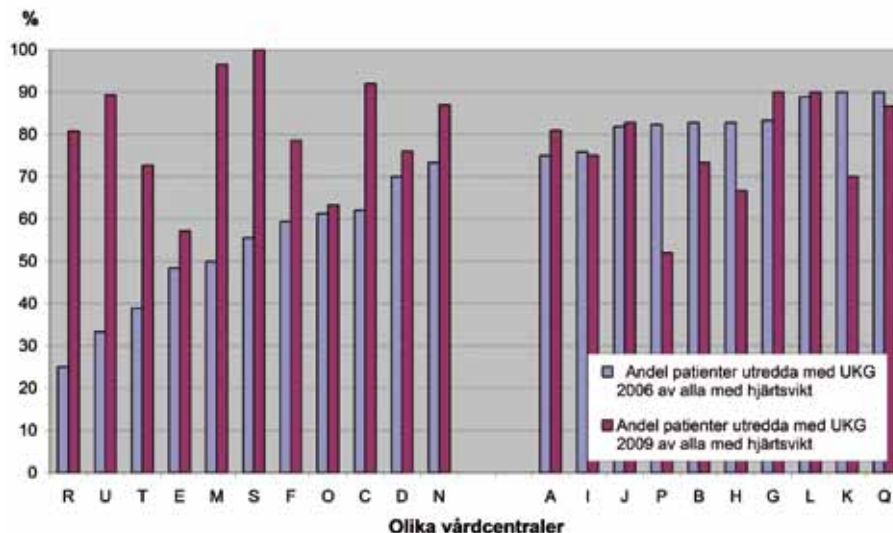
Dessa resultat är helt jämförbara med vad som uppnåddes i Östergötland mellan 2003 och 2005 (Figur 2). Man införde ekonomisk ersättning 2004 och 2005 till vårdcentraler som hade mindre än 5 procent läkarbesök utan diagnos. Vårdcentraler som hade 5-10 procent läkarbesök utan diagnos fick halv ersättning.

Det är intressant att notera vad som händer när ersättningen togs bort 2006. Man kan spekulera i om läkarnas professionella ambition har skadats och ersatts av ett ekonomiskt tänkande – man sätter diagnos därför att vårdcentralen får ersättning. När sedan ersättningen tas bort minskar diagnossättandet hos alla. Det finns gott om liknande exempel i litteraturen [5].

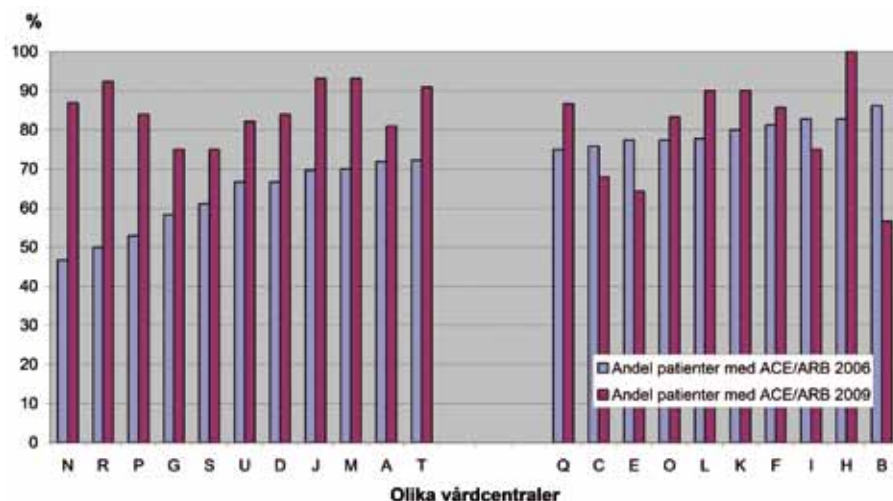
Utredning och behandling av hjärtsvikt

2006 och 2009 mättes bland annat i vilken omfattning man baserade hjärtsviktsdiagnosen på ekokardiografi (UKG) och i vilken utsträckning patienter med hjärtsvikt behandlades med rekommenderade läkemedel (ACE-/AII-hämmare).

Andelen hjärtsviktspatienter utredda med UKG ökade från 65 procent år 2006 till 81 procent år 2009 ($P = 0,03$) samtidigt som spridningen minskade mellan vårdcentralerna, standarddeviationen (SD) var 18,9 2006 och 12,3 2009.



Figur 3. Utvecklingen av UKG-användningen vid diagnostik av hjärtsvikt vid vårdcentralerna i Landstinget i Jönköpings län 2006-2009.



Figur 4. Utvecklingen av användningen av ACE-/AII-hämmare vid behandling av hjärtsvikt vid vårdcentralerna i Landstinget i Jönköpings län 2006-2009.

Mellan 2006 och 2009 ökade andelen hjärtsviktspatienter behandlade med ACE-/AII-hämmare från 71 till 83 procent ($P = 0,002$) med oförändrad spridning mellan vårdcentralerna, SD var år 2006 11,0 och år 2009 10,7.

I figurerna 3 och 4 har vårdcentralerna delats in i två grupper beroende på resultatet 2006 (under respektive över 75 procent). De vårdcentraler som hade sämst resultat 2006 (till vänster i figurerna) har genomfört den största förbättringen

Dessa resultat är väl i nivå med vad

man uppnådde i Skåne i projektet Q-svikt 2007-2008 [8] trots att förbättringarna har skett från en högre nivå än i Skåne. Q-svikt är ett projekt där vårdcentralerna erhållit ekonomisk bonus i förhållande till de uppnådda resultaten (P4P).

Kostnader

Kostnaden för uppföljningen i primärvården i Landstinget i Jönköpings län är cirka 15000 kr per vårdcentral och år för uppföljning inom 30-40 olika områden.

Ekonomistyrning och P4P-projekt kostar betydligt mer. Till exempel kostar ekonomistyrning enbart av diagnosättning (å la Östergötland 2004-2005) i vårt landsting 20 kr per invånare detta år. Det blir totalt knappt 7 miljoner kr per år, det vill säga cirka 130 000 kr per vårdcentral.

Konklusion

Våra exempel visar att traditionellt förbättringsarbete och användning av öppna jämförelser leder till förbättringar i sjukvården väl i nivå med vad som uppnås med ekonomistyrning men till en betydligt lägre kostnad. Möjligen uppnår man också ett mer hållbart resultat.



Kjell Lindström
Distriktsläkare, Med Dr
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Kjell.Lindstrom@lj.se

Referenser

1. Närlid M. "Pay for performance" osäker kvalitetshöjare. Läkartidningen. 2011;108(41):2011.
2. Mårtensson F. "Konsultation kräver lyhördhet och koncentration". Hälso-samtalen orsakar protest i Norrbotten. Läkartidningen. 2011;108(44):2203-4.
3. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen. 2010.
4. A Anell. Värden i värden – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Stockholm. 2010.
5. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effects of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.:CD008451.
6. Lindström K, Engström S. Kvalitetsmätning behövs – men kan inte värdera vårdkvalitet. Läkartidningen. 2009;106(34):2067-8.
7. SFAMQ. Mål & Mått i allmänmedicin. SFAMs kvalitetsindikatorer. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2010. http://www.sfam.se/index.php?option=com_content&view=article&id=111%3Akvalitetsindikatorer&catid=60%3Asfams-raddokument&Itemid=70
8. Jacobsson F. Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. CMT Rapport 2008:6, Linköpings universitet.
9. Ohlsson B, Kullberg M, Landgren M. Förbättrad hjärtsviktsvård med Q-svikt. Läkartidningen. 2010;107(37):2154-7

Annons

SFAMs styrelse informerar

Styrelsen har ambitionen att bli bättre på att berätta vad vi i styrelsen och SFAMs råd arbetar med och tanken är att detta ska bli en stående punkt i AllmänMedicin framöver.

Jag inleder med att i detta nummer lite fylligare beskriva hur vi jobbar med handlingsplanen, som togs fram i samband med idéseminariet i Uppsala i september 2011, då ett femtiotal representanter för styrelse, råd, nätverk och lokalföreningar deltog. Utifrån de förslag som togs fram har styrelsen tagit fram den handlingsplan som presenterades i förra numret av AllmänMedicin.

Handlingsplanen utgör grunden för de prioriteringar styrelsen gör för sitt arbete. Även inom handlingsplanen måste

prioriteringar på kort och lång sikt göras eftersom planen är på 2–5 års sikt. Vissa råd får många frågor på sitt bord och måste i sin tur prioritera.

Viktiga frågor som inte finns med i handlingsplanen, kanske för att de känns så självklara, och som vi ändå fortsatt arbetar intensivt med är kvalitetsregistren och Europaläkarfrågan. Den senare frågan beskriver Eva Jaktlund i en särskild artikel i detta nummer. Vid kongressen i Luleå blir det ett seminarium om kvalitetsregister och utvärdering så mer om det i nästa nummer.

Handlingsplanen, version från styrelsemötet 31 januari

Synliggöra allmänmedicinsk kompetens

Analysera och exploatera resultaten i Nationella patientenkäten, till exempel frågorna kring kontinuitet och prevention.

SFAMs styrelse undersöker möjligheter till att stimulera forskning på området, till exempel via Läkarförbundet, institutionerna och FoU-enheter. I ett första skede försöka ta reda på vad som redan görs lokalt. Louise Hamark ansvarig.

Revidera och kommunicera föreningens/allmänmedicinens ledord.

Styrelsen har tagit fram det material som PR-byrån Westanders gjorde åt föreningen för några år sedan. Vi planerar att göra en ny mediesökning för att se om de åtgärder som vidtagits gett önskat resultat. Eva Jaktlund har kontakt med Westanders.

Stärka och synliggöra allmänmedicinsk forskning

Integrera medlemsmöte med kongress – ge större plats åt inbjudna institutionerna.

Viktigt att styrelsen hela tiden håller den vetenskapliga fanan högt i kontakterna med arrangerande lokalförening. Identifiera och kommunicera forskningsbehov – gentemot institutioner/FoU-enheter och medlemmar.

Lyfta goda exempel på allmänmedicinsk forskningsorganisation, till exempel Akademisk vårdcentral.

Inventera och samla i dokument på hemsidan, rapportera i AllmänMedicin. *Forskningsrådet fortsätter arbeta aktivt med båda dessa frågor.*

Verka för att de allmänmedicinska professorerna medverkar vid våra kongresser och andra möten.

Styrelsen ansvarar i kommunikationen med kongressarrangörer med flera att detta lyfts fram – gärna med specifika uppdrag.

Implementera dokumentet ”Forskning i vårdvalssystem” – publicera i AllmänMedicin, gjort nummer 4 2011.

Skriva artikel till Läkartidningen – gjort hösten 2011, sprida till lokalföreningarna för lokalt arbete.

Sara Holmberg ska formulera utskick, Karin Träff Nordström sammanställa, så att kansliet kan skicka ut dokument, artikel och handlingsplan så snart som möjligt efter kongressen i Luleå.

Minst en professor i SFAMs styrelse.

Styrelsen informera valberedningen.

Utveckla kontakten med Mikael Hasselgren, redaktör på Läkartidningen.

Mikael är inbjuden till styrelsemötet i april 2012.

Säkra och ta makt över fortbildning och kompetensutveckling för alla allmänläkare

Uppdatera ”Styrdokument för SFAMs fortbildningsråd”, beslutat 080515.

Kenneth Widäng kontaktar fortbildningsrådet som har ett planerat internat 14-15 februari.

Verka för att fortbildning kommer in som kvalitetsparameter i lokala vårdvalsuppdrag.

Lobby-kurs hösten 2012. Fortbildningsrådet ansvarar. Åsa Wetterqvist och Karin Träff Nordström kan vara behjälpliga. Kenneth Widäng pratar med fortbildningsrådet i samband med internatet.

Verka för recertifiering i någon form.

Styrelsen tillsammans med utbildningsråd och ASK. Formulera förslag till fullmäktige 2013. Eva Jaktlund leder arbetet och pratar på kongressen i Luleå på temat.

Främja kontinuitet i patient/läkarmötet

Lyfta fram goda exempel på välfungerande mottagningar med hög läkarkontinuitet.

Bertil Hagström tar upp frågan med SFAM-Q.

Kurs i hur man organiserar sin mottagning för att främja kontinuitet.

Inget konkret förslag – på sikt skulle det kunna vara ett viktigt inslag i ST-kurs "allmänmedicinskt arbetssätt". Karin Träff Nordström ansvarar för vidare tänk kring detta.

Mall för debattartikel "Du förtjänar din egen doktor"

Bertil Hagström och Fredrik Settergren, sprida till lokal föreningarna – våren 2012.

Seminarium "Hur organisera mottagningen för att främja kontinuitet?" Framtidens specialläkare hösten 2012.

Karin Träff Nordström kontaktar Petra Widerkrantz, Malmö som visade intresse i samband med idéseminariet.

Verka för att få in kontinuitet som kvalitetsparameter i lokala vårdvalsuppdrag.

Lobbyingkurs, se ovan.

Verka för "golden standard" för vårdval

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

Uppdatera SFAMs Mål & Mått. Bertil Hagström kommunicerar med SFAMQ.

Rekrytering av nya allmänläkare och behålla de gamla.

Inventera nuläget. Hur många allmänläkare? Kommande pensionsavgångar? ST-rekrytering?

Karin Träff Nordström kontaktar DLF/Läkarförbundet som bör ha mer fakta.

Verka för patientkontinuitet för AT- och ST-läkare i primärvården.

Studierektorsnätverket – hur ser det ut idag? Behov av dokument? Mats Rydberg kontaktar nätverket.

Verka för ett rimligt uppdrag för läkare i allmänmedicin.

Beskriva vad som är ett rimligt uppdrag – artikel till AllmänMedicin – peppa allmänläkare att ta makt över sin vardag – Bertil Hagström och Kenneth Widäng skriver, se annan plats i detta nummer.

Verka för att fler läkare blir chefer. Samarbeta med Läkarförbundet och DLF.

Karin Träff Nordström ansvarar – inga konkreta förslag.

Workshop om seniorrollen på kongressen 2013.

Styrelsen i samråd med lokal kongressarrangör (SFAM Stockholm).



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



LÄKARE FÖR MILJÖN

Lunch, årsmöte och föredrag

18 mars kl 12.30, kollektivhuset Sockenstugan, Stockholm

Meteorolog Per Holmgren ger oss uppdaterad information om klimatet och vad som ännu återstår att göra.
Nya medlemmar välkomna! Se www.lakareformiljon.se

Anmälan och information:
ingrid.eckerman@lakareformiljon.se, 08 600 15 56

Annons

Du är värd en god arbetsmiljö

Många allmänläkare upplever sin arbetssituation som pressad, styrd och ohanterlig. Känslan av att vara i arbetsgivarens, tidbokningssköterskans och resursbristen våld breder ut sig ibland allmänläkare på olika allmänläkarmottagningar. Se inte på dig själv som offer för en omöjlig arbetssituation. Både dina patienter och du själv mår bäst om du går till arbetet med lust. Här är några reflektioner från vårdcentralerna Björknäs i Boden och Sätilla i Boråstrakten.

Låt oss se på vilka möjligheter allmänläkaren har?

- Du har studiebegåvning nog för att ha kommit in på en kvalificerad utbildning.
- Du har en 12–13-årig utbildning på universitetsnivå, vilket har gett en bred medicinsk kompetens.
- Du arbetar på en bristarbetsmarknad och kan få ett arbete på bekvämt pendelavstånd från hemmet var du än bor i landet.
- Du utgör en nyckelresurs på arbetsplatsen.

Vad finns av värde på en allmänläkarmottagning?

- Relativt enkla lokaler.
- Ganska billig utrustning.
- Högutbildade och lönedyrare läkare.
- Personal, läkare och andra med personkännedom om sina listade patienter.
- Personal med förtroendefull relation till sina patienter och till arbetskamraterna och den lokala arbetsplatsen.

Vad krävs av ledningen?

- Ledarskap med omvärldsutblick och visioner, utvecklingsidéer och medicinsk kompetens.
- Personaladministration.
- Personalrekrytering.
- Ekonomisk kompetens.

Dessa fyra delar finns sällan koncentrerade till en person. Ledarskapet måste vara ett lagarbete och delas av flera personer.

Man hör ofta att läkare är för dyra för att syssla med ledningsfrågor. Vi delar den uppfattningen när det gäller personaladministration och ekonomisk förvaltning. Däremot anser vi att det är oklokt av enheten att inte ha hög medicinsk kompetens såväl när det gäller ledarskap som personalrekrytering.

I ledningsgruppen ter det sig därför oss naturligt att den som står som ledare också har sista ordet.

Vad gäller ledningsfunktioner ser vi ingen skillnad mellan privata och offentligt drivna enheter. Däremot är det stor skillnad mellan att jobba på en enhet med stor autonomi jämfört med en centralstyrd enhet, vare sig det är inom ett landsting

eller inom något av de stora privata bolagen. Mindre enheter förefaller vara bättre lämpade att svara upp mot patienternas och läkarnas behov.

Vad är det befolkningen söker?

Innan man ens har blivit patient eller om man är en sällanbesökare är det oftast tillgängligheten som anges som den viktigaste faktorn. Man räknar i allmänhet med att kompetensen inte är något problem.

Människor med en regelbunden kontakt med vården, äldre och multisjuka däremot uppskattar kontinuitet högt. Att behöva ta allt "från början" varje gång man söker är för många ytterst plågsamt. Det är förvånande att beställare av vård inte i större utsträckning har sett vilken rationalisering det innebär om man premierar kontinuitet i första hand.

Doktorn då?

I allmänläkaryrket är den egna personen det viktigaste arbetsredskapet. Det innebär att arbetsrutiner och det dagliga patientarbetet med fördel planeras av dig själv, men givetvis i samförstånd med kollegor och övrig personal. För vissa läkare passar många korta patienttider bäst, medan andra har långa besökstider och hög telefontillgänglighet som arbetssätt. Naturligtvis finns det en skyldighet för alla på en mottagning att ta sig an en rättvis del av arbetet. För att få detta att fungera krävs en läkaranknuten patientlista och att doktorn själv får planera arbetstiden.

Att kunna arbeta kvar på en mottagning och få följa patienter under lång tid ger en ytterligare dimension till yrket.

Trivs du?

Tänk efter om du går till jobbet med glädje? Om inte, kan du påverka situationen eller ej.

Viktigast av allt är att du trivs på ditt arbete. Hur känns det på det korta morgonmötet? För det finns väl ett sådant möte? Upplever du att det finns medicinskt säkra och bra rutiner? Har du en fungerande kollegial samverkan, har ni samråd om dagliga aktiviteter? Samspelet med dina kollegor under såväl arbete som raster, är en högst betydande faktor för om du ska trivas i längden.

Vad kan du göra?

Om det är själva arbetsplatsen som inte är ok, fundera på om du kan påverka situationen. Glöm då inte att läkargruppen tillsammans är en stark maktfaktor. Fundera på om det är värt mödan att ta makten över dina dagar på mottagningen. Sök dig annars till en grönare ö, hellre än att falla in i allmänt gnäll på fikarasten.

Checklista för grön ö

- Finns det fasta läkare, ägare och/eller anställda?
- Har varje läkare egen patientlista?
- Har du möjlighet att påverka hur din dagliga tidbok ser ut?
- Är patientlistorna rimligt stora?
- Finns läkare med reell makt med i den lokala ledningen?
- Drar läkargruppen jämnt på jobbet?
- Verkar det vara "högt i tak" på fikarummet?
- Hur fungerar fortbildningen? Det är en skyldighet för arbetsgivaren att se till att personalen har kompetens nog för verksamheten och för din egen del är det självklart att du behöver avsatt tid för utbildning/fortbildning, uppskattningsvis 5-10 procent av en heltidsanställning. Kräv det i skriftligt avtal vid anställning.
- Kan du ha intressanta sidouppdrag, som t ex studierektor, utvecklingsarbete eller forskning? Det bör du också gardera dig för vid anställningen.

Visst finns det annat som inverkar på din arbetsmiljö

Storleken på kapiteringen eller hur mycket beställaren (landstinget) betalar till mottagningen har självklart betydelse. Utformningen av uppdraget kan också se olika ut över landet. Arbetsgivaren kan också vara mer eller mindre kompetent att tillmötesgå rimliga patient- och läkarkrav. Den lokala ledningen kan ibland vara baktunden av sin uppdragsgivare.



Bertil Hagström
SFAMs styrelse
bertil.hagstrom@telia.com



Kenneth Widäng
SFAMs styrelse
kenneth@widang.se

Annons

Varför ställa diagnosen KOL

– om rökaren inte vill?

Vår uppföljning i "pv-kvalitet" ledde till reflektioner om det speciella med "Kronisk obstruktiv lungsjukdom" och varför vi är ambivalenta. Diagnosen beror oftast på rökning, är därmed självförvårdad. Experterna som utformar riktlinjer och utbildning är helt integrerade med industrin och läkemedelskostnaderna är mycket höga och leder till måttliga effekter. En mer strukturerad vård riskerar leda till än mer överförskrivning av läkemedel, som möjliggör fortsatt rökning.

Registret riksKOL kan användas som checklista för en mera strukturerad vård. Tyvärr är dock erfarenheten av andra "kvalitetsregister" nedslående med grovt misstolkade data, osaklig ranking och ytterligare medikalisering.

PrimärVårds-kvalitet

På Jokkmokks vårdcentral valde vi diagnosen KOL som uppföljning i PV-kvalitet [1]. Det ingår i beställningen att årligen göra minst två uppföljningar per år. Vår sekreterare utförde förtjänstfullt jobbet med att hitta patienterna med diagnosen i vårt journalsystem VAS. Spirometrier registreras numera i Spirare (databas för spirometrier vid sidan av vårt journalsystem). Nikotin användning har noterats på lite olika sätt, och på olika ställen, under åren som journalen har utvecklats. Fördelen med PV-kvalitet är att vi själva äger vårt resultat och kan jämföra med övriga som registrerat. Redan tidigt fick vi problem, för att få ett rimligt antal registrerade fick vi sträcka ut tidsintervallet längre bakåt än de två år som är instruktionen. Vi valde att ta med de med lägst ålder och som ännu var i livet. Trots det fick vi låga värden på antal spirometrier de senaste åren och notering om fortsatt rökning och även andel rökfria. Kvinnor var rejält överrepresenterade. Skillnader mellan olika läkare noterades i det lilla materialet.

Detta ledde till reflektion då vi i tidigare uppföljningar för andra diagnoser haft "goda" resultat.

Vad beror då vår ambivalens i förhållande till diagnosen KOL på?

Jag tror att det har med rökning och blygsam medicineffekt att göra. Hur ska vi gå vidare?

Rökning

Vi har certifierade rökavvänjare både för grupp och individuellt, de är skolade i (manipulerande intervju) MI, det vill säga motiverande samtals-metodik. De skulle kunna motivera patienter även till spirometri och använda resultaten för ytterligare påverkan. Distriktsköterskor möter många i sitt arbete med blodtryckskontroller och andra uppföljningar.

Det förekommer att patienter, kanske mest män, inte vill göra spirometri, de vill inte få konstaterat KOL. Det är ingen diagnos man vill ha, och kanske inte heller ge. En del vill ha medicin för sin "astma" för att kunna fortsätta röka. Nyligen hade jag en diabetespatient som rökte, symtom och PEF antydde KOL-utveckling men patienten ville vänta med spirometri till nästa årsbesök. Hur han låg till vad gäller diabetesvärden var han mycket noga med.

Medicinsk behandling i rökavvänjningen är en stor marknad där preparatens biverkningar måste uppmärksammas, gäller inte minst vareniklin.

Rökavvänjning ses ofta ur samhällets perspektiv och blir då fyrkantigt enhetlig. Rudebeck rapporterar hur annorlunda det kan vara ur rökarens perspektiv [2].

Frekvensen rökare i befolkningen beror i väldigt liten grad på sjukvårdens insatser. Det är helt andra trender som bestämmer. Andelen rökare bland yngre lågutbildade kvinnor är oroande.

Det finns också en intressant skillnad i vår kulturellt betingade föreställning av registrering av olika osunda vanor i journalen. Vi kan utan vidare problem och säkert ganska trovärdigt ange antal paket per år och antal cigaretter per dag. När det gäller alkohol däremot protesterar vi mot dåliga och tveksamma mått som har en helt annan stigmatiserande effekt i vårt samhälle.

Spirometri

Vi borde sannolikt öka antalet spirometrier och rikta oss mot rökare över 45 år. Nu utför vi enligt Spirare cirka 100/år (på en befolkning på cirka 5000 individer) och det var dubbelt så många kvinnor som män som undersöktes. I vår uppföljning ingår även de som har astma-frågeställning.

En hel del gör undersökningar i andra sammanhang, via företagshälsovård och många är med i det sk OLIN-projektet.

Undersökningen skulle bli mera lätt tillgänglig om fler sjuksköterskor lärde sig utföra och dokumentera, men läkare måste nog stå för den inte alltid så enkla tolkningen av data.

Diagnostiken är i riktlinjer något förvirrande. Oftast anges under 0,7 i kvoten FEV1/FVC och över 65 år under 0,65. Samtidigt anges grad I klassificeringen enl. GOLD över 0,8 eller 80 procent. Den stora volymen av patienter är i tidiga stadier.

Ofta är det svårigheter att genomföra spirometri vid mera avancerad KOL och vi har få registrerade med riktigt låga värden (eller annorlunda uttryckt grad III och IV). Vi tror att dessa ändå är omhändertagna och diagnostiserade av oss eller lungklinik. Associerade sjukdomar kan vara mera insatskrävande och KOL-diagnosen hamnar då i bakgrunden.



© photoGrapHie - Fotolia.com

anknytningen. Nu går det ofta inte skilja på de som får 5 000 kr/år från de som får 500 000/år (eller mer) i ersättning eller anslag

Stor kostnad och liten effekt

När Läkartidningen nyligen upplät utrymme för ett antal professorer om kvaliteten i KOL-behandling [6] begärs ingen jävsdeklaration. Ett uppenbart brott mot regler för författare till artiklar i tidskriften. Redaktionen presenterar en sådan, i efterskott, efter påpekande, motvilligt, efter långt om länge, på undanskynd plats på LT-webb.

En noggrann analys av argumenten i artikeln visar på en total överensstämmelse med synpunkter från industrin. Är det då självklart att det blir så?

Relativt ofta nämns i artiklar och årsberättelser problemet med överföreskrivning i förhållande till riktlinjer, men knappast någon vettig strategi för att åtgärda problemet. Prevalens för olika grader av KOL visar även var den stora försålda volymen förekommer, nämligen i de stadier där det inte finns evidens, eller där denna är svag.

En detalj kan tyckas, men KOL-medicinering utgör den i särklass största kostnaden för en enskild diagnos för samtliga vårdcentraler i Sverige. Så om den största delen av föreskrivningen är på tveksam indikation, med bristande stöd i vetenskaplig evidens, och tvivelaktig effekt är ju situationen allvarlig och betydelsefull.

Kostnaden för medicin för en enskild patient kommer snabbt upp i tio-femton tusen kronor per år enbart för KOL-läkemedel.

Som invändning till denna kritik kan hävdas att inhalationerna av betastimulerare, cortison och antikolinerga har revolutionerat vården. Antalet sängplatser på lungklinikerna är numera en bråkdel av hur det var i början av min karriär. Då var patienter på mottagningar med inhalationer, astmadropp och teofyllin mycket vanliga. Förutom psykiatriens förvandling är detta kanske den mest anmärkningsvärda förändringen utöver kardiologins enorma expansion.

Kan dagens ganska ostrukturerade föreskrivning ändå träffa hyggligt rätt och den samhälleliga effekten blir betydligt bättre än i de små enskilda, tillrättalagda studierna som tröstlöst försöker påvisa effekter i patientgrupper av väl utvalda preparat för att kunna hävda evidens i nästa samling av industriexperter för riktlinjeförfattande. När inte detta går, de objektiva resultaten uteblir, efterfrågas antal akutbesök eller patientupplevelse, och det är ju svårt att argumentera emot.

Ytterligare en fråga som riskerar att undervärderas vid jävsituation är relevanta biverkningar av given behandling, Till exempel vilken andel av den osteoporos som förekommer i allvarligare grader av KOL beror av medicinering.

Så gott som all utbildning inom astma och KOL är finansierad och anordnad av industrin vilket med tanke på ovanstående är mycket olyckligt. Det främjar inte utveckling och självständigt kritiskt tänkande.

Tidigare har vi fört en lång, lite snårig, diskussion om vad det skulle innebära att skaffa blodgasanalys till vårdcentralen. Det aktualiserades av en helt annan typ av patient. Med alltmer avancerad teknologi ställs nya kvalitetskrav, ibland dygnet runt, året runt som vi då ska leva upp till och ha kvalificerad läkarresurs för. Vi har ännu avvaktat till skillnad från en del andra vårdcentraler i glesbygd.

Syrgasmättnad utförs enkelt och ofta både i ambulans, akutrum och på OBS-avdelning.

Experter hårt bundna till industrin

Ytterligare en orsak till vår ambivalens i förhållande till diagnosen KOL är specialisternas närmast totala integration med läkemedelsindustrin. Detta skiljer kanske inte så mycket från övriga stora områden inom primärvården som hypertoni, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes.

När Läkemedelsverket samlar till utformande av nya rekommendationer 2009 [3] är jävsdeklarationerna visserligen inte angivna i detalj men det är enkelt att fastslå att industrin var väl företrädd [4]. Deltog det överhuvudtaget någon oberoende expert som kunde värdera evidensen i bakgrundsdata?

Behövs det verkligen en myndighet som mellanhand när industrin utformar riktlinjer och rekommendationer? Ska man kanske se LMV mera som en moderator av olika industriintressen?

Spelar jäv någon roll? Det anges inte ännu för författare till Läkemedelsboken, inte heller när vår fackliga tidskrift, Distriktsläkaren, presenterar en (välskriven) KOL-översikt [5]. Intresset verkar mycket lågt, grävande journalister som annars undersöker jäv i andra samhällssektorer verkar helt acceptera förhållandet. För övrigt borde jävsdeklarationerna vara betydligt mera specifika så det framgår storleksordningen på

RiksKOL

Vi blir tillfrågade av koordinatören, som faktiskt tidigare arbetat i Jokkmokk, om deltagande i registret. Anslutningen är mycket gles i Norrland. Antalet registrerade i landet är ännu endast någon procent jämfört med diabetes i NDR. Förekomsten sägs vara likartad, ungefär lika många individer har KOL som diabetes.

Den som är intresserad kan i Årsrapporten RiksKOL [7] se vad som registreras (persondata, diagnos år, röntgen, ekg, utbildning om KOL, längd vikt, lungfunktionsmått, rökvanor, övriga kroniska diagnoser, exacerbationer, symtomskattning, vaccinationer, saturation, ev. blodgas, paramedicinsk kontakt och aktuell medicinering).

Argumentet att registreringen är en lämplig checklista vid bemötande av patient har jag personligen inget emot. Vi skulle i journalen kunna använda en liknande sammanställning, översikt, som vi använder för diabetespatienter. Ännu bättre vore om översikten gjordes flexibel för terapeuten. Denne skulle kunna lägga till eller ta bort variabler. Det är också viktigt att påpeka att utvecklingen måste gå mot förenkling också vad gäller inmatning av data. Det som datorjournalen ska göra är att sammanställa efterfrågade data för överblick. Översikten är också en lämplig plattform vid teamarbete. Här kan läkare, subspecialist, sköterska, dietist, sjukgymnast och arbetsterapeut etc. se vad övriga bidrar med. För KOL är det som registreras i Riks KOL relevant för en översikt på samma sätt som det som registreras i NDR är relevant för diabetespatienten.

De kolleger som upplever checklistor som styrande och tvingande måste få avstå, det är viktigt att acceptera olika arbetssätt.

Invändningen att många patienter har flera kroniska diagnoser måste lösas med en lämplig översikt även för dessa patienter. Det handlar bara om hur och ur vilket perspektiv man läser journalen.

Vår erfarenhet av uppföljning i "kvalitetsregister" är dock mycket negativ. Märkliga och felaktiga, tendensiösa tolkningar och ranking är vanliga. Inmatade data duger inte för sådana analyser. Ofta förenas detta med krav på ytterligare medikalisering och målnivåer för förskrivning av farmaka utan hänsyn till vad patient, anhörig och läkare kommer överens om i konsultationen. Sällan handlar det om "kvalitet", vad gäller till exempel pressat blodtryck och HbA1C har setts en ökad mortalitet.

Journalföring i en systematisk form som en översikt överensstämmande med RiksKOL möjliggör också registrering. Är det något vi önskar?

För övrigt borde både styrgrupper och utdatagrupper i register öppet redovisa jävsdeklaration.

Patientens medbestämmande?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten vara delaktig i vård och behandling. Det tas knappast hänsyn till i förenklade riktlinjer eller målsättningar i uppföljningar.

Hur ska man se på medicinering för att möjliggöra fortsatt rökning, till hög kostnad? Är det en tveksam moralistisk hållning att bara väcka frågan?

ACG

Kommer att användas för ersättning av vården även i Norrbotten. Individer med olika diagnoser tilldelas olika vikt. KOL blir då viktigt att diagnostisera ur vårdcentralens perspektiv. Vi bör ju åtminstone överväga diagnosen om vi medicinerar eller förnyar recept från lungkliniken? Ska vi göra det mot patientens vilja och vad blir hälsoeffekten på sikt?

Strukturerad vård

Reflektionen efter vår genomgång i pv-kvalitet mynnar ut i behov av fler spirometri men även en mera strukturerad vård. Vi bör erbjuda uppföljning, rökslutarstöd, vaccinationer, spirometri, kostrådgivning, sjukgymnastik och arbetsterapi på samma sätt som vi har en arsenal av förslag och insatser vid diabetes, hjärtsjukdom, långvarig värk och andra kroniska diagnoser. Då måste vi samarbeta mellan olika vårdgivare. Den ångest som uppstår vid lufthunger är smittsam. KOL-rehabilitering kan vara viktig för att fördela ansvaret [8]. Stöd kan vi ha i handläggningsöverenskommelse i Norrbotten HÖK [9].



Peter Olsson

Jokkmokk feb 2012

peter_olsson@hotmail.com

Jävsdeklaration:

Offentliganställd allmänmedicinsk specialist.

Referenser:

1. www. Pv-kvalitet .se
2. Rudebeck CE. Var och en slutar röka på sin fason. Läkartidningen 2011;108:2425
3. Läkemedelverket 2009, Behandlingsrekommendation KOL
4. Jävsdeklaration LMV 2009, endast på nätet
5. Lisspers Karin. Folksjukdomen KOL- en utmaning i primärvården. Distriktläkaren 2011 nr 5 s 7-11.
6. Larsson K et al. Så blir KOL-vården bättre. Läkartidningen 2011;108:1604-5
7. RiksKOL årsrapport http://www.ucl.uu.se/rikskol/index.php/arsrapporter/doc_download/37-arsrapport-2010
8. Zackrisson AB. KOL-rehabilitering i primärvård lär patienten hantera sin sjukdom. Läkartidningen 2012;109:210
9. Handläggningsöverenskommelse KOL, Norrbottens läns landsting

Spirometritolkare

Introduktion – förklaring

Jag började snickra på en förenklad spirometritolkare inför en kurs om spirometri som hölls av Georg Grantson, allergolog och specialist i invärtesmedicin, Medicinkliniken, Varberg. George tyckte den såg bra ut men bidrog med flera förbättringar.

Här är resultatet. För den som inte har hela lungfysiologin aktuell varje dag hela tiden blir det enkelt att direkt kolla i de skuggade rutorna.

Hjälptexter finns nederst i schemat.

Catarina Canivet
Catarina.Canivet@med.lu.se

Spirometritolkare (De skuggade rutorna är viktigast!)

Catarina Canivet och George Grantson
2010-11-29

Förklaring:	Förväntat normalvärde utifrån kön, ålder, längd och vikt	Uppmätt värde före bronkdilat	Uppmätt värde hos pat efter bronkdilat	Det uppmätta värdet före bronkdilat utgör i % av förväntat	Det uppmätta värdet efter bronkdilat utgör i % av förväntat	Ändring i liter	Ändring i %
	<i>Norm</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>%Norm</i>	<i>%Norm</i>	<i>Ändra</i>	<i>%</i>
Så här står det på spir. uskriften: SVC (L)				80 – 120 % = normalt			(> = 10 % : sign. revers. hos volume responder)
FVC (L)				80 – 120 % = normalt			(> = 10 % : sign. revers. hos volume responder)
FEV1 (L)				80 – 120 % = normalt		> = 0.2 liter och > = 12 % : signifikant reversibilitet (flow responder)	> = 10 % : sign. revers. hos volume responder
FEV1 / FVC (%)				80 – 120 % = normalt		Obs kolla inte här	Obs kolla inte här
PEF							
PEF 25-75							
Systematisk tolkning:							
1) Är undersökningen tekniskt acceptabel?							
2) Flöde-volyms-kurvans utseende							
3) VC och FEV1 normala?							
4) FEV% efter bronkdilat. Obstruktivitet?							
5) Om obstruktiv: Bedöm reversibilitet utifrån ändringen av FEV1 och VC eller FVC							
6) Bedömning med sammanvägning av övriga kliniska data							
• Om obstr. Astma eller KOL?							
• Om KOL: Vilket stadium?							

Se här FEV%: Hur stor andel av hela lungvolymen kan andas ut på en sekund?
Låg FEV% = liten andel = obstruktivitet.

Se här FEV1: Huruvida det är en signifikant reversibel obstruktivitet.

Stadiumindelning av KOL utgår från FEV1 efter bronkdilat:
Stadium 1 FEV1 > 80% av beräknat normalvärde
Stadium 2 FEV1 50–79% av beräknat normalvärde
Stadium 3 FEV1 30–49% av beräknat normalvärde
Stadium 4 FEV1 < 30% av beräknat normalvärde
eller
FEV1 < 50% av beräknat normalvärde och samtidig förekomst av andra negativa prognosfaktorer som svår, kronisk hypoxi, hyperkapni, ödem, takykardi eller lågt BMI

Strömfåra eller bakvatten?

Om allmänmedicin, allmänläkaren, och omvärlden



Nedanstående text är tänkt som en reflexion kring allmänmedicin. Texten kan också ses som ett debattinlägg där bakgrunden är min uppfattning att primärvården sviktar och att detta speciellt gäller allmänläkaren. Framförallt tar jag sats från en kurs i medicinsk antropologi vars schema speglar textens rubriker, men också i allmänläkaren Carl-Edvard Rudebecks antologi: "Allmänläkaren som visste för mycket."

Introduktion

Medicinska uppfattningar och begrepp är barn av sin samtid och dess aktuella uppfattningar och värderingar. Detta är uppenbart om man ser i den medicinska backspeglarna bara någon generation bakåt. Diagnoser, yrkesroller, symptompresentation – allt ägde rum med största självklarhet men ter sig nu för oss ofta främmande, rörande, skrämmande – ofta komiskt.

Definitioner

Vad är medicin? Självklara begrepp kan vara svåra att definiera fullödigt. Det anknyter förstås till begreppet hälsa som är ungefär lika ymnigt definierat.

Och vad är då allmänmedicin? Man kunde säga att det helt enkelt är den del av medicin som utövas på en vårdcentral. Eller försöka avgränsa faktiskt gentemot sjukhuskliniker och samhällsinstitutioner. Men det varierar avsevärt över rum och tid.

Hippokrates lär ha sagt att – "Viktigare än vilken sjukdom är vem som har den".

Det är allmänmedicin.

Hur skapar vi förutsättningar för att möta detta vem?

Illness och disease

Illness är den sjukdomsupplevelse man har, disease är det som står i sjukintyget. Kännetecknande för samtiden är dessa be-

grepps svårighet att mötas och den friktion som uppstår när de skaver mot varandra. Begreppen tenderar att kapas av den med mest makt. Socialstyrelsens beslutsstöd och försäkringskassans förändringsarbete väger tyngre än patientens upplevelse och den intygsskrivande allmänläkarens.

Vad innebär det för mötets karaktär, för symptompresentation, för allmänläkarens auktoritet och möjligheter att ge tilltro, trygghet och hopp? Vad innebär den disease utan illness som vi skapar med våra apparatvärden, screeningundersökningar och hälsokontroller? Bygger vi hälsa och trygghet eller ohälsa och otrygghet?

Hur mycket ödmjukhet har allmänmedicinen ork eller mod att ge till de som har illness utan disease, det vill säga sjukdomsupplevelse som vi inte har namn på, som inte uppfyller försäkringskassans kriterier eller finns i vårt diagnosregister?

Hjälper vi patienten att ta makten över sitt liv?

Allmänmedicin som socialt fenomen

Allmänmedicin. Primärvård. Fött som ett politiskt projekt i en ganska allmän välgångsyra med folkhälsoanspråk i socialdemokratisk hegemoni. En symbol för institutionaliserad medmänsklighet?

Dess läkare var allmänläkare, en olycklig specialistbeteckning, språkligt motsägelsefull gentemot specialistläkaren på sjukhuset som besitter expertens nimbus och makt. Specialiteten vacklade mellan att våga finna sin specialitet i det personliga mötet å ena sidan och å andra sidan försök att hävda sig på sjukhusspecialisternas domäner utan att riktigt lyckas.

De socialt konstruerade uppfattningarna, de medicinska "moderna" som kommer och går definieras inte inom allmänmedicin som däremot ställs att hantera dem.

» Att nå fram till förståelse och tala väsentlighetens språk « kan ta mycket lång tid.

Allmänmedicin som social och kulturell konstruktion.

Vad går man med till allmänläkaren? Samtidigt som primärvården byggs ut genomförs andra stora samhällsförändringar. Migration från norr till söder, från landsbygd till stad. Sönderslagna familjer, mellan generationer och mellan makar. Ändrade könsroller med yrkes- (dubbel) arbetande kvinnor. Förlängning av studietid och ungdomskultur.

Bidragssamhälle

Allt fler typer av lidande uppfattas som sjukdom och det blir allt mer naturligt att vända sig till allmänläkaren.

Primärvården svarar stort sett upp till detta och talet om helhetssyn, liksom allmänt höga ambitionsnivåer och medicinska alibin för incitamentsystem som sjukskrivning gör att avgränsning av verksamheten i stort uteblir.

Detta samverkar också med de politiska löftenas tid om offentligt finansierade besök och senare rätten till läkarbesök inom viss tid. Läkemedelsindustrin betalas också offentligt utan övre kostnadstak och kan driva en kultur av preventiv medicin gentemot stora befolkningsgrupper som sedan ska kontrolleras i primärvården. Blodtryck, blodfetter, diabetes, övervikt, allt praktiskt mätbara variabler som låter sig hanteras närmast maskinellt och avindividualiserat.

Allmänläkarens plats i den egna organisationen förändras. Allt fler yrkeskategorier anställs. Enligt demokratiska principer blir allmänläkarna i ständig minoritet. Deras behov att klara allt, kanske deras förhoppning om orubbat bo vad avser inflytande och integritet? Allmänläkarna utvecklar inget språk för att hantera, ingen fungerande varseblivning för att uppfatta de värdeförskjutningar som gör att makt och ledarskap flyttas från dem, att sjukhusvård överför alltmer arbetsuppgifter till primärvården, att definition av vårdinnehåll centraliseras och görs alltmer programmatiskt och byråkratiseras. Datoriseringen inom sjukvården passar som hand i handske för dessa förändringar och sker först inom primärvården.

Är det här det börjar hända?

Skriver i så fall som Göran Tunström, så att säga i förväg, snart ska böckerna börja ramla ned från kärran, ned från lasset som blivit allt för högt och tungt.

Snart.

Allmänmedicinens medicinska modell

Allmänmedicin har varit en praktisk verksamhet och sällan tydligt artikulerad. Kanske även där ett spår av dess sårbarhet, den har formats villigt av sin tid, sina omständigheter. Den nära kontakten med många patienter har gett en intuitiv kunskap

men den har sällan satts i ord eller teoretiskt system. Närheten har också gett en blindhet, en svårighet att höja blicken. Kanske är det den somatiska och hierarkiska formningen vid läkarutbildning och sjukhuspraktik som satt dagordning.

I den mera högstämnda teorin skulle allmänmedicin samverka med samhället i övrigt men så mycket blev det inte av det. BVC och MVC har oftast varit egna enheter med separat organisation och allmänläkaren som hastig konsult enligt löpande band principen och behjälplig i fall av sjukskrivning eller enklare medicinsk handläggning respektive remiss till andra specialiteter.

Den medicinska modellen för allmänmedicin har bäst formulerats av Carl-Edvard Rudebeck

Jag gör här ett urval av citat för att åskådliggöra den allmänmedicinska modell han formulerar. Han noterar både allmänläkarens kunskapskomplex gentemot sjukhusspecialisterna liksom definierar ”allmänmedicinens signum som ett möte mellan två människor”. Han ser också ”mötet mellan symptom och medicinsk fackkunskap som den vetenskapsteoretiska utmaningen.” och ”ifrågasätter att verkligheten har samma omedelbara logik som diagnosregistret. Allmänmedicinens kännetecken är att: se symptom och sjukdomar som fenomen i människors liv och inte enbart som medicinska begrepp.” Kanske är det ”etiken som gör allmänmedicinen till en legering och inte ett mångsyssleri.” Men ”helhetssynens vardag är ett mycket krävande arbete som innebär att icke jämförbara storheter ändå måste jämföras.” Och ”organisationen måste ge kraft.” Mot naturvetenskapen ställer allmänmedicinen ”den unika upplevande och handlande människan” och mot beteendevetenskapen ”den mänskliga kroppen.”

Carl-Edvard Rudebeck beskriver att ”denna helhet är allmänmedicinens genuina kunskapsfront.

Detta grundar sig på personkännedom, upprepade besök och den tillit till relationen som då kan skapas. ”Att nå fram till förståelse och tala väsentlighetens språk kan ta mycket lång tid.”

Den allmänmedicinska modellens särart har således artikulerats.

Men vad har det betytt?

Allmänmedicin, placebo och nocebo

Där allmänmedicin fungerar, där ett möte, samtal, lugn, värdighet och ömsesidighet äger rum kan en god placeboeffekt uppnås. Den tillit som skapas kan ge förutsättningar för en icke-medikalisering där patientens egen trygghet och kapacitet för läkning aktiveras.

En trasig allmänmedicin däremot, där både läkaren och



patienten ses som utbytbara funktioner respektive dysfunktioner ger frustration som riskerar skapa medikalisering med överförskrivning av läkemedel och ofta fåfänga undersökningar som tar tid och flyttar fokus bort från patientens egen kraft.

Patienter som inte tas på allvar eller bemöts med värdighet kan stigmatiseras och bli mer ihärdiga i till exempel somatisering. Allmänmedicin har då en nocebo effekt.

Det finns, kanske ironiskt, en likhet mellan de patientgrupper som inte syns, inte erkänns, inte återfinns i diagnosregistret, liksom de tomma ytor Karin Johannisson beskriver vad gäller anomibegreppet- och allmänläkarnas situation, deras obefintliga gränssättning och egenmakt, deras tystnad och vanmakt.

Allmänmedicin och politik

Kanske kunde man skriva allmänmedicin och makt. Eller kanske snarare allmänmedicin och maktlöshet?

Vilken "blick" har personer med olika roll, utgångspunkt, eller makt, vad gäller allmänmedicin?

Jag lät några olika personer exponeras för en "Nemi" serie införd i Dagens Nyheter i mars 2011.

Vilka reflexioner väcker denna strip?

Av utrymmesskäl tar jag här inte med de reflexioner jag denna strip kunde locka fram (eller inte locka fram) hos landstingspolitiker, primärvårdsdirektör, egenföretagare i primärvårdsbranschen, allmänläkarkollegor, distriktssköterska, men alldeles tydligt är det lättare att reflektera ju närmare golvet man står.

Vad väcker serien för tankar hos dig ?



Johan Mattson
Vc Centrum Sundsvall
johanmattson@hotmail.com

European forum for primary care

konferens i Göteborg • 3-4 september 2012

Call for abstracts deadline 15 april – Registration now open!

www.euprimarycare.org



Fortbildningsrådets internat

SFAMs fortbildningsråd har haft ett intensivt arbetsinternat på Ersta konferens, i gammal lugn sjukvårdsmiljö på Söder i Stockholm, som befordrade kreativitet och arbetsförmåga.

Fortbildningsrådet förändras

Gösta Eliasson återinträder som ordförande. Efter gediget arbete lämnar Helene Ekström och Anna-Karin Svensson rådet. Jana Risk kommer nu att ha huvudansvar för studiebreven.

Tankar kring fortbildning

Fortbildning är viktigt för patienternas skull, men också för läkaren som skall kunna behålla och vidareutveckla kompetensen under hela yrkeslivet. Den tid vi avsätter för vår fortbildning har, enligt Läkarförbundets enkäter, successivt minskat och allmänmedicin ligger sämst till av alla specialiteter. De viktigaste orsakerna är att fortbildning på många håll betraktas som en "förmån", att uppdragsgivare inte inser värdet av kompetensutveckling och att kortsiktig lojalitet mot patienterna vid läkarbrist gör att både intern och extern utbildning kommer i kläm. Såväl den som fortbildar sig, som vårdenheten kan bli "bestraffad" genom att arbete blir liggande och genom att sjukvårdsproduktionen minskar under frånvarotiden. SFAMs Fortbildningsråd har till uppgift att försöka vända denna negativa utveckling.

Golden standards

Lokala vårdvalsdokument definierar krav som ställs på de primärvårdsenheter som har avtal med landstinget/regionen. Krav på adekvat fortbildning saknas ofta i dessa. Därför har fortbildningsrådet fastlagt en "golden standard" för fortbildning avsedd att tillämpas i vårdvalsdokument.

Rubrikerna i förslaget till "golden standard" är:

- **Nödvändiga förutsättningar för ny och bibehållen ackreditering**, (till exempel att enheten kan uppvisa en skriftlig plan för hur fortbildning skall bedrivas).
- **Riktlinjer, kopplade till vårdvalsdokumentet**, avsedda att ge vägledning angående kompetensutvecklingens utformning, innehåll och omfattning (till exempel rekommenderad tid för intern respektive extern fortbildning).
- **Kvalitetsparametrar** som kan användas för att följa upp fortbildningen (till exempel andel läkare som har upprättat personliga fortbildningsplaner, använd tid för fortbildning).
- **Ekonomiska konstruktioner** (till exempel ersättning i efterhand, ryggsäckspengar).

Fortbildningsrådet samlas...



Från vänster: Andreas Thörneby, Cecilia Palmund, Jana Risk, Maria Wolf, Helene Ekström, Gösta Eliasson, Anna-Karin Svensson, Clemens Finckh, Roland Olofsson-Dolk

Reglering av läkares fortbildning

En reglering av fortbildningen för läkare har den senaste tiden diskuterats både inom SFAM, Distriktsläkarföreningen och Läkarförbundet. Olika modeller finns.

- I Norge tillämpas recertifiering, vilket innebär att fastlegene vart femte år redovisar poäng som erhållits genom deltagande i FQ-grupp, ömsesidiga praktikbesök, handledning, kurser, författande av vetenskapliga artiklar med mera.
- I England införs nu obligatorisk revalidering, en regelbundet återkommande bedömning av läkares arbetssätt, genomförd av kollegor och patienter.
- I Sverige pågår diskussioner om att granska verksamhetens förutsättningar för fortbildning på samma sätt som man idag granskar ST med hjälp av SPUR-inspektioner.

Denna senare SPUR-inspektionsmodell förespråkas av Läkarförbundet och Distriktsläkarföreningen och utbildningsrådet föreslår att SFAM medverkar i arbetet med att förverkliga en sådan modell. Även den norska modellen bedöms av utbildningsrådet kunna vara en utgångspunkt om en reglering av fortbildningen för enskilda läkare införs i Sverige. Det kan noteras att de flesta Fastlegene i Norge verkar nöjda med sin fortbildning.

Samverkan

Utbildningsrådet ser fortsättningsvis ett ökat behov av samarbete med Läkarförbundet, Distriktsläkarföreningen och SKL. För att reglering av läkarnas utbildning skall få nationellt genomslag fordras sannolikt också föreskrifter och tillsyn från Socialstyrelsen. Nationella initiativ må vara viktiga, men genomförandet kräver ett engagerat och uthålligt arbete av allmänläkare i alla regioner och landsting. SFAMs lokalföreningar har stora möjligheter att påverka utvecklingen av utbildningsmöjligheterna i det egna området. Reglering av utbildning tas upp till diskussion vid SFAMs kongress i Luleå 21–23 mars.

För utbildningsrådet

Andreas Thörneby
andreas@thorneby.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Kenneth Widäng
styrelsens kontaktperson i utbildningsrådet
kenneth@widang.se

Annons

Rapport från Workshop för familjeläkare Gävleborg

Generationsgapet i kåren – en utmaning

Familjeläkarna i Gävleborg har under många år i början av hösten haft så kallade upptaktsdagar. Dessa har varit dubblerade för att alla som vill ska ha chansen att delta, syftet har varit att ge uppmuntran och möjlighet till kollegialt utbyte, reflektion och dialog utan tidspress. Innehållet i dagarna har oftast behandlat övergripande ämnen rörande arbetets etik och grundförutsättningar, yrkesrollen och faktorer som påverkar den.

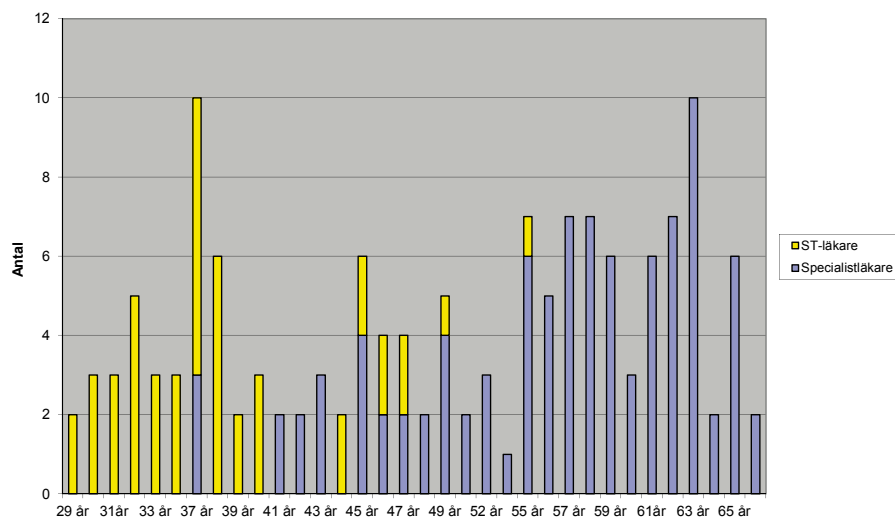
Hösten 2011 deltog ett sjuttiofem familjeläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Under ena dagen var Åsa Nilsson inbjuden att tala om Mindfulness för läkare och under den andra hade vi en workshop under ledning av Åsa Linder och Anna-Karin Svensson, ämnet var *Generationsgapet i kåren – en utmaning*. Ett sjuttiofem familjeläkare och ST-läkare i allmänmedicin anställda i division Primärvård deltog.

Bakgrund

Bakgrunden till ämnet kan ses i diagrammet här till höger.

Om tillskottet av nya läkare och avslutet av arbetslivet vid pensionering skedde i balans och i enlighet med bemanningsbehov, skulle kurvan utgöra en jämn parabel. Så är inte fallet. En övervägande majoritet av familjeläkarkåren närmar sig nu pensionsåldern. Vi har en relativt god tillströmning av ST-läkare. "Mellanskiktet", alltså läkare med några års erfarenhet som specialister och ännu många år kvar till pensionen, är tunt. Detta har förmodligen två orsaker. Dels fanns i början av nittioalet en uttalad utbildningspolitisk strävan att främja läkarstudier för människor som redan hade yrkeserfarenhet. Dessa var med nödvändighet lite äldre än tidigare års studenter och går nu i pension samtidigt som sina tidigare handledare. Dels hade landstinget under nittioalet en ekonomisk strategi som innebar färre anställ-

Aldersstruktur Läkare i Division Primärvård



ningar, och under ett antal år anställdes mycket få ST-läkare i allmänmedicin. Under workshopen påpekades också att de läkare som valt att lämna landstinget för en privat arbetsgivare, ofta tillhör den ålderskategori som ligger i mitten. Det föreligger också en påtaglig diskrepans mellan behovet av läkararbetskraft och antal befintliga fast anställda läkare (specialister och ST).

Denna diskrepans täcks med hyrläkare, vilket kan göra att bemanningen från dag till dag kan se tillräcklig ut, men inte täcker kontinuitetsbehov varken för patienten eller i det kollegiala samarbetet.

Detta innebär att vi får en situation där det kontinuerliga flödet av kompetensöverföring och den successiva växlingen mellan generationer blir avbruten. Olika generationer har delvis olika kulturer och tänkesätt, växlingen mellan dessa blir svårare i nuvarande situation.

Studier om läkares generationsskillnader och olika värderingar saknas i Sverige. Enstaka studier kan återfinnas från Kanada, Australien och Storbritannien. I litteraturen om ämnet generellt har generationen födda mellan 1946 och 1964 kallats "babyboomers" och känne-

tecknas av ett betydligt mer kollektivt tänkande än de efterföljande generationerna "X" (1965-1979) och "Y" (1980-1990). "Babyboomers" är nu i den ålder när man inte längre har ansvar för egna barn, en "andra vår" utmärker dessa med prioritering av personlig tillfredsställelse och självstyrning, ökade möjligheter till ledighet etc. Generation X befinner sig mitt i karriären och familjebildandet, med ett individualistiskt förhållnings-sätt utmärks de ändå av en stark relativ tidsbrist och mycket stress. Generation Y utmärks i än högre grad av centrering runt de egna och den egna gruppens intressen.

Metod

Workshopen inleddes med en bakgrundsbeskrivning enligt ovan, Åsa Linder höll en introduktion med genomgång av aktuell forskning om generationers tänke- och förhållningssätt. Därefter arbetade man i grupper om cirka sex personer. I den första gruppdiskussionen, som skedde i åldershomogena grupper, skulle de viktigaste punkterna för att säkra fortsatt professionell utveckling identifieras. Dessa punkter användes som samtalsunderlag inför gruppdiskussion 2. Denna

diskussion skedde i grupper som var blandade åldersmässigt. Samtalsuppgiften formulerades så här:

”För fortsatt professionell utveckling och inför generationsväxlingen: 1. Detta vill jag få del av från den kategori jag inte tillhör (de med mindre erfarenhet från de med mer och vice versa) 2. Detta anser jag vara viktigt att dela med mig av till er andra.”

Under gruppdiskussionen cirkulerade två läkare, en ung ST-läkare, Anders Årdahl, och en pensionerad familjeläkare, Bo Bergstad, i de olika grupperna och lyssnade till diskussionerna för att fånga upp ett metaperspektiv. De gav sedan sin analys av samtalen innan den specifika gruppredovisningen började. Sedan redovisade grupp för grupp sina diskussioner, materialet sammanställdes och en allmän diskussion följde. I den deltog också Divisionschef Berit Fredricsson.

Resultat

I första gruppdiskussionen, med åldershomogena grupper, identifierade man i alla grupper faktorer som kan kategoriseras i fyra olika områden. Det förelåg ingen skillnad mellan generationerna i vilka faktorer man identifierade. Det förelåg heller ingen skillnad mellan workshopptillfällena.

Dessa var

1. Fungerande handledning, och fortbildning

Man poängterade att avsatt tid för handledning måste finnas och att det behövs kontinuitet i handledarskapet, att handledarens roll prioriteras, samt att den handledningskapacitet som finns utnyttjas. Fortsatt strukturerad kompetensutveckling genom hela yrkeslivet poängterades. Denna har även en social roll och ger möjlighet till kollegiala möten.

2. Tillfälle till informella möten och medicinska diskussioner

I nästan alla grupper nämndes möjligheten till vardagliga möten och samtal om svårigheter i yrkesutövandet, bedömningsfrågor, etiska överväganden med mera. Behovet av utbildningstillfällen och större möten nämndes men det var framförallt behovet av ofta förekom-

mande möten och samtal i vardagen, på den egna arbetsplatsen, som betonades.

3. Hanterbar arbetsituation

Här nämndes vikten av att arbetsplatsen är lagom stor, att arbetsuppgiften (antal patienter man ansvarar för, arbetstid och förväntad produktion) är tydlig, begriplig och hanterbar. Att ”hur-frågor” är påverkbara för en själv och för läkargruppen. Att flexibilitet finns så att lösningsmodeller kan se olika ut på olika arbetsplatser.

4. Möjlighet för pensionärer att arbeta kvar på egna villkor.

Det finns många läkare som närmar sig 65 och gärna vill fortsätta arbeta, de kan ta på sig handledar- och mentorsuppdrag etc. Dessa vill dock själva kunna styra sin arbetsinsats och vanligen inte göra den på heltid. Möjlighet att anpassa detta och att utnyttja den arbetskapaciteten och arbetsglädjen måste byggas in i systemet.

I den andra gruppdiskussionen var ämnet alltså de kompetenser och förhållningssätt man vill överföra från en ålderskategori till en annan – antingen då man i den egna kategorin känner ett behov och en brist, eller att man upplever sig ha något att dela med sig av, oavsett om de yngre/äldre känner behovet eller ej.

Dessa diskussioner blev betydligt svårare att analysera. Här redovisas båda workshopptillfällena tillsammans. Auditörerna gav sina reflektioner. Anders Årdahl beskrev vid båda tillfällena hur han hört äldre vilja ha del av nyheter och ny kunskap från sjukhuset, hur yngre önskar ta del av äldres erfarenhet och trygghet i yrkesrollen, förmåga att sätta rätt gränser och att göra bedömningar i osäkra situationer. Både yngre och äldre säger att man vill dela med sig av sina positiva känslor för jobbet, de yngre kallar det oftare entusiasm, de äldre talar om arbetsglädje. Bo Bergstad kompletterade intrycken med att tala om arbetets inbyggda ensamhet som måste motverkas och hur han hört äldre vilja förmedla glädjen med att arbeta med kontinuitet och långa patientkontakter, samt att det finns ett behov av att hitta en struktur för bevarande av äldre arbetskraft i arbete.

Vid den separata gruppredovisningen

framkom fler detaljer. Dessa redovisas här samlat. Förutom de svar som kan redovisas i punktform nedan betonas värdet av ett öppet lyssnande klimat och ett dagligt jämbördigt samarbete. Även ett tätare jämbördigt samarbete med andra specialiteter önskas. Kommunikation mellan kollegor betonas starkt.

Ur tabellen till höger framgår att det finns en önskan från äldre att ta del av ny kunskap både inom biomedicin och (IT) teknik som man antar att de yngre har tillgång till samt att yngre läkare upplever sig kunna leverera detta. På samma sätt finns en önskan från yngre kollegor att ta del av äldres erfarenhet och struktur i arbetet, man nämner explicit ”organisationskunskap”. Äldre kollegor vill också erbjuda detta, de specificerar inte bara olika delar av vad som kan klassas som erfarenhet (tålmod, specialiteten går ej att lära fullt ut, generalistperspektiv) och struktur (tidsprioritering rätt ambitionsnivå), utan också ett innehåll i själva ämnet allmänmedicin (patientcentrering holistiskt perspektiv, kontinuitet).

Det är värt att notera att yngre vill förmedla entusiasm och äldre vill förmedla arbetsglädje!

Diskussion

Vi hade i planeringen av denna workshop en föreställning om att äldre och yngre familjeläkare skulle ha skilda åsikter om vilka förutsättningar för fungerande kunskapsöverföring som måste finnas, men så var inte fallet. Vi finner tvärtom att familjeläkarkåren, oavsett de enskilda läkarnas ålder, är mycket enig om vilka faktorer som krävs. Det är också intressant att notera att det i stora drag finns en tydlig överensstämmelse mellan vad den ena gruppen önskar sig från den andra, och vad man i andra riktningen upplever sig ha att erbjuda. Det finns inom professionen en medvetenhet om att man i olika faser av sin yrkestid har olika saker att bidra med, och även en ganska god uppfattning om vilka dessa faktorer är. Förhållandet att kåren nu har två ”ålderspucklar” gör detta tydligare.

Det behövs alltså inte något medvetandegörande av vilka kunskapsområden som behöver överföras, och inte heller av

Vill få del av:**Vill dela med sig av:**

<p>Ä ß Y: "Bokstavskunskap", ny kunskap från sjukhuset, nya rön Praktisk IT-kunskap Vitalitet, nya synvinklar Yngres förmåga att ifrågasätta – tvingas att tänka till Äldre vill lära sig förstå hur yngre generationen tänker – Äldre vill förstå de yngres livsbalans</p>	<p>Y à Ä: Entusiasm (upprepas i 4 grupper), nyfikenhet, glädje, ifrågasättande, visioner, vilja Färsk kunskap, uppdatering från kurser "skvaller" Impulserna till lärande Teknisk kunskapssupport</p>
<p>Y ß Ä: Trygghetskänsla och praktisk erfarenhet Medicinskt och organisatoriskt mentorskap, det vill säga att äldre kolleger medvetet förmedlar sin organisationskunskap tillika med sin medicinska dito Hjälp att strukturera vardagen. Praktisk och teknisk kunskap – lära sig hantverket Doktorsrollen: Yngre vill veta och förstå mer om varför de äldre stannar i yrket</p>	<p>Ä à Y: Förmågan att disponera tid, prioritera – begränsa ambitionsnivån till rätt nivå Patientcentrering, fokus på patientens berättelse, intresset för patienten Tålmod som förhållningssätt Specialiteten går ej att lära fullt ut Tillit och förmåga att leva med osäkerhet Erfarenhet, mänskligt och kliniskt Holistiskt perspektiv - generalistperspektiv Arbetsglädjen – "Världens bästa jobb" – Kontinuitetsglädjen Individuella utvecklings- möjligheter finns</p>

vilka former för detta som krävs. Det som behövs är för det första att säkra formerna för kompetensöverföring i vardagen och för det andra att möjliggöra situationsanpassade arbetsformer som gör det möjligt och attraktivt för äldre läkare att fortsätta vara kvar på arbetsmarknaden och för yngre att orka med dubbelarbete. Vi uppfattar att dessa områden delvis går in i varandra och underlättar varandras genomförande.

Säkra formerna för kompetensöverföring: Vardagliga möten och naturliga platser för kollegial dialog är essentiellt. Vi uppfattar detta som det allra viktigaste budskapet. Den arbetsplatsgemensamma kaffestunden är också viktig, men fyller inte detta behov. Dagligen behövs trygga mötesplatser där medicinska problem kan diskuteras, där förhållningssätt och etiska frågeställningar kan belysas och tillkortakommanden benämnas. Strukturerad handledning är en bas för detta, men i redovisningen betonades den gemensamma dialogen i ett helt kollegium

vilket innebär fler rollmodeller än den egna handledarens, en gemensam dialog ger också en bas för fortsatt vidareutbildning för de äldre specialisterna. Kollegial support innebär stimulans, ökat stöd, det gör arbetet roligare och därmed lättare att orka med. I denna dialog formas en gemensam bild av uppdragets natur och gränser, den ensamhet som ligger i familjeläkaryrket kan då motverkas.

Situationsanpassade arbetsformer: Mycket väsentligt för den yngre generationen är tydlighet i vad uppdraget innebär, vilka förväntningarna är på mig och hur de utvärderas. De har "växt upp med utvecklingssamtal sen dagis". De behöver veta vad som förväntas och när det är uppfyllt. Att många befinner sig mitt i familjebildning innebär att man har ett livsområde som har högre prioritet. Småbarnens behov går först. För de läkare som närmar sig, eller redan passerat pensionsåldern, ökar också intresset för andra livsområden och arbetet är inte längre den enda arena för självförverkli-

gande som det varit. Olika arbetsformer som tar hänsyn till detta kan göra det attraktivt att satsa på sin yrkeskarriär – eller vara kvar i den ytterligare några år.

Önskan att förmedla entusiasm och glädje är utbredd bland läkarna, den behöver ses som en stark inneboende kraft att ta till vara. Det är samtidigt ett observandum att man från de yngres håll upplever de äldre vara i avsaknad av entusiasm, och att de äldre istället uppfattar att de yngre ännu inte upptäckt arbetsglädjen till fullo. Är det återigen mötet och dialogen som saknas?

Vi uppmanar till begrundan och diskussion mellan chefer och läkarkollegiet på varje enskild arbetsplats samt i hela divisionen om hur man lokalt formar en hanterbar arbetsituation med plats för kollegial dialog, god handledning och anpassade former för bevarande av de äldre som vill arbeta kvar, samt hur vi gemensamt formar primärvårdens strategi för hållbar kompetensutveckling och arbetsglädje.



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

Referenser till Åsa Linders inledning

- Fürth Thomas:* Den dubbla utmaningen. Kom-munlitteratur, Höganäs 2008
PV63-gruppen: Bo Bergstad, Gustaf Brynolfsson, Sune Klippmark, Rolf Markström, Karl-Erik Sjöberg, Lars Sundman, Olof Svender: Från provinsialläkare till familjeläkare. Landstinget Gävleborg 2009
Jovic Emely, Wallace Jean E, Lemaire Jane: The generation gender shifts in medicin: an exploratory survey of internal medicine physicians. BMC Health Services Research 2006
Mitchell, David A: Generation Z. Striking the balance: healthy doctors for a healthy community. Australien family psysician 2008
Huby G, Gerry M, Mc Kinstry B, Porter M, Shaw J, Whate R: Morale among general practioners. Qualitative study exploring relations between partnerships arrangements, personal style and workload. BMJ 2002

Annons

Läkarstämman 2011, den långa filosofiska varianten

Så bra! Delar av mina osäkerheter medicinskt beror tydligen inte på egen inkompetens eller självupplevd ovilja att lära. Tydligen är eliten nationellt inte heller enig med sig själv, och den reella kunskapen dessutom tvekydig. Inte minst tydligt blev detta på symposiet kring SoS kommande riktlinjer om benskörhet. Att bisfosfonater hjälper och förebygger frakturer är solklart. Men däremot detta med behandlingslängd: Kanske antalet år vi ska behandla med vissa bisfosfonater endast och uteslutande baserar sig på hur många år studierna för dessa läkemedel är designade för... Och vem hade nu bekostat och designat studierna... Och varför är då standardlängden på behandling 5 år, när det finns vissa fakta som pekar på att exempelvis en (!) injektion av zoledronsyra (Aclasta) skulle kunna ha fullgod effekt...

Tvårtemot detta något paranoida konstaterande är det mest slående och kvarstående intrycket insikten att det görs så oerhört ofantligt mycket bra grejer inom vår bransch. Både i Sverige och internationellt. Både inom forskning och ute i verksamheten, och allra helst där dessa två är synonyma. Det förbättras. Det mäts (mer eller mindre klokt). Det utvärderas. Det tänks nytt, ibland med andras erfarenheter som mall, ibland verkligt nytt. Även om Peter Provonost varit drivande inom utvecklingen av specifikt IVA-vården i USA, med drastiskt minskade dödstal som följd, finns det i hans anförande solklara paralleller att dra ifråga om verksamhetsutveckling även för primärvården. Eller rättare sagt, i än högre grad är de slutsatser han nämner relevanta för primärvården. Att alltid utgå från de lokala professionerna vid förbättring, men att vara ihärdig med uppföljning och se till att målen man satt verkligen nås.

Om det skiljer i arbetssätt och lokal kompetens olika IVA-enheter emellan, är nog de enheterna tyvärr ändå ett under av konformitet jämfört med svensk primärvårds olika enheter. Även om året är 2011. Kanske ska det också vara så, vilket då understryker behovet av lokal utveckling. Inte utveckling påtvingad och förutbestämd uppifrån. Att höra en av de 100 största tänkarna enligt Times' Magazine resonera kring detta blir lite stärkande för moralen. Det är alltså vi som är långt ner i beslutskedjan som vet bäst hur just vår enhet ska bli bättre. Ingen annan.

Vägen till detta mål om minskat lidande, minskad sjuklighet och minskad död är dock uppenbart svårorienterad. Inte minst är det svårt att enas om antalet kontroller längs vägen. Särskilt då för primärvårdens snitslade bana. Är till exempel den rätta kursen via kontrollen "ökat preventivt arbete", och hur ska vi då utforma den kontrollstationen? Är det för övrigt det som är målet, att införa en kontrollstation för invånarnas levnadsvanor?? Att SoS till slut släppte sina riktlinjer kring sjukdomsförebyggande metoder under stämman bidrog än mer att sätta fokus på de här frågorna. Kanske det renodlat preventiva arbetet borde få en alldeles egen bana, till exempel som i vårt grannlän Västerbotten. Där målet om världens friskaste befolkning 2020 inte längre är en utopi, bland annat tack vare de systematiska folkhälsoundersökningar man kallar befolkningen till regelbundet. Eller ska varje landsting, ad modum datajournalssystemutveckling, uppfinna sitt eget lagomt kantiga hjul för hälsa?

Jag menar, ingen verkar ju ändå veta vilken väg som är optimal, om den nu finns. Christer Petersson (DL Växjö) tog upp en intressant tankegång på sympo-

siet kring "krämpa eller sot – vem får bästa bot". Istället för stela guidelines kan erfarna välutbildade allmänläkare använda mindlines, som en sorts lokalt professionell personlig beslutsgång i patientarbetet. Alltså att som doktor välja det bästa utifrån den unika situation som egentligen alltid råder på en allmänläkarmottagning, invänt både kunskap, riktlinjer, egen insikt om kompetens och de lokala förhållanden som råder för både patient och sjukvårdsapparaten. Mycket klokt. Extremt svårsmärbart. Allmänmedicinskt, typ.

Många frågor kräver långa diskussioner.

En del frågor har inte bara med krassa fakta att göra, utan delvis också med lojalitet. Självklart är den främst riktad gentemot patienterna, men onekligen kan den också riktas mot en själv, kollegor, forskningsfält eller industri. Hur många har en genuint bra magkänsla inför den kompasskurs som chefen, landstingsledningen eller för den delen socialministern stakar ut? Vem orkar, egentligen, säga ifrån? Vill de flesta, egentligen, ha något ansvar för orienteringen? Eller är det bättre att mest ta ansvar för sin egen personliga kurs, och mest då med ordets monetära betydelse? Av den nästan helt öppna lockmarknad som stafettfirmorna ägnar sig åt är det lätt att tänka, att inkomst är det enda viktiga i arbetet.

Är det rentav så systemet är tänkt att marknadsmissigt fungera för just vår yrkesgrupp? Att premiera de som enbart och uteslutande står på golvet och skottar och inget ifrågasätter eller utvecklar? Oavsett hur mycket som missas på grund av inkonsekvenser i strukturen. Onekligen får stafetteriet den konsekvensen, otänkt eller uttänkt, vad vet jag... Onekligen får ledningen också svårt att ifrågasätta vårt individuella arbete, om

ingen i ledande position har professionell kunskap att göra just det. Onekligen känner jag kloka duktiga kunniga kollegor som sagt upp sig av delvis de här anledningarna, och istället valt stafetteriets inkomster och enkla förhållningsätt som arbetsform. Onekligen blir då systemet ur marknadssynvinkel i vart fall lite logiskt, och tyvärr självuppfyllande... Bara det faktum att fler stafettfirmor än landsting var representerade med egen monter på stämman säger en del. Att kaffet var godast i Läkarjourens monter säger onekligen än mer om verkligheten, även om Läkarförbundets ugnsvarma bullar inte gick av för hackor direkt.

Bevisligen har vår yrkeskårs inflytande minskat gällande sjukvårdsorganisationen. Det var så tydligt i den kvalitativa studie som presenterades om läkares arbetsmiljö, att man hade fått ändra fokus på hela studien. Omorganisationer, minskande lokala beslutsmandat, MLA/MAL-roll helt utan inflytande parat med överdrivet ekonomiskt fo-

kus från ledning, nämndes som orsaker till detta minskade medbestämmande. Konsekvenser som tydligt beskrevs var ledningsbeslut som går tvärt mot verksamheten, omorganisationer som påverkar kunskapsutvecklingen negativt, resurs och platsbrist och ofunktionella uppföljningssystem. Man kan mer än misstänka, att ingen annan yrkesgrupp väger kvalitet eller patientsäkerhet lika tungt som vår. Lika lite som doktorn sätter ekonomin i absolut första rummet, sätter ekonomen medicinskt omhändertagande på allra allra första parkett. Om det nu inte skulle kunna ge än mer vinst på sikt att göra så.

Nej, hur det kunnat bli som det blivit är lite av en gåta, även om orsaken i lud-dig oskarp text kanske kan utläsas till att ha med enbart maktfördelning att göra. Att det blivit sämre för vår profession är klarställt. Att detta faktum i sig bidrar till något bra för sjukvården och patienterna ter sig i mina ögon osannolikt. Eller snarare så skulle jag hemska gärna få den tankekedjan förklarad för mig.

Så vem gynnas av utvecklingen, och är vår utmattning så total att vi gett upp?

Eller har vårdvalet mer effektivt än någon tidigare förändring, gjort oss alla till bittra konkurrenter istället för hjälpsamma kollegor? Detta då trots det oantastliga faktumet att patienterna och deras problem onekligen räcker till oss alla. Med råge.

Slutintrycket av stämman blir ändå lite splittrat, precis som innehållet här ovan. Vet höger hand vad vänster gör, och vem lyssnar hjärnan egentligen på? Kanske hjärtat lever lite i en egen värld, och i den ekvationen, vem bestämmer egentligen? Och vem ska man tro på?



Ubbe Mikko

ST-läkare, VC Hermelinen, Luleå
alvsbygubben@hotmail.com



Vill du lära dig något nytt?

Vill du ta del av intressanta diskussioner?

Vill du ha roligt med kollegor från hela landet?

Välkommen till ST-dagarna i allmänmedicin 2012: **Tolkar Tidens Tecken**

Var: **Örebro**

När: **17-19 oktober 2012**

Mer information kommer inom kort!

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

SIFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

Konsultation Ja Nej Vet inte

Duet Och jaget Eller kanske
omvänt Först jaget Sedan duet Och
däremellan vår mänskliga lek
Där Martin Buber sitter med sin pensel
och målar Med svart tusch Alla
dialogens grå schatteringar

BMI 29 Måttlig övervikt Blodfett-
sänkare Nej Enheter alkohol Ja Rökare
Ja John Silver med filter Nej
Gauloise utan Ja Varje
vecka Ja

Så sänker sig Ned genom
samtalet Kvalitetsregistrens
rostiga minor Som blysänken
i min barndoms fiskesjö
Abborre Ja Siklöja Nej
De senaste tre dagarna Nej

Försöker förgäves
öppna munnen Säg något i alla
fall Eller luta mig tillbaka Så som
jag tror att lyssnare gör Goda
lyssnare Ja Dagligen Eller en
gång i veckan

Skattningsskalor kastar sina
rakblad i munnen Abborren
gapar efter masken
Snart rinner blod ur
våra munnar Inte ett ord Nej
Högst en gång i månaden

MADRAS 35 HAD 28 SAD 10
HCR 20 64 poäng ECT lite mer BMI
igen Nu närmare 40 Antalet enheter
alkohol Några flaskor Ja Dagligen
Gauloise och John Silver Ja Varje dag
Bådadera Med och utan

Tänkte för ett
ögonblick fråga dig T ex om
du vill dö Men formulärens
fulländning Skalornas musik Testernas
strukturerade validitet Dagligen
Det senaste halvåret

Och själv inte annat än
mänskligt gungfly En blick kanhända
Eller ett vinddrag
1984 Nej Vet inte Tvåtusentolv Ja
Varje dag Hela veckan Hela livet

Midjemått Dryga metern Ja Nej
Blodfettsänkare Inte nu längre Kanske
Blodtrycksmedicin Kanske också detta
Alla möjliga Röda och gröna Ja
ECT Bara lite till Vet inte

John Silver eller Gauloise Med eller
Utan Bådadera Samtidigt Varje dag
Och varje natt Enheter Ja Hela dagen
Och hela natten Minns inte Först
sväljer jag filtren hela Sen tuggar
jag i mig John Silver och Gauloise I den
stora tystnaden efteråt När alla enheter
tagit slut Men av formulären viker
jag papperssvalor



Torsten Green-Petersen
tgp@telia.com

Annons

Hej Ångest! Körskola till livet

Bokens förord griper mig direkt – det kunde varit en berättelse om min egen frustration som grön läkare på vårdcentral. Mängder med patienter med medicinskt oförklarliga diffusa symtom som inte stämmer med läroböckernas och vårdprogrammets grovhuggna och förenklade dikotoma bild på sjukdom och hälsa. Redan här gör författarna upp med Descartes uppdelning i kropp och själ. Det börjar bra!

Som vanligt när jag recenserar en bok funderar jag på vem den vänder sig till. Inte helt självklart att avgöra, även om bokens omslag säger att den vänder sig till såväl människor med ångestbesvär som till vårdpersonal. Och just det breda greppet lyckas boken väldigt väl med, den exkluderar egentligen ingen. Inte för djuplodande för att vara omöjlig som bredvidläsning till gruppbehandling för ångest, och inte för ytlig för att vara användbar som introduktion till KBT för såväl utbildningsläkare som erfarna läkare. Flyhänt skrivet med ett lätt, men ändå distinkt språk blir den till njutbar läsning. Det allmänmedicinska perspektivet är också väl närvarande. Innehållet handlar om vanliga sjukdomar och tillstånd som vi alla känner igen från vår vardag. Rariteterna lyser med sin frånvaro – i en mer traditionell lärobok hade det möjligtvis varit en brist, men här är det ändamålsenligt.

Boken består av två delar, den första en beskrivning av vad ångest är, en bra beskrivning av vanliga ångestsjukdomar och deras behandling. Den andra delen är en slags manual – för att på egen hand



Hej Ångest! Körskola till livet

Författare: John Leander, journalist och Sandra af Winklerfelt Hammarberg, distriktsläkare VC Kronan Sundbyberg.

ISBN 978-91-86293-5

Sidor: 232

Förlag: Blue Publishing

lära sig hantera ångest, eller ännu hellre, som ett hjälpmedel och bredvidläsning för deltagare i ångestgrupper i primärvården. Här finns också en förtjänstfull beskrivning av en av författarnas eget arbete med just sådana grupper. Jag är inte helt säker på att den beskrivningen räcker för att på egen hand starta ångestgrupper, men det är en bra introduktion och inspirationskälla.

Allt genomsyras av en evidensbaserad grundsyn, inget flum, praktiskt inriktat och med en modest inställning till vad terapiformen kan åstadkomma.

Min egen behållning av boken blir en lång rad av pedagogiska beskrivningar om vad ångest är, vad som händer i kroppen, och inte minst vad man själv kan göra för att hantera den. Jag tar tacksamt med mig det till kommande patientmöten. Speciellt användbart tror jag det blir i mötet med patienter med kroppsliga symtom som manifestation på ångest.



Staffan Olsson
staffan.olsson@ptj.se

Annons

Tankesmedja allmänmedicin

onsdagen den 1:e februari 2012

En vanlig dag på jobbet

Visar fram e-id-kortet för läsaren och äntligen är man på jobbet. Slår på huvudströmbrytaren och gläds åt all ström som sparades under natten. Slår på strömbrytaren till datorn. Slår på strömbrytaren till skärmen. Slår på strömbrytaren till skrivaren. Loggar in i Windows. Skriver id-nummer och lösenord. Loggar in i journalsystemet. Skriver id-nummer och lösenord. Loggar in i tidbokningssystemet. Skriver personnummer och lösenord. Loggar in i e-postsystemet. Gläds varje gång att jag slipper skriva in id-nummer och lösenord. Hoppsan, det hade kommit ett mail från Mina Vårdkontakter. Öppnar Mina Vårdkontakter. Stoppas in mitt e-id-kort i datorn. Loggar in i Mina Vårdkontakter. Anger PIN-kod. Jaha, en patient som vill förnya recept på den bra medicinen som han fick på sjukhuset som nu är helt slut och så vill han också boka en ny tid. Öppnar ett annat journalsystem som sjukhuset använder. Loggar in i det journalsystemet. Skriver id-nummer och lösenord. Letar fram rätt anteckning. Loggar ut och stänger ner det journalsystemet. Går in i Mina Vårdkontakter och memorerar patientens personnummer. Går in i journalsystemet och skriver ut medicinen. Fortsätter memorera personnumret och går in i bokningssystemet och bokar en tid. Memorerar datum och tidpunkt och skriver in det i svaret till patienten i Mina Vårdkontakter. Gör en anteckning i journalsystemet att jag har skrivit ut medicinen och bokat en tid, men vilket datum var det nu? Går in i bokningssystemet och dubbelkollar. Ny patient i Mina vårdkontakter. Har varit hos sjukgymnasten och undrar hur vi går vidare med behandlingen. Memorerar patientens personnummer. Loggar ur min databas i journalsystemet. Loggar in i sjukgymnasternas databas i journalsystemet. Skriver id-nummer och lösenord. Läser sjukgymnastens anteckning. Loggar ur sjukgymnasternas databas. Loggar in i min egen databas igen. Skriver id-nummer och lösenord. Bestämmer mig för en remiss till ortoped. Skriver remiss. Trycker ut den på papper, men pappret fastnar i skrivaren. Ringer IT-support. 7 före i kön. Svar efter 17 minuter. Får hjälp inom 2 dagar. OK. Försöker skriva ut en gång till. Pappret fastnar igen. Tredje gången går det. Gör en anteckning i journalen och skriver svar till patienten i Mina Vårdkontakter...

Någon som tycker att det här verkar bekant?

Tomas Kärrholt, VC Eden, Malmö
tomas.karrholt@skane.se

Detta blogginlägg är tidigare publicerat på bloggen Tankesmedja Allmänmedicin.

Forum för Health Policy

Jag blev sommaren 2011 inbjuden till workshopen "How can primary care produce higher quality and better performance?" För inbjudan stod Forum för Health Policy, en för mig då helt okänd företeelse. Ämnet var ju synnerligen intressant så jag gick in på deras hemsida för att läsa mer.

Forum för Health Policy drivs i projektform under tre år med möjlighet till två års förlängning. Ett antal aktörer inom den offentliga och privata sfären finansierar projektet, se faktaruta 1. Syftet med projektet kan du läsa om i faktaruta 2. Under hösten 2011 arrangerades ytterligare en workshop med temat "How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals". Man anordnade också ett seminarium i Almedalen "En kunskapsbaserad hälsopolitik" och ett på Riksstämman "Diskutera vägval inom sjukvården tillsammans med politiker och forskare!" .

Till sina workshops bjuder projektledarna in personer som man vill föra samman och som man tror kan föra diskussionen framåt. Man är inbjuden som person, inte för att man har en viss position vilket innebär att man inte själv kan utse ersättare om man inte har möjlighet att delta. Jag har varit inbjuden såsom verksamhetschef på Brahehälsan. Eva Jaktlund har också varit inbjuden men tyvärr inte kunnat delta vilket innebär att jag fört allmänläkarnas talan på de höstens två workshops.

Övriga deltagare har kommit från socialdepartementet, SKL, Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, privata vårdföretag, tjänstemän och politiker från olika landsting/regioner, patientföreningar med flera. Vårdprofessionella har varvats med ekonomer, utvecklingschefer och strateger.

"How can primary care produce higher quality and better performance?"

Denna workshop, den 22 september, inleddes med ett föredrag av engelsmannen Martin Marshall, Clinical Director och director of Research and Development vid the Health Foundation, London. Martin Marshall är allmänläkare, professor i allmänmedicin i Manchester och är till viss del kliniskt aktiv. Han beskrev den utvärdering som finns av det engelska försöket att styra primärvården med ekonomiska incitament kopplade till kvalitetsindikatorer.

Jon Magnusson, professor i Hälsoekonomi vid universitetet i Trondheim, redogjorde därefter för de tankar man i Norge har kring förändringar ibland annat Fastlegeförordningen. Man står liksom Sverige med problem kring samordning av vårdinsatser samt att vård ofta ges på fel nivå. De lösningar som föreslås är större fokus på primärvård, större fokus på förebyggande hälsovård samt att lägga ett större ansvar på kommunerna.

Siste föredragande var Anders Anell, professor i Hälsoekonomi i Lund. Hans diskussionsunderlag "Hur kan svensk primärvård bli bättre?" hade skickats till deltagarna inför work-

shopen. Underlaget, liksom samtliga presentationer finns att läsa på Forum för Health Policys hemsida. Anders Anells skrift avslutas med följande uppmaning till allmänläkarna:

Med dessa utgångspunkter behövs en ny vision för svensk primärvård som baseras dels på vårdvalets logik, dels på vilken ny roll primärvården ska ha i hälso- och sjukvården. En ny vision måste dock komma från primärvården själv och baseras på forskning för att vara långsiktigt hållbar. Det behövs därför forskningscenter som kan driva utvecklingen om primärvårdens roll och organisation genom att ta fram ny kunskap. Det finns också utrymme för en branschorganisation för primärvård som kan lyfta fram och utveckla just primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet och utgöra bryggan mellan forskning, praktik och policy. För båda verksamheterna krävs att inte minst allmänläkarna själva tar ett ledningsansvar.

I den efterföljande diskussionen var det många deltagare som efterfrågade generalistperspektivet och framhöll vikten av att vi allmänläkare tar ett större ledningsansvar på olika håll, såväl regionalt som nationellt. När jag väl fick ordet kändes det som om jag fått en hel säck med bollar slängt till mig som representant för kåren. Givetvis måste vi fånga dessa bollar och jobba vidare med dessa frågor tillsammans. En del kan göras inom ramen för SFAM, annat kräver helt andra resurser än vi förfogar över. SFAM måste dock vara drivande i frågorna och tillsammans med andra aktörer lyfta fram och vidareutveckla även dessa övergripande frågor. Organisationsförändringar, såsom vårdvalsreformen, måste följas upp på ett vetenskapligt sätt. Vårdval till specialister måste hänga ihop med vårdval för primärvården för att sjukvården som helhet ska bli kostnadseffektiv och smidig för patienten. Utmaningarna är stora men inte på något sätt omöjliga.

Jag hoppas att många allmänläkare känner sig manade att vara med i detta arbete, såväl lokalt, regionalt och nationellt. Man ropar efter oss och vi kan inte längre skylla på att vi inte får inflytande. Tacka ja när ni blir inbjudna, som individer eller via SFAM. Givetvis måste uppdragsgivaren se till att vi får betalt för det arbete vi gör men vi kan inte hänvisa till att vi inte har tid. Den tiden måste vi ta oss – annars gör någon annan det och vi får leva med konsekvenserna.

I Skåne har Anders Anells uppdrag resulterat i att en grupp allmänläkare haft en workshop i november där vi börjat skissa på en vision för Primärvården i Skåne samt för hur kopplingen mellan Hälsoval Skåne och framtida vårdval till specialister bör se ut. Efter att vi sammanställt diskussionerna har dessa presenterats för ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden. En uppföljning planeras i mars och nämnde ordförande kommer att delta vid SFAM Mellanskanes årsmöte den 28 mars. På detta sätt försöker vi ligga åtminstone i fas med diskussionerna i politiken, gärna steget före.

"How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals"

Jag var med även vid denna workshop där den internationella utblicken kom via Aad de Roo, professor i strategic health management vid University of Tilburg och Erasmusuniversitetet i Rotterdam. Övriga föredragande var Catharina Barkman, utvecklingschef, Stockholms läns landsting (offentlig beställare), Martin Ärnlöw, VD Bräcke Östergård (not for profit sektorn), Johan Wachtmeister, vVD Global Health Partner (privat entreprenör och investerare), Håkan Wittgren, VD Sveriges Läkarförbund (de professionella organisationerna) och Roger Molin, då avdelningschef Sveriges Kommuner och Landsting (offentliga huvudmännens organisation) och nu vårdvalsamordnare på socialdepartementet.

De övergripande frågor som ställdes var:

- Vad är värdet och möjligheterna med en mångfald av vårdgivare inom vård och omsorg?
- Vilka risker och hot finns?
- Vilken roll bör olika aktörer ha i att ansvara för utvärdering och styrning?

Workshopen ägde rum mitt i höstens brinnande diskussioner kring privat driven vård, vinster i vården vilket gav extra krydda åt dagen.

2012

Även under 2012 planeras fyra workshops samt ett seminarium i Almedalen. Ämne för årets första workshop den 23 februari är "Paying hospitals for better performance and higher quality". Frågeställningen är ju lika aktuell inom primärvården, se bland annat Kjell Lindströms artikel i detta nummer så det ska bli spännande att höra hur tongångarna är.

Vad som i förlängningen kommer ut av dessa workshops och seminarier är för tidigt att säga. Det är dock lämpliga tillfällen att fånga upp signaler från olika makthavare, skapa relation till dem och i alla möjliga och omöjliga sammanhang föra fram allmänmedicinens generalistperspektiv.

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

Jäv:

Inbjuden till flertalet workshops. Inga bindningar till styrelsen eller finansierare.

Faktaruta 1

Från hemsidan www.healthpolicy.se

Forum för Health Policys styrelse:

Johanna Adami

Direktör och avdelningschef, Vinnova

Anders Blanck

VD, LIF

Kent Ehliasson

Affärsområdeschef, Carema

Kerstin Falck

Chef Samhällskontakter, Pfizer

Jan-Håkan Hansson

Rektor, Ersta Sköndal Högskola

Thorbjörn Larsson

VD Vårdalstiftelsen,
Ordförande Forum för Health Policy

Stefan Nilsson

Direktor, Ersta diakoni

Lars Wärngård

Direktör och avdelningschef, Vinnova

Finansiärer är: Vårdalstiftelsen, Vinnova, Ersta diakoni, LIF, Pfizer, Carema, VISION

Faktaruta 2

Från hemsidan www.healthpolicy.se

Forum för Health Policy är ett projekt och en mötesplats som vill stimulera kunskapsbaserad dialog om hälsopolitik. Med inspiration från flera framgångsrika internationella aktörer i framförallt Storbritannien och USA, skapar vi ett forum där politiker, beslutsfattare, forskare och praktiker kan mötas, inspireras och öppet diskutera.

En grundläggande tanke är att bygga på och stimulera akademisk analys av hälsopolitikens förutsättningar och möjliga alternativ. Svensk forskning inom området ska stimuleras liksom ett vidgat internationellt utbyte och kontakter med organisationer som länge sysslat med denna typ av frågor.

Vi vill främja en dialog där tankar och åsikter får växa och korsbefruktas i ett öppet klimat.

Ambitionen på sikt är att dialogen och den ökade kunskapen ska leda till väl underbyggda politiska beslut inom vård och omsorg, områden som står inför stora förändringar och svåra vägval.

Annons

Vårdprogram, riktlinjer och våra journaler

» Om något går fel är det ofta ett "korkat" misstag och dessa misstag kan effektivt undanröjas med checklistor «

Våra journaler fungerar inte. Det är inte bara programvaran som ofta är otillfredsställande, men själva grundidén är fel. Om vi lämnar kommunikationsfunktionerna (remitter, labb, recept) därhän och koncentrerar oss på själva journalföringen så finns där i dagsläget inte mycket mer än en prosa-baserad dagbok. Den beskriver till största delen vad som hänt och gjorts, men innehåller i allmänhet inte mycket om vad som är planerat eller själva logiken i diagnostiken och behandlingen, trots att det ju är det vi helst borde dokumentera och meddela till andra yrkesgrupper och läkarkollegor.

Lösningen på detta problem går inte att finna i bättre journalsystem byggda på samma grundprinciper som dem vi har. Även om vi skulle kunna få mer användarvänliga gränssnitt och mindre buggar, så blir våra system i bästa fall välfungerande dagböcker, men aldrig riktiga verksamhetsverktyg.

För att hitta rätt modell för hur ett riktigt verksamhetsverktyg bör se ut, bör vi se oss omkring hur andra yrken hanterar diagnostik och åtgärd i olika situationer. Det är inte så långsökt att se paralleller mellan läkarens sätt att resonera diagnostiskt och terapeutiskt med en rad andra yrken där man också söker att identifiera och analysera problem och sedan agera för att lösa dem. På rak arm kan jag nämna bilmekaniker, piloter, IT incidenshantering, samt programmerare och testare, framförallt vid felsökning.

I alla dessa yrken har utövarna utvecklats från okunskap till kunniga och erfarna experter som i växlande grad är kapabla till att snabbt hitta och åtgärda problem. Men alla dessa yrken har gått

vidare till att stödja sina experter med diagnostiska handledningar och checklistor för både felsökning och lösning.

Checklistor

1935 byggde Boeing ett nytt bombplan, model 299, som var betydligt mer komplext än alla föregångare och samtida konkurrenter. När det visades upp för US Army Air Corps i oktober 1935 så störtade planet kort efter start eftersom piloten glömt bort att stänga av ett lås på höjdrodren. Skälet till missödet ansågs vara att planet var för komplext för att säkert kunna flygas av människor, risken för misstag var helt enkelt för stor. Haverikommissionen trodde att man nått gränsen för hur mycket en mänsklig pilot kan klara av att mentalt hantera utan ödesdigra fel.

En grupp testpiloter vägrade att acceptera detta och satte sig ner för att fundera ut hur man kan lösa detta problem. Det intressantaste är nog vad man bestämde sig för att inte göra, nämligen att kräva mer utbildning av piloter. Man såg inte det som rätt väg framåt, huvudsakligen eftersom piloten som gjorde det ödesdigra misstaget med prototypen var en av de allra mest kunniga och erfarna testpiloterna i världen på det ögonblicket. Hur kunde man förvänta sig bättre av andra, mer genomsnittliga piloter än av honom?

Lösningen gruppen kom fram till var originell och effektiv: checklistor. Att flyga ett plan som modell 299 var helt enkelt för invecklat för att överlämnas till pilotens kunskap och minne. Man begränsade checklistorna till det absolut minimala, med steg-för-steg kontroller av start, landning, taxi på mark, med mera. Listan innehöll ingenting piloterna inte

redan kunde, men dom hjälpte piloterna att undvika dom mest triviala misstagen. Med dessa listor flögs modell 299 nästan två miljoner miles utan incidenter. Samma modell av flygplan som utan checklistor ansågs livsfarligt att styras av människor blev med checklistor ett säkert och tillförlitligt transportmedel.

Jag har inte tagit den här historien från en bok om flyghistoria utan från en bok om säkerhet i kirurgi. Boken heter "The Checklist Manifesto" av Atul Gawande, en Amerikansk endokrinkirurg som infört checklistor i operationssalar. Jag tror inte jag avslöjar för mycket om hur boken slutar om jag säger att dessa enkla checklistor medfört helt osannolika minskningar av perioperativa misstag på många kliniker över hela världen.

Tanken bakom dessa checklistor för operationssalar är samma som tanken för piloter: vi vet egentligen vad vi ska göra före, under och efter operationer, det har vi lärt oss. Om något går fel är det ofta ett "korkat" misstag och dessa misstag kan effektivt undanröjas med checklistor. Vi vet att dom fungerar i operationssalar, men behöver vi konceptet även utanför operationssalar i annan läkarvård? Har vi på sjukhusets kliniker och vårdcentralerna uppnått en komplexitet i yrket som är för invecklat för att överlämnas till den enskilde läkarens minne? Kan vi missa diagnoser eller felbehandla trots att vi har lärt oss allt vi behöver inom medicin, men ändå begår "korkade" misstag? Jag tror att ingen av oss skulle våga förneka att just ofullständigt minne och sinne för detaljer är ett stort problem i dagens praktik. Mer oroande är att vi försöker kontrollera detta problem genom mer utbildning trots att vi egentligen borde

vara fullutbildade, eller åtminstone så utbildade vi kan vara utan att allvarligt inskränka vårt effektiva arbetsliv alltför mycket.

Vi vet alltså att checklistor fungerar för piloter och för kirurger och att dom i båda fallen avsevärt minskar fel och olyckor. Hur kan vi översätta detta till andra medicinska specialiteter? Det intressanta är ju att sköterskor har sina procedurer som i mycket liknar checklistor, men läkare i allmänhet saknar motsvarande verktyg. Det är ju inte heller lätt att skapa hundratals enkla checklistor för dom mest förekommande diagnostiska och terapeutiska situationerna på en vårdcentral och även om man kunde det skulle det nog inte vara så uppenbart användbart och nyttigt.

Checklistor för medicin

Det finns ju redan dokument som kan omsättas till något som liknar checklistor, nämligen "vårdprogram" eller "riktlinjer". Innan vi använder oss av ett vårdprogram som checklista måste vi skal ner det till väsentligheter. Precis som för piloten och kirurgen ska vi koncentrera oss på att påminna användaren om dom mest basala elementen i en diagnostik eller behandling. Vi ska inte hänge oss till förklaringar och utbildning i en sådan checklista.

För att undvika alla associationer med hur "vårdprogram" och "riktlinjer" i praktiken är utformade idag, så väljer jag att kalla dessa listor "issue worksheets" (om du inte gillar namnet, kom gärna med andra förslag). I vad som följer kommer jag att använda en rad andra begrepp. Jag använder också gärna engelska termer eftersom det är jobbigt nog att hitta på begrepp på ett språk.

Issue

Begreppen "sjukdom", "hälsoärende", med mera innehåller redan vissa associationer eftersom dom redan används i olika sammanhang. För att rycka loss mina begrepp från förutfattade meningar använder jag en term som inte använts i detta sammanhang tidigare annat än



Så här ser IotaMed ut på en iPad.

i begränsad omfattning, nämligen "issue". En "issue" kan vara en sjukdom, ett symptom, eller ett medicinskt "ärende" som graviditet. Varje issue har en eller flera ICD-10 koder, eftersom i stort sett alla sjukdomar, symptom, eller andra medicinska "ärenden" kan beskrivas så. Till en issue hör en "issue template" och detta är just den avskalade riktlinjen, vår medicinska checklista. När den kopplas till en viss patient och kliniska värden sätts in i listan, kallar jag den för en "issue worksheet".

När man vill sekretessbelägga en del av en journal är en "issue" rätt koncept att sekretessbelägga i stället för att sekretessbelägga hela journalen från en viss vårdgivare. Det säger sig självt att det är mer korrekt att sekretessbelägga "gonorrhé" än att sekretessbelägga urologens journal, om nu urologen behandlat sjukdomen.

Dessa "issue templates" kan med fördel skapas centralt av till exempel Socialstyrelsen och sedan anpassas per region, per sjukhus eller vårdcentral, eller till och med om man så önskar per patient. När nya rön föranleder att dom centrala "issue templates" ändras, kan man lätt

automatiskt informera läkare om att vissa ändringar skett. Detta kortar ju dramatiskt in tiden som går mellan ändringar i rekommendationer och att dessa noteras och utförs i praktiken.

Observations

Det kliniska arbetet kan beskrivas med en rad "observations" som blodtryck, temperatur, midjemått, men även anamnes, allmäntillstånd, bedömning/åtgärd, etc. Grovt kan man översätta "observations" till "sökord", men eftersom jag tycker sökorden i våra nuvarande journaler är ett så grundligt misslyckat strukturbegrepp och nästan komplett oanvändbart utom för det rent estetiska i sidoindelningen, vill jag inte likställa "observations" med just "sökord".

"Observations" i min mening åter används i alla "issues" dom förekommer för samma patient och tillfälle. Om blodtrycket har mätts, ska naturligtvis samma blodtryck automatiskt förekomma under observationen "blodtryck" i det klassiska journalnotatet som under "blodtryck" i issue "Hypertoni" eller issue "Diabetes", eller i rapporteringen till kvalitetsregist-

ren. Det finns inget tekniskt skäl varför vi ska upprepa den registrering för dessa olika ändamål. Att låta "observations" återanvändas på detta sätt underlättar kraftigt hanteringen av multisjuka patienter, samt rapporteringen till allrhandla ändamål.

Eftersom "observations" är väldefinierade begrepp oberoende av checklistorna och sammanhanget, kan man också lätt definiera dom mest förekommande värden. Exempelvis bör det vara trivalt lätt för en läkare att med en enda gest fylla i "regelbunden rytm, inga biljud" under "hjärtauskultation". Dom allra flesta "observations" som är normala kan på så vis snabbt fyllas i, medan mer komplexa svar kan dikteras eller skrivas fullt ut. En tämligen fullständig kodning av "observations" som "clinical findings" i Snomed CT (en standard termkatalog för kliniska termer som Socialstyrelsen anpassat till Svenska språket) låter sig för övrigt enkelt göras.

iotaMed

För att illustrera denna arbetsmetod och för att kunna testa detta som arbetsverktyg har vi (MITM AB) utvecklat en applikation som just är baserad på ovanstående idéer. Vi kallar detta program "iotaMed" och den första varianten finns redan på iPad, men inget hindrar att den utvecklas på precis samma grunder för andra plattformar. För att öka chansen att systemet tar fart och för att minska risken att befintliga leverantörer värjer sig mot idén, publicerar vi programmet som öppen källkod. Programmet är avsett att användas av läkare och det kopplas i sin tur till det befintliga journalsystemet för hantering av remisser, labb, recept, med mera. Journalnotat "på gammalt vis" skapas av iotaMed så att journalen fortfarande matas med klassisk text. I figuren ser du hur iotaMed ser ut på en iPad. I skärmen visas en sida i "ärendet" diabetes årskontroll. Du kan läsa mer om iotaMed projektet på vår hemsida <http://mitm.se>



Martin Wehlou
martin@wehlou.com

Jävsförklaring:
Martin Wehlou är en av grundarna till MITM – Man In The Middle AB som utvecklar journalföringsverktyget iotaMed som öppen källkod.

Annons

Europaläkare eller specialist i allmänmedicin

Bakgrund

En läkare med holländsk specialistkompetens i allmänmedicin anmälde Sverige till EU-domstolen då Socialstyrelsen inte konverterade den holländska kompetensen till svensk specialistkompetens utan krävde kompletterande utbildning.

Ärendet togs upp av EU-kommissionen då det var av principiell karaktär eftersom Sverige har en praxis att ha två yrkeskvalifikationer för allmänmedicin, Europaläkare (faktaruta 1) och specialist i allmänmedicin. EU-kommissionen är också kritisk till att Socialstyrelsen inte följer § 4 i direktiven (faktaruta 1) att godkänna specialistutbildning från annat EU-land utan krav på komplettering. Socialstyrelsen har hänvisat till skillnader i kompetensnivå, vilket alltså inte är tillåtet.

Enligt EU:s direktiv om erkännande av yrkeskvalifikationer (2005/36/EG) ska ett medlemsland ange den yrkeskvalifikation för allmänpraktiserande läkare som är den vanligast förekommande i landet. Sverige har sedan 1994 angett Europaläkare i direktivet och inte som de flesta andra EU-länder som anger specialistkompetens i allmänmedicin. Detta har inneburit att en läkare som har utbildat sig till Europaläkare i Sverige har kunnat flytta till ett annat EU-land och där få ut specialistbevis i allmänmedicin, något som bland annat skett i Danmark där våra kolleger ser det som ett stort problem.

Vad har SFAM gjort?

Ärendet har handlagts av Socialdepartementet. Till departementet har varit knutet en arbetsgrupp som bestått av medlemmar från Svenska Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet, där SFAM också varit representerat. Gruppen och Socialdepartementet har drivit frågan att få behålla två nivåer på allmänläkarkompetens. SFAM bidrog med skrivelser med förtydligande om vilka krav som ställs på en allmänläkare i svensk sjukvård, och med beskrivningar av de konsekvenser för såväl sjukvården som befolkningen, som skulle bli en följd av sänkta kompetenskrav.

Efter hand fick vi tydliga signaler att EU-kommissionen inte skulle acceptera Sveriges argumentation och att Sverige hotades av dryga böter som skulle löpa på fram till dess Sverige ändrat sig. Arbetsgruppen ändrade då inriktning för att i stället jobba aktivt för att höja kompetenskraven i yrkesdirektivet. Vi föreslog Socialdepartementet att verka för att ändra skrivelsen i yrkesdirektivet till ”specialist i allmänmedicin” i stället för

”Europaläkare”. Om inget görs är Sverige skyldiga att godkänna Europaläkare som specialister i allmänmedicin trots den stora skillnaden i utbildningens längd och innehåll.

Socialdepartementet har nu föreslagit den önskade förändringen i yrkesdirektivet från 1 juli 2012. Man kommer inte att kunna få Europaläkarkompetens i Sverige om förslaget antas.

SFAM har i sitt remissvar (faktaruta 2) till Socialdepartementets promemoria betonat Sveriges ansvar att i förhandlingar om EU:s yrkesdirektiv trycka på att specialistutbildningen i allmänmedicin ska vara minst fyra, helst fem år.

Konsekvenser

Vår egen specialistutbildning kommer inte att ändras med anledning av de föreslagna ändringarna i yrkesdirektivet.

Det blir viktigare för arbetsgivaren att göra individuella kompetensbedömningar när man rekryterar specialister i allmänmedicin då innehållet i och längden på specialistutbildningen kan variera kraftigt beroende på i vilket land man är utbildad. Samma sak gäller vid utformningen av regelverk för Vårdval/Hälsoval i de olika landstingen. Arbetsgivaren kan alltid välja att anställa de allmänläkare som bäst uppfyller de aktuella kompetenskraven. Arbetsgivaren kan också ställa krav på att en nyanställd ska genomgå ett introduktionsprogram för att fylla eventuella luckor i utbildningen.

Behovet av kompetensvärdering, såsom Specialistexamen och recertifiering ökar.



Eva Jaktlund
Ordförande i SFAM
eva.jaktlund@sfam.se

SOSFS 2007:23**Socialstyrelsens föreskrifter om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården****3 kap. Erkännande på grundval av samordning av minimikraven för utbildning****Läkare**

3 § En läkare som har genomgått sin utbildning i ett annat EES-land än Sverige ska på ansökan hos Socialstyrelsen få legitimation för yrket, om han eller hon har ett sådant utbildnings-, examens- eller behörighetsbevis som anges i 5.1.1 i bilaga V till Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG.

4 § En läkare som har genomgått sin specialistutbildning i ett annat EES-land än Sverige ska på ansökan hos Socialstyrelsen få ett bevis om specialistkompetens, om han eller hon redan har ett sådant bevis om specialistkompetens som anges i 5.1.3 i bilaga V till Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG.

Europaläkare

5 § Ansökan om kompetensbevis som allmänpraktiserande läkare i ett EES-land (Europaläkare) ska göras hos Socialstyrelsen.

6 § En läkare som har avlagt svensk läkarexamen och som vill uppnå en kompetens som Europaläkare ska efter godkänd allmäntjänstgöring (AT) i Sverige tjänstgöra som legitimerad läkare i minst två år, motsvarande heltid. Tjänstgöringen ska fullgöras under handledning inom ett valfritt medicinskt område inom den svenska hälso- och sjukvården.

7 § En läkare som har fått svensk legitimation med stöd av 3 § och som vill uppnå en kompetens som Europaläkare ska tjänstgöra under handledning inom den svenska hälso- och sjukvården i minst tre år, motsvarande heltid. Minst tre månader av tjänstgöringen ska fullgöras på sjukhus inom någon kirurgisk specialitet. Dessutom ska minst tre månader fullgöras på sjukhus inom såväl någon invärtesmedicinsk som någon barnmedicinsk specialitet. Därutöver ska minst sex månader av tjänstgöringen fullgöras inom primärvården.

Remiss av departementspromemoria om författningsändringar Europaläkare och specialister i allmänmedicin**SFAM:s remissvar:****Specialist i allmänmedicin en yrkeskvalifikation för läkare i allmänpraktik**

SFAM stödjer i huvudsak de förslag som presenteras i departementspromemorian. Det finns som beskrivs i den ett flertal relevanta skäl att ta bort den svenska yrkeskvalifikationen Europaläkare. Ett av skälen är att verka för att den allmänna utbildningsnivån för allmänläkare i Europa höjs, med tanke på en mer rörlig arbetsmarknad och bristen på specialister i allmänmedicin i Sverige.

SFAM anser att Sverige bör vara mycket aktiva och drivande i frågan om att höja minimiutbildningskraven för allmänpraktiserande läkare till minst fyra men helst fem år i revisionen av EU:s yrkesdirektiv.

Särskilda kommentarer:

Den sannolikt mer heterogena kompetensen hos specialister i allmänmedicin i Sverige kommer att ställa stora krav på arbetsgivarens kompetensbedömning. Det kommer att finnas specialister i allmänmedicin i Sverige som har olika längd och innehåll i sin specialistutbildning beroende på i vilket EU/EES-land personen är utbildad. Det är oerhört viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att Socialstyrelsen är mycket tydlig med information om att specialister i allmänmedicin kan ha en utbildning som är tre-fyra eller femårig, och att den informationen aktivt förs ut till vårdgivare i Sverige.



Faktaruta 2

En konsekvens av föreslagna ändringar är att det blir arbetsgivarens ansvar att göra individuella bedömningar av kompetensen. Om det ansvaret inte tas fullt ut kan det få negativa effekter på patientsäkerheten eftersom det svenska allmänläkaruppdraget i dag ställer krav på kompetens som inte har motstycke i flertalet EU/EES-länderna, till exempel inom psykiatri, äldreården, barn- och mödrahälsovård. Den svenska specialistutbildningen är anpassad efter det svenska kravet på allmänläkarkompetens. En annan sannolik konsekvens om arbetsgivare inte ställer krav på hög kompetens på allmänläkare är en ökad belastning på slutenvårdens och andra öppenvårdsspecialisters mottagningar med både akuta och planerade besök.

I regleringen av de olika vårdvals- hälsovalsmodellerna för primärvård som finns i Sverige finns ofta en minsta andel specialister i allmänmedicin angiven som ett kriterium för att få bli vårdgivare. Det bör särskilt uppmärksammas när man utformar denna typ av reglering att det är specifik kompetens man efterfrågar, och inte en titel. Det vilar ett mycket tungt ansvar på sjukvårdshuvudmännen att utforma och formulera regelverk som säkerställer patientsäkerheten i primärvården.

SFAM tycker att det är bra att den svenska specialistutbildningen i allmänmedicin bibehålls. Det vore av många skäl strategiskt rätt att erbjuda de EU-läkare som är verksamma i Sverige möjlighet till komplettering av sin utbildning för att kunna erhålla specialistbevis i allmänmedicin. Förslagsvis skulle socialstyrelsen kunna hantera den processen i samarbete med specialitetsföreningen.

För SFAM 2012-02-04
Eva Jaktlund
Ordförande

Faktaruta 3

På Distriktsläkarföreningens hemsida finns ytterligare information samt "Frågor och svar".
<http://www.slf.se/svdlf>

Ett litet debattinlägg från medlem - i anslutning till Evas artikel om Europaläkare.

Mot bakgrund av den pågående diskussionen om så kallade Europaläkare, får Specialistexamen i allmänmedicin en väsentligt ökad betydelse och potential. Den specialist i allmänmedicin som genomgått Specialistexamen med godkänt resultat, har per definition en specialistutbildning med garanterad kvalitet, kvantitet, bredd och djup. Detta kan underlätta för många arbets- och uppdragsgivare.

Som SFAM-medlem, men också som verksamhetschef i primärvården, förväntar jag mig att SFAM driver denna fråga och intensifierar marknadsföringen av Specialistexamen. Kanske måste kraven för att antas till att genomgå Specialistexamen justeras.

Annika Brorsson, VC Sorgenfri, Malmö
annika.brorsson@med.lu.se

Annons

Vår resistens mot evolutionär kunskap

Hur mycket helhetssyn har egentligen vi allmänläkare? Är vi så särskilt bra på att integrera biologi med samhällsvetenskaplig kunskap, psykologi och humanism? Bättre än andra specialiteter som blivit offer i en industriell medicinsk kultur styrd av register, ekonomism och farmakologiska lösningar?

Jag vill ju gärna leva i den föreställningen men efter att ha läst en bok [1] och en avhandling [2] inser jag att minst två områden är skotom i vad jag trodde var min allmänmedicinska blick. Det gäller evolutionen respektive vårt nära förhållande till djuren vad gäller sjukdom och smittor. Vi har till exempel övertagit helicobakter och pertussis i och med vår samboskap med husdjuren och SARS och HIV från våra möten med vilda arter.

Visst har jag då och då hört eller tänkt på att vi är av samma stoff som stjärnorna, på en biologisk gemenskap med allt levande men ändå har detta trängts ut av flödet från det medicinska forskarsamhället. Där härskar egoismen till arten människan, den urbaniserade rika som kan betala för att med kemikalier marginellt förlänga livet och hålla dödsrädslan stängden, detta under den sekund i eoner som är vår på jorden.

Evolutionen är inte något fantastiskt som varit utan är något som är, just här i mitt mottagningsrum när jag väljer antibiotika. Jag och min samtid är inte det lyckliga slutresultatet av en lång utvecklingsprocess där vi närmat oss Guds avbild, en illusion även bland många icke-troende. Evolutionen fortsätter efter min livstid även om galna ideologier och politiker så när redan har sprängt klotet i luften och uttraderat homo sapiens som art.

Även efter en global nukleär vinter lär bakterier och virus överleva och fortsätta den evolutionära processen, om än multiresistenta som ett minne av vad läkare, vinstintresse och oförstånd skapade under ett halvt sekel efter andra världskriget. Jag har nyligen blivit så medveten om detta, att jag inte bara var en hårsman från kärnvapenkrig vid Cubakrisen 1962, då jag oskyldig satt i min nybyggda fina trädhydda tio meter över marken, utan 1983 när jag entusiastiskt i Olofström verkade för primärvård och allmänmedicin som eviga livsmål. Då, har det visat sig, trodde ryssarna – utifrån tekniskt felaktig övervakning – att missilerna var på väg från USA och bara en officers enskilda mod att avvakta hindrade ett massivt nukleärt motanfall [3].

Samma mod skulle vi som läkare dagligdags behöva för att stoppa det globala hotet från mikroberna, en insikt om vårt personliga ansvar i läkemedelsförskrivningen. Björn Olsen [1] skriver: "Antibiotikaresistens är smittsam och den uppfyller alla kriterier på en pandemi. Den är spridd på alla kontinenter, den sprider sig snabbt och vi har tappat kontrollen." Vi läkare

kan inte längre hävda att vi inte visste något. Jag har tidigare recenserat Björn Ramels bok [4] som liksom Olsens riktar sig till en bred, intresserad allmänhet. Allmänläkarna är i båda böckerna en given målgrupp.

Vi är storförskrivare av piller och måste omorientera oss; inte längre vara redskap för läkemedelsindustrins och det farmakologiska forskarsamhällets självska debeteende. Vad spelar det för roll att cirkulationsorganens sjukdomar med evidensens promille kan skjutas upp när antibiotikaresistens snart förhindrar oss att bota infektioner som pneumoni, sepsis och postoperativa komplikationer. Antibiotika skattas ha ökat medellivslängden med tio år!

Just nu gäller det särskilt svaga och immuninkompetenta men inom kort kommer alla infektioner potentiellt vara livshotande så som i preantibiotikaeran. Livslängdens pendel svänger strax tillbaka. I Europa dör 25 000 människor i infektioner av resistenta bakterier och mörkertalen i fattigare länder kan vara mycket stora. Antibiotikaresistensen är där utbredd till följd av ett kommersialiserat, okontrollerat sjukvårds- och apoteksutbud nästan helt utan resistensövervakning och kontrollerande myndigheter. Och vi står bara i början av pandemin.

Västländerna kan knappast slå sig för bröstet. Det lilla som har gjorts vad gäller reglering av antibiotika i djuruppfödning, samt restriktioner och utbildning inom humanmedicinen, har på intet sätt stoppat pandemin. Ständigt detta svenska krypande bakom EU:s marknadsprinciper. Läke medelsverket har inte ens kunnat få till ett förbud av generikaimport från läke medelsfabrikanter, som utan rening släpper ut antibiotika och restprodukter av sådan tillverkning rakt ut i vattensystem, en idealisk miljö för resistensutveckling med global spridning. Och omhändertagandet av den svenska skiten står knappast i fokus i den politiska debatten. I en stor studie [5] fann man läke medelssubstanter, bland annat trimetoprim, i dricksvattnet i Umeå. Abborrar runt reningsverk hade 23 läke medel i kropen, däribland antibiotika.

Resistensproblematiken är multifaktoriell och multidisciplinär. 500 000 ton används per år. En tredjedel faller på humanmedicinen, resten på husdjursnäringen för att producera animaliskt protein. I humanmedicinen används en tredjedel inom sjukhus och resten inom öppenvården. Den självdisciplin vi allmänläkare kan ålägga oss och de restriktioner som införs i primärvården kommer på intet sätt att förändra det globala läget. Men vi kan bli föredömen i svensk sjukvård, ta vårt samhällsmedicinska ansvar i debatten och i den politiska diskussionen! Vi är stora opinionsbildare med vår pondus, familjekännedom och kontinuitet om vi diskuterar antibiotikaresistens fortlöpande i våra patientmöten.



Tamiflu packaging line, foto: Roche.

Olsens andra pandemi är influensa. Hotet från den har vi nästan glömt och vi lever i backlash av motgångarna med narcolepsi till följd av Pandemrix. Men det är bara en tidsfråga innan en ny spanska – den dödade 50-100 miljoner – drabbar världen. Eller den högpatogeta H5N1, fågelinfluensan, där dödligheten har varit över 50 procent när människor drabbats. Om detta virus utvecklar resistens och förstår att skapa sig spridning mellan människor står världen inför en katastrof. Avhandlingen [2] undersöker sambandet läkemedel – miljö – fågel – människa.

För första gången visas att oseltamivir (Tamiflu), vars aktiva stabila metabolit utsöndras väsentligen oförändrad med urinen, återfinns i vattenmiljön vid reningsverks utlopp. Där uppehåller sig änder, den naturliga reservoaren för influensa. Läkemedel och replikerande virus möts. Om Tamiflu frekvent används under säsonginfluensa är risken för resistensutveckling hos vilda änders virus uppenbar. Utifrån studier vid Ottenby fågelstation konstateras att vilda fåglar innehåller genetiska varianter med resistenspotential.

Pandemier har historiskt uppkommit vid sammanslagning av influensavirus från olika värdjur, och genetiskt material från fåglar har varit del av alla pandemier senaste seklet. Är då virus från början resistent mot oseltamivir, och det blir en pandemi, står läkare utan en hörnsten i planen för att bekämpa infektionen. Världens jättelika beredskapslager av Tamiflu blir obrukbara. Det svåradministrerade zanamivir (Relenza) finns visserligen, åtminstone fungerar det vid den mutation som beskrivs i avhandlingen. Alldeles nyligen har emellertid en annan mutation vid H3N2-virus, som också påverkar zanamivir, hittats. Relenzas saga kan inom kort vara all.

Allmänläkare har en central roll att begränsa förskrivningen av Tamiflu vid säsonginfluensa. Detta så att medlet kan an-

vändas till de svårast sjuka och i en pandemisituation vara ett upprätthållande försvar tills smittskyddsåtgärder och framtagning av vaccin får effekt.

Antibiotika och antivirala substanser har en begränsad livslängd. Hur lång den blir styrs av bland annat allmänläkares insikt om evolutionens elementa.



Bengt Järhult, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Jäv:

Josef D. Järhult är mitt brorsbarn

Referenser:

1. Olsen B. Pandemi. Myterna, fakta, hoten. Norstedts; Stockholm: 2010.
2. Järhult D. J. Tamiflu – Use It and Lose It? Avhandling vid Uppsala Universitet; Uppsala: 2011. <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=3&pid=diva2:453789>
3. Englund P. Natten då världen nästan gick under. <http://www.peterenglund.com/textarkiv/krisnatt.htm>
4. Järhult B. Antibiotikaresistens - Allmänläkarnas centrala roll. AllmänMedicin nr 2 2011, sid 46-47.
5. http://www.naturvardsverket.se/upload/02_tillstandet_i_miljon/Miljooervvakning/rapporter/miljogift/B2014_NV_Screen_2010_Pharma.pdf

Levnadsvanor och läkarrollen

“Livsstilsarbete är behandling och ska ofta vara det första vi tänker på”

En solig februaridag trädde jag in genom de vackra dörrarna till Svenska Läkaresällskapets hus. Något för mig ganska fantastiskt väntade mig – presentationen av samarbetet mellan Socialstyrelsen och Sällskapet om levnadsvanor. Det var arbetet med levnadsvanor jag ägnade de elva sista åren av min yrkeskarriär, under bristande förståelse från kollegorna i landstingshierarkin.

Ett smolk i glädjebägaren är att Socialstyrelsen i sina riktlinjer kallar arbetet med levnadsvanor för ”sjukdomsförebyggande åtgärder”. Detta gör att många kollegor associerar till preventivt arbete med friska individer vilket man inte tycker ligger inom det uppdrag man får betalt för. I stället borde det ha hetat ”Levnadsvanor – en självklar del av behandlingen”.

“Läkares samtal om levnadsvanor”

Lars Jerdén, distriktsläkare från Falun och ordförande för SFAMs råd för levnadsvanor, var delaktig i att ta fram Socialstyrelsens riktlinjer. Nu har han ansvaret för projektet ”Läkares samtal om levnadsvanor” som under åren 2012-2014 pågår i samarbete mellan Socialstyrelsen och Läkaresällskapet. Syftet är, enligt Lars Jerdén, att öka kunskapen och intresset för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården. Symposier och workshops kommer att arrangeras på Riksstämman, men mest handlar arbetet om sektionsbaserade utbildningar läkare till läkare. Budgeten är på 350 000 kr per år och sektion. Det ska täcka lönen för en kontaktperson på 20 procents tjänst, möteskostnader, och informationsmaterial för sektionen. Ett avtal skrivs med sektionsordföranden och sektionen utser en kontaktperson. En aktivitetsplan ska göras upp.

Irene Nilsson-Carlsson är Socialstyrelsens projektledare. Regeringsuppdraget är bland annat att sprida kännedom om riktlinjerna och att stödja metodutveckling och kompetensutveckling. Vårdprogram eller liknande behövs för att förankra ett nytt arbetssätt hos chefer och medarbetare. Genomslaget för det nya arbetssättet ska följas upp i form av resultat och patientnöjdhet. Öppna jämförelser kan komma att användas.



Levnadsvanor och hälsa

Dagen började med att en rad läkare med olika specialiteter belyste evidensen av levnadsvanors betydelse för hälsa och ohälsa. Peter Friberg, Läkaresällskapets ordförande, inledde med effekterna av livsstil på hjärt-kärlsjuklighet och -mortalitet. Gemensamt för tre grupper som alla lever länge (boende på Sardinien respektive Okinawa samt sjundedagsadvanter) är att de inte röker, att de sätter familjen först, att de är aktiva varje dag, att de är socialt engagerade och att de äter frukt, grönt och hela frön. Peter anser att vi har för lite av psykosocialt och socioekonomiskt perspektiv. Hela läkarkåren behöver utbildas, och studenterna är en

viktig målgrupp. Kostnader för preventionsinsatser ger stora vinster på lång sikt. Psykosocial ohälsa är extremt kostsam.

Därefter berättade Åke Andrén-Sandberg, kirurg inom övre gastrointestinalkanalen, mycket medryckande om sina erfarenheter av alkoholberoende patienter, vanliga patienter i hans patientgrupp. Han betonade kontinuitet, människointresse, helhetsperspektiv, uppföljning och nätverksarbete som förutsättningar att lyckas få patienterna nyktra.

Rickard Löfvenberg, ortoped vid Norrlands universitetssjukhus, talade om vikten av rökstopp före operation som en del i att optimera behandlingsresultaten. Även här behövs teamarbete och ett strukturerat arbetssätt. Det svåraste är att få läkarna att komma ihåg att fråga om rökning.

Kristina Hambræus är kardiolog från Falun. Hon talade framför allt om den goda effekten av livsstilsförändringar vid hjärtrehabilitering efter inträffad hjärthändelse.

Mats Börjesson, kardiolog och numera professor i folkhälsa på GIH, berättade att FYSS och SBU:s rapport ”Metoder för att främja fysisk aktivitet” är unika. FYSS sprids nu över hela världen. Han menar att vi måste integrera sjukdomsförebyggande metoder systematiskt i vårt arbete. Livsstilsarbete är behandling och ska ofta vara det första vi tänker på. I Östergötland är ”otillräcklig fysisk aktivitet” ett eget terapiområde, och ansvaret för fysisk aktivitet på recept ligger på läkemedelskommittén. I behandlingen av otillräcklig fysisk aktivitet är det individualiserade råd och uppföljning som gäller. Alla nya initiativ bör utvärderas, och därför rekommenderar han mätning av fysisk aktivitet.

Maten svårast

Maj-Lis Hellenius var nästa talare. Sverige är det första landet i världen med ett dokument av detta slag – våra riktlinjer är helt unika. Kunskapsbasen om samband mellan levnadsvanor och ohälsa ökar snabbt. De sista tio åren har 50 000 artiklar om fysisk aktivitet och 20 000 artiklar om mat och hälsa publicerats. I triangelns bas ligger observationsstudier och epidemiologisk forskning. Nästa steg är kliniska studier och interventioner. Nu börjar man också studera mekanismerna för att förstå vad det är som händer.

Maten är idag det som är svårast att tala om, samtidigt som det är viktigt för många. Budskapen är motsägande vilket lett till minskat förtroende för livsmedelsverket och forskarna. Dagens riktlinjer är ungefär som de gamla, men de vilar på mycket bättre grund. För att få ut budskapet och vara trovärdiga måste patientens olika vårdgivare gå ut med samma budskap. Uppföljning tillsammans med patienten är mycket viktigt.

Vikten handlar om samspel mellan arv och livsstil. Vilken variant vi har av de tre överviktsgenerna avgör hur lätt vi blir överviktiga när vi sitter stilla. Den som har svåraste anlaget har bäst nytta av fysisk aktivitet. Idag är vi, på grund av stillasittandet, mer insulinresistenta än förr och klarar inte höga halter av kolhydrater. Detta förklarar effekten av LCHF-dieten, men det bör i stället mötas med fysisk aktivitet.

När man lägger ihop stora väl utformade studier visar det sig att den mest hälsosamma kosten är av typ ”medelhavskost”, det vill säga stora mängder frukt och grönt, nötter och mandel, baljväxter, vegetabilisk olja, fullkorn och fisk men små mängder rött kött, mjölk och andra mejeriprodukter samt alkohol.

Maj-Lis anser att läkarkåren generellt har dålig kunskap när det gäller mat. Mycket mer utbildning behövs!

Etik och levnadsvanor

Mycket uppskattat var föredraget av Ingemar Engström, barnläkare från Örebro och ordförande i Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik. Folkhälsa



Tre nestorer inom det kliniska arbetet med levnadsvanor: Jonas Sjögren, Lars Jerdén och Astri Brandell-Eklund.

är en fråga om relation mellan staten och individen. Som läkare är vi patientens uppdragsgivare, men vi har också ett samhällsuppdrag. Det finns två tendenser som det råder en viss spänning mellan: Dels betonas individens autonomi, patientens ställning, valfrihet, marknad, patientmakt och patienten som kund. Dessutom finns paternalismen, att man har patientens bästa för ögonen, visar omsorg och solidaritet, bryr sig om välfärden.

Han diskuterade också vår fria vilja. Vi styrs ofta av andra krafter i våra liv än dem vi själva önskar. Social gradient, missbruk med mera kan påverka vår fria vilja. Här måste vi fråga oss vilken människosyn vi har med oss in i hälsosamtalet.

Att införa riktlinjerna ordentligt kostar cirka 1 miljard. Det blir därför en prioriteringsfråga. Vad ska bort?

Man måste också fråga sig när en intervention är lämplig: om patienten har dåliga levnadsvanor med symtom eller sjukdom, om han har dåliga vanor utan symtom eller om hon har bra levnadsvanor men kan få symtom senare alternativt utveckla dåliga levnadsvanor.

Nästa fråga är vilka som ska tillfrågas och intervereras med. Det är dels en fråga om var det finns effekter att hämta, dels en etisk fråga. Han beskrev fyra situationer:

- A Patienten vill och läkaren vill
- B Patienten vill men inte läkaren
- C Patienten vill inte men läkaren vill
- D Patienten vill inte och läkaren vill inte

74 procent av patienterna vill, det vill säga faller inom A och B. Men varför vill inte patienten i C och D, och varför vill inte läkaren i B och D?

Teoretiskt skulle vi kunna göra sju miljoner samtal per år. I vilken ände ska vi börja? Vi får vara pragmatiska och börja där vi får minst protester från läkare och patient.

Etiska principer som ska vägleda oss är till exempel autonomi, göra gott, inte skada samt rättvisa. Autonomi innebär bland annat rätten att inte svara och rätten till information om hur uppgifterna ska användas. Göra gott innebär att vi måste veta att interventionen har potential att göra nytta. För att inte skada måste vi undvika att skuldbelägga eller

”Det gäller att förmedla behovet av förändring, samtidigt som man förmedlar att du duger som du är.”

kränka patientens integritet. Själv tilliten kan sänkas när man inte klarar det man föresatt sig. Rättvisa innebär att alla ska ha rätt till kunskap, verktyg och stöd. Empowerment ger kraft att förändra sitt eget liv.

Samtliga åtgärder i riktlinjerna förutsätter att man vet att personen har ohälsosamma levnadsvanor. Ska vi då fråga alla? Det saknas rekommendationer om när och hur frågor ska ställas. Om alla tillfrågas är det screening och detta ställer speciella krav på informerat samtycke. Ekonomiska styrmedel är tveksamma ur etisk synvinkel. Det kan påverka relationen mellan läkare och patient negativt. När och hur samtal om levnadsvanor förs är en läkarfråga, inte en fråga för lands- tingsbyråkrater.

”Maktens kontinuum” innebär information, erbjudande, påverkan, påtryckning, manipulation, villkor och absolut krav. Det ska inte vara samma steg för alla patienter. Detta måste göras känsligt, varsamt, och det kräver god kompetens. ”Samtalets ekologi” är viktig: omgivningen och bemötandet påverkar sjukdomsförloppet. Intresset för den enskilda människan är basen – vem är det jag har framför mig? Frågeformulär och checklistor kan aldrig ersätta det goda samtalet.

Slutsatser: Använd er auktoritet med varsamhet och betänk den sociala gradienten. Den som är stark måste också vara snäll! (Sagt av Pippi Långstrump och Bamse.) Erbjud delaktighet och dialog. Ge patienten kunskap, verktyg och stöd.

Läkaren och det rådgivande samtalet

Hans Gilljam, lungmedicinare och professor emeritus, talade därefter om samtalets betydelse. Gruppen rökare är mindre idag än tidigare, och andelen patienter med psykiska problem är större. För att nå bra resultat för tobaksavvänjning ska man satsa på det kvalificerade rådgivande samtalet. Läkarna behöver remittera sina

patienter. Enkla råd kan dock ges i varje möte.

Den minst offensiva frågan torde vara ”Har du använt tobak i någon form?” I det fortsatta samtalet bör patienten ta ledningen. VAS-skalan kan användas: ”Hur viktigt är det för dig att sluta röka? Hur säker är det på att du ska lyckas? Hur beredd är du att sluta just nu?” Sedan kommer patientens egen planering: ”Hur vill du sluta?”

Astri Brandell-Eklund fortsatte på temat. Hon är allmänmedicinare, knuten till KI och Folkhälsoinstitutet (FHI). Samtalet om förändring har unika utmaningar som inte brukar förekomma i andra professionella samtal. Det gäller att förmedla behovet av förändring, samtidigt som man förmedlar att du duger som du är. Som läkare är vi bra på att uppmärksamma det farliga, att utesluta sjukdomar, leta efter det som inte är bra. I förändringssamtalet ska vi byta perspektiv och bekräfta det som är bra. Det är patienten, inte läkaren, som är experten på sina värderingar, prioritering, sin egen kapacitet.

Motiverande intervju (MI) och KBT är teoribaserade samtalsmetoder. När patienten säger ”jag kan om jag vill” är MI en bra metod. Här är det mest patienten som bidrar med sina skäl till förändringen och sina idéer om tillvägagångssättet. Men om patienten snarare uttrycker ”jag skulle vilja om jag trodde

att jag kunde” behövs mer av KBT, inklusive utbildningsinslag, teoretiska förklaringsmodeller och övningsuppgifter. Med utbildning och struktur blir läkaren tryggare och gör ett bättre jobb. Med MI kan man undvika de värsta fallgroparna.

Tillkomsten av de nationella riktlinjerna

Lars Weinehall är professor i allmänmedicin och epidemiologi i Umeå. Han har varit aktiv i Norsjö-projektet och Västerbottens hälsoundersökningar, och han var prioriteringsordförande för riktlinjerna. I folkhälsoarbetet har det varit eldsjälur som drivit på. En enhetlig praxis och konsensus om användbara metoder har saknats. Riktlinjerna syftar till att svara på vilken evidens som finns och ger möjlighet att skapa en enhetlig praxis.

Arbetet har bedrivits i fyra expertgrupper, och 31 600 arbeten har gått igenom. På så sätt har bästa tillgängliga kunskaper samlats. I prioriteringarna ingår hälsoekonomiska bedömningar i relation till tillståndets svårighetsgrad. Informationen riktar sig dels till sjukvårdshuvudmännen, dels till klinikerna. Hög prioritet har givits allvarliga tillstånd, stor medicinsk nytta och nytta för pengarna. Riktlinjerna handlar om vuxna med ohälsosamma levnadsvanor, särskilda tillstånd och högriskgrupper. Det finns dock stora kunskapsluckor i underlaget, framför allt för vissa sårbara grupper.

De rekommenderade åtgärderna har

Viktigt och säker på sin förmåga	Inte viktigt men säker på sin förmåga
Planera? Behov av stöd	Maskerat inte säker? Medicinska fakta Personliga värderingar
Viktigt men inte säker på sin förmåga	Inte viktigt, inte säker på sin förmåga
Kartlägg egna resurser Externt stöd Tillägg av annan metodik, till exempel KBT	Sällsynt i relation till egna hälsan Utforska igen Eventuellt släppa temat

god kostnadseffektivitet, det vill säga det handlar om förhållandevis billiga åtgärder för att vinna förbättrad hälsa. Åtgärderna har delats in i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerade rådgivande samtal. Vid riskbruk av alkohol räcker oftast ett rådgivande samtal. För otillräcklig fysisk aktivitet rekommenderas dessutom uppföljning. Olämpliga kostvanor och rökning kräver kvalificerade rådgivande samtal.

De nationella riktlinjerna – vad innebär de för läkare?

Lars Jerdén och Lars Weinehall talade sedan om vad riktlinjerna praktiskt innebär för oss läkare. Redan idag visar patientenkäter att läkare både i primärvård och på sjukhusmottagningar ofta talar om levnadsvanor, framför allt motion. Alkohol är dock fortfarande ett försummat område.

Vad är det då läkare ska göra? För rökare ska vi ha ett rådgivande samtal (kan vara datorbaserat) och följa upp. Även enkla råd är bra. När det gäller kostvanor behöver vi motivera och sedan remittera patienten för kvalificerade rådgivande samtal hos till exempel dietist. Den resursen saknas på många håll. Vid otillräcklig fysisk aktivitet kan vi ha ett rådgivande samtal, ordinera fysisk aktivitet på recept eller stegräknare, samt följa upp. Vid riskbruk av alkohol ska vi ge ett rådgivande samtal, som kan vara datorbaserat.

Det handlar om att vi talar om levnadsvanor lite oftare och lite längre med våra vanliga patienter. Vi ska informera, motivera, remittera samt stötta andra professioner. En enhetlig praxis gör att vi vet mer om vad vi gör och vilka resultat det ger. På barna- och mödrhälsocentralerna finns struktur, ordning och reda i det hälsofrämjande arbetet. Man följer upp vad man gör. Chefspersonerna frågar efter arbetet, personalen träffas regelbundet och fortbildar sig kontinuerligt.

Struktur mål för arbetet kan till exempel vara utbildning i samtalsmetodik, kontinuitet och en bra fortbildningsstruktur. Idag frågar beställaren ofta bara



efter ett processmål, det vill säga huruvida patienten blivit tillfrågad om levnadsvanor eller ej. I stället borde man fråga efter huruvida rekommenderade åtgärder enligt KVÅ-koder blivit genomförda eller ej, gärna kompletterat med resultat- eller effektmål. KVÅ-koderna finns dock ännu ej i primärvården.

Vi måste också ta hänsyn till den ojämlika hälsan. Dem med god hälsa når vi om vi till exempel erbjuder hälsosamtal. För andra grupper ska vi använda samma metoder, men vi kan behöva paketera erbjudandet på ett annat sätt. Med hjälp av personnumret kan man från olika register få fram ålder, kön, bostad, utbildning, familj med mera, vilket underlättar utvärderingen av vilka vi når.

Implementeringens svåra konst

Karin Guldbrandsson är sjuksköterska och arbetar på FHI. Hon talade om hur man får en nyhet att bli vardagsnytt. Det räcker inte med en effektiv metod för att få resultat – även en effektiv implementering behövs.

Spridningsfaktorn är första begreppet. Kännedomen om metoden sprider sig först långsamt, sedan snabbare, och på slutet åter långsamt. Man talar om innovatörerna, de som tidigt tar till sig metoden, den tidiga majoriteten, den sena majoriteten och till sist sölkorvarna.

Implementeringsfaktorn kräver att det finns ett upplevt behov av metoden, som ska upplevas relevant, med fördelar jämfört med vad man gjorde tidigare. Metoden måste överensstämma med gällande värderingar, vara lätt att använda, gå att anpassa efter lokala förhållanden och ge synliga resultat snabbt. Utbildning och åter utbildning är nödvändigt men räcker inte. Tidig involvering av användarna, tillräckliga resurser samt utvärdering och feedback är viktigt.

Programfölsambetsfaktorn är en faktor som kan förändras över tid. Hur väl man följer ursprungsmetoden är viktigt för utvärdering och effekt. Om central komponent i en metod tas bort eller tonas ner så har en ny metod skapats. Man kan då inte längre ha samma förväntade utfall. >>



Maria Weiland är SFAMs kontaktperson i projektet och arbetar 20 procent med detta. Hon är ST-läkare på Spånga vårdcentral i Stockholm. Levnadsvanor och människors kraft att förbättra sin hälsa genom förändrad livsstil har alltid intresserat henne. Kontakt maria.weiland@gmail.com.

Avslutning

Sammanlagt var det en givande dag, även om det, som Jonas Sjögren från Västerås påpekade under diskussionen, egentligen inte var någonting nytt. Jonas Sjögren väckte även frågan om det är rätt att fråga efter hur mycket patienten dricker. Han menade att detta kan störa läkar-patientrelationen, förutom att svaret ofta är otillförlitligt. Det finns andra och bättre sätt att samtala om alkohol. Lars Jerdén påpekade att identifikationen av riskbruk sker på annat sätt. Indikatorfrågorna, det vill säga frågorna om levnadsvanor, är mätinstrument för att följa enskild patient.

En annan fråga berörde etik i implementeringen. Ingemar Engström framhöll att etiken, människosynen, vilka patienter vi möter etcetera skulle ha varit med från början på ett annat sätt. Kanske hade vi då sluppit dagens trista diskussion.

Som allmänmedicinare, oavsett vilket arbetsfält man har, är det sällan man borrar någon som inte skulle ha blivit frisk av sig själv. Många av våra patienter har kroniska sjukdomar, och där handlar det i stället oftast om att lindra och trösta. Vi kan dessutom bidra till att skjuta fram, och i vissa fall förhindra, endpoints som amputation, hjärnblödning och även död. Men vi är väldigt beroende av patientens engagemang för att nå dit. Om patienten "inte gör som vi säger" så är vårt bidrag nära noll – vare sig det gäller förändrad levnadsvana eller tablettintag. Det goda samtalet ökar chansen att vi får med oss patienten på tåget, och det är hjärtat i patientmötet. Detta har inte landstingen förstått när de premierar registrering i journaler och register.

Fakta

Socialstyrelsens material finns på www.socialstyrelsen.se.

De viktigaste är:

- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning
- Indikatorer. Bilaga
- Checklista för införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- Om riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder – PowerPoint-presentation



Ingrid Eckerman
ingrid@eckerman.nu

Jäv:
F.d. Folkhälsoenheten i Nacka 1997-2008.

Skånskt levnadsvanearbete

Fyra personer från primärvården i Skåne deltog i konferensen Levnadsvanor och läkare. De är några av medlemmarna i ett nystartat nätverk för levnadsvaneintresserade läkare i Hälsoval Skåne.

Nätverket kallas "Hälsofrämjande Hälsoval" och frågor på dagordningen är

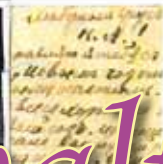
- Uppdrag och uppföljning av det systematiska arbetet med levnadsvanor.
- Ersättningsmodellen som gäller från och med 2011.

– Mall för "registrera levnadsvanor" i det nya gemensamma journalsystemet.

Inom ramen för Riskbruksprojektet gav Statens folkhälsoinstitut under 2009-2010 en utbildning för ST-läkare och nyfärdiga specialister i allmänmedicin. Den syftade till att utbilda utbildare/inspiratörer för det lokala arbetet med alla levnadsvanor. En ST-läkare från Skåne deltog. Under hösten 2011 startade en

ny likadan utbildning där två ST-läkare från Skåne deltar. De kommer sedan att genomföra utbildningar till sina kolleger.

Ingemar Götestrand
folkhälsosamordnare i Primärvården Skåne
Ingemar.Gotestrand@skane.se



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Kultur i kubik men mest i förbifarten...

På väg från vecka 3 i Stockholm känner jag mig fylld av kulturella uttryck och väl laddad att möta vardagen igen. I arla morgonstunden i måndags klev jag av fakirtåget från Alingsås och pendeln mot Märsta på en mörk och disig perrong i Rotebro, följde de rullväskespår som avtecknade sig i nysnön längs stigen som följer Norrbrovikens strand och landade i en varm och kaffedoftande hemmiljö på Sjövillan där goda SFAM vänner väntade. V 3 kurs, min fjärde(?)

Att tillsammans med kloka kollegor i alla åldrar – mest äldre – öva samtalskonst, att tillsammans reflektera över våra roller som läkare och handledare, att på djupet utforska patient-läkarrelationen är kultur i sin rätta mening. God, vällagad, ekologisk mat vackert upplagd och serverad med ett leende – är inte det kultur?! Skridskoåkarna på den mörka isen utanför vårt konferensfönster i siluett mot den bleka soluppgången – visst är det konst. Kollegornas reflektioner över gårdagens gemensamma upplevelser i egna ord eller lånade av de ordprofessionella - visst är det lyrik. Goda samtal med kollegor – visst är det tillväxt.

Med min rullväska och datorkånk åker jag vidare längs tunnelbanans undre vägnät – funderar lite över varför man så lite utnyttjar möjligheten här nere till offentlig utsmyckning. Men visst finns den här – kulturen. Mannen mitt emot mig läser Kafka, flickan med fiolen på T-centralen spelar med en hel CD-symfoniorkester och fyller hallen med ljuvliga toner. Man saktar ner lite för att höra mer – en liten stund bara. Sen raskt vidare till examination, till möte på CeFam, till Läkarförbundets studierektorsmöte.... Byter pärmar – rullar vidare med busskarta och tunnelbanepelan i handen ständigt kontrollerande min framfart.

Övernattar på olika soffor denna vecka – barnrikevillan i Älvsjö med 50-talslitografier av en kvalité vi sällan ser i nutid, en kaxigt grönmålad flygel och fina nära samtal med Leonard Cohen i bakgrunden. Lägenheten i Ekensberg med hela Stockholms nattljus utanför fönstret, som ett stilla fyrverkeri, och ett livs hopsamlade minnen från resor i hela världen att utforska.

Vi har delat en bråkdel av dem – resor i avlägsna dalar högt upp i Himalaya i det lilla bergslandet Ladakh. Vi delar minnen och vänner och respekt för detta Buddhistiska folk som lever på civilisationens yttersta gräns och hanterar livet med acceptans och värdighet även i tider av kaos och katastrof. Sjurummaren på Söder med högt i tak och fylld av minnen från ett långt liv. Farfaderns handmålade fåglar i hundratals på väggarna och 1900-talets konstnärer på höjden och bredden längs väggarna – presenter från förbipasserande under ett livligt 50-60 tal.

Nu är livet stilla, centrerat i det lilla sovrummet med de bästa böckerna, de närmaste bilderna, radions P1 och DN:s kultursida och inte minst korsorden. Den vackra lägenheten i Vasastan med systemens konst på väggarna, vackra orientaliska mattor – vi funderar över mönstren som ingen av oss sett förut - arbetspapper högt och lågt, vi tar turer vid mailen under kvällen – arbetar för mycket – åter dessa samtal runt vårt yrkes nav- vårt fokus. Vi har delat detta sen dag 1 i aulan på Sahlgrenska hösten 1973. Våra yrkesliv – så olika- så lika. Aldrig har vi ångrat valet.

En vecka har två dagar utan professionella möten. Nya åkremсор. Det finns 84 museer i Stockholm!! Strindbergsmuseet i Blå Tornet, Sven Harrys konstmuseum, Polhem på Tekniska museet, fantastisk Afghansk utställning på Etnografen en stilla fika på Bagdad café.

Kultur i kubik som de fantastiska åren i USA på 70-talet då jag läste litteraturhistoria, konsthistoria, filmhistoria.... eller under lediga helgdagar v3 i Stockholm. Kulturen i förbifarten, Umberto Ecco i bilen på väg till Borås på isiga vägar, Lars Lerin i affischform på mitt kontor, Mad Men i soffan när man inte orkar annat – visst är det den kultur som består, ger glädje och tillväxt.

Nu lämnar jag stafetten vidare till Peter Olsson som ofta tänker stora tankar högt där uppe i norr.



Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Fakta

Vecka 3 är SFAM:s årliga utbildning med träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens och ger behörighet att vara examinator i specialistexamen och värderare i SFAM:s regi för Mitt-i-ST.

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

Kvalitets- och Patientsäkerhetsrådet
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-tarmintresserade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
ture.ander@tpraktik.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

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

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

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

SFAMs kansli

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

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se

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

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

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

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND
Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

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

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmars.se

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

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

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

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

MALMÖ
Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Pierre Carlsson
pierre.carlsson@lthalland.se

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

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

SKARABORG*

* vilande

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

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

Redaktion
 Karin Träff Nordström, chefredaktör till och med nr 1/2012

Ingrid Eckerman, chefredaktör från och med nr 2/2012
 chefredaktor@sfam.se

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson, redaktör
 erland.svenson@gmail.com

Johanna Johansson, redaktionssekreterare
 SFAM

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

Layout
 Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 N. Hamngatan, 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 2012

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	30/1	14/3
2	9/4	22/5
3	3/9	16/10
4	12/11	19/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Kalendarium

2012

Mars
Läkare för miljön
 Lunch, årsmöte och föredrag
 18 Stockholm www.lakareformiljon.se

Svensk Allmänmedicinsk Kongress
 21-23 Luleå http://sfamnorbotten.se

April
Stockholms Obesitasdagar
 19-20 Stockholm www.obesitasdagar.se

Glesbygdsmedicin, primärvård i framkant
 25-26 Fjällgården Åre
 www.glesbygdsmedicin.info

Läkardagarna i Örebro: "Neurologi för alla"
 26-27 Örebro www.lakardagarna.se

Maj
Wonca Asia Pacific Regional Conference
 24-27 Jeju, Korea
 www.woncaap2012.org

September
European Forum for Primary Care – Konferens
 3-4 Göteborg

Oktober
ST-dagarna
 17-19 Örebro

Lösning till korsordet i nr 4-2011.

De tre först öppnade rätta lösningarna av korsordet i nr 4/11 skickades in av Mats Westrom i Luleå, Björn Lenner i Vetlanda och Börje Carlsson i Lyckeby som fått vars en bokcheck. Redaktionen gratulerar!

Svensk förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till 12:e nationella konferensen i Glesbygdsmedicin

"Glesbygdsmedicin, primärvård i framkant"

25-26 april 2012 Åre, Fjällgården

www.glesbygdsmedicin.info
 eller anmäl dig direkt till konferens@fjallgarden.se



	AR: KAME EN	NAONA JUNG-FRUN	OMT BASK-GRUPP	O	VAR DA VINCI, OCKSÅ	A	SÄGS OM SPÅD NYFOOD	SANN SKÖTISK JOHN	Ä	BLOD-NINGS NYANS	M								
	S	T	E	N	A	N	S	I	K	T	E								
	M	I	T	T	SAX	A	G	A	T	O	N								
TJOCK TRÖJA	A	AVKODA	T	Y	D	A	↓	SPETANS	T	A	N	A	N	S					
Ö	L	L	E	C	L	I	D	V	L	L	J	O							
HAL FTSK "SÄND" BURS	Ä	L	S	K	Ö	L	J	KURV-LINTAL	M										
E	N	V	O	Y	E	S	↓	VARA I NLET BETYG	Ä	R	↓	FÄSEL-LATE							
NÄMNDE	S	A	S	T	A	V	R	I	M										
VILD-KATT	R	S	T	Y	N	G	T	RESI	Ä	K	↓	TERNSÅG-FORDON	R	KRANS-KARL	V				
L	O	P	E	P	KURAGE	↓	ÅRS-ORT I AC-LAN	A	N	S	↓	SOMMAR-MÅNAD	J	J	L	I			
FISK MED RÅLDAGA	S	T	Ö	R	SÄRDES FÄGEL	↓	FETKAD	S	P	E	L	A	D						
	P	D	E	S	↓	QUERQUIS HARRESER FEMMA	E	K	↓	GES FÅ BANLIK	R	A	P	S	↓	TORRHUS	V		
	I	L	↓	KAN GATA BESTÅ AV	I	S	↓	VED-VANLIGT DOSMÄTT	T	R	Ä								
STOR MAKT	H	↓	OFÄRGAD	V	↓	BEHAG-FULL SAK BYRÅ	B	E	H	Ä	↓	ÄR SAND-JORD	M	O	I	G			
Ü	S	A	↓	ÄR GR ETT	I	T	U	↓	VITVARU-FÄRBE-KANT	Ä	↓	STJÅLA	I	↓	FINT AV KRISTALL ÅGER	G	L	A	S
UTMÅT-TÄNDE	T	R	Ö	T	S	A	M	T	↓	H	↓	LÄGLAND	TYSK TRAKTOR-TILLVERKARE	↓					
SÄSON	Ä	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
E	N	L	I	G	T	↓	GEORGIA PARTY-DROS	G	A	↓	LÄNG TIDS-RYMD	Ä	R	L	D	E	N		
KILT	D	A	K	T	I	G	↓	BLIR DOW TILL VÄRDESS	D	E	↓	SA	↓	NONSHA-LANT UTROP	GEMEN JUNGFRU	O	N	D	
I	G	E	↓	LÄGT ÅR SÛRT	P	H	↓	MÄTT-LIGT BETYG	O	N	Ä	M	N	D	E				
S	Ä	T	↓	↓	R	I	B	B	A	N	↓	H	Ö	G	T	S	B		

Hyrddoktor med glesbygdsmedicin på hjärnan?

Sven-Ingvars sjöng "Kristina från Vilhelmina" för länge sen, men jag har varit lite nyfiken på Vilhelmina sen dess. Någon gång ska jag dit, och Kittelfjäll med all offpistskidåkningen i lössnö ligger ju alldeles bredvid... Näja 13 mil bort bara.

Så i vintras tog jag några veckors komp och tjänstledigt från min tjänst vid en liten vårdcentral bara två mil från ett läns sjukhus. Jag behövde andas frisk Norrlandsluft, var sugen på lite äventyr och jag såg att Vilhelmina sjukstuga sökte stafettläkare.

Hyrläkarfirmans agent sa:

Vilhelmina? Dom kräver att läkaren skall ha glesbydsmedicinsk kompetens!

Jaha?

Ja, man ska klara ensamarbete och våga ta hand om det mesta, som till exempel akuta sjukfall.

Ensam? Frågade jag, idiotiskt, finns det inte sjuksköterskor, eller lokalvårdare? Ska jag städa själv?

Jag vet inte, blev det tveksamma svaret, men jag tror inte att du blir helt ensam.

Akuta sjukfall?

Ja frakturer och hjärtinfarkter och så...

Det får bära eller brista, tänkte jag och berättade att jag är med i Svensk Glesbygdsmedicinsk förening och har varit på flera glesbygdsmedicinska konferenser i föreningens regi. Jag kan det mesta efter detta och Sjukstugemodellen är min "second nature". Detta ska nog gå bra, sa jag.

Jag läste på om frakturer och hjärtinfarkt och en solig söndag bar det av med Nextjet till Vilhelmina Airport. En taxi tar mej snabbt till mitt livs första "stugmotell". Bekvämt placerat bara 300 meter från sjukstugan får jag min lilla enrums "stuga" med dusch.

Taxichauffören hade på norrlänningars vis genast fått ur mej att jag var veckans hyrläkare och visat mej hela Vilhelmina och inte minst sjukstugan. Det var en stor tegelbyggnad! Skulle jag vara ensam där? Grubblande hade jag lite svårt att sova.

Nästa dag gick det inte många minuter förrän jag skrattade åt mina farhågor. Jag hälsade på flera kollegor, sköterskor och flera andra ur den 50-hövdade proffsiga medarbetarstaben, inklusive städerskan. Jag visades runt på en stor sjukstuga med läkar- och distriktssköterskemottagning, röntgen, lab, bvc, mvc, akutavdelning med sex vårdplatser och ambulansstation. Akutrummet var välorganiserat och det fanns utrustning och mediciner för de flesta situationer. Självförsörjande var det ord som slog mej. Och tur är det för det är 12 mil till närmsta sjukhus i Lycksele, och 24 mil till universitetssjukhus i Umeå.

Det var bara att sätta igång med glesbygdsmedicinen och den var allt annat än ensam. Trevliga, tålga patienter, ett bra teamarbete med duktiga sköterskor gjorde det intressant. De



för mig från "Sörlandet" fantastiska resurserna, som digital röntgen samma dag, labanalyser direkt och möjlighet att följa patienterna inneliggande på akutvårdsavdelningen var både en utmaning och en källa till lycka. Visst blev det frakturer och någon hjärtinfarkt men även hela spektrat av vanliga och ovanliga tillstånd som gör vårt yrke så intressant.

Nattetid är det avdelningssköterskan på akutvårdsavdelningen tillsammans med ambulanspersonalen som håller koll och ringer in doktorn vid behov. Då ingår även sjukstugorna i Dorotea och Åsele i distriktet som ju känns gigantiskt. Några gånger traskade jag fram och tillbaka mellan sjukstugan och stugmotellet på kvällar och nätter men det mesta kunde lösas på telefon eftersom medarbetarna är vana att använda sin kompetens och tar stort ansvar.

Jag kom faktiskt till Kittelfjäll också och det var lika magiskt som jag hade föreställt mej. En helg med offpist i liftsystemet. Jag behövde inte klättra för att hitta lössnö och göra egna spår, trots att det inte hade snöat på över två månader. Hur ska det då inte vara en snöig vinter? Jag åker gärna tillbaka och tar reda på det och jobbar i Vilhelmina på den fina sjukstugan.

För att hålla glesbygdsmedicininformen god tänker jag inte missa Konferensen i Åre som Svensk Glesbygdsmedicinsk Förening, www.glesbygdsmedicin.info, anordnar 25-26 april 2012.

Kristina Aggeborn
Hammarö, Värmland
kristina.aggeborn@gotting.com