

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2012 ÅRGÅNG 33



Årets FoU-konferens sid 4

Alkoholens effekt på hjärta och kärl sid 44 • Ska 90-åringar ha fettsänkare? sid 50

- 3 Ledare – Bygg relation till dina politiker!**
Karin Träff Nordström
- 4 Årets FoU-konferens**
Gösta Eliasson
- 6 Diagnostiskt centrum – ett pilotprojekt inom nordöstra Skåne**
Annika Åkerberg
- 9 Chefredaktör – Att leva med AllmänMedicin**
Ingrid Eckerman
- 10 Antibiotikaförskrivning till barn med akut mediaotit**
Carina Hedström
- 13 Allmänmedicin på Medicinska riksstämman**
- 14 Allmänmedicinens roll i förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett policydokument**
- 17 Visst vill patienterna diskutera sina levnadsvanor!**
Mette Barth, Ulrika Grahn
- 20 Idrottsläkarna bör vara specialister i allmänmedicin**
Erland Svenson
- 22 Nyttan med primärvård och allmänmedicin**
Ingrid Eckerman
- 23 Recension: Läkares yrkesliv**
Peter Olsson
- 25 Nationella forskarskolan i allmänmedicin bygger broar mellan unga forskare**
Lars H Lindholm, Olov Rolandsson
- 29 Konsultationsprocessen – hela vårdcentralens angelägenhet**
Dorte Kjeldmand, Henning Pedersen
- 31 God sinuitbehandling på Mölndals vårdcentral?!**
Sara Holzapfel
- 34 Pris för bästa avhandling: Kristian Svenberg om mötet**
Kristian Svenberg
- 35 Pristagare och prisnominering**
- 36 Fortbildningen måste få mer utrymme!**
Gösta Eliasson
- 37 SPUR-inspektioner fortsätter – IPULS läggs ner**
Gösta Eliasson, Eva Jaktlund
- 39 "The good enough GP"**
Björn Landström
- 41 Folkhälsoikonen Michael Marmot hedersdoktor i Malmö**
Ingrid Eckerman
- 42 Recension: Shamanens sång**
Bengt Järhult
- 43 Recension: Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter**
Karin Lindhagen
- 45 Alkoholens effekt på hjärta och kärl**
Sven Wåhlin
- 49 Är det allmänmedicinska gräset grönare i Slovenien?**
Hans Thulesius
- 50 Ska 90-åringar ha fettsänkare?**
Ingrid Eckerman m.fl.
- 52 Recension: Det krökta rummet**
Erland Svenson
- 53 Recension: Patient.nu**
Ulf Österstad
- 54 Rådgivning om lågkolhydratkost till patienter med diabetes typ 2 gav förbättrad sockerkontroll**
Hans Guldbrand
- 57 9:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvård**
- 58 Recensioner: Kropp och ord**
Erland Svenson, Peter Olson
- 60 Kulturspalten: Om läsning**
Patrik Warg
- 62 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 64 Krönika: Med hopp om förståelse**
Olle Hellström

Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

Skriv i AllmänMedicin!

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

Annons

Bygg relation till dina politiker!

” Det räcker dock inte att synas i media och frågan är väl om det ens är det mest effektiva sättet att påverka på? ”

Styrelsen och jag har fått i uppdrag att synas mer. Oftast menas då att vi ska synas mer i media via debattartiklar, pressmeddelanden om våra policydokument, med mera.

Syftet med att vi ska synas är att vi ska kunna påverka politiker och tjänstemän så att de förstår att en väl utbyggd primärvård med tillräckligt många allmänläkare och där varje invånare har sin personliga doktor är ett kostnadseffektivt sätt att bedriva sjukvård på.

Det räcker dock inte att synas i media och frågan är väl om det ens är det mest effektiva sättet att påverka på? Jag tror mer på att bygga relationer med tjänstemän och politiker och att via dialog med dem bygga framtidens primärvård. Detta arbete måste huvudsakligen ske lokalt/regionalt för att påverka ackrediteringsvillkor och regelböcker för våra respektive Vårdvalssystem.

Vi behöver också arbeta nationellt, i dialog med företrädare för riksdagspartierna, socialdepartementet, SKL och socialstyrelsen i syfte att få dem att påverka landsting och regioner i den riktning vi av så många goda skäl vill gå.

Hur skapar man då dialog? Inte genom att upprepa våra slitna mantran ”en på femtonhundra” eller ”om vi bara blir tillräckligt många allmänläkare löser sig allt” – hur sanna de än må vara. Min upplevelse är att dessa fraser får politiker att stänga öronen.

Om vi vill att beslutsfattarna ska lyssna på oss måste vi vara beredda att lyssna på dem. Efter varje möte bör de gå därifrån med en tydligare och sannare bild av primärvården och vi bör lämna mötet med en större förståelse för deras världsbild. Endast så kan vi tillsammans med dem forma framtidens sjukvård på bästa sätt.

För att skapa dialog måste man också bygga relation. Att lära känna politiker och tjänstemän tar liksom alla relationer tid och måste få göra det.

Styrelsen och företrädare för SFAMs råd arbetar på nationellt plan för att skapa tillfällen till dessa dialoger. Bara under de år jag suttit i styrelsen har vi nått framgångar på flera områden, främst kanske när det gäller kvalitetsregistren. Idag har beslutsfattarna förstått att man inte kan begära att vi manuellt ska registrera data i nationella kvalitetsregister och att diagnosbaserade register passar dåligt för primärvården. SKL har gett pengar till att utreda möjligheterna att skapa ett Nationellt kvalitetsregister för primärvård. Mycket arbete återstår inom detta och andra områden, och vi arbetar oförtrutet vidare.

För att påverka vårdvalssystemen måste merparten av arbetet ske lokalt, och där har SFAMs lokalföreningar en nyckelroll. Ta kontakt med era lokala politiker och tjänstemän. Erbjud er kompetens och ert engagemang för att ge dem un-

derlag för kloka beslut. Odlar relationer över tid och förvänta er inte snabba resultat. Med tålamod och en tydlig riktning för vart vi vill gå kan vi påverka utvecklingen åt det håll vi vill, oftast mycket mer än vi tror.

Så lyft blicken från mottagningsrummet, ta kontakt med din lokalförening och jobba tillsammans för en utveckling mot den primärvård vi alla behöver!



Karin Träff Nordström
ordförande
ktn@sfam.se

Årets FoU-konferens:

Fokus på kvalitetsregister och ST-läkarnas vetenskapliga arbeten

Referat från Nationell FoU-konferens för primärvården 9-10 maj 2012 i Stockholm.



Håkan Berg. Foto: Gösta Eliasson.



Kjell Lindström. Foto: Gösta Eliasson.

Centrum för allmänmedicin, CeFAM, i Stockholm stod i år som värd för den FoU-konferens som alltsedan 1985 arrangeras på olika platser i Sverige. Syftet med konferensen är att ge personalen vid landets FoU-enheter möjlighet att träffas och utbyta idéer och erfarenheter.

Under den första dagen kunde deltagarna välja mellan så olika diskussionsämnen som akademisering av primärvården, hur FoU kan överleva i vårdvalssystem, utformning av hemsidan för FoU-enheterna och problem och möjligheter runt ST-läkarnas vetenskapliga arbeten.

Under dag två gavs en redogörelse för fördelar med att registrera nationella kvalitetsindikatorer inom primärvården, framförd av en engagerad Måns Rosén, tidigare på Socialstyrelsen, men numera direktör för SBU och professor i medicinsk metodutvärdering vid Karolinska Institutet.

Kjell Lindström, med dr och verksam vid Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping, redogjorde å sin sida för de problem som uppstår om befintliga nationella kvalitetsregister som initierats av andra specialiteter ska användas inom primärvården. Han framhöll i stället betydelsen av den lokala kvalitetsuppföljningen, som borde vara en självklarhet.

Malin André, docent och verksam vid FoU-enheten i Uppsala, redogjorde för SKL:s projekt för utveckling av kvalitetsregister anpassade för primärvård, i vilket hon deltar som kontaktperson.

En avslutande paneldiskussion om för- och nackdelarna med kvalitetsregister modererades av Eva Törnvall, FoU-enheten för primärvård i Östergötland. I panelen satt Kjell Lindström, Margareta Möller, chef vid vårdvetenskapligt forskningscentrum i Örebro, Gösta Eliasson, f.d. chef för Familjemedicinska institutet (Fammi) samt Bodil Klintberg från SKL.

Ansvarig för konferensen var Ylva Skånér, allmänläkare, nybliven docent och verksam vid CeFAM med en avhandling om beslutsfattande vid diagnostik av hjärtsvikt i bagaget. Hon har genom åren genomfört otaliga primärvårdsprojekt, bland annat tillsammans med f.d. medicinalrådet Mats Ribacke. Hon sade sig vara mycket nöjd med att ett sjuttioal personer kommit till konferensen. Själv har hon deltagit i FoU-konferenserna sedan tidigt 90-tal.

Ylva Skånér tycker att en av höjdpunkterna under mötet var ett seminarium om ST-läkarnas projektarbeten, modererat av Håkan Berg, allmänläkare och med dr från FoUU-enheten i Halland.

– Det finns ju inga tydliga regler för hur Socialstyrelsens föreskrifter ska tolkas vad gäller omfattning och innehåll, så det behöver verkligen diskuteras. Det fanns tidigare en viss motvilja hos ST-läkarna mot att genomföra vetenskapliga arbeten. Vi har arbetat mycket med detta och nu upplever jag att det har svängt och att läkarna ser det som ett naturligt moment i utbildningen. Dessutom har kvaliteten av deras arbeten blivit bättre, säger Ylva Skånér.



Ylva Skånér (t v) överräcker den märkliga stafettpinnen till Margareta Möller som inbjuder till nästa FoU-konferens. Foto: Gösta Eliasson.

Kjell Lindström kunde å sin sida konstatera att det sakta men säkert börjar gå upp för SKL och huvudmän att primärvården inte kan använda samma register som andra specialiteter, t ex ortopedi.

– Att registrera vad man gör på sin mottagning är nödvändigt, men det är inte alla som förstår skillnaden mellan nationella kvalitetsregister och egen uppföljning. Det behövs mer kunskap om detta hos allmänläkarna och huvudmännen. Men jag har förtroende för Bodil Klintberg på SKL:s kansli för nationella kvalitetsregister, som verkar förstå var primärvårdens särskilda behov och problem ligger när det gäller registren. Det gjorde de minsann inte för 3-4 år sedan, säger Kjell Lindström.



Gösta Eliasson
Ordförande i SFAMs utbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se



Diagnostiskt centrum – ett pilotprojekt inom nordöstra Skåne

Varför fördröjs en allvarlig diagnos för lång tid med patientens ögon sett? Går det att påskynda förloppet med ny organisationsmodell? Detta är mina upplevelser som allmänmedicinare av ett projekts födsel.

Jag har arbetat som distriktsläkare i 34 år och alltid trivs med mitt val – det har varit omväxlande, eller som vi brukar säga här på min vårdcentral: varje dag innebär möjlighet att läsa en livsroman och dessutom få betalt för det!

Senaste drygt tio åren har jag haft uppdrag som koordinator av 15 AKO (distriktsläkare som arbetar som AllmänläkarKonsulter/broar gentemot sjukhusen) här i nordöstra hörnet av region Skåne. Detta uppdrag innebär numera en hel del samarbete på regional nivå med mina tre koordinatorskollegor förutom på den lokala nivån.

I maj 2011 tog Charlotta Sävsblom, projektledare inom Regionala Cancer-Centrum Syd kontakt med mig. Hon ville ha förslag på en allmänläkare som kunde delta i ett projekt, som då pågick några månader, och som skulle handla om hur man kan effektivisera diagnos av allvarlig sjukdom, där cancer beräknades

svara för drygt 15 % av diagnoserna. Tidig diagnos av cancer innebär möjlighet till tidig behandling och därmed bättre prognos och sett ur patientperspektiv minskad oro.

Var jag intresserad?

Svaret var givet. Jag hade vid flera tillfällen upplevt frustration då utredning av patient med misstanke om allvarlig sjukdom drog ut på tiden, och där jag hade en känsla av att jag inte hade kontroll över hur lång väntetiden var till olika undersökningar och därmed inte kunde styra utredningen adekvat. Jag hade också varit i kontakt med Utvecklingscentrum inom region Skåne och där fått en inblick i en patients väg genom utredning – ingen uppmuntrande beskrivning!

Så: mitt svar blev JA – jag tar på mig uppgiften själv. Tyckte det var ett typiskt uppdrag inom mitt AKO-uppdrag – d.v.s. ett samarbetsprojekt där primärvård och specialiserad sjukhusvård var lika viktiga.

En projektgrupp bildades där förutom mig ytterligare två allmänmedicinare ingick, en labmedicinare, två representanter från röntgen, en patolog, två representanter från medicinkliniker. Några av represen-

tanterna var dessutom klinikchefer vilket jag fann lovande för den framtida implementeringen. Det var bra, att inte vara ensam allmänmedicinare – generellt sett viktigt i alla projekt, där olika samverkansmodeller skall diskuteras gentemot sjukhusens specialister. Vi kallades till möte ett par gånger per månad och fick med oss hem olika arbetsuppgifter att fullfölja inför nästa möte. Senvåren var intensiv och effektiv.

Jag fick snart klart för mig, att för mig och mina kollegors del innebar projektet att vi måste omvärdera patienter som söker med de symtom som inkluderades i kriterierna – de måste triageras till en halvaktid i stället för att kanske behöva vänta i värsta fall ett par veckor på tid. Och för att effektivisera processen måste vi följa en gemensam struktur runt den basala utredningen.

Projektgruppen for på studieresa till Silkeborg i Danmark, där man startat en modell av diagnostiskt centrum (Tvärfacklig Dagklinik, TD) som vi fann lämplig att testa i Skåne. De hade arbetat med denna modell sedan 2009 och hade flera olika forskningsprojekt ledda av allmänmedicinare kopplade till modellen för att bl.a. möjliggöra förändring av mo-

Faktaruta 1

Kriterier

1. Ofrivillig viktnedgång > 5 kg
2. Långvarig feber utan känd orsak
3. Nyttillkommen trötthet
4. Smärta – muskulär/skelett
5. Patologiska prover: SR, kalcium, Hb
6. Metastas utan känd primärtumör

Faktaruta 2

Steg 1

Anamnes, status

Obligatorisk provtagning:

Patientnära analyser på vårdcentralen:
Hb, CRP, glukos, urin-sticka, f-Hb, vikt/
BMI, EKG, PEF, saturation.

Kompletterande provtagning som analyseras på kemlab: TSH, vita blodkroppar, kreatinin, kalium, ALAT, GT, ALP, p-amylas, kalcium, albumin, homocystein.

Röntgen lungor, ultraljud buk

Faktaruta 3

Steg 2

Provtagning på vårdcentral i samband med att remiss till DC beslutats svar. Handläggs av DCs läkare. Järn, TIBC, natrium, cystatin C, kalciumjon, urat, bilirubin, NT-pro-BNP, A-tTG-IgA, analyskombination bindvävsjukdomar, Hepatit A, blodsmitta-screening, borrelia, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, samt på män PSA.

dellen. Vi fick ett fantastiskt mottagande, där vi lotsades runt på sjukhuset och fick se de olika lokaler man arbetar inom och träffa de aktörer som samverkade.

Danmark har sämre överlevnad i cancer än Sverige, vilket gjort att man startat en nationell cancerstrategi under tidigt 2000-tal. Regionhospitalet i Silkeborg, som ligger i Mittjylland, nappade snabbt på ett TD-projekt. Man hade en väl fungerande röntgenavdelning och medicinklinik men var nedläggningshotade. Att gå in i detta projekt medgav att sjukhuset kunde överleva och man kunde utnyttja befintlig kompetens. Start skedde 2009, dvs. man hade vid vårt studiebesök arbetat drygt två år. Antalet remisser från traktens allmänläkare var betydligt färre än förväntat. Man beräknade att remissfrekvensen låg på cirka 21 % av förväntat antal. Anledningen till detta var man inte klar över.

Kriterierna för remiss till TD byggde på studier där man undersökt första kontaktsak för patienter som senare visade sig ha en malign sjukdom. Man hade valt ut de fem vanligaste orsakerna och enats om att ha dessa som ingångskriterier. Tre större forskningsprojekt pågår i anslutning till TD, dessa projekt bedrivs alla av allmänläkare.

Stärkta av den entusiasm som våra danska kollegor visade återvände vi till Skåne för fortsatt arbete med vårt egna

projekt. En rapport blev klar i slutet av 2011, och i januari 2012 beslöt styrgruppen för projektet att ett pilotprojekt Diagnostiskt centrum (DC) skulle starta vid Centralssjukhuset i Kristianstad (CSK) hösten 2012 med modell liknande den danska tvärfackliga dagkliniken.

Vi enades om, att använda oss av de danska kriterierna och lade till ”metastas utan känd primärtumör” (faktaruta 1).

Vi modifierade den danska modellen så att allmänläkaren i steg 1 tar prover, som man i vanliga fall tar i en grundutredning på primärvårdsnivå och om dessa inte ger facit kompletterar man med provtagning inför besök på Diagnostiskt centrum i steg 2 (faktaruta 2 och 3).

En ny projektgrupp bildades, bestående av fem personer, varav jag var den enda allmänmedicinaren. Vårt uppdrag var att precisera hur projektet skulle utformas; logistiken, personalbemanning, implementering m.m.

Grundtanken är att vi med hjälp av en strukturerad, schematisk och effektivt koordinerad utredning i samverkan mellan allmänmedicin och sjukhusets specialkliniker skall skapa förutsättningar för en så snabb diagnos som möjligt på patienter med misstänkt allvarlig sjukdom (varav slutresultatet inte alltid visar sig vara just cancer – andra sjukdomar som diagnostiseras kan vara inflammatoriska tarmsjukdomar, reumatiska sjukdomar, infektioner mm). Utredningen sker i två steg varav vi på vårdcentralerna svarar för steg 1 och Diagnostiskt centrum för steg 2 (bild 1).

Under våren 2012 höll jag i min egenskap av AKO-koordinator i ett möte för Hälsovalsenheternas verksamhetschefer och medicinska rådgivare – såväl regional enheter, som privata enheter. Vid detta möte deltog projektledaren Charlotta Sävbom. Vi presenterade pilotprojektet och tillfälle till diskussion gavs. Vi fick såväl positiv som negativ respons från deltagarna vid detta möte. Några ifrågasatte att projektet skulle tillhöra medicinkliniken – det skulle kunna utarma allmänmedicinarens arbetsuppgifter och ifrågasätta hennes kompetens. Vissa fruktade att det skulle bli många remisser på patienter som hade inklusionskriterierna, men där man som allmänläkare egentli-

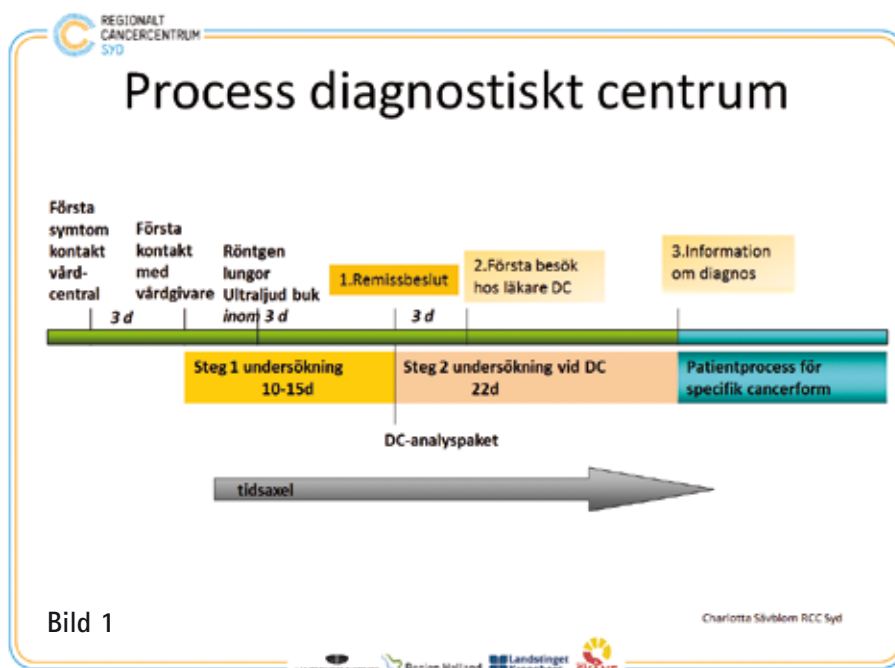


Bild 1

gen inte misstänkte allvarlig sjukdom. Detta skulle kunna leda till köbildning på Diagnostiskt centrum. Andra var dock positivt inställda och menade att detta var ett efterlängtat instrument där utredningsgången kunde snabbas upp.

I projektgruppen var vi alla överens om att utvärdering var viktig och att den skulle skötas via personer med forskningsmeriter. Av den anledningen togs kontakt med professor Jan Sundquist på Centrum för primärvårdsforskning (CPF) i Malmö. Han ställdes sig positiv till att medverka i utvärdering av olika parametrar under projektet (faktaruta 4).

Faktaruta 4

Utvärdering via CPF

Primär frågeställning: Ledtider inom steg 1 resp steg 2, samt total utredningstid.

Sekundära frågeställningar (exempel):

Förkortar DC ledtider jämfört med sedvanlig diagnosprocess?

Hälsoekonomisk analys; Leder DC till förändring i sjukskrivningsmönster; sjukvårdskonsumtion; läkemedelsanvändning? Patientens upplevelse av omhändertagandet via DC.

Som enda allmänmedicinare i projektgruppen hade jag tillsammans med projektledaren en nyckelroll i planeringen för DC under våren 2012. Jag deltog i ett flertal möten där vi tillsammans motiverade olika strategier för dem som blev berörda. Det tog ganska mycket tid och energi i anspråk, men jag upplevde det som meningsfullt och intressant.

Informatörer från såväl Hälsovalskontor som sjukhuset kopplades in och en presskonferens ägde rum i juni månad. PM för remittering utarbetades och personal anställdes till DC. Ytterligare information planerades under september månad till distriktsläkare och distriktsköterskor i triage. Kontakt togs också med vår regionala ansvariga för Triagehandbok 2011, där vi tyckte det fattades ett kapitel om misstänkt allvarlig sjukdom. Vi ville få in förslag på handläggning av de symtom som ingår som kriterier i projektet.

Nu i slutet av augusti månad 2012 är projektgruppen klar med förberedelserna för öppnande av Diagnostiskt centrum på Centralsjukhuset i Kristianstad, lokalerna håller på att iordningsställas och

måndag den 1 oktober slås portarna upp.

För mig har det varit intressant att få vara en del av detta projekts tillblivelse, och jag ser med spänd förväntan fram mot det kommande året och den utvärdering som kommer att ske med bistånd från Centrum för Primärvårdsforskning i Malmö.



Annika Åkerberg

Koordinator AKO Kristianstad/Hässleholm
Annika.S.Akerberg@skane.se

Annons

Att leva med AllmänMedicin

När detta skrivs har jag i drygt två veckor levat med AllmänMedicin nästan dygnet runt.

Vårt två dagars redaktionsmöte i Fjällbacka blev en lågbudgetkonferens i sjöbod med pizza till lunch. Mötet var så intensivt att vi missade att ta en bild av redaktionen. Dagordningen var lång – men vi var klara tre minuter före utsatt tid.

Gösta Eliasson bidrog med planer för temanumret om fortbildning. Med Mediahuset, som producerar AllmänMedicin, diskuterade vi en framtida hemsida. Det skulle göra artiklarna sökbara och ge fler möjlighet att läsa dem.

Väl hemma vidtog ett två dagars sammanträde med SFAMs styrelse. Därefter började genomgången av det digra material som inkommit. En sista granskning, se till att alla detaljer finns med för layoutaren, och så skicka iväg. En härlig känsla när allt fler filer flyttas från mappen ”redigerat” till ”skickat”! Nu börjar väntan på första korrektur.

Jag har fått beröm för 2/2013. En del var förberett av den förra redaktionen, och utan övriga redaktörer hade jag aldrig klarat det. Jag har varit borta från klinisk verksamhet i 15 år. Det kräver mycket bollande med redaktörerna.

Jag vill tacka redaktionen. Karin Lindhagen, Uppsala, är en gammal SFAM-aktivist. Vi möttes för 10 år sedan på skonaren Lady Ellen. Hennes erfarenhet, rättframhet och envishet är stora tillgångar. Erland Svensson från Fjällbacka



bidrar med patientcentrerade tankar och klokskap. Staffan Olsson, Eslöv, har av personliga skäl minskat sin arbetsinsats. Vi hoppas få behålla honom som ett viktigt bollplank.

Sist, men inte minst, vill jag tacka alla skribenter! Utan er hade inte AllmänMedicin funnits. Jag hoppas att ni fortsätter lika flitigt. Gör inte som jag – som trodde man måste vara särskilt utvald. Nu vet jag att alla kan komma med bidrag, stort eller litet, seriöst eller komiskt, vetenskapligt eller påhittat.

Och så hoppas vi kunna värva några fler medarbetare. Du som har lust att läsa och redigera artiklar, hör av dig!



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Fler redaktörer till AllmänMedicin!

Redaktionen behöver påfyllning av äldre och yngre kollegor som kan komma med tips och hjälpa till med att läsa och förbättra insänt material. Som i allt ideellt arbete måste arbetsmängden anpassas till individen. Vi behöver både den som kan läsa och redigera enstaka artiklar och den som vill vara med och planera hela tidningen.

Har du haft kontakt med eller vet någon som skulle kunna bidra till redaktionsarbetet? Kanske är du intresserad själv?

Hör av dig till chefredaktör Ingrid Eckerman för mer information. E-post chefredaktor@sfam.se, telefon 08 600 15 56.

Antibiotikaförskrivning till barn med akut mediaotit – en jämförelse mellan 2001 och 2011

Ett av de största hoten mot dagens och framtidens sjukvård är antibiotikaresistens. Minskad användning av antibiotika är därför nödvändigt. Läkemedelsverket i samarbete med Strama anordnade 2010 ett expertmöte om akut mediaotit där syftet var att ge nya rekommendationer för behandling och uppföljning. En kartläggning av behandling för akut mediaotit på Vårdcentralen Landvetter mellan åren 2001 och 2011 visar en minskad användning av antibiotika.

Inledning

Akut mediaotit (AOM) är den vanligaste bakterieinfektionen hos barn. Vid 2 års ålder har cirka 70 % haft minst en episod av AOM. Infektionen orsakas vanligen av *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* och *Streptococcus pyogenes* (grupp-A streptokocker), där pneumokocker är den vanligaste orsaken till AOM. Även virus är en viktig orsak till AOM [1].

Från 1990-talet och fram till idag har rekommendationerna avseende behandling för AOM ändrats. För barn i åldern 1–12 år rekommenderas nu aktiv exspektans med symtomatisk behandling, och antibiotikabehandling bör endast ske om komplicerande faktorer föreligger (Tabell 1). Till komplicerande faktorer räknas svår värk trots adekvat analgetikabehandling, infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling, missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra, tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur, cochleainplantat, känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr) samt känd sensorineural hörselnedsättning [2, 3, 4, 5, 6]. Barn med misstänkt otit bör erbjudas tid för undersökning inom ett dygn, och vid tecken på svårare infektion måste läkarundersökning erbjudas akut [7, 8].

Tabell 1. Rekommenderad behandling till barn mellan 1 och 12 år med AOM.

Okomplicerad otit	Aktiv exspektans och symtomatisk behandling
Bilateral otit hos barn under 2 år samt perforerad otit oavsett ålder	Penicillin V 25mg/kg x 3 (max 1,6g x 3) i 5 dagar
Penicillinallergi	Erytromycin 10mg/kg x 4 (alt 20mg/kg x 3), till barn >35 kg kapsel 250mg x 4 (alt 500mg x 2) i 7 dagar
Recidiv	Penicillin V 25mg/kg x 3 alt Amoxicillin 20mg/kg x 3 i 10 dagar
Terapisvikt	Amoxicillin 20mg/kg x 3 i 10 dagar

Resistensutvecklingen mot antibiotika hos bakterier ökar i hela världen. Mycket tyder på att en minskad antibiotikaförbrukning skulle kunna motverka denna utveckling, och man strävar därför mot detta mål [1].

Syftet med projektet var att kartlägga och jämföra antibiotikaförskrivningen på Vårdcentralen Landvetter till barn mellan 1 och 12 års ålder med diagnosen AOM under åren 2001 respektive 2011 samt att ta reda på huruvida de nya rekommendationerna som kom 2010 följs.

Vårdcentralen Landvetter har cirka 10 000 listade patienter och antalet patienter har varit relativt konstant de senaste 10 åren. Flera av de läkare som arbetade på vårdcentralen 2001 är fortfarande i tjänst. Vårdcentralen har sex distriktsläkare anställda samt fyra ST-läkare och en till två AT-läkare. Ingen tillfällig läkare (stafett-/hyrläkare) har varit anställd under de perioder som studerats.

Metod

Projektet har en kvantitativ design och är en icke experimentell, retrospektiv journalgenomgång. Urvalet av patienter gjordes genom att söka i applikationen Rave på barn i åldern 1–12 år med diagnoserna H660, H664 och H669 under åren 2001 och 2011. Patienter under 1 år och över 12 år exkluderades liksom patienter med

felaktigt satt diagnos (otitkontroller), patienter som erhöll antibiotikabehandling för annan samtidig infektionssjukdom samt patienter med rörotit.

Behandlingen av AOM indelades i aktiv exspektans, aktiv exspektans med reservrecept, penicillin V, amoxicillin, erytromycin samt övriga antibiotika (amoxicillin + klavulansyra, lorakarbef och cefadroxil). Behandlingstiden indelades i fem, sju, tio eller okänt antal dagar. Dygnsdosering av antibiotika indelades i 1-dos, 2-dos, 3-dos och okänd dos. Patienterna har på grundval av beskrivning av anamnes och status i journaltexten indelats i antingen komplicerad eller okomplicerad AOM.

Resultat

Sökning för året 2001 gav 161 patienter. Av dessa var 88 pojkar och 73 flickor. 112 av patienterna hade ett vårdtillfälle registrerat under året, 19 av patienterna hade två vårdtillfällen, fyra av patienterna hade tre vårdtillfällen, tre av patienterna hade fyra vårdtillfällen och en patient hade fem vårdtillfällen. Fyra patienter var under 1 år och två patienter var över 12 år varför dessa exkluderades. Ytterligare 16 patienter exkluderades på grund av felaktigt satt diagnos, samtidig antibiotikabehandling för annan infektionssjukdom samt rörotit. Detta resulterade i 179 patientbesök.

Sökning för året 2011 gav 116 patienter. Av dessa var 64 pojkar och 52 flickor. 75 av patienterna hade ett vårdtillfälle registrerat under året, 18 av patienterna hade två vårdtillfällen och fyra av patienterna hade tre vårdtillfällen. Fem patienter var under 1 år och två patienter var över 12 år varför dessa exkluderades. Ytterligare 12 patienter exkluderades på grund av felaktigt satt diagnos, samtidig antibiotikabehandling för annan infektionssjukdom samt rörotit. Detta resulterade i 123 patientbesök.

Under 2001 var penicillin V den vanligaste behandlingen för AOM. Under 2011 var aktiv expektans (med och utan reservrecept) en lika vanlig behandlingsstrategi som penicillin V. I de fall där reservrecept utfärdades, förskrevs penicillin V i 3 av 4 fall 2001 och i 26 av 28 fall 2011. De tre övriga reservrecepten utfärdades på amoxicillin (två recept) och amoxicillin + klavulansyra (ett recept) (Figur 1 och 2).

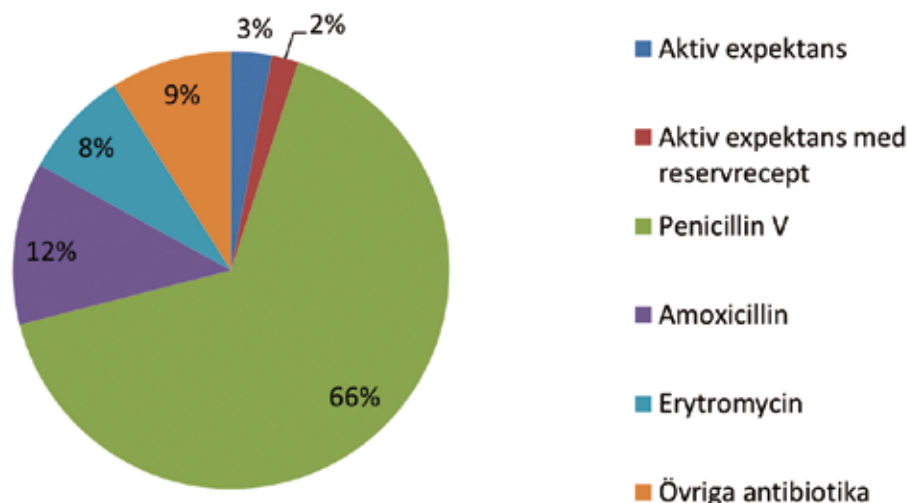
Under 2011 förskrevs till största delen dygnsdosen i 3-dos jämfört med 2001 där dosförfarandet var 2-dos. Behandlingslängden var under 2011 till största delen 5 dagar medan det i cirka hälften av fallen 2001 var 5 dagars behandling. (Även behandling av terapivikt, recidiv och behandling vid penicillinallergi är medräknade.) (Figur 3 och 4).

Under åren 2001 och 2011 var andelen okomplicerade och komplicerade otiter relativt konstant, 75 respektive 73 procent för okomplicerade otiter samt 25 respektive 27 procent för komplicerade otiter. Under 2011 ser man en minskning i antibiotikaförskrivning. Om reservrecept aldrig löstes ut har antibiotikaanvändningen under 2011 minskat från 95 till 58 procent jämfört med 2001. Även om samtliga reservrecept löstes ut ses en minskning av antibiotikaförbrukningen mellan åren 2001 och 2011 från 97 till 82 procent.

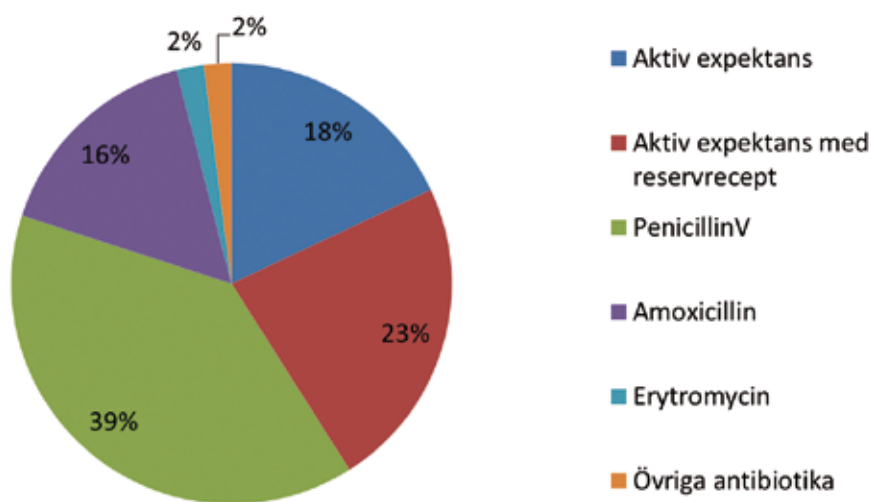
Diskussion

Projektarbetet visar att antibiotika förskrevs i färre fall 2011 jämfört med 2001. Man hade ofta en diskussion med patienten (föräldrarna) kring behandlingen och reservrecept förekom i relativt stor omfattning. Enligt de nya rekommendationerna är detta ett alternativ om praktiska

Figur 1. Behandling av akut mediaotit 2001.



Figur 2. Behandling av akut mediaotit 2011.



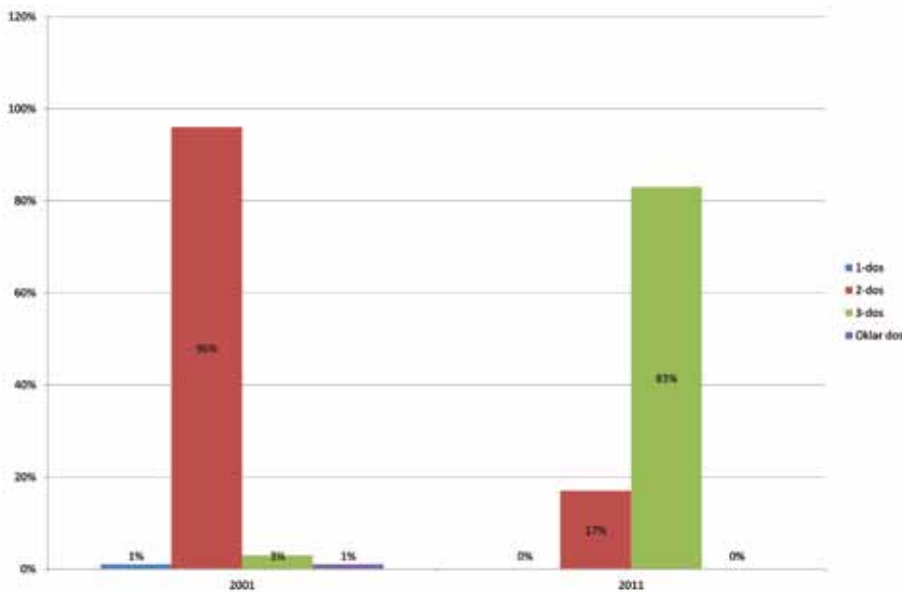
svårigheter föreligger för ett snart återbesök. Det är dock okänt om patienterna hämtade ut och använde den förskrivna antibiotikan. Om recepten aldrig löstes ut innebär detta att 41 procent av de med AOM inte behandlades med antibiotika 2011 jämfört med 5 procent 2001. Det är dock svårt att veta hur stor följsamheten av given behandling generellt varit då ingen uppföljning är gjord.

Under 2011 var antalet patienter med AOM 123 jämfört med 2001 där antalet var 179. Är det så att det blivit färre antal akuta otiter de senare åren och vad kan detta i så fall bero på? Bara det faktum att antalet AOM minskat mellan åren innebär ju per automatik att antalet förskrivningar av antibiotika minskat.

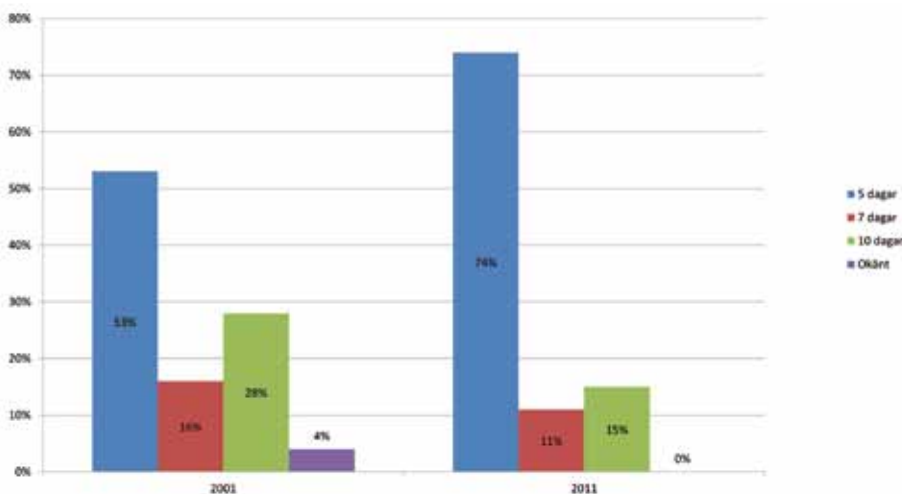
En stor andel av akuta otiter orsakas av pneumokocker. Pneumokockvaccination ingår sedan 2009 i det allmänna vaccinationsprogrammet som erbjuds alla barn på BVC [9]. Är det vaccination mot pneumokocker som har minskat antalet AOM? Pneumokockvaccination leder till kolonisation av mindre invasiva serotyper av pneumokocker i nasofarynx vilket leder till en minskning av antalet AOM orsakade av pneumokocker [10].

Kanske är det så att man i högre utsträckning avvaktar att söka vård och själv i första hand provar expektans och symtomatisk behandling. Även telefonrådgivningen på vårdcentralen har ändrat sina råd till mer aktiv expektans nu jämfört med för tio år sedan.

Figur 3. Antal dygnsdoser vid förskrivet antibiotika 2001 respektive 2011.



Figur 4. Behandlingslängd vid förskrivet antibiotika 2001 respektive 2011.



Mer stringenta kriterier för diagnos-sättning skulle kunna vara en orsak till det minskade antalet akuta otiter [10]. Är det möjligt att annan diagnos än AOM sätts, exempelvis ÖLI, om patienten uppvisar förkylningssymtom samt rodnad på trumhinnorna?

Det finns ingen egentlig skillnad vad gäller andelen okomplicerade och komplicerade otiter mellan åren 2001 och 2011. Vad gäller antibiotikaförskrivningen var denna högre 2001 jämfört med 2011. Om de nuvarande rekommendationerna skulle följas borde endast cirka en fjärdedel av patienterna (de komplicerade otiterna) behandlas med antibiotika. Man har också i studier visat att aktiv exspektans i de flesta fall bör vara

behandlingsalternativet för okomplice-rade otiter [5,6].

Minskad antibiotikaanvändning är nödvändigt ur miljösynpunkt. Utsläpp av höga halter antibiotika i miljön ökar risken att mobila resistensgener anrikas och sprids, vilket är en viktig global miljöfråga och ett av de största hoten mot dagens och framtidens sjukvård [11,12].

Konklusion

Antibiotikaanvändningen har minskat mellan åren 2001 och 2011. När antibiotika förskrivs är det huvudsakligen smalspektrumantibiotika som används. Mellan åren 2001 och 2011 ses en ökning av 3-dos förfarande och 2011 är det till största delen 5 dagars behandlingstid

Referenser

1. Läkemedelsverket och Strama. Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM) – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket 5:2010 sid 13-24.
2. Medicinska forskningsrådet (MFR) och Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Barn med öroninflammationer: konsensusuttalande. Stockholm; MFR; 1991. ISBN 91-7926-071-3. Spri tryck, 0281-6881;208.
3. Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet (MFR) och Socialstyrelsen. Behandling av akut öroninflammation hos barn: konsensusuttalande. Stockholm; MFR; 2000. ISBN 91-85547-26-3.
4. Sanders S, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.:CD000219. DOI:10.1002/14651858.CD000219.pub2.
5. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. The Lancet Volume 368, Issue 9545, 21-27 October 2006, 1429-1435
6. Stevanovic T, Komazec Z, Lemajic-Komazec S, Jovic R. Acute otitis media: To follow-up or treat? International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2010 Aug;74(8):930-3
7. Gisselsson Solén M, Hermansson A. Öroninflammation – alltifrån självläkande till livshotande. Läkartidningen 2011;108:1049-52.
8. Axelsson I, Mölsted S. Mindre antibiotika ska ges vid öroninflammation. Läkartidningen 2011 Maj 11-18; 108(19):1044-5.
9. Socialstyrelsens nyhetsarkiv. Pneumokockvaccin införs i vaccinationsprogrammet från och med årsskiftet 2008/2009. Socialstyrelsen; Maj 2008.
10. Shea KM, Weycker D, Stevenson AE, Strutton DR, Pelton SI. Modeling the decline in pneumococcal acute otitis media following the introduction of pneumococcal conjugate vaccines in the US. Vaccine 29 (2011) 8042-8048
11. Larsson J, Kristiansson E. Antibiotika i miljön tros öka risken för spridning av resistensgener mellan arter. Läkartidn 2011;108:658 autoreferat: pLoSONE. 2011, 6(2):e17038. doi:10.1371/journal.pone.0017038
12. Janusinfo. Hearing med industrin om antibiotika och miljöpåverkan, Stockholms läns läkemedelskommitté den 4 oktober 2011.

som tillämpas. Efter införandet av de nya rekommendationerna tillämpas i större utsträckning aktiv exspektans som behandlingsalternativ vid akut mediaotit.



Carina Hedström

ST-läkare

Vårdcentralen Landvetter, Göteborg
carina.e.hedstrom@vgregion.se

Allmänmedicin på Medicinska riksstämman

I månadskiftet november – december varje år anordnas den Medicinska riksstämman av Svenska Läkaresällskapet. Varje sektion har sina dagar, sina symposier, sina fria föredrag, sina posterutställningar, ofta i samarbete med andra sektioner. Dessutom har Sällskapet tillsammans med sektionerna anordnat seminarier med samhällsintresse.

Det som skiljer Riksstämman från sektionernas egna konferenser är det tvärfackliga samarbetet. Ett problem kan belysas från olika håll. Utbudet blir mycket bredare – som allmänläkare kan jag gå på alla andra specialiteters symposier.

Tidigare var Riksstämman hela läkarkårens mötesplats. I takt med att allt fler specialitetsföreningar ordnar sina egna

dagar så har tyvärr deltagarantalet vid Riksstämman minskat. Därför ökar man nu samarbetet med andra yrkesföreningar. Likaså måste även medlemmar i Sällskapet för första gången betala en kongressavgift.

SFAM är liksom tidigare involverad i ett stort antal symposier, som arrangör eller medarrangör. Det är de som listas här. Dessutom finns ett antal symposier där allmänmedicinare tillhör målgruppen.

Läs hela programmet på www.sls.se/Riksstamman.

Välkommen!

Onsdag 28 November				
Nr	Tid	Rum	Ämne	Moderator
	9-17	A-hallen	Poster 1-3	
	10-12	K23	Korta föredrag Posterpresentationer	Carl-Johan Östgren, Anna Nager
1	12.30-14	A3	Testosteronbehandling av män – en livsnödvändig eller livshotande behandling?	Hans Thulesius, Sten Tyrberg
5	12.30-14	K11	The Mindful Doctor – The Mindful Nurse. Hur kan vi ta hand om oss själva på ett hållbart sätt?	Walter Osika
10	14.30-16	K11	Barn, kemikalier och framtidens folksjukdomar – om hormonstörande ämnen	Bertil Hagström
14	16.30-18	A3	När och hur ska vi leta efter patient med sekundär hypertoni?	Karin Manhem
16	16.30-18	K11	Patienten, vanan och vården: Var står vi 2015?	Peter Friberg
Torsdag 29 November				
Nr	Tid	Rum	Ämne	Moderator
28	8.30-10	A6	Mindfulness-baserad behandling och medkänsla (compassion) vid psykisk ohälsa och långvarig smärta	Leena Maria Johansson
34	10.30-11	K11	Hinder och möjligheter för ett arbetsliv till 75 års ålder	Eva Vingård
47	14.30-16	K1	Stora befolkningsstudier – nytta, etik och risker	Carl Johan Östgren
53	16.30-18	A4	Tidiga tecken på allvarig infektion hos barn	Christer Norman
Fredag 30 November				
Nr	Tid	Rum	Ämne	Moderator
66	8.30-10	K2	Ett kvalitetsregister för primärvården – är det möjligt?	Malin André
72	10.30-12	A4	Levnadsvanor: Hur ska vi följa upp vårdens arbete?	Lars Jerdén

Allmänläkare tar täten

Hälsofrågor tar allt större plats i samhällsdebatten, och det är hög tid att vi allmänläkare formulerar var vi står i dessa frågor. Detta är frågor som vi drivit länge och har stor erfarenhet av. Samtidigt är det många andra aktörer som har idéer om hur folkhälsoarbetet ska utformas, och inte minst hur vi allmänläkare ska agera. Flera landsting har utformat system för uppföljning och ersättning som är dåligt genomtänkta och som slår fel. Det är mycket viktigt att vi agerar både lokalt och nationellt, och inte blir ett offer för andra aktörers agerande.

Policydokumentet antogs av SFAMs styrelse i juni, och vi hoppas att det ska leda både till ökad aktivitet i dessa frågor och till diskussioner i hela allmänläkarkåren.

Lars Jerdén

Ordförande i SFAMs levnadsvaneråd
lars.jerden@ltdalarna.se

Eva Jaktlund

Vice Ordförande, SFAM
eva.jaktlund@sfam.se

Allmänmedicinens roll i förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett policydokument

Hälsoutvecklingen i Sverige uppvisar både positiva och negativa trender. Livslängden har ökat dramatiskt, medan hälsan blivit mindre jämlik.

Svensk Förening för Allmänmedicin – SFAM – vill verka för en bättre hälsoutveckling och minskade hälsoklyftor i samhället.

SFAM anser att:

- Allmänläkaruppdraget ska dimensioneras och organiseras med god tillgänglighet och möjlighet till kontinuitet i patient-läkarkontakten. Det är en förutsättning för jämlik vård efter behov. En tillräckligt utbyggd primärvård ger möjlighet till att utsatta grupper kan nå av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.
- Sociala förhållanden, som fattigdom, arbetslöshet och utan-förskap har avgörande påverkan på folkhälsan, och skall därför stå i fokus för samhällets förebyggande och hälsofrämjande arbete.
- Allmänläkare har en viktig roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, i kontakten med patienter, och i samarbetet med andra inom hälso- och sjukvården och andra delar av samhället.
- Allmänläkares arbetssätt med kontinuitet och tillgänglighet ger goda förutsättningar att föra samtal om levnadsvanor.
- Påverkan av grupper och individers levnadsvanor ska ske i enighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om en högre grad av osäkerhet föreligger kring framtida hälso-effekter bör man hellre avstå än att påverka.
- Kunskap om patienten och kunskap om vad som är effektivt på gruppnivå ligger till grund då behandling planeras. Hänsyn ska tas till patientens biologiska och sociala förutsättningar, ärftlighet, levnadsberättelse och levnadsvanor. I behandlingen kan stöd för förändring av levnadsvanor ingå.

- Screeningprogram ska utsättas för en särskilt noggrann värdering, där för- och nackdelar tydliggörs och förmedlas till målgruppen.
- Registrering av livsstilsdata inte kan användas för jämförelser mellan vårdenheter eller som grund för målbaserad ersättning.

Bakgrund och begrepp

Svenska allmänläkare har alltid engagerat sig i förebyggande och hälsofrämjande arbete. Den brittiske läkaren Michael Marmots arbete kring den ojämlika hälsan och SFAMs norska systerorganisations arbete med hälsofrågor är inspirationskällor för detta dokument.

Målsättningen med förebyggande arbete är att minska sjuklighet och för tidig död. Målsättningen med hälsofrämjande arbete är att öka individens självupplevda hälsa, hälsorelaterade livskvalitet och egenmakt. Hälsofrämjande och förebyggande arbete omfattar beslut och åtgärder i alla samhällssektorer och involverar många yrkesgrupper. Allmänläkarna har en viktig roll i detta arbete genom dagliga patientkontakter och samarbetet med andra aktörer. De kan därigenom uppmärksamma när folkhälsoproblem uppstår eller förvärras.

Sociala faktorerens centrala betydelse för hälsan

Relativ fattigdom och bristande sociala förutsättningar är de faktorer som sammantaget har störst negativ inverkan på människors hälsa under livsloppet. Ju lägre social status en grupp har, desto sämre är hälsan. Detta är en gigantisk utmaning för samhället och utgör också en stor utmaning för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården.

De stora folksjukdomarna uppträder ofta samtidigt hos en och samma person och har kopplingar till dessa sociala faktorer, på samma sätt som ogynnsamma levnadsvanor också till stor del orsakas av samma sociala faktorer. Denna multisjuklighet kan bäst förebyggas på grupp- och samhällsnivå genom att de bakomliggande sociala orsakerna åtgärdas.

Det breda folkhälsoarbetet

Det är visat på ett övertygande sätt att goda relationer är avgörande för en individs hälsa. En bra familje-, förskole-, skol-, och integrationspolitik är därför av fundamental betydelse. En av de mest betydelsefulla förebyggande åtgärderna är att alla barn ges en trygg uppväxt med närhet till ansvarsfulla vuxna. Vikten av en fri och tillgänglig barnhälsovård med hög kvalitet måste också understrykas i detta sammanhang.

Nationella strategier för att minska det totala bruket av tobak, alkohol och andra berusningsmedel är viktiga. Detsamma gäller för initiativ som underlättar fysisk aktivitet och andra hälsosamma val. Vi tar avstånd från strategier som ensidigt lägger ansvaret för sådana åtgärder på hälso- och sjukvården eller på individen.

På regional och lokal nivå har regioner/landsting och kommuner ett stort ansvar för att skapa hälsofrämjande miljöer, för att ge individen möjlighet att göra hälsosamma val och för att ge stöd till olika grupporienterade åtgärder särskilt riktade till socialt utsatta grupper. I lokalsamhället sker hälsoarbetet i ett brett samarbete mellan olika aktörer. Allmänläkare bör delta aktivt i sådant lokalt folkhälsoarbete.

Vetenskap och kunskap om individen

Modern forskning har bidragit till en djupare förståelse för de grundläggande sambanden mellan levnadsvillkor och hälsa. Denna kunskap bekräftar vikten av att betrakta en individs hälsa ur ett livstidsperspektiv och att ta hänsyn till sociala, kulturella, relationsmässiga och personliga aspekter. Genom en nära och långvarig kontakt, där den enskilda individen ses utifrån ett helhetsperspektiv, har allmänläkare särskilt goda förutsättningar för att bidra till ett förebyggande och hälsofrämjande arbete. Detta förutsätter en kunskapsbaserad och bred allmänmedicin. Basen för yrkeskompetensen utgörs av evidensbaserad medicin, grundad på interventionsstudier och epidemiologiska analyser, samt beprövad erfarenhet. Dessutom har läkarens kunskap om patienten över tid, där personlighet, livssituation och värderingar ingår, väsentlig betydelse. För detta krävs en allmänläkarverksamhet organiserad så att kontinuiteten i patient-läkarrelationen kan upprätthållas.

Risker med risktänkande

Epidemiologisk forskning har definierat en lång rad faktorer som är relaterade till risken för framtida sjuklighet och för tidig död. Många efterfrågar kunskap om sin personliga riskfaktorbild. En riskvärdering är svår både att tolka och förmedla. Detta kan leda till att fokus läggs på biologiska måtvärden och medföra risk för medikalisering. En god personkänedom underlättar vid värderingen av sådana risker. Ett starkt och selektivt fokus på enskilda riskfaktorer kan avleda både läkarens och patientens uppmärksamhet från mer grundläggande faktorer av större betydelse för individens liv och hälsa.

Vidgade sjukdomsbegrepp och sänkta interventionsgränser

Tröskelvärderna för intervention och diagnosättning sänks. Detta medför att om alla rekommenderade riktlinjer följs kommer

stora delar av befolkningen vara i behov av åtgärder och deras tillstånd ändras från frisk till sjuk eller ”i riskzon”. Vi vet att en god självskattad hälsa utgör en betydelsefull prognostisk faktor i sig. SFAM anser att trenden av vidgade sjukdomsbegrepp och sänkta interventionsgränser är ett problem och uppmanar till ökad eftertanke innan läkarkåren sjukförklarar nya grupper eller tillstånd.

Att rikta åtgärder och behandling till friska för att förebygga sjukdom kräver särskild eftertanke och varsamhet. Det ska ställas strängare krav på dokumentation av åtgärders långtidseffekter och biverkningar när de är avsedda att användas av friska människor än när de är avsedda att behandla sjukdomar. Professionen måste särskilt uppmärksamma risker kopplade till användning av flera förebyggande läkemedel samtidigt.

Högre krav på screening

Screening innebär att hälso- och sjukvården aktivt söker efter sjukdomar eller förstadier till sjukdom i en grupp av patienter eller i befolkningen. Vid ”opportunistisk screening” passar hälso- och sjukvården på att utföra screeningen när patienten är på besök för ett annat ärende.

Olika screeningprogram, bland annat avseende vissa cancerformer, är under fortlöpande diskussion, och kunskapsbasen för varje enskilt program revideras kontinuerligt. Informationen till allmänheten måste vara öppen och balanserad när det gäller metodens osäkerhet och för- och nackdelar med undersökningen. Dokumenterade effekter och sidoeffekter bör anges i absoluta tal och med samma valör/beteckning så att jämförelse mellan siffror avseende nytta respektive skadliga effekter underlättas. Alla screeningprogram ska baseras på WHO:s kriterier för screening.

Opportunistisk screening innebär särskilda problem. Åtgärder som inte är efterfrågade och som inte uppfattas som relevanta och realistiska kan framkalla oro och vanmakt. Patienten måste få fullständig information om syfte, genomförande och uppföljning av en sådan screening.

Källhänvisningar:

- John Brodersen, Birgitta Hovelius, Lotte Hvas (redaktörer) Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflexioner. Studentlitteratur, 2009.
- Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa (Marmot-kommissionen). Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. Sammanfattning av slutrapporten (WHO, 2008), Statens folkhälsoinstitut.
- Michael Marmot. Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur & Kultur, 2006.
- Per-Axel Svalander (redaktör). ”Primärvården inför rätta”. Kring primärvårdens roll i vårdsystemet. Rapport FoUrnalen 2002:1, Forsknings- och Utvecklingsenheten för Primärvård och Psykiatri, Landstinget i Östergötland, 2002.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. 2011.

Annons

Visst vill patienterna diskutera sina levnadsvanor!

Patienterna önskar diskutera levnadsvanor i mycket större utsträckning än vad de erbjuds, och vill också att det skall ingå som en del av deras behandling.

Vår studie om levnadsvanor gjordes 2009–2010 och presenterades som vårt examensarbete vid SFAMs allmänmedicinska kongress i Luleå 2012. Handledare var Eva Drevenhorn, distriktssköterska, Primärvården Region Skåne.

Denna förkortade och delvis omarbetade version måste läsas mot bakgrund av att den skrevs innan de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder hade publicerats och innan debatten hade antagit den form den har i dag.

Bakgrund

Primärvården är en nyckelinstitution för att kunna nå ut med förebyggande hälsovård [1]. Samtal om levnadsvanor och livsstilsförändringar är grundläggande för såväl prevention som behandling av många olika sjukdomar, som är vanliga inom primärvården, båda akuta och kroniska. Distriktsläkare och distriktssköterskor i primärvården anser att förebyggande insatser ingår i deras arbete [2,3]. Flera studier från bland annat Sverige, Europa och USA visar att det finns verksamma och kostnadseffektiva metoder för livsstilsintervention, som dessutom är genomförbara på en vanlig primärvårdsmottagning [4]. Trots att livsstilsrådgivning är bevisat verksam och både tids- och kostnadseffektiv [5] praktiseras det dock inte i så stor utsträckning som man skulle önska [6,7,8].

Som hinder för att ta upp levnadsvanor anger läkare bland annat tidsbrist, rädsla för att störa patient-läkarrelationen, bristande kunskap i ämnet och om hur man tar upp problemet, men också att de inte tror att deras rådgivning har någon effekt [2,9,10,11]. Ett annat hinder är patienternas ovilja att ändra sina vanor, framför allt om de upplever att det innebär en påverkan på deras livskvalitet [3,5]. Många patienter tror dessutom att de har en nyttigare livsstil än de i verkligheten har [5,12]. Samtidigt antyder studier att patienter förväntar sig livsstilsråd i större utsträckning än vad de får [11] och att frågor och rådgivning om livsstilsfaktorer gör patienterna mer nöjda med vården [11,13].

Syfte

Syftet med studien var att undersöka i vilken omfattning patienter som kom till de deltagande vårdcentralerna upplevde att de hade fått frågor och rådgivning om livsstil vid tidigare besök på vårdcentralen samt hur deras inställning var till att diskutera levnadsvanor.



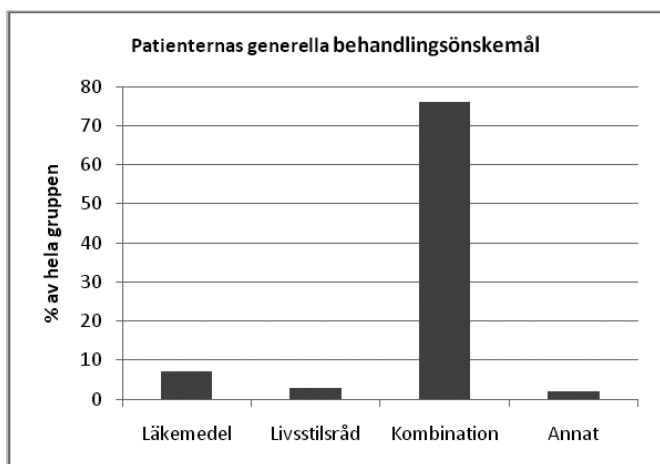
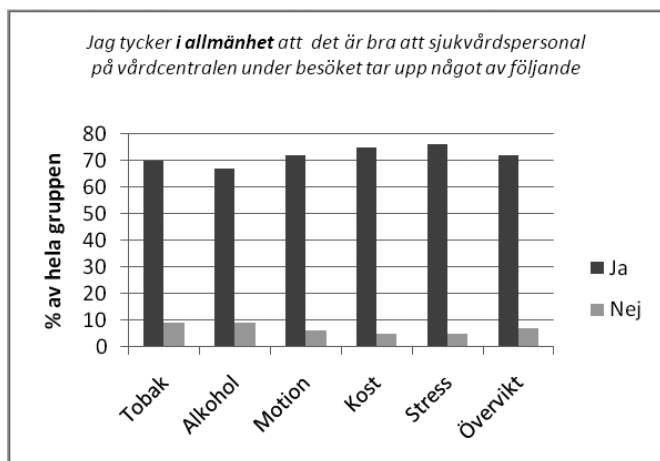
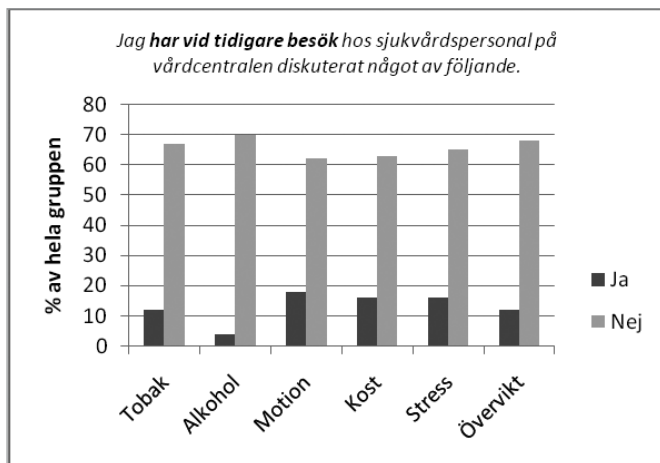
Metod

Undersökningen genomfördes som en anonym väntrumskät vid Vellinge vårdcentral i Vellinge och vid Kärråkra vårdcentral i Eslöv, båda belägna i Skåne.

Resultat

Av de 204 patienter som deltog i undersökningen angav 53 procent (n=109) att de aldrig hade diskuterat något av rökning, alkohol, motion, kost, stress eller övervikt med sjukvårdspersonal på vårdcentralen (figur 1). Övriga hade diskuterat en eller fler av dessa levnadsvanor. Alkohol skiljer ut sig som den livsstilsfaktor man har diskuterat minst. Endast 4 procent (n = 8, samtliga män) angav att de hade diskuterat området alkohol. Majoriteten tyckte att det vore bra om sjukvårdspersonal på vårdcentralen tog upp levnadsvanor i samband med konsultationen (figur 2). Endast 3 procent (n = 6) angav att de inte ville diskutera några av de angivna levnadsvanorna med personal på vårdcentralen. När patienterna fick ange vilken typ av behandling de i allmänhet önskade svarade hela 76 procent (n = 156) att de önskade en kombination av läkemedel och livsstilsrådgivning, 7 procent (n = 14) önskade enbart läkemedel och 3 procent (n = 6) endast livsstilsrådgivning (figur 3).

Av de 204 patienterna angav 12 procent (n = 24) att de hade diabetes i någon form. Av dessa angav 21 procent (n = 5) att de aldrig hade diskuterat levnadsvanor med sjukvårdspersonal på vårdcentralen. Motsvarande siffra för de 30 procent (n = 62) av patienterna som hade hypertoni var 35 procent (n = 22).



Diskussion

Våra resultat visar liksom tidigare studier att det är en ganska liten andel av patienterna som upplever att de har diskuterat levnadsvanor med vårdpersonalen på sin vårdcentral, även i patientgrupper där man ur medicinsk synpunkt tycker att en sådan diskussion är högst relevant [7,11,13]. Samtidigt vill de i stor utsträckning diskutera livsstilsfrågor vid konsultationer på vårdcentralen. Väldigt få av patienterna, endast 5–9 procent för respektive kategori, var negativt inställda till livsstilsdiskussion, och något färre ville diskutera tobak och alkohol än övriga levnadsvanor.

Vi vet att flertalet diabetespatienter årligen går till diabetesmottagningarna, där de med största säkerhet har någon form av diskussion om levnadsvanors betydelse för hälsan. Trots detta angav 21 procent (n = 5) av dem att de inte hade diskuterat någon av de angivna livsstilsfaktorerna med vårdpersonal på vårdcentralen under de senaste 12 månaderna. Detta stämmer väl överens med att patienterna kommer ihåg mindre än hälften av distriktsläkarnas samtal om kost, motion och rökning, vilket blev resultatet i en studie från USA [14], där man genom direkt observation undersökte i vilken utsträckning patienter kom ihåg att de hade diskuterat ett antal levnadsvanor.

Det visade sig också att tiden som lades på livsstilsdiskussion var starkt associerad med hur väl patienterna mindes samtalet, oberoende av anledningen till besöket. En extra minuts samtal om en levnadsvana ökade patientens minne av rådgivningen två och en halv gång. De som fick livsstilsrådgivning i samband med kontrollbesök för någon kronisk sjukdom ("chronic illness") eller vid en hälsokontroll ("well care") hade större chans att komma ihåg samtalet och rådgivningen jämfört med patienter som fick råd vid besök då de var akut sjuka [14]. Besökets karaktär samt tiden som läggs på livsstilsdiskussionen är alltså viktigare för hur patienten minns samtalet än patientens sjukdomar eller besvär. Diskussionen kring levnadsvanor behöver inte ta så lång tid i anspråk, men det är sannolikt så att man har lättare att nå fram till patienten när hon inte är akut sjuk.

En stor del av patienterna, hela 76 procent, önskade generellt att behandlas med en kombination av livsstilsrådgivning och läkemedel. Endast 7 procent föredrog enbart läkemedelsbehandling. Det visar sig alltså att merparten av patienterna dels är positiva till att diskutera levnadsvanor vid konsultationer på vårdcentralen, dels föredrar en behandling som består av en kombination av läkemedel och livsstilsrådgivning. Trots detta nämns ofta rädsla för att störa relationen till patienten som ett argument för att avstå från livsstilsdiskussioner. Det sägs även att man som läkare eller sjuksköterska inte tror att diskussionen leder till ett förändrat beteende hos patienten [3,9,15], samtidigt som det, föga förvånande, har visats att personer som kan minnas att de har fått livsstilsrådgivning har större benägenhet att genomföra en livsstilsförändring [13].

Man kan närma sig frågan om hur aktivt man arbetar med förebyggande hälsovård i primärvården genom att antingen fråga vårdgivarna vilka interventioner de gör, eller genom att fråga patienterna vilka råd eller insatser de upplever att de har fått. Vi valde att vända oss till patienterna, eftersom vi anser att deras uppfattning är ett bättre mått på hur effektiv den förebyggande hälsovården är. Det gör ingen större nytta att vårdgivaren själv tycker att han är aktiv med livsstilsrådgivning om han inte når fram till patienten. Vår undersökning mätte endast patientens upplevelse och minne av vilka frågor och råd hon hade fått. Den säger inget om vårdpersonalens ambition eller upplevelse av att fråga om och ge råd kring livsstilsfaktorer, eller om vilka metoder eller strategier som är framgångsrika i arbetet med levnadsvanor.

Generellt finns det i enkätundersökningar alltid ett inbyggt problem med att få svar på det man frågar efter, det vill säga om patienten tolkar frågan på det sätt vi önskar och om vi tolkar svaret på det sätt som patienten menade. Dessutom kan man aldrig säkert veta hur väl svaren speglar faktiska förhållanden. De senaste åren har man på en del håll använt olika livsstilsformulär som patienterna ombeds fylla i inför läkarbesök på vårdcentralen. Vi vill påpeka att vår enkät skiljer sig från sådana formulär dels genom sitt syfte, dels genom att den var anonym och på inget sätt kunde spåras tillbaka till patienten. Den hade heller inte någon betydelse för patientens behandling, såvida den inte fick patienten att själv ta upp frågorna om levnadsvanor vid läkarbesöket. Vår uppfattning är att samtal om levnadsvanor är ett viktigt verktyg för att främja hälsa. Det skall användas med eftertanke och fingertoppskänsla, när det finns indikation för det.

Konklusion

Patienterna önskar diskutera levnadsvanor i mycket större utsträckning än vad de erbjuds, och de önskar att sådana samtal skall ingå som en del av deras behandling. De allra flesta är positiva till att diskutera alla de studerade levnadsvanorna.

Det verkar finnas en stor potential att förbättra primärvårdens arbete med livsstilssamtal.



Mette Barth
ST-läkare, Vårdcentralen Vellinge



Ulrika Grahn
Distriktsläkare, Tärnaby sjukstuga
ulrika_nil@hotmail.com

Referenser

1. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40:388-393.
2. McAvoy BR, Kaner EF, Lock CA, et al. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*. 1999; 49:187-90.
3. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scan J Prim Health Care*. 2007; 25:244-249.
4. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18; (2):CD004148. Review.
5. Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, et al. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Pub Health* 2008; 36:650-661.
6. Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaisvalavicius V, et al. Advising overweight persons about diet and physical activity in primary healthcare: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health*. 2006; 6:30.
7. Duaso M J, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: What do patients think? *J Adv Nurs*. 2002; 39:472-479.
8. Bell RA, Kravitz RL. Physicians counseling for hypertension: What do doctors really do? *Pat Edu Couns*. 2008; 72:115-121.
9. Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, et al. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav*. 2008; 33:301-314.
10. Sargeant J, Valli M, Ferrier S, et al. Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Med Teach*. 2008; 30:185-91.
11. Johansson K, Bendtsen P, Åkerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: How patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Pub Health*. 2005; 15:615-620.
12. Barzilai DA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, et al. Does health habit counseling affect patient satisfaction? *Prev Med*. 2001; 33:595-599.
13. Little P, Slocock L, Griffin S, et al. Who is targeted for lifestyle advice? A cross-sectional survey in two general practices. *Br J Gen Pract*. 1999; 49:806-810.
14. Flocke SA, Stange KC. Direct observation and patient recall of health behaviour advice. *Prev Med*. 2004; 38:343-349.
15. Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English General practitioners. *Alcohol Alcohol*. 1999; 34:559-566.

Idrottsläkarna bör vara specialister i allmänmedicin

Matilda Lundblad har spelat basket på elitnivå i Sverige, Tjeckien och Frankrike. Efter läkarutbildning i Prag är hon ST-läkare på Fjällbacka vårdcentral. Hon var fotbollsläkare för Ljungskiles herrar i superettan i två säsonger och är nu läkare för Jitex damlag i damallsvenskan. Nyligen fick hon också det spännande uppdraget som läkare för U20 damlandslaget.

Som Matildas handledare har jag ofta kontakt med henne per telefon och sms. På hemväg med bussen från bortamatch skickade hon följande sms: "... stackars ortopederna som är lagläkare..." Detta gjorde mig nyfiken och därav denna intervju.

Fotbollsläkare. Men det är väl mest skador, fotleder eller knän, stukningar som gäller? Det måste väl vara en fördel att vara ortoped?

Jovisst är det mycket idrottsskador, men då får man se till att man blir duktig på det, att kunna göra bedömningar. Behövs röntgen eller MR? Ortopeder behöver man för att operera, annars är det sjukgymnasterna man främst samarbetar med. Och dessutom har många ortopederna smala områden. Om någon av mina tjejer ska operera en höft kontaktar jag Leif Swärd, herrlandslagets läkare, och när det gäller fotleder kontaktar jag Jon Karlsson på Mölndalsortopederna. Jon fungerar som min idrottsmedicinska mentor. Med honom diskuterar jag inte bara fotleder utan han vägleder mig även i min karriär. Gäller det frågor kring hjärtproblem kontaktar jag damlandslagets läkare, Mats Börjesson. Det är jätteviktigt att ha ett bra kontaktnät med ortopederna och sjukgymnasterna, men det är så många andra problem som dyker upp och då är det skönt att ha en bred kompetens. Det kan gälla hud, allergi, diabetes, svår mensvärk, mellanblödningar, öra, hals, "när kan jag börja träna efter en infektion?" Och inför säsongen screenas spelarna och då bedömer jag labvärden och EKG.

Så det behövs fler specialister i allmänmedicin?

Ja, i alla fall inom fotbollen är läkarna – även ortopederna – överens om att lagläkarna i första hand bör vara allmänläkare som har den bredd som behövs. Och det är ändring på gång.

Och när ni spelar match?

På hemmamatcherna är jag och vår sjukgymnast med, men på bortamatcherna är det endast jag. Två timmar innan matchstart börjar vi gå igenom dem som har känningar eller är skadade, till exempel tejar fotleder eller instruerar om cirkulationsträning för att komma igång inför match. Det kan tyckas vara överambitiöst att lägga så mycket tid på detta, men uppgiften som lagläkare blir mycket roligare om man gör det ordentligt. Jag vill inte bara vara remissfunktion. Det vore ju tråkigt.



Matilda Lundblad.

Oftast har bortalaget sjukgymnast med sig, men i alla fall i damallsvenskan så jag är faktiskt den enda läkare som följer med så vitt jag vet.

För dem som varit skadade men blivit återställda stämmer vi av före match om det är aktuellt för spel. Vi träffas oftast dagen innan.

Efter match brukar det finnas en del att göra. Jitex är kända för att vara ett fysiskt lag. De har krigare på mittplan. Nu senast var det en misstänkt båtbensfraktur som jag skickade på röntgen.

Så det behövs egentligen inte läkare under matcher?

I superettan, herrallsvenskan och damallsvenskan måste man ha en ansvarig matchläkare och den står hemmalaget för. De har även ansvar för bortalagets spelare och om det skulle inträffa någonting i publiken. Men övriga serier behöver varken match- eller lagläkare.

Du pratar om team.

Ja, för mig är det mycket motiverande att jobba ihop med framför allt sjukgymnasterna och även att föra en diskussion med andra läkare. Om någon av tjejerna har problem som jag inte kan lösa ringer jag någon specialisterna och då lär jag mig också mycket själv. Det medicinska teamet består av sjukgymnast Annika Lindqvist och mig själv, och vi håller kontakt med

” En av anledningarna till att jag trivs med att arbeta med elitidrottare är deras motivation, att vid skada snabbt komma tillbaka till spel. ”

ledarna och spelarna med rak kommunikation. Vi försöker ha högt i tak så att alla ska trivas med arbetsmiljön. Det är viktigt att hela tiden föra en dialog med de andra ledarna om varför det är viktigt att inte låta halvskadade spelare spela. Som nu senast fick jag förklara för Stefan Rehn, Jitex tränare, varför man gipsade vår spelare med misstänkt båtbensfraktur trots att man inte ser något på röntgen.

Har du mottagning?

Nej det finns inte tid för det. Jag har mycket telefonkontakt och så sitter vi många timmar på bussen, och det kan bli långa samtal. Även mellan träningar och matcher ringer jag och spelarna varandra. Man får skapa egna regler. Jag har gjort mig lättillgänglig. Det underlättar för mig att vara läkare i ett damlag i jämförelse med herrsidan, eftersom man rör sig en del i omklädningsrummen. Det kan ju lätt bli lite stelt om jag skulle gå in i Ljungskiles omklädningsrum. Men det jag saknar mest med Ljungskile är deras gedigna medicinska team med Daniel Jonsson som är allmänläkare, två duktiga sjuksköterskor och en naprapat. Alla med stort idrottsmedicinskt intresse och kärlek till fotbollen.

Får du någon handledning?

Jon Karlsson är min mentor, han är professor i idrottsmedicin. Jag kan exempelvis diskutera fotledsskada med honom och även om han är i sommarstugan kan jag maila röntgenbilder till honom och han svarar alltid snabbt. När det gäller höftproblem kontaktar jag Leif Svärd, herrlandslagets läkare.

Vad är det för skillnad mellan damer och herrar när det gäller skador och medicinska problem?

Damerna har ju inte alls samma resurser som herrarna. Exempelvis har herrarnas Elfsborg 1,5 sjukgymnaster anställda plus fysioterapeut. Inget lag i damallsvenskan har dessa resurser trots att man vet att kvinnorna har mer knäskador.

Tjejerna tar ju ofta upp gynekologiska frågeställningar, men det beror nog också på att jag är kvinnlig läkare och dom känner sig trygga med att diskutera detta med mig.

Du håller ju också i en del utbildning?

Ja, nu senast tillsammans med Mikael Hurri, vår sjukgymnast på vårdcentralen. Vi ville lära ut till unga fotbollstjejer hur man på bästa sätt kan förebygga skador. Det är mycket skador framför allt på knäna och benen, och skadorna ökar upp emot 20-årsåldern för att sedan plana ut. Det vanligaste är en re-skada, en liten skada som lätt kan bli allvarlig och långvarig om man inte tar hand om den på rätt sätt från början.

Tolvåringar skadar sig sällan, men redan vid 14 års ålder



Från landskamp i Tyskland.

skadar man sig fem gånger mer. Man ökar belastningen, går från lek till mer organiserad träning. Kvinnor har också mer knäskador än män. Det beror på svagare muskelstyrka i förhållande till påfrestningen. Man behöver muskler som stabiliserar. Vi går igenom knäkontroll. Jag tycker man ska minska tiden för stretching. De 20 minuter som tränare för yngre tjejer ofta propser på borde användas för att träna stabilitet och muskelstyrka.

Har du journalplikt?

Ja det har vi. Jag skriver i vårdcentralens journal, har avtalat med chefen att det går bra. Det finns även ett skaderegister där man ska registrera alla skador som leder till avbrott av träning eller spel. Dessa uppgifter skickas vidare till ett centralt skaderegister som kan användas för ökad kunskap och forskning.

Vad kan dina erfarenheter som idrottsläkare tillföra ditt arbete som allmänläkare?

Faktiskt ganska mycket. Vi har ju i vårt vardagsarbete mycket ortopedmedicinska frågeställningar som man känner igen från idrotten. Jag förstår mer av problem med rygg och axlar. Jag har lärt mig mer om hur man hanterar hjärnskakningar, där vi inom fotbollen har bra utarbetade riktlinjer. Jag får bra insikter om vad motivation betyder för att genomföra träning och för att bli återställd. En av anledningarna till att jag trivs med att arbeta med elitidrottare är deras motivation, att vid skada snabbt komma tillbaka till spel. Jag lär mig gruppdynamik, att alla känner vikten av att komma tillbaka, alla har samma mål.

Ja, vi möter ju ofta patienter som lätt tappat motivation när de inte upplever snabba effekter av sin träning? Hur ser du på det?

Jag förstår alltmer vikten av uppföljning. Det är A och O för att uppnå compliance. När det gäller läkemedel så tänker jag nuförtiden mera systematiskt på att följa upp effekten av de mediciner som jag satt in, via telefon eller återbesök. Vad är svårigheten att följa programmet, vad är besvärligt, hur kan vi lägga upp träningen på annat sätt? Där finns mycket vi kan lära.

Det finns en annan likhet mellan idrottsmedicin och allmänmedicin. Trots att man lärt sig mycket kan man möta nya okända problem men ändå hitta vägar att lösa dem. Man lär sig att söka kunskap till exempel via kontakter med kollegor, på nätet. Och vikten av att förbättra konsultationen och bemötandet. Vad kan vi göra åt problemet utan att det tar för lång tid? Vad gör du, vad gör jag, vad har vi kommit överens om? Vi stämmer av: Då skickar du ett sms på måndag och påminner mig”. Jag försöker lägga in detta i mitt vardagsarbete. Kontinuitet och återkoppling.

Hur är det med din vidareutbildning?

Vi fotbollsläkare träffas en gång per år. Sverker Nilsson, allmänläkare i Varberg, är sekreterare i Föreningen fotbollsläkarna. Till hösten planeras resa till Liverpool. Där satsar man mycket pengar på det medicinska teamet. Man har förstått vikten av att hålla sina dyra nyckelspelare hela och friska. Vi har också träffat i Idrottsmedicin i Väst. Och så ordnas bra kurser av Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin, en av läkarsällskapets sektioner.

Hur är det med din egen fotbollskarriär?

Jag skadade mitt knä för tre år sedan och fick lägga basketen åt sidan. Då bestämde jag mig för att bli skärgårdsdoktor i Fjällbacka där jag har min sommarstuga. Men jag tränade vidare

med mycket rehabilitering, och knät blev helt bra på bara några månader. Så jag frågade om det fanns någon sport på relativt hög nivå, och då spelade Hamburgsund i division 3. Jag tänkte att ska jag göra något så vill jag göra det ordentligt. Jag var med på varenda träning och varenda match under en säsong. Blev till och med bästa målsnittare i hela serien. Jag spelade mest ”basketfotboll”, men gör man bara mål så blir man accepterad. Nu har jag inte samma tid att träna och spela, men jag spelar ibland och håller i gång med träningen.



Erland Svenson, Matildas handledare
Fjällbacka Vårdcentral
erland.svenson@gmail.com

Nyttan med primärvård och allmänmedicin

I Distriktsläkaren 3/2010 publiceras Distriktsläkarföreningens utmärkta dokument om nyttan med primärvård och allmänmedicin. Läs det! [1]

I dokumentet går man igenom ett antal forskningsrapporter. Slutsatserna blir följande:

- Primärvården är en kostnadseffektiv vårdform som tillhandahåller vård av hög kvalitet till lägre kostnad och mindre resursbehov.
- En utbyggd primärvård är av stor betydelse för folkhälsan och för att utjämna konsekvenserna av socioekonomiska skillnader i samhället.
- Medborgarnas självupplevda hälsa förbättras om man satsar på en utbyggd primärvård.
- Sjukvården som helhet får sänkta kostnader och blir mer produktiv i områden med välfungerande primärvård.
- Vården och omhändertagandet av multistjuka äldre patienter blir effektivare och mindre belastande för slutenvården om primärvården är välutbyggd.

Min enda invändning är rubriken. Dokumentet handlar inte om läkarspecialiteten allmänmedicin. Den handlar om primärvård, som inbegriper ett antal andra kompetenser, en viss struktur, ett arbets sätt och ett förhållningssätt. God primärvård förutsätter god läkarkompetens inom området allmänmedicin.

Allmänläkare har två organisationer att vara medlem i. De är delvis överlappande, men har dessutom uppdrag som skiljer sig åt. Alla allmänläkare borde därför vara med i båda föreningarna. Ju fler medlemmar, desto större möjligheter att påverka!

DLF (Svenska distriktsläkarföreningen) är en facklig organisation för de allmänmedicinare som arbetar inom primärvården. Resurser, organisation och ledningsfrågor är frågor för en facklig organisation. Men dit hör även t.ex. fortbildning som är av betydelse för arbetsmiljön.

SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) är en vetenskaplig organisation för dem som är (eller ska bli) specialister i allmänmedicin, oavsett var de arbetar. Huvudfrågorna är utbildning, fortbildning, forskning, innehållet i specialiteten och kvalitetsaspekter. Bland förutsättningar för t.ex. fortbildning och kvalitet ingår tillräckliga resurser och god ledning.

Referens

1. Nyttan med allmänmedicin. Distriktsläkaren 3/2010 sid 12-13.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Att vara läkare eller arbeta som läkare?

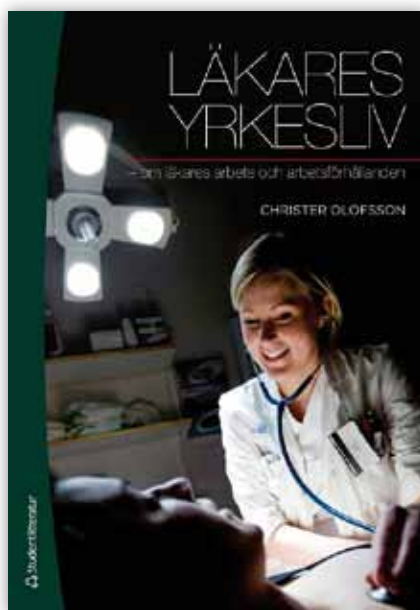
Som FV-läkare i Blekinge gjorde författaren och jag en enkät om allmänmedicinarnas syn på arbete och framtidsplaner. Den lilla rapporten publicerades i Allmänmedicin, det var kanske 25 år sedan. Christer intresserade sig sedan bland annat för försäkringsmedicin och engagerade sig i fackligt arbete i DLF även centralt (medan jag valde Norrbotten och SFAM).

Christer har nu skrivit en bok som bland annat tar sin utgångspunkt i att läkarrollen förändrats från att *vara* läkare till att *arbeta* som läkare. På omslagets utsida är läkaren en kvinna som i stark belysning lyssnar med stetoskop på en patient. Efter inledning avhandlas läkare som yrke och identitet, utbildningen, arbetsmarknad och arbetsrätt, sjukförsäkringen, receptblocket, ledarskap, AT första tiden, den professionella yrkesrollen, läkekonst, konsultationen, hållbart yrkesliv, när det inte håller. Utslagning eller utbrändhet kan drabba alla och Christers fackliga erfarenheter av rehabilitering känns ändå trösterika.

I ett fint avsnitt om rekommenderad läsning presenteras kortfattat drygt tjugo böcker. Faktarutor lättar upp texten med ordförklaringar, citat och presentationer av personer. Boken innehåller dock en hel del korrekturfel och även en del upprepnings av resonemang.

När det gäller referenser är det intressant att se vad som är med, men också vad som inte är det. I den 17-sidiga referenslistan hittar jag inte en enda artikel från Allmänmedicin.

I listan på nätbaserade referenser återfinns både www.socialistiskalakare.se och även www.lakareutangranser.se men inte SFAM.



Läkares yrkesliv
- om läkares arbete och arbetsförhållanden
Författare: Christer Olofsson.
ISBN: 978 91 44 07185 5
Sidor: 220
Förlag: Studentlitteratur

Jag blir inte riktigt klok på vem boken riktar sig till även om den förändrade rollen visst har ett allmänt intresse. Det fackliga perspektivet och erfarenheterna slår igenom på gott och ont. Jag menar att det är lite märkligt att inte läkaren som affärsman finns med i boken, Göran Sjönell nämns inte ens. Dagens vårdval och uttalade kommersialisering ger ekonomisk detaljstyrning av verksamheten.

De sociala följderna av den striktare tolkningen av socialförsäkringen tas inte upp alls. Rudebeck refereras i denna eviga fråga med en artikel på arbetslinjens och FKs sida från Läkartidningen men även

Björn Johnssons bok "Kampen om sjukfrånvaron" finns med.

Läkemedelsfrågan hanteras utan att jävsaspekten berörs. Inte heller läkarnas ofta problematiska industrikontakter diskuteras. Den viktiga formativa första tiden som AT-läkare beskrivs känsligt. Christer har erfarenhet av hur de fackliga frågorna arbetsmiljö och skyddsombud ofta negligeras liksom att läkarna abdikerat från ledarskapet.

Om jag förstår Christer rätt ser han den beskrivna förändringen av yrkesrollen som en nödvändig modernisering men frågan är om nuvarande trender är hållbara (sustainable) på sikt? Det visar sig i lästipsen och referenserna att vår läsning, dvs Christers och min, genom åren till stor del överlappar varandra. Men jag tror att jag kan ana skillnaderna i nyanserna i tolkning och synsätt mellan SFAMs allmänna, ganska breda perspektiv och DLFs mera strikt fackliga.

Christer Olofsson blir nu redaktör för Distriktläkarföreningens tidskrift Distriktläkaren.



Peter Olsson
peter_olsson@hotmail.com

Annons

Nationella forskarskolan i allmänmedicin bygger broar mellan unga forskare

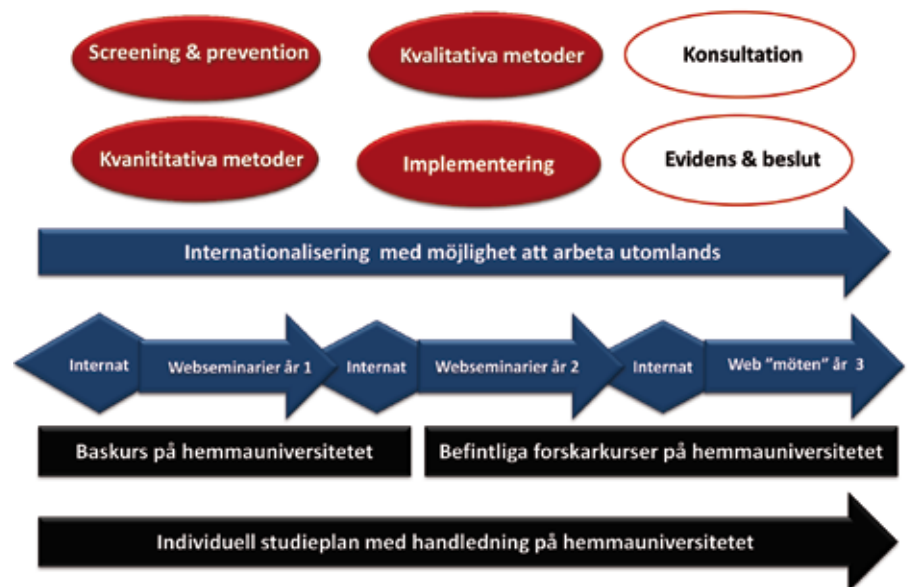
Universiteten i Umeå, Linköping och Göteborg har lång erfarenhet av att ge grundkurser i forskningsmetodik för allmänmedicinare, både inom kvantitativ och inom kvalitativ forskning. Sammantaget utgör vår erfarenhet av utbildning, vår stora och erfarna lärarstab, våra omfattande internationella kontakter samt tillgången på goda doktorandprojekt mycket goda förutsättningar för att skapa en nationell svensk forskarskola i allmänmedicin. När Vetenskapsrådet 2009 utannonserade medel för fem kliniska forskarskolor, varav en i allmänmedicin, ansökte vi därför *tillsammans*. Övriga allmänmedicinska ansökningar kom från Stockholm, som sökte tillsammans med Uppsala, samt Malmö. Efter en internationell granskning tilldelade rådet Umeå universitet ett betydande anslag i samverkan med Linköpings och Göteborgs universitet.



Forskarskolans logo som bygger på temat "att bygga broar".

Vår förhoppning är att forskarskolan skall kunna bygga broar mellan landets unga forskare och universitetsenheterna i allmänmedicin. Det *övergripande målet* för forskarskolan är att utveckla och öka forskning och forskarutbildning inom allmänmedicin i Sverige. Det *specifika målet* är att säkerställa att vi får en ny generation välutbildade forskare med en utbildning som håller hög internationell standard och som har förmåga att samverka inom och utom landet. Vid antagning prioriteras registrerade doktorander i allmänmedicin (motsvarande) som ännu inte passerat mittseminariet samt doktorander som står i begrepp att ansöka om registrering.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin år 1 - 3



Figur 2. Studieplanen för forskarskolans första tre år. Utbildning på hemma-universitetet är markerad med svart medan skolans utbildningar är markerade med blått (seminarieserie år 1-3 och internationalisering) och rött (skolans forskarkurser). Fyllda symboler visar utbildning som pågår eller står i begrepp att starta. Ofyllda symboler visar planerade utbildningar.

Fyra hörnstenar

Forskarskolan har i sin uppläggning fyra hörnstenar [1] som utvärderas årligen:

1. Att ge den utbildning doktoranderna inte får på hemmauniversitetet.
2. Att stärka och utveckla nätverken mellan landets forskare i allmänmedicin.
3. Att öka doktorandernas erfarenhet av internationell undervisning och ge möjlighet att arbeta utomlands under en kortare tid ("pre-doc").
4. Att utveckla en web-baserad utbildningsplattform för att underlätta deltagandet för doktorander från olika delar av landet.

Forskarskolans arbete

Studieplanen för de första tre år beskrivs i figur 2. Utbildning på hemmauniversitetet (som forskarskolan inte påverkar) är markerad med svart medan skolans utbildningar är markerade med

blått (seminarieserie år 1-3 och internationalisering) och rött (skolans forskarkurser). Fyllda symboler visar utbildning som pågår eller står i begrepp att starta. Ofyllda symboler visar planerade utbildningar.

Seminarieseriens första år är registrerad som forskarkurs vid Medicinska fakulteten i Umeå och ger 4,5 högskolepoäng. Den avslutas därför med en examination. Forskarskolans seminarier och kurser startar och slutar alltid med ett 2-3 dagars internat. Däremellan sker utbildningen över webben och med hemarbete. Samtliga web-baserade moment är interaktiva och finns tillgängliga på Internet så att de doktorander som inte kunnat delta kan se momentet efteråt.

Den treåriga seminarieserien (figur 2) är forskarskolans "kitt" där doktoranderna deltar i grupper om 10. Det första året har en fixerad studieplan, medan det

andra årets utbildning anpassas efter doktorandernas önskemål. Under det tredje året får doktoranderna själva ta ansvaret för planering och genomförande.

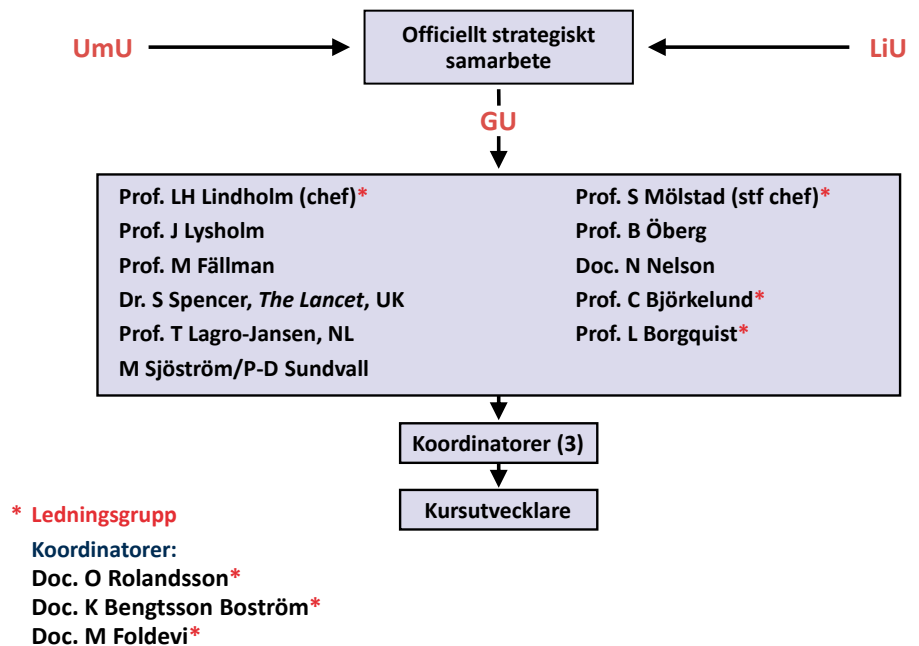
Under det första året får doktoranderna öva sin kommunikativa förmåga med skrivövningar, granskning av varandras arbeten, posterframställning samt muntlig presentation. Hälften av dessa seminarier leds av våra utländska lärare varvid förmågan att uttrycka sig och debattera på engelska tränas. Under andra året fortsätter doktoranderna med skrivövningar på engelska men tränar även att vara vetenskaplig granskare av andras arbeten. Under tredje året bestämmer doktoranderna själva vad de vill diskutera. Grupp 1 – som startar sitt tredje år nu i höst – kommer först att diskutera frågor som berör själva disputationen, hur man skriver en ”kappa” osv.

Forskarutbildningskurserna (figur 2) söks på ett av universiteten Umeå, Linköping eller Göteborg. Kurserna är speciellt anpassade för forskarskolans doktorander, vilka har förtur vid antagningen. I mån av plats får även andra kvalificerade sökande från landets universitet gå kurserna, dock utan att få täckning av sina kostnader av forskarskolan. Kommande kurser (ofyllda ovaler i figur 2) liksom upprepningar av genomförda kurser planeras med hjälp av doktoranderna. Alla forskarkurser ger högskolepoäng, som tillgodoräknas vid samtliga universitet i Sverige, och avslutas med examination.

De doktorander som så önskar bereds även möjlighet att arbeta tre månader utomlands (*pre-doc*) under doktorandtiden (figur 2). Forskarskolan kan, efter ansökan, bevilja ett resebidrag upp till 30 000 kronor. Arbetet läggs upp av respektive handledare tillsammans med doktorand och mottagande enhet. Arbetet under utlandsvistelsen är fokuserat på doktorandens avhandling.

Forskarskolan anordnar även ett mindre antal ”workshops” som inte är inlagda i figur 2, tillgängliga för alla skolans doktorander men mest lämpade för dem som har speciella förkunskaper. En workshop om metabol forskning har genomförts i internatform med lärare från bland annat National Institute of Health

Styrgrupp för forskarskolan



Figur 3. Ledningen av forskarskolan. UmU, LiU och GU står för Umeå, Linköpings och Göteborgs universitet.

(NIH) i USA och från Medical Research Council (MRC) i Cambridge, England. En annan workshop om avancerad regressionsanalys startar i januari 2013 på begäran av doktoranderna.

Ledning av forskarskolan

Forskarskolan har en rådgivande grupp (figur 3) med ledamöter från de tre universiteten, berörda landsting, skolans lärare och doktorander. I denna ingår även en senior redaktör från tidskriften *The Lancet* och en professor i allmänmedicin från Nederländerna. En ledningsgrupp styr skolarbetet (figur 3). Forskarskolan administreras från Umeå och chef är professor Lars Hjalmar Lindholm. Huvudkoordinator är universitetslektor Olov Rolandsson och skolans administratör är Maria Boström.

Utländska och svenska föreläsare

Bland de många utländska lärarna kan nämnas: dr. Stuart Spencer, senior redaktör, *The Lancet*, dr. Simon Griffin, MRC, Cambridge, dr. Bill Knowler, NIH, USA och dr. Dan Levy, NIH, chef för Framinghamstudierna i USA. Bland de svens-

ka föreläsarna kan nämnas Karin Johansson, professor i idéhistoria i Uppsala, samt de medicinska journalisterna Inger Atterstam, Svenska Dagbladet och Margareta William-Olsson, Göteborg.

Doktorander och deras forskningsprojekt

Doktoranderna har startat forskarskolan i grupper om tio. Den första gruppen startade i september 2010, grupp 2 började i januari 2011, grupp 3 i september 2011 och grupp 4 startar i mitten av september 2012. Samtliga sju universitet i Sverige som har läkarutbildning är idag representerade bland doktoranderna. Två tredjedelar av doktoranderna är läkare och övriga har andra yrken inom primärvården. Grupp 5 beräknas starta i september 2013; utannonsering kommer att ske under april 2013. Totalt beräknas forskarskolan få minst 50 doktorander. De tre övriga universitet som ansökte om medlen från Vetenskapsrådet (se ovan) har fortsatt sina tidigare etablerade forskarkurser i allmänmedicin. Det är glädjande, att den Nationella forskarskolan i allmänmedicin fått sökande från Falsterbo i söder till Kalix i norr och från



Figur 4. Härifrån kommer de 40 doktoranderna.

Härifrån kommer de 40 doktoranderna

Grupp 1 röda prickar
Grupp 2 gula prickar
Grupp 3 svarta prickar
Grupp 4 gröna prickar

Göteborg i väster till Stockholm i öster (figur 4). Doktorandernas forskningsprojekt berör viktiga frågor kring kroniska och akuta sjukdomar som de ter sig hos patienter som söker primärvården. För en närmare presentation av doktoranderna och deras forskningsprojekt hänvisas till forskarskolans hemsida www.forskarskolanallmanmedicin.se.

Handledare

Handledarna är mycket viktiga för forskningen, och det är av stor vikt att etablera goda kontakter mellan dem och forskarskolan. Forskarskolans ledning träffar därför huvudhandledarna dels på hemmaplan tillsammans med respektive doktorand strax efter skolstarten, dels på gemensamma möten med doktorander, handledare och utländska lärare. Skolans första stora handledarmöte, som ägde rum i början av 2012, fick en mycket positiv utvärdering av både handledare och doktorander. Handledarna hålls förlöpande informerade om skolans verksamhet och har tillgång till seminarier, skolans schema, resultat av utvärderingar m.m.

Utvärdering

Förutom den löpande utvärderingen av kurser och seminarier genomför forskarskolan en standardiserad utvärdering efter år 1 och 2. Doktoranderna ombeds

då bland annat att gradera (10 = utmärkt, 5 = acceptabelt och 1 = dåligt) hur väl skolan klarar "hornstenarna" (se ovan). För första året blev siffrorna blev mycket glädjande. När samtliga 20 doktorander i grupp 1 och 2 svarat blev medelvärdena (SD):

1. Att ge den utbildning doktoranderna inte får på hemmauniversiteten 8,9 (1,3)
2. Att stärka och utveckla nätverken 7,9 (1,9)
3. Att öka doktorandernas erfarenhet av internationell undervisning 8,0 (1,5)
4. Att utveckla en web-baserad utbildningsplattform 8,6 (1,2)

Ekonomi

Forskarskolans aktiviteter (utbildning, resor, uppehåll etc.) är kostnadsfria för doktoranderna. Skolans huvudsakliga finansiering (15 miljoner fördelat på fem år) kommer från Vetenskapsrådet. Medicinska fakulteten i Umeå och Enheten för allmänmedicin i Umeå är medfinansierare. Totalt satsas cirka 400 000 kronor av statliga medel på varje doktorand. Många av doktoranderna har hitintills även fått ett betydande stöd av sina landsting, och flertalet har fått forskningstid i tjänsten motsvarande 20% eller mer under den tid de varit inskrivna i skolan. Detta gäller även dem som har privata arbetsgi-

vare. Om arbetsgivarna fortsätter denna satsning kommer landstingsstödet att bli mer än dubbel så stort som de statliga anslagen.

Vad har vi lärt oss och vad händer nu?

Eftersom forskarkolan har fått många lovord av doktorander, handledare och föreläsare kommer vi att fortsätta på den inslagna vägen. Skolans tvåårsrapport har granskats av Vetenskapsrådet och vi har nyligen fått klartecken att gå vidare. Nätverksbyggandet kommer att stärkas framför allt för de doktorander som inte är läkare. Forskarkurserna har visat sig vara något mindre efterfrågade än vi trodde medan seminarier ser ut starkt efterfrågade. Många doktorander har även ett flertal obligatoriska kurser att gå på hemmaplan. Mest uppskattade har de stora gemensamma mötena varit (med eller utan handledare), och vår förhoppning att forskarskolan skulle kunna hjälpa till att bygga broar mellan unga forskare och universitetsenheter i allmänmedicin ser ut att infrias. Distriktsläkare Mikael Lilja, Östersund, är den första doktorand i forskarskolan som disputerat [2]. Dr. Stuart Spencer från *The Lancet* blir glädjande nog medicine hedersdoktor vid Medicinska fakulteten i Umeå den 20 oktober i år för sitt uppskattade arbete som lärare för bland annat den Nationella forskarskolan i allmänmedicin. Hans stora uppgift är att lära doktoranderna skriva sina artiklar så att de accepteras av de stora medicinska tidskrifterna.

Forskarskolan får disponera Vetenskapsrådets medel till slutet av 2015 utan speciell ansökan. Vi kommer dock att ansöka om förlängd dispositionstid till slutet av 2016 eller första halvan av 2017. Det finns tre skäl för detta: 1) Doktoranderna har antagits mycket tidigt i sin forskarutbildning och behöver därför lång tid i skolan innan de disputerar. 2) Flertalet doktorander forskar på deltid och har stora krav på samtidig sjukvårdsproduktion. 3) De tio doktorander som börjar i september 2013 bör erbjudas minst tre år i forskarskolan för att kunna dra nytta av den verksamhet skolan erbjuder.

Några av föreläsarna i forskarskolan. Foto: Mats Foldevi, Linköping



Dr. Stuart Spencer, The Lancet.



Dr. Simon Griffin, Cambridge.



Dr. Dan Levy, Framingham.



Professor Karin Johannisson, Uppsala.

Denna typ av nationell forskarskola i allmänmedicin är av stor betydelse för den kliniska forskningen utanför sjukhus. För att verksamheten skall kunna fortsätta efter 2016 behövs dock ett fortsatt externt stöd, gärna från Vetenskapsrådet. Rådet har dock ännu inte tagit ställning till om man vill fortsätta att satsa på forskarskolor i klinisk forskning.

Sammantaget leder denna förnämliga satsning på allmänmedicin till att "lärosätenas kvalitetsarbete med forskarutbildningen förbättras", vilket just är vad Vetenskapsrådet önskade i sin utannonsering av medel 2009 - och vad allmänmedicin behöver för att klara sig i den hårdnande konkurrensen om forskningsmedel.

Referenser

1. Hellgren MI, Sjöström M, Eckner J, Gjessing K, Jennersjö P. Den nationella forskarskolan i allmänmedicin – en välkommen satsning på allmänmedicinsk forskning. *Läkartidningen* 201 vol 109 nr 37, sid 1619-20.
2. Lilja, M. (2011). Trends in obesity and type 2 diabetes; ethnic aspects and links to adipokines. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Allmänmedicin. Fulltext: <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:455710>



Lars H Lindholm, Professor
Allmänmedicin, Institutionen för folkhälsa
och klinisk medicin, Umeå universitet
larsh.lindholm@fammed.umu.se



Olov Rolandsson, Universitetslektor
Allmänmedicin, Institutionen för folkhälsa
och klinisk medicin, Umeå universitet

Konsultationsprocessen

– hela vårdcentralens angelägenhet

Bakgrund

Eksjö vårdcentral drivs i landstingets regi och har ett patientunderlag på cirka 14 000 patienter. Bemanningen har varit stabil sedan länge, både vad gäller läkare och övrig personal. Redan 1996 genomförde vi en utbildningsdag för all personal med videoinspelade läkarkonsultationer samt rollspel. Idén till detta kom från specialistexamen i allmänmedicin. Det blev en mycket lyckad och inspirerad dag för hela vårdcentralen. Vi skrev om den i AllmänMedicin nr 5 1997 [1].

2010 gick vi konsultationskursen på Kalymnos och lärde oss metoden. Vi har sedan med kursledarnas tillstånd givit konsultationskurs för ST-läkare enligt den modellen flera gånger. Våra arbetskamrater på vårdcentralen var nyfikna, och med ett gott utbildningsklimat på arbetsplatsen beslöt vi att genomföra ett liknande koncept för hela vårdkedjan. Alla personalgrupper skulle få prova på: telefonsjuksköterskor, sekreterare i receptionen, laboratoriepersonal, distriktsköterskor, undersköterskor i hemsjukvård, läkare, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Kalymnosmodellen

Sedan cirka 20 år har de danska allmänläkarna Jan-Helge Larsen och Ole Risör samt psykiatern Jörgen Nyström och deras medarbetare genomfört kurser i konsultationsteknik på den grekiska ön Kalymnos [2,3,4]. De flesta allmänläkare i Danmark har gått kursen och den har även fått stort genomslag i Sverige, särskilt sedan konsultationskurs blev obligatorisk med den nya ST-förordningen 2008.

Kursmodellen omfattar flera metoder: videoinspelade patientrollspel, fönstermetoden för grupphandledning som bygger på positiv feedback (figur 1) och konsultationsteorin ”9 F” (figur 2). Konsultationsprocessen beskrivs i nio faser, där tonvikten under kursen ligger på patientens del, eftersom förutsättningen för en lyckad konsultation är att patienten kommer till tals. Dessutom undervisas i olika andra teorier för kommunikation och patientbemötande, till exempel nyckelfrågor (figur 3) och patientcentrering.

Projektets genomförande

Under sommaren och hösten 2011 satte vi igång med videoinspelningar på vårdcentralen i Eksjö. Projektet var väl förankrat bland personalen. Som en sekreterare sa: ”Detta här har jag väntat på!”

Representanter för alla personalkategorier ställde upp. Det blev totalt 48 inspelningar med patientmöten. I receptionen var

Läkaren (aktören på videon)	Kollegorna
1 Vilka känslor sätter patienten i gång i dig?	2 Om jag sätter mig in i läkarens situation, vilka känslor sätter patienten i gång hos mig?
3 Jag tyckte det fungerade bra, när jag...	4 Jag tycker det fungerade bra när/att du...
5 Jag skulle önska att jag hade gjort...annorlunda?	6 Om det var jag, så skulle jag kanske...
7 Det jag tar med mig är...	8 För min egen del tar jag med mig att...
9 Nu känner jag...	10 Nu känner jag...

Figur 1 Fönstermodellen. Schema för grupphandledning. Det är viktigt att ge/ta feedback i rätt ordning och att bekräfta känslorna man får.

Patientens del	1. Före 2. Förhållandet 3. Föreställningar, farhågor, förväntningar
Läkarens del	4. Förståelse 5. Fördjupning, förklaring
Gemensam del	6. Förhandling 7. Förhindra, främja 8. Följa upp 9. Farväl

Figur 2. Konsultationsprocessens 9 F.

1. Vad är det, som får dig att ringa /komma nu?
2. Berätta vad du har tänkt?
3. Vad oroar du dig för?
4. Vad vill du ha min hjälp med?

Figur 3. Larsens och Risørs nyckelfrågor.

kameran riktad mot sekreteraren av hänsyn till sekretessen. En affisch informerade om vad projektet gick ut på och att man var fri att säga nej till filmning. Telefonsjuksköterskorna filmades under sina samtal och berättade sedan kort för kameran vad patientens ärende hade varit. Vid hembesök i hemsjukvården följde en ST-läkare med och höll i kameran. Vid provtagning



Här filmas läkarsekreterare Charlott Bergström i receptionen. En skylt om videoinspelning sitter väl synlig för patienten.



Videofilmning pågår hos telefonsjuksköterskan Eva Karlsson i telefonrådgivningen.

och distriktssköterske- och läkarbesök på mottagningen filmades besöken på vanligt sätt liksom vid besök hos sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och kurator.

Vi genomförde tre enskilda utbildningsdagar med vardera cirka 20 personer. Först visades läkarkonsultationer i storgrupp, där man tränade på att ge feedback enligt fönstermodellen, omväxlande med teoretiska pass kring fönstermodellen, de 9 F, nyckelfrågor i konsultationen och patientcentrering.

Sedan delade vi upp personalen i mindre grupper, där deltagarna fick feedback på sina egna videoinspelningar enligt fönstermodellen under handledning. Hela tiden med tyngd-vikten på positiv feedback och taktfulla förslag till möjliga förändringar.

Vad gav projektet?

Projektet gav träning i att ge och ta feedback. Att se på sig själv och låta andra titta på är en viktig förutsättning för att lära sig se sina egna styrkor och svagheter. Alla fick en inblick i övriga personalkategoriernas arbetssätt vilket stärker sammanhållningen på vårdcentralen. Man fick respekt för varandras arbetsuppgifter och kompetens och många uttryckte stolthet över att arbeta med så duktiga kollegor. Nya metoder för att genomföra ett patientmöte presenterades. Genomgående uttryckte många att det var den bästa utbildningsdag de hade varit med på.

Slutsatser

Kalymnosmodellen går att applicera för andra personalkategorier än läkare. När man engagerar hela vårdcentralen kan man arbeta med en gemensam värdegrund. Man får en inblick i och förståelse för andras arbetssituation och med detta en bättre sammanhållning på vårdcentralen.

Många drar sig för att spela in sig på video, men de flesta ställde upp. Även patienterna är generellt positiva om de får veta syftet. Det är förstås viktigt att betona frivilligheten och sekretessen.

Att se på sig själv genom andra är ett viktigt steg mot en bättre och mer effektiv vård för våra patienter.



Dorte Kjeldmand
distriktsläkare och studierektor
Eksjö vårdcentral
dorte.kjeldmand@lj.se

Henning Pedersen
distriktsläkare
Eksjö vårdcentral
henning.pedersen@lj.se

Referenser

1. Pedersen H, Bäckström Andersson M, Kjeldmand D: Konsultationen – hela vårdcentralens angelägenhet. *AllmänMedicin* 5, 1997 p 243.
2. Nystrup J, Larsen J-H, Risør O: Developing Communication Skills for the General Practice Consultations Process. *SQU Med J*, December 2010, Vol. 10, Iss. 3, pp 318-325.
3. Larsen J-H, Hedberg C: Om att vara handledare. *AllmänMedicin* 3, 2008, pp 9-15.
4. Larsen J-H, Risør O, Putnam S: PRACTICAL: A Step-by-Step Model for Conducting the Consultation in General Practice. *Family Practice* 1997, 14:295-301.

God sinuitbehandling på Mölndals vårdcentral?!

En av de bästa uppsatserna för specialistexamen utses varje år till "årets uppsats". I år gick priset till en studie av typ "gräv där du står", välgjord och av lagom omfattning för ett ST-projekt. Årets vinnare, Sara Holzapfel, presenterar här en förkortad version av sin uppsats.

Sammanfattning

För att kartlägga hur behandlingen av sinuiter såg ut på Mölndals vårdcentral gjordes en journalgenomgång av 76 patientfall under en tremånadersperiod, november 2005 - januari 2006, samt en enkät till dessa patienter. Antibiotika ordinerades till 80 % av patienterna, och majoriteten fick något bredspektrumpreparat, trots att ingen hade vare sig penicillinallergi, terapisivikt eller recidiv. Patientenkäten visade att förväntningar på att behandlas med antibiotika fanns i ungefär hälften av fallen. Studien bekräftar också de diagnostiska svårigheter som sedan tidigare är väl kända vid handläggning av sinuiter.



Bland de många infektionspatienter man som doktor får möta på en vårdcentral har jag ofta upplevt patienter med sinuiter som en särskild utmaning. Till stor del beror det på min erfarenhet av att dessa möten ofta har haft en tendens att bli extra laddade.

Ett möte med å ena sidan en frustrerad patient som redan själv ställt diagnosen och tycks ha förberett sig hela morgonen för att utkräva det antibiotikum som han/hon är övertygad om är det enda som hjälper och samtidigt lika övertygad om att doktorn är obenägen att skriva ut. Ett möte med å andra sidan en i värsta fall lika frustrerad doktor med kanske förutfattade meningar om sin patients förväntningar och som vill ge rätt behandling men har svårt att grunda sitt val på några objektiva, svartvita parametrar.

Det var detta som väckte mitt intresse för att fördjupa mig i ämnet sinuitbehandling. Studien genomfördes i samband med en FoU-kurs i början av min ST, under min tid som ST-läkare på Mölndals vårdcentral

Syftet med studien var att kartlägga hur behandlingen av akuta sinuiter såg ut

på Mölndals vårdcentral. För majoriteten antibiotika precis som de förefaller förvänta sig? I så fall vilken typ? Vad bestämmer vem som får antibiotika? Vad grundar man behandlingsvalet på?

Material och metod

Studien omfattade patienter med akut sinuit, vilka sökt på Mölndals vårdcentral under perioden november 2005 – januari 2006. Urvalet skedde huvudsakligen genom sökning på diagnoskoden Rinosinuit J01, men jag insåg snart att jag då i stort sett bara fick fram de patienter där antibiotika förskrivits. Med syfte att undvika ett snett urval kompletterade jag därför med en sökning även på Näs-täppa/Vasomotorisk rinit J300 respektive fall av förskrivna avsvällande preparat under denna period. Bland dessa kunde jag sedan sälla bort några dubletter samt sortera fram fall med akuta sinuitsymtom utifrån anamnesen. De som exkluderades hade ingen bild som vid aktuell övre luftvägsinfektion utan tydlig anamnes på mer kroniska besvär. Materialet kom på detta sätt att utgöras av sammanlagt 76 patienter mellan 14 och 74 år, varav 72 % kvinnor.

För utvärdering av den behandling som patienterna fått genomfördes även en enkät per telefon under mars månad 2006. Frågorna handlade om huruvida de följt behandlingsrekommendationen, hur utfallet blev och om de vid besöket hade förväntat sig antibiotika.

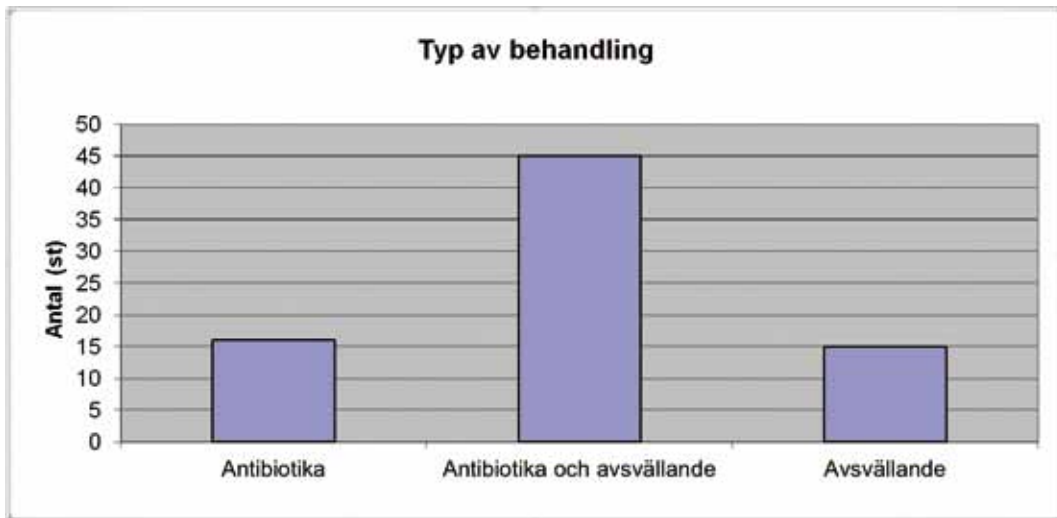
Resultat

Typ av behandling (figur 1). Av de 76 patienterna fick 61 antibiotika utskrivet (80 %). De flesta blev samtidigt ordinerade något avsvällande (Rinexin eller nasal steroid). 15 patienter (20 %) fick enbart någon behandling i avsvällande syfte. Totalt 37 av 76 fick Rinexin med eller utan antibiotika medan 24 av 76 fick nasal steroid med eller utan antibiotika.

I 8 av de 45 fall som fick kombinationsbehandling skrevs avsvällande och antibiotika ut i form av så kallad "stegbehandling", d.v.s. tanken var att patienten i första hand skulle prova avsvällande en tid och först om detta ej gav någon effekt påbörja antibiotikakuren. Nasonex eller Rinexin kombinerades här med penicillin V, doxycyklin eller amoxicillin.

Typ av antibiotika (figur 2). Av samtliga som fick antibiotika erhöll 46 %

Figur 1

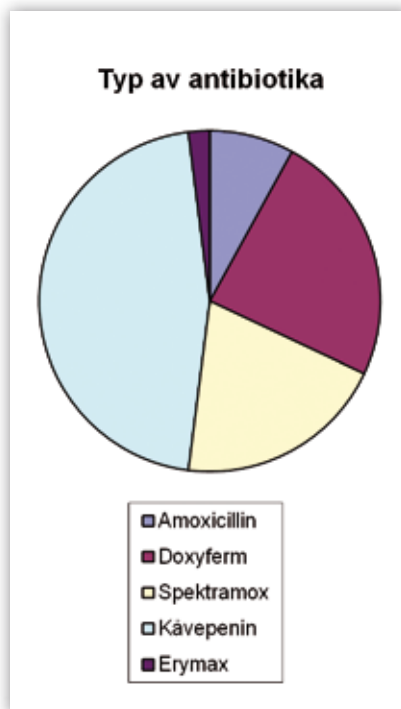


PcV. 54 % fick bredare preparat, i form av doxycyklin (25 %), amoxicillin med klavulansyra (20 %), amoxicillin (8 %) samt erytromycin (~2 % = 1 patient).

Grund för behandlingsvalet. Utifrån journalanteckningarna försökte jag tyda vad i den kliniska bedömningen som föreföll ha betydelse för beslut om behandling. Det var svårt att se något tydligt mönster här, men huvudvärk och/eller tryckömhets fanns i något högre grad angivet i gruppen som fick antibiotika jämfört med dem som bara fick avsvällande behandling. Uppgift om feber eller vargata fanns sällan nämnt. Jämför man med Läkemedelsverkets riktlinjer fanns också sällan angivet om "purulent snuva", "ensidighet" eller "dubbelinsjuknande". Röntgenologisk diagnostik användes inte i något av fallen. CRP togs i mindre utsträckning. Det föreföll dock inte vara till någon större hjälp, då behandlingsvalet inte tedde sig självklart om man väl hade ett värde.

Uppföljning av behandlingen. Svarshänsyn i den uppföljande telefonkäten var 88 %. 93 % svarade att de följt läkarens ordination. Av dessa ansåg sig 73 % ha blivit bra eller betydligt förbättrade med hjälp av behandlingen. Hur snabbt patienterna blev bra var svårt att närmare analysera då många inte kunde ange någon närmare uppgift avseende detta. 51 % uppgav att de hade förväntat sig antibiotikabehandling vid läkarbesö-

Figur 2



ket medan 46 % inte hade några speciella förväntningar på antibiotika. Två patienter kunde ej svara på frågan på grund av språksvårigheter.

Diskussion

Akut sinuit har åtminstone i Skandinavien tidigare varit liktydigt med en bakteriell bihåleinflammation medan begreppet rinosinuit idag alltmer används som ett samlingsbegrepp för inflammationstillstånd i näsa och bihå-

lesystem oavsett bakomliggande genes. Att det kan ligga olika betydelse i begreppen för olika läkare innebar den största svårigheten med journalgenomgången, nämligen att få fram rätt patientgrupp att studera.

Könsfördelningen med 72 % kvinnor i materialet stämmer väl med den epidemiologiska bilden att 2/3 av patienter som söker allmänläkare för sinuitsymtom är kvinnor,

Att majoriteten (80 %) av patienterna med akut sinuit fått någon form av antibiotikabehandling stämmer också bra överens med hur det ser ut i övriga landet enligt studier. Det är dock en mycket hög siffra med tanke på att man ska ha sett att cirka två tredjedelar av patienter med förmodad bakteriell sinuit tillfrisknat eller förbättrats betydligt 10–14 dagar efter diagnos utan antibiotikabehandling. Utifrån detta är det alltså sannolikt att en överbehandling av sinuitsymtom förelegat på Mölndals vårdcentral i likhet med övriga landet.

En överförskrivning är inte bara onödigt resursslöseri utan naturligtvis också negativt med tanke på utvecklingen av antibiotikaresistens. Att majoriteten av patienterna i detta material även visat sig få bredare preparat än penicillin V får väl bedömas vara särskilt olyckligt, speciellt när det inte tycks finnas någon uppenbar orsak till detta, som t.ex. penicillinallergi, terapivikt eller recidiv.

Cirka hälften av patienterna ordinerades Rinexin trots att det inte finns något vetenskapligt stöd för detta.

Av enkäten att döma har de studerade patienterna uppvisat god följsamhet till den givna läkarordinationen. De få fall där behandlingen avbrutits sades alla bero på biverkningar. I två av tre fall gällde det Spektramox, vilket kanske är ytterligare en anledning till återhållsamhet med de bredare preparaten. Drygt 70% ansåg sig ha blivit bra eller betydligt bättre av givna behandling. Hur snabbt det gick hade förstås varit av intresse enligt tidigare resonemang.

Slutligen: Min föreställning om att majoriteten som söker för sinuitbesvär förväntar sig antibiotika visade sig inte vara helt korrekt. Enkäten tyder snarare på att endast cirka hälften av patienterna har sådana förväntningar. Det lönar sig uppenbarligen, som vanligt, att använda sig av ”de 3 F:en” i konsultationen (Föreställningar, Farhågor, Förväntningar).

Kommentar 2012

Några år har gått sedan studien genomfördes, och min bild är att handläggningen och förskrivningsmönstret vid akut sinuit idag ser annorlunda ut tack

vare en ökad medvetenhet hos såväl patienter som läkare. Nasal steroid innan insättande av, eller i kombination med, antibiotika har blivit allt vanligare. Jag uppfattar också att fokus har ändrats från att särskilja bakteriella infektioner från virala till att avgöra vilka av de bakteriella infektionerna vi faktiskt behöver behandla. Vad en liknande studie skulle visa idag vore således en spännande jämförelse.

Sara Holzapfel

Distriktsläkare

Stocksunds vårdcentral, Stockholm

tillsara@hotmail.com

Referens

STRAMA expertgruppsrekommendationer 2004: Läkemedelsbehandling av rinosinuit. Information från läkemedelsverket, Nr 3, Maj 2005.

Författaren var vid tiden för arbetets genomförande ST-läkare i allmänmedicin på Mölndals vårdcentral. Handledare var professor Robert Eggertsen och med.dr. Mille Milakovic, båda vid Mölndals vårdcentral

Annons

Pris för bästa avhandling: Kristian Svenberg om mötet

I AllmänMedicin 2/2012 presenterade Kristian Svenberg sin avhandling "Mötet mellan patienten och läkaren – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare under utbildning". Kristian fick ett av prisen för bästa avhandling 2011 vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Avhandlingen, i ämnet medicinsk vetenskap, togs fram på institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa i samarbete med Avdelningen för Samhällsmedicin och Folkhälsa/allmänmedicin. Detta är det tal Kristian höll vid prisutdelningen den 25 maj 2012. AllmänMedicin passar på att gratulera!



Jag tackar varmt för detta pris.

Jag är distriktsläkare, och min avhandling i ämnet medicinsk vetenskap handlar om mötet i vården mellan patienten och läkaren. Någon har beskrivit detta som den medicinska professionens centrala händelse. Det är i mötet en allians kan uppstå mellan patienten och läkaren och en möjlighet erbjudas för läkaren att kunna hjälpa patienten. För detta krävs en god medicinsk praktik.

Vad är då medicinsk praktik? Ja, det är inte praktiserad naturvetenskap, för såg vi det på det viset vore patienten blott en maskin som skall utsättas för diverse medicinska åtgärder. En god medicinsk praktik innebär en tolkande verksamhet, där grundstommen utgörs av patientens berättelse och läkarens förmåga att tolka denna. Den bygger på tyst kunskap och intuition. Den bygger på en vetskap om patienten som en social varelse. William Osler sade att "det är viktigare att veta vilken person som har en viss sjukdom än att veta vilken sjukdom personen har". Det finns inte "diabetiker" utan människor med diabetes. Var och en bär sin sjukdom och sina symtom på sitt eget personliga vis.

Denna kunskap skall självfallet kompletteras med biomedicinska och naturvetenskapliga fakta, något vi knappast klarar oss utan i dagens medicinska verksamhet.

Det centrala temat i min avhandling rör mötet i vården mellan somaliska flyktingar och svensk sjukvård. Somalierna upplever ofta att de inte tas på allvar, att deras berättelse går läkaren förbi. Det verkar som om deras historia – i den mån den efterfrågas – bedöms utifrån förutfattade meningar där somalierna kategoriseras i problematiska termer, något som kan resultera i felbehandlingar och missade diagnoser. Denna känsla av avfärdande har djupt mänskliga dimensioner och innebär ofta att man söker sig utomlands för att få vård, i hopp om att andra länders sjukvård ska ta besvären på allvar.

Men läkare i Sverige kan ha svårt att förstå sig på de somaliska patienterna. Sjukdomsbeskrivningar kan te sig ostrukturerade och förvirrande för läkaren, vilket kan innebära en känsla av utanförskap i tolksamtalen, eller att läkaren famlar i blindo efter en förklaring till patientens

besvär. En del väljer då en auktoritär attityd av gammaldags snitt, medan de flesta vi studerat verkar ty sig till en nyfiken, utforskande och respektfull inställning till patienten, vilket är lovande.

Men strukturella problem i dagens sjukvård medför en fragmentering av mötet, där patienten ofta måste berätta sig historia igen och igen och igen. Ofta är läkaren inte densamme som vid det senaste mötet. "Stafettläkare" och synen på patienten som "kund" leder till att möjligheterna för att uppnå tillit och förtrolighet minskar. Att motverka detta är viktigt inte bara i mötet i vården i allmänhet, utan speciellt i mötet med många immigranter och flyktingar vilkas tidigare erfarenheter och livsupplevelser ofta skiljer sig radikalt från vårdgivarens.

Detta har stor betydelse också för läkarutbildningen, där respekten för patienten måste vara central. Oberoende av kulturella och språkliga skillnader bör en insikt växa fram att det är likheterna människor emellan som dominerar, inte olikheterna. Detta har inte minst betydelse idag, i ett större samhällsligt perspektiv.

Medicinsk vetenskap är ett brett ämne. Den tyske filosofen Hans Georg Gadamer påpekar att den medicinska vetenskapen är speciell på så vis att den egentligen inte framställer något, utan med naturens hjälp snarare försöker återställa något, nämligen hälsan.

Att min – vår – avhandling fått pris ser jag som ett erkännande av att den humanistiska och konsultationsinriktade forskningen uppmärksammas tillsammans med den rent naturvetenskapliga. För i grunden är denna dikotomi egentligen konstlad, då biologi utan människa är otänkbar.

Kristian Svenberg
kristian.svenberg@vgregion.se

Pedagogiskt pris: Annika Forssén



Läkarutbildningens pedagogiska pris vid medicinska fakulteten, Umeå universitet, har tilldelats Annika Forssén vid institutionen för folkhälsa och medicin. Förutom universitetslektor är Annika distriktsläkare vid Porsöns vårdcentral i Luleå. Hon är också med i Nordic Risk Group (NRG). AllmänMedicin gratulerar till priset.

Motiveringen till priset lyder: Annika Forssén är djupt engagerad i läkarutbildningen vid Umeå universitet. Hon arbetar kontinuerligt med att integrera generiska kunskaper och kompetenser

i studenternas utbildning. I sin undervisning utmanar och uppmanar Forssén till ett kritiskt och nyanserat tänkande och hennes pedagogiska tillvägagångssätt möjliggör att komplexiteten inom hälso- och sjukvårdsarbete tydliggörs för studenterna. Särskilt uppskattat är hennes inslag om (f)riskfaktorers betydelse för hälsan. Forssén är mycket uppskattad både hos kollegor och studenter. I utvecklingen av den kliniska utbildningen inom det regionaliserade läkarprogrammet har hennes arbete varit mycket värdefullt.

Handledarpriset till May Olsson



Läkarförbundets handledarpris 2012 delades ut den 6 september på kongressen Framtidens Specialistläkare i Malmö. Ett av årets två priser gick i år till May Olsson, distriktsläkare i Lenhovda.

Läkarförbundets pris till handledare av AT- och ST-läkare har delats ut sedan 2001 för att stimulera till god handledning. Efter nomineringar av SYLF-föreningar runt om i landet utses de slutliga pristagarna av Läkarförbundets råd för utbildning och forskning. Förutom äran får pristagarna 10 000 kronor.

AllmänMedicin gratulerar!

Motiveringen lyder: ”May Olsson är en förebild för alla doktorer med sitt varma hjärta och sin lyhördhet. Trots fullspäckat schema finner hon tid att ge stöd och svar – alltid med ett leende på läpparna. May brinner för sitt yrke, sin vårdcentral och framförallt sina patienter. Hon är alltid lika nyfiken och inspirerad av sitt dagliga arbete på mottagningen – lika nyfiken som en nytexaminerad doktor, och det smittar av sig på yngre kollegor. Under hennes handledning får man inte bara ett erfaret och kunnigt stöd, utan man får inspiration och värme på köpet.”

Nominering till Hippokratespriset



SFAM nominerar Annika Eklund-Grönberg till årets Hippokratespris.

Priset på 20 000 kronor, delas ut varje år av Svenska Läkaresällskapet för att belöna, uppmärksamma och uppmuntra läkare som bidrar till en ökad etisk medvetenhet i sjukvården. Det går vartannat år till en man. År 2012 går priset till en kvinna.

Annika Eklund-Grönberg har i många år engagerat sig i den etiska aspekten av

patient-läkarmötet och ojämlikheten i svensk sjukvård. Hon har i sitt engagemang både på det lokala och det nationella planet på ett mycket konsekvent, pedagogiskt och uthålligt sätt påmint oss om att ha ögonen på ojämlikheter i vården både i det stora och i det lilla sammanhanget. Annika har alltid patienten i fokus i diskussioner om patientsäkerhet och etik.

Fortbildningen måste få mer utrymme!

Nästa nummer av AllmänMedicin kommer att handla mycket om fortbildning. Varför? Jo, därför att tillgång till fortbildning är en förutsättning för professionell utveckling och en del i arbetet som allmänläkare. Men tiden för fortbildning är knapp och minskar för varje år. I genomsnitt avsatte allmänläkarna 2010 endast 5,3 timmar per år för extern fortbildning, och hälften av oss har ingen tid alls för intern fortbildning.

I de vårdvalsdokument som numera styr primärvården saknas specificerade krav på fortbildning i 16 av 21 landsting/regioner. Endast tre landsting har kompetensutveckling som kvalitetsparameter. Detta är minst sagt alarmerande. Att möta patienter utan att fortbilda sig är

egentligen lika allvarligt som att arbeta som läkare utan att ha gått sin grundutbildning.

När tiden för dialog och kollegiala samtal stryps minskar möjligheterna att tillägna sig praktisk erfarenhetskunskap. Då kommer påverkan utifrån med mer eller mindre genomtänkta kunskapsstöd och riktlinjer att ta allt större plats. Patientarbetet styrs redan idag till stor del av vetenskapligt genererad kunskap, kunskaper som behövs, men som vanligen inte räcker till för att handlägga det speciella patientfallet.

SFAM har nyligen formulerat en "golden standard" för fortbildning i vårdvalssystem. Den säger bland annat att det i varje

landsting och region måste finnas en struktur för fortbildningen, tillgång till lokala aktiviteter och en samordnare. För ackreditering av en vårdenhet måste det krävas att kvalitetssäkring och uppföljning av fortbildning sker. Minst tio dagar per år bör vi kunna avsätta för extern fortbildning och minst tio procent av arbetstiden bör vara intern fortbildning.

I nästa nummer av tidningen kan du som sagt läsa mer om fortbildning, sett ur politikerns, arbetsgivarens och allmänläkarens synvinkel. Du finner också det fullständiga dokumentet "Golden standard för fortbildning".

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se

Annons

SPUR-inspektioner fortsätter – IPULS läggs ner

Namnet SPUR är en kvarleva från 1992 då vidareutbildningen blev målstyrd och Sveriges Läkarförbund skapade ett specialistutbildningsråd (SPUR) med uppgift att starta och genomföra inspektioner av ST på sjukhus och i primärvård. SPUR drivs som en stiftelse och ett litet administrativt kansli fanns lokaliserat på Läkarförbundet. Så småningom tillkom SPUREX, en expertgrupp med uppgift att underhålla och utveckla SPUR-modellen. Specialistföreningarna har själva utsett och utbildat sina inspektörer och skött kontakterna med enheter som önskat bli inspekterade.

Att regelbundet inspektera alla vårdcentraler som bedriver ST är ett omfattande uppdrag och inspektionsbesöken har i relation till det stora antalet enheter varit få. Under 2002 gjordes därför ett försök i fyra studierektorsområden att inspektera flera vårdcentraler vid ett och samma tillfälle. Denna modell för gruppvis granskning har använts vid flera inspektioner och har hittills fungerat bra.

I Socialstyrelsens nya målbeskrivning för ST från 2008 finns föreskrifter om obligatorisk granskning av enheter som bedriver ST. Detta betyder inte att just SPUR måste användas, men SPUR är för närvarande den enda fullt utvecklade modell som finns. Obligatorisk granskning enligt de nya föreskrifterna ansågs kräva ett mer robust administrativt stöd än vad SPUR-stiftelsen och dess lilla kansli kunnat erbjuda och efter ett beslut av IPULS ägare Sveriges kommuner och landsting (SKL), Svenska Läkaresällskapet (SLS) och Sveriges Läkarförbund (SLF) övergick SPUR-organisationen i januari 2011 till IPULS.

Förutsättningar fanns då för omfattande inspektionsverksamhet med ett 60-tal intresserade vårdcentraler och över 50 allmänläkare med genomgången inspektörsutbildning. Emellertid medförde IPULS övertagande av SPUR stora problem, vilket har beskrivits tidigare i AllmänMedicin. Många reagerade på den dåliga förankringen av nya metoder, på allvarlig brist på förståelse för specialitetsföreningarnas önskemål och på kommunikationssvårigheter. För SFAM:s del betydde detta att två SPUR-samordnare fann för gott att avgå och inspektioner fick ställas in.

I juni tog IPULS kontakt med SFAM och meddelade att allmänmedicin med stöd av IPULS kunde fortsätta inspektera enligt tidigare granskningsmodell, vilket SFAM efter många diskussioner och stor tvekan gick med på. Förberedelser för att åter komma igång med inspektioner gjordes, men det dröjde inte längre än till augusti förrän besked kom att IPULS ägare beslutat att lägga ner hela verksamheten. Administrationen av SK-kurser, som ingått i IPULS uppdrag, kommer sannolikt att återgå till Socialstyrelsen, medan ansvaret för SPUR just nu (september 2012) hänger i luften.



FOLKE NORDLINDER

Tecknare Folke Nordlinder

Vi anser att det är viktigt att SPUR tas omhand och att inspektioner blir gjorda. Specialitetsföreningarna, Läkarförbundet och Läkaresällskapet bör i fortsättningen vara SPUR-projektets ägare och ta ett gemensamt ansvar för SPUR-verksamheten och dess utveckling. Förutom specialitetsföreningarnas egna resurser kan ett centralt kansli behövas.

SFAM kommer nu att analysera vilka resurser som krävs för att genomföra allmänmedicinska SPUR-inspektioner med oförändrad kvalitet och avgift. Hög utbildningskvalitet på våra vårdcentraler är en förutsättning för god primärvård, och det är angeläget att kunna erbjuda landsting, regioner och enskilda vårdcentraler SPUR-inspektioner av ST utan dröjsmål.

Gösta Eliasson
SPUR-samordnare
gosta.eliasson@sfam.se

Eva Jaktlund
Vice ordförande, SFAM
eva.jaktlund@sfam.se

Fakta

IPULS = Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige ägs av Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund samt Sveriges Kommuner och Landsting. Målet har varit att stödja läkarens behov av vidare- och fortbildning samt att se till att kurserna håller hög kvalitet. Kurser har granskats utifrån en uppsättning fördefinierade kriterier. IPULS har dessutom genomfört SK-kurser för ST-läkare på uppdrag från Socialstyrelsen, kvalitets-säkrat ST-utbildningar samt gjort SPUR-inspektioner.

Annons

"The good enough GP"

Avhandlingen *"Den kompetenta allmänläkaren - mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden"* har lagts fram på Sahlgrenska akademien (allmänmedicinska enheten).

Avhandlingens fyra studier ledde fram till slutsatsen att *mötet med patienten - kompetensens hjärta* - hotas av yttre inblandning genom de krav på insamlande och registrerande av livsstilsdata som allt oftare förs fram som ekonomiska styrmedel. Avhandlingen beskriver hur viktig roll patientmötet har i allmänläkarnas kompetens.

Upprinnelsen till avhandlingen var mina egna iakttagelser under studietiden att trots att läkare arbetade på olika sätt så verkade var och en göra ett bra arbete. Det finns paralleller till andra områden. Barnläkaren och psykoterapeuten DW Winnicott myntade på 1950-talet begreppet *"the good-enough mother"* [1] för att trösta engelska mödrar som inte tyckte att de var perfekta. Som en jämförelse med allmänmedicinarens kompetens väcktes tanken om *"the good enough GP"*. En allmänläkare behöver inte heller vara perfekt, bara "good enough". Tillsammans med mina handledare Bengt Mattsson och Carl Edvard Rudebeck såg vi att det fattades forskning om hur allmänläkare utövar sitt arbete i praktiken, hur deras kompetens ser ut i mottagningsrummet.

Målet med studierna var dels att beskriva hur allmänläkare arbetar i praktiken och dels att undersöka om den idealbild av allmänmedicinsk kompetens som allmänläkarnas världsorganisation Wonca har formulerat är giltig för svenska allmänläkare. Wonca har sammanfattat kompetensen mycket koncentrerat i sex kärnkompetenser: *organisationsförmåga, patientcentrering, problemlösningsförmåga, mångsidighet, samhällsorientering och helhetssyn* [2].

Tre av avhandlingens fyra studier var kvalitativa och en kvantitativ. I den första studien följde undertecknad med fem allmänläkare under en arbetsdag. Den metoden, deltagande observation, är etablerad inom antropologin men mycket ovanlig inom medicinsk forskning. Ett

undantag är Ulla Holm som i sin bok "Det räcker inte att vara snäll" [3] beskriver hur hon studerade empatiförmågan hos olika läkargrupper. Forskningsmetoden *deltagande observation*, med iakttagande av etiska principer, är ett effektivt sätt att studera hur läkararbetet utförs i praktiken. Att själv vara närvarande i konsultationsrummet ger möjligheten att rikta sin koncentration åt det håll som ens förförståelse hjälper till att välja. Insiderperspektivets fördelar överväger nackdelarna med att vara blind för det välbekanta.

I den andra studien intervjuades allmänläkare i grupp och fokus i diskussionen kom att ligga på gruppdeltagarnas egna arbetssätt.

Den tredje ("reflective writing") och fjärde (enkät) studien undersökte hur läkarstudenter ser på allmänläkares arbetssätt där den tredje studien har en tydligt beskrivande inriktning.

Studierna utgående från läkarnas och studenternas positioner gav beskrivningar av allmänläkares arbetssätt som svarade på frågan om hur kompetensen uttrycker sig i praktiken. Syntesen kom att se ut så här: *Allmänläkaren arbetar utifrån patientkännedom och helhetssyn på ett patientcentrerat sätt med uppmärksamma samtal, kroppskännedom och ett brett kliniskt tänkande. Patienternas närhet till omsorg balanseras av läkarens skyddande av den egna autonomi. Allmänläkaren är medveten om att allmänmedicinens breda symptompanorama innebär ett inslag av osäkerhet i den kliniska bedömningen. Arbets-*

sättets alla delar formas av allmänläkares personliga stil.

Stilen, personlighetens inflytande på arbetssättet, visade sig vara en viktig del av kompetensen och formade arbetssättet. Att den personliga stilen är en viktig del av kompetensen stöder iakttagelsen att det är viktigt att en allmänläkare tillåts ha frihet att utforma sitt arbetssätt.

I **gruppintervjustudien** med allmänläkare kom vi fram till att allmänläkares kompetens kan beskrivas som professionell beredskap (professional readiness) och konkret arbetssätt (working behaviour). Professionell beredskap kan vara **den medicinska kunskapen modifierad av erfarenhet**: *"nästan allt som du har hört talas om kommer du att se förr eller senare"*. Eller så kan det vara läkares **kännedom om patienten** som gör att tolkningen av patientens symtom och beslutsfattandet blir lättare. *"När utbildningsläkaren frågar - om de vill ha min bedömning så frågar jag - vem är det?"*

Det konkreta arbetssättet handlar t.ex. om **kroppsmedvetenhet** där kroppsun- dersökningen både blir en bekräftelse på patienten som person och för att iakta förändringar av kroppsligt status: *"du känner din patient och du kan lägga märke till en viktnedgång till och med innan de själva har lagt märke till det"*. Det konkreta arbetssättet innefattar förhållningssätt till samarbete där ett sådant är en strävan efter en balans mellan ostördhet och samarbete *"skärma av när du behöver det, men det är också en plikt att hjälpa personalen och det är nödvändigt att finna en balans"*. ▶▶

I **studentstudierna framkom** att läkarstudenterna tilltror allmänläkarna att kunna sköta vardagssjukvården med speciellt fokus på "vardagslidandet". Det lidande av kroniska smärtor, kroniska sjukdomar och vardagsångest som inga andra specialister verkar särskilt intresserade av eller ens skickade att bry sig om tilltror studenterna allmänläkarna tid och möjlighet att ta sig an.

Woncas idealbild med de sex kärnkompetenserna för hur allmänläkare ska arbeta prövades mot våra empiriska resultat. Vi fann att de svenska allmänläkarna uppfyller Woncas krav för fyra av de sex kärnkompetenserna: **patientcentrerat arbetssätt, problemlösningsförmåga, mångsidighet och helhetssyn.**

Som exempel på patientcentreringen såg vi i studie 1 hur doktorn enträget undersöker patientens förväntningar på konsultationen och i studie 2 om lyssnandet på patienten och hur ett inre beslut hos doktorn växer fram om vad som är viktigast för patienten.

Problemlösningsförmågan tog sig i studie 1 uttrycket som att doktorn är öppen för oväntade vändningar i samtalet och har en beredskap för oväntade statusfynd.

Läkarstudenterna såg mångsidighet som "en förmåga att känna igen komplexa mönster" och hur allmänläkaren med tiden får stor erfarenhet av hur vardagliga åkommor.

Helhetssyn innebar för läkarstudenterna att ha en humanistisk förmåga, att kunna bistå vid allvarlig sjukdom och att inte drabbas av tunnelseende.

Dessa fyra kärnkompetenser representerar det centrala i patientmötet, den ostörda tid som patienten har tillsammans med läkaren. Det finns alltså en förtrolighet i mötet läkare-patient som måste hanteras med varsamhet när sjukvårdens organisationer vill föra in nya arbetsuppgifter.

Spänningen i framtidens sjukvård med ökande specialisering innebär att allmänmedicinen kommer att få kämpa för sin position i en värld där specialister och riktlinjeformade kvalitetsmått är tidens rättesnören. Avhandlingen understryker hur viktigt det är att skydda **patientens möte med läkaren, kompetensens hjärta**, mot yttre inblandning.

Good enough som ett sätt att tänka om kompetens innebär att det i kompetensens praktiska förverkligande alltid finns ett inslag av skröplig mänsklighet kvar. Denna existentiella samhörighet utgör grunden för att patienten söker upp sin allmänläkare.

Ingen ny kunskap svävar fritt i luften. Några av mina inspirationskällor är Carl Edvard Rudebecks tankar om symtompresentation och kroppsempati [4], Michail Balints gruppsamtal med allmänläkare om deras reaktioner på svåra

patienter [5] och Ulf Lindes konstanalyser som ett sätt att träna iakttagelseförmågan [6].



Björn Landström

Tidans vårdcentral

bjorn.landstrom@vregion.se

Referenser

1. Winnicott DW. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1949.
2. Wonca Europe. The European definition of General Practice/Family Medicine: a statement from Wonca Europe, 2005.
3. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.
4. Rudebeck CE: Kropp och ord i en allmänläkares rum. Lund: Studentlitteratur, 2012.
5. Balint M. The doctor, the patient and his illness. London: Pitman, 1957.
6. Linde U: Efter hand. Bonniers, 1985.

Intervju med författaren

När började du fundera på din avhandling?

Jag har länge varit intresserad av själva konsultationsprocessen; vad som faktiskt händer i mottagningen. Hur sker processen, vad är det som sker, hur sker det? Redan i början av nittioalet ville jag göra en studie, att observera några kollegor, vad som händer. Jag hade tänkt fråga ett antal kollegor och beskriva deras konsultationer.

Jag uppfattade att intresset från allmänmedicinska institutionen i Göteborg var tämligen ljumt för denna typ av studier. Dessutom var jag nog inte riktigt redo. Behövde ytterligare egen erfarenhet innan det var dags för observationsstudier. Men det blev en vändning när Bengt Mattsson började som professor där 1999. Han var ju särskilt intresserad av konsultationsforskning. Och sedan kom jag i kontakt med Carl Edvard Rudebeck

och båda har ju kunskaper och inriktning mot kvalitativ forskning. Dessa två personer har varit mycket betydelsefulla. Dessutom har kontakter med kollegor och seminarier varit betydelsefulla. Särskilt seminarierna på Skaraborgsinstitutet var mycket stimulerande,

Du skriver ju den "tillräckligt duktiga allmänläkaren", men var det ändå inte speciellt utvalda och duktiga allmän-

Läkare du studerade?

Det stämmer att de studerade läkarna valdes på rekommendation från studierektorer för att ha ett allmänt gott rykte bland kollegor och patienter. Och jag har fått höra av kollegor att de studerande läkarna verkade vara idealläkare med superegenskaper och ideal som är svåra att uppnå. Men jag kunde se brister och tillkortakommanden. Man kan ju naturligtvis diskutera mitt val av urval men de hade olika stilar och personligheter så jag tycker ändå att jag kunnat få med många alternativ.

Hur bar du dig åt för att båda observera och registrera allt som hände under deras dag? Hade det inte varit enklare att videofilma konsultationerna och sedan kodifiera och registrera?

Jo, visst hade det varit möjligt men jag gjorde noggranna förberedelser. Jag hade inte ambition att registrera allt men hade ett antal punkter som jag särskilt ville ha belyst. Jag utarbetade ett observations-schema som jag kunde använda under hela dagen.

Vad var det mest överraskande du fann?

Det var hur samständiga studenterna och allmänläkarna var i sin syn på allmänmedicin. Jag hade också tänkt att det skulle vara större skillnad på vad gäller organisation och ledningsfrågor men inte ens här skiljde de sig nämnvärt åt. Jag kan förstå att studenterna som inte kommit ut i arbete inte hade detta intresse. Det är mer anmärkningsvärt att de studerade allmänläkarna hade så lite intresse eller kanske tid att ägna sig åt dessa frågor.

Något annat som förvånar dig?

Kanske inte förvånar men det är intressant att se att trots läkarnas olika personligheter och stil så blev utfallet av konsultationerna ganska lika. Jag tycker därför att om det bara finns vissa grundelement i konsultationen bör läkaren lämnas mer utrymme för sin personlighet. Det kan innebära att det blir konflikter kring vårdprogram och riktlinjer, kring diskussionen om alla regler och registrering som pådyvlas. De såg ju också diagnosregistreringen som ett mer nödvändigt ont och en grov förenkling av det komplexa.

Hur går du vidare med din forskning? Eller går du tillbaka till din gamla tjänst på Tidans vårdcentral?

Jag har kvar min tjänst i Tidans och fortsätter jobba kliniskt. Ombärligt med kopplingen till det praktiska när man forskar. Jag har planer på att göra någon liknande studie i annat europeiskt land. Närmast till hands är England men det är inget bestämt. Och så har jag nyligen blivit chef på Skaraborgsinstitutet på halvtid. Skaraborgsinstitutet är ganska unikt och skiljer sig från de olika landstingens FoU-enheter genom att ha bredare social och humanistisk forskning, det är förutom läkare också socionomer, psykologer, och inte minst forskande sjuksköterskor, och denna bredd tycker jag är mycket stimulerande.

Erland Svensson

Redaktör

erland.svenson@gmail.com

Folkhälsoikonen Michael Marmot hedersdoktor i Malmö

Den kände brittiske forskaren Sir Michael Marmot, professor i epidemiologi och folkhälsovetenskap vid University College i London, har utsetts till hedersdoktor vid Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola.

Marmot är en framstående forskare när det gäller sambanden mellan samhälle, individ och hälsa. I sin forskning har han särskilt studerat hur olika sociala förhållanden leder till social ojämlikhet i hälsa och dödlighet. Han har även bedrivit forskning om hur olika psykosociala och biologiska faktorer medverkar till dessa samband. År 2008 fick han Tore Anderssons pris för epidemiologisk forskning för sin forskning om jämlikhet och hälsa.

Ingrid Eckerman
Chefredaktor@sfam.se



Bild: Wikipedia.

Sjukvårdssatir nära smärtgränsen

Smärtläkare Jan Lidbeck vid rehabiliteringskliniken i Lund, tidigare Helsingborg, har skrivit en bok. Den börjar som en faktaspäckad sjukdomsrapport, en satir över svensk sjukvård, övergår i en medicinsk thriller och går nästan över styr i burlesk berättarglädje. Interfolierat i den hisnande historien finns en aforismsamling på det existentiella temat, det obegripliga i att vara människa. Ett avslutande kapitel beskriver senare decenniernas utveckling vad gäller sjukskrivning och Försäkringskassans roll. Är det litterärt möjligt att få ihop denna häxbrygd?

Låt oss börja med stommen, den desillusionerade hjärtläkaren Martin Lehman, som flytt till Afrika i jakt på livets mening: ”Jag som kämpat mig till en lång och krävande utbildning, professionellt anseende och materiell vällevnad. När allt skalas av – vad finns då kvar?”

Lehman får meddelandet att hans enda dotter i en trafikolycka hemma i Sverige drabbats av en whiplash-skada. Med stor medicinsk insikt redovisas hennes sjukdom och hennes många kontakter med läkare i olika specialiteter. Bristande kunskap om smärtmekanismer och symptomatologi ger ett synnerligen dåligt omhändertagande och dottern förödmjukas. Försäkringsbolaget klassar med hjälp av en välbetald neurologidocent hennes smärta som tensionshuvudvärk – förstärkt av psykogena faktorer i ett somatiseringssyndrom – och Försäkringskassan drar hennes sjukpenning. Hon utvecklar en sekundär depression och begår suicid.

Tyvärr är detta förlopp en realitet. Varje läkare har anledning att rannsaka sig hur bemötandet av patienter utan så kallade objektiva fynd sker. Hur påverkade vi som läkare är av vår tids förenklade syn på människan med mätetalens tyranni; allt ifrån Socialstyrelsens tidsgränser per diagnos vid sjukskrivning till kvalitetsregister, kanske kopplade till ekonomisk ersättning, som inte fångar



Shamanens sång:

Om en oundviklig människa

Författare: Jan Lidbeck

ISBN 978-91-6338-674-9

Sidor: 360

Förlag: Arconia

upp det mångdimensionella i patientens sjukdomsbild. I vilken mån leder läkares egen okunskap och bristande empati till negativa projektioner, som snarast förstärker patientens förtvivlan, morbiditet och rundgång i vården för att få hjälp och förståelse?

Det är också en realitet att inskränkningarna i sjukförsäkringen många gånger drabbar svårt sjuka och att Försäkringskassans attityd och handlande, grundat på politiska beslut, blir en direkt sjukdomsgenererande faktor. Inför riksdagens beslut om förändringarna av sjukförsäkringen varnade professor Thöres Theorell inför socialförsäkringsutskottet att den nya lagstiftningen skulle leda till svårartade personliga konsekvenser för de sjukskrivna inklusive självmord och självmordsförsök, vilket väckte upprörda känslor i utskottet. Men det är precis så det har blivit. Det är väl som satir det

enda som fattas i Lidbecks bok – försäkringsmedicinska legitimerade psykologer, som tar hand om patienterna för psykoterapi efter det att kassan har misshandlat dem!

Jag tycker det är en välgärning att Lidbeck under gycklets form visar upp oss läkare som vi kan vara: grymma, oförstående, maktfullkomliga och anpassningar till övermakten och till mammons gudar. Jag tror dock att en del läsare har svårt att förena bokens två delar och upplever att Lehman dotters tragiska sjukhistoria utnyttjas till en medicinsk thriller, där Lehman ska ta hämnd på de läkare som gjort hans dotter så illa. Således att vendedtan, det överkliga fantasteriet, spiller över på den i grunden allvarliga, seriösa berättelsen som slutar i suicid.

Spänningen är dock hög när Lehman nästlar sig in på avdelningar, droggar en psykiater som ska framträda i tv och fyller en bil med tegelsten för att köra på neurologidocenten bakifrån – och låta denne själv få smaka på vad en whiplash-skada innebär. Att en shaman utrustat Lehman med djungelvapen och utifrån afrikanska förhållanden legitimerat Lehman nemoesis gör knappast den moraliska grundfrågan lättare att ta ställning till, onskans roll, blodshämnd och hedersmord i ett civiliserat samhälle.

Men Lidbecks engagemang för de svaga, hans satir och protest mot en repressiv statsmakt i allmänhet och svensk sjukvård i synnerhet – som håller på att förlora viktiga delar av den solidariska tanken, byråkratiseras och avhumaniseras – är i sig ett försök att skapa rättvisa. Och det har han all heder av! Att han då håller upp en spegel, där vi som läkare kan få skratta åt oss själva, och i drastiska penseldrag känna igen vår sjukvårdsorganisation, våra hierarkier och vår löjliga medicinska prestige, gör boken läsvärd.

Bengt Järhult

bengt.jarhult@ltkronoberg.se

Att läsa en artikel

Jag kom i kontakt med Trisha Greenhalghs bok *How to read a paper* för rätt många år sedan och det var den första skrift om evidensbaserad medicin som jag läste med nöje. Författaren är allmänläkare och professor i primärvård i London. Resonemang och exempel baseras i stor utsträckning på verksamhet inom primärvård. Boken är också skriven med humor som underlättar läsningen. Jag läste faktiskt första upplagan från pärm till pärm, smålog ofta och skratade högt en och annan gång.

Boken finns med i målbeskrivningen för ST i allmänmedicin som rekommenderad litteratur för delmoment 20 om evidensbaserad medicin. Den kunde också ha stått med under delmål 19, vetenskapligt förhållningssätt. Det är bra att den nu har kommit i välgjord svensk översättning.

Även om boken är upplagd som en lärobok i evidensbaserad medicin och handlar om hur man läser och bedömer vetenskaplig litteratur, blir den också därigenom en bra lärobok om forskningsmetodik.

Särskilt gillar jag bokens faktarutor. Några innehåller positiva exempel, såsom faktarutan: ”Tester för orsakssamband”. Andra handlar om vad man ska akta sig för, såsom ”Tio sätt att fuska med statistiska tester vid rapportering av resultat”,



Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter – grunden för evidensbaserad vård

Författare: Trisha Greenhalgh.
Svensk översättning: Kristina Olsson och Inger Bolinder-Palmér
Fackgranskning: Christel Bahtsevani.
ISBN 978-91-44-07271-5
Sidor: 309
Förlag: Studentlitteratur

eller ”Tio tips för läkemedelsindustrin – så här presenterar du din produkt på det fördelaktigaste sättet”.

Detta omvända sätt att visa hur vetenskap bör bedrivas tillämpas också i en annan läsvärd bok av en brittisk allmänläkare: Ben Goldacre. *Bad Science*, 2008. Här är fokus på att avslöja dålig forskning om bland annat alternativmedicinska metoder. Googla på författarens namn, så hittar du hans hemsida, där man också kan se honom i snälltågssart föreläsa på ett skickligt och roligt sätt.

Varje ST-läkare i allmänmedicin bör ha tillgång till Trisha Greenhalghs bok. Den är värd att stå på listan över kurslitteratur för varje forskningsmetodik kurs för ST-läkare, och då inte alls bara för allmänläkare.



Karin Lindhagen
Redaktör, AllmänMedicin
karin.lindhagen@sfam.se



Gör något aktivt – bli passiv medlem!

Läkare för Miljön

www.lakareformiljon.se

Annons

Alkoholens effekt på **hjärta** och **kärl**

Alkohol har många varierande och komplexa effekter på hjärt-kärlsystemet. En del tycks positiva, andra mer skadliga. Alkoholens hälsofrämjande egenskaper är en ständigt het och säljande ”nyhet”, samtidigt som andra har en agenda som betonar de negativa effekterna. Det kan därför vara svårt att få en balanserad bild. Försvårande är också att forskningen om alkoholens hälsoeffekter är antingen epidemiologisk, med sina inneboende problem att hantera störfaktorer (confounders), har skett på beroendeklinikernas patientklientel, eller är fysiologisk i laboratoriemiljö. Det finns en stor brist på sådan forskning på primärvårdens patienter. Slutligen är det en klinisk svårighet att alkoholens effekter kan vara så olika på olika individer och i olika situationer. Genetiken spelar in. Att supa till på helgen har också helt andra effekter än att dricka samma mängd till måltid under flera dagar.

Nedan följer resultatet av ett försök att vaska fram primärvårdsrelevanta fakta. Texten utgör, något redigerat, en del av en i höst kommande bok om alkohol för oss i vården.

Hypertoni

Hur blodtrycket påverkas av alkohol varierar, och studier har visat mycket olika resultat. Vid ett enstaka alkoholintag är den vanligaste reaktionen ett initialt blodtrycksfall, följt av en blodtrycksstegring. Stora befolkningsstudier, såsom Framinghamstudien, har visat fördubblad hypertoni-prevalens vid regelbunden högkonsumtion. De som dricker alkohol dagligen hade mellan 7/4 och 10/6 mm Hg högre blodtryck än nyktra. Hur stor andel av all hypertoni som kan förklaras av alkohol är oklar, men en engelsk studie uppskattade att 10 procent av all hypertoni beror på alkohol. En japansk

studie 2007 visar alkoholorsak hos hela 34,5 procent av manliga hypertoniker och 2,6 procent av kvinnliga.

På senare tid har man i studier tagit hänsyn till dryckesmönstret och ser då att detta tycks ha en avgörande betydelse för alkoholens blodtryckspåverkan, även om totalmängden är densamma. Att dricka till måltiden tycks inte alls ge samma blodtryckshöjning som att dricka på tom mage eller berusningsdricka. För män finns en tydlig linjär dos-responsrelation: ju mer man dricker, desto mer stiger blodtrycket. Kvinnor med måttlig konsumtion (mindre än ett glas per dag) kan, enligt en metaanalys, få en liten blodtryckssänkning, men vid större konsumtion stiger blodtrycket på samma sätt som för män. Man tror att det beror på att kvinnor har annat (försiktigare) dryckesmönster än män och att det inte är någon biologisk skillnad.

I beräkningar av den globala sjukdoms-bördan kom WHO fram till att 16 procent av all alkoholdödighet beror på alkoholens blodtryckshöjande egenskaper.

Den ovanstående redovisningen handlar om gruppdata. Den kliniska erfarenheten säger att det är svårt att förutsäga vilken individ som är känslig för alkoholens blodtryckshöjande potential. En del påverkas mycket, andra inte alls. Man känner flera möjliga fysiologiska mekanismer för hur blodtrycket kan påverkas, och med tanke på de stora genetiska variationerna i vart och ett av alla dessa system kan man ana en förklaring till att olika individer reagerar så olika.

Några mekanismer för blodtryckspåverkan

Alkohol har en vidgande effekt på kapillärer, vilket orsakar värmekänslan, men kan samtidigt vara sammandragande på resistenskärl, vilket orsakar blodtrycks-

stegringen. En viktig orsak till kärlsammandragningen är alkoholens membranpåverkan, vilket medför en hämning av Na⁺-K⁺-ATPas i kärlets glatta muskler. Intracellulärt natrium och kalcium ökar, vilket medför en ökad retbarhet i kärlets myocyter. Detta kan delvis motverkas med kalciumblockerande läkemedel.

Vid regelbundet alkoholintag uppstår natriumretention med ökande blodvolym och samtidigt låga serumvärden av kalium, magnesium och kalcium. Både blodvolymökningen och rubbning i saltbalansen är blodtryckshöjande.

Alkohol aktiverar det sympatiska nervsystemet och HPA-axeln. Detta tolkas ofta som ett kompensatoriskt svar på alkoholens dämpande CNS-effekt. Adrenalin och noradrenalin är kärlsammandragande och höjer blodtrycket. Särskilt ”dagen efter” ses en påtaglig katekolaminstegetring med ökad hjärtfrekvens och ofta en samtidig blodtrycksstegring.

Alkoholintag hämmar insöndring av antidiuretiskt hormon (ADH) från hypofys, med en kompensatorisk ökning när alkoholen går ur kroppen. ADH, som även benämns vasopressin på grund av sin kärlsammandragande effekt, spelar därför också roll i blodtrycksreglering. Exempel på ytterligare neurohumorala substanser som deltar i blodtrycksreglering och påverkas av alkohol är renin, natriuretiskt hormon, acetylkolin, adenosin och natriumnitroprussid. En neuronal effekt är att alkohol påverkar baroreceptorerna i sinus caroticus, de reagerar sämre.

Slutligen kan nämnas alkoholens hämmande effekt på enzymet kväveoxidsyntas (eNOS). Detta medför att bildningen av kväveoxid (NO) minskar. NO har en kraftigt kärlvidgande effekt, vilket utnyttjas i nitroglycerinläkemedel.

Alkohol kan i andra situationer tvärtom ha en kärlvidgande och blodtrycks-



sänkande effekt. Detta framträder framför allt direkt efter alkoholintag och vid lägre alkoholkoncentrationer. Även dessa mekanismer är komplexa. Ett exempel är att NO-insöndring från endotelet kortvarigt kan öka vid alkoholintag och därmed medföra kärlvidgning. Detta är dock tillfälligt, men det är en av förklaringarna till att en ”hutt” faktiskt kan hjälpa vid kärlkramp. Perifer kärlvidgning medför ett sänkt blodtryck och en minskad afterload för hjärtat.

En annan blodtrycksänkande mekanism är att endotelets känslighet för katekolaminer blockeras av alkohol. Därtill är acetaldehyd en kraftig kärlvidgare, vilket orsakar den ansiktsrodnad, flush, som bland annat många asiater får vid alkoholintag.

Rytmrubbning

Sedan 1980-talet har åtskilliga studier bekräftat att det finns ett samband mellan en hög alkoholkonsumtion och förmaksflimmer (FF). I den omfattande och välkontrollerade Framinghamstudien ses att riskökningen är liten vid en måttlig alkoholkonsumtion men att det finns ett tydligt dos-responssamband.

Hos kvinnor tycks en alkoholkonsumtion på upp till två standardglas per dag inte medföra förhöjd risk, men vid konsumtion av två standardglas eller mer ökar risken.

Hos män finns ett tydligt samband mellan alkohol och FF vid alla konsumtionsnivåer. Vid högkonsumtion är riskökningen påtaglig. Riskökning för dem som drack tre glas eller mer per dag var 34 procent i Framinghamstudien, och i Köpenhamnsstudien fick de som drack minst fem glas per dag 45 procent riskökning. I Köpenhamnsstudien beräknas att fem procent av all FF beror på hög alkoholkonsumtion. Risken för FF är speciellt hög när högkonsumenter slutar dricka.

Hos äldre personer (över 65 år) har en konsumtion på upp till fjorton standardglas per vecka inte visats ge ökad risk för FF. Ett undantag är de som tidigare i livet varit högkonsumenter. Dessa personer har ökad risk att få FF, även av en måttlig alkoholkonsumtion. För dem som redan



Teckning: Sven Wåhlin.

har ett FF ger samma måttliga alkoholkonsumtion ingen ökad risk för död.

Långvarig högkonsumtion kan resultera i olika skador på hjärtat inklusive kardiomyopati, vilka kan skada retledningssystemet och precipitera ett förmaksflimmer. Men även en måttlig alkoholkonsumtion kan hos vissa individer öka risken. Mekanismer är då direkt hjärtmuskeltotoxicitet med ökad intraatriell överledningstid, ökad adrenerg aktivitet och dämpad vagal aktivitet. De som lättare får FF av alkohol reagerar med ett större sympatikuspåslag när de dricker alkohol.

Stroke

Nästan alla studier visar ett exponentiellt dos-responsförhållande mellan alkoholmängder och hemorragisk stroke, som innefattar både hjärnblödning och subaraknoidalblödning.

För ischemisk stroke, ”blodpropp i hjärnan”, anses det finnas en ”J-kurva”, så att en liten regelbunden alkoholkonsumtion medför lägre risk jämfört med

nykterhet medan ökande konsumtion medför ökad risk. På senare år, när man analyserat dryckesmönster, ser man att berusningsdrickande är särskilt riskabelt och ökar risken för både ischemisk och hemorragisk stroke.

Orsaker till de ökade strokeriskerna kan vara störning i hjärtrytm med trombosbildning och blodtrycksförhöjning. Variabilitet i blodtrycket med toppar anses som särskild risk.

Positiva effekter?

Det finns forskare som ifrågasätter alkoholens positiva kärl- och hjärtskyddande effekter som inkluderar minskad risk för hjärtinfarkt och ischemisk stroke. Allmänheten är förstås, på grund av kvällspressens löpsedlar och reportage, övertygad om att det är hälsosamt att dricka lite vin varje dag.

Ursprunget till idén om alkoholens kärlprotektiva effekter var att patologer för över åttio år sedan noterade att högkonsumenter av alkohol hade oväntat fina blodkärl med lite arterioskleros. Senare har man noterat att alkohol medför biokemiska förändringar som teoretiskt bör vara nyttiga för hjärta och kärl. Framför allt har många stora epidemiologiska studier påvisat lägst hjärt-kärldödlighet för de befolkningsgrupper som har en måttlig konsumtion. Såväl nykterister som högkonsumenter har en högre dödlighet än måttlighetskonsumenter. Måttlighetskonsumtion har oftast handlat om mängder upp till ett eller två standardglas per dag.

Den viktigaste biokemiska förändringen är att alkohol höjer HDL, det goda kolesterolet. Man har bedömt att denna förändring står för ungefär hälften av alkoholens skyddseffekt. En annan indikator är apolipoprotein A-II som höjs kraftigt av alkohol, faktiskt så kraftigt att den föreslagits som alkoholmarkör.

Ytterligare en effekt är en minskad blodproppsbildning på grund av att blodplättarna blir mindre ”klibbiga” vid alkoholförtäring. Det är samma effekt som acetylsalicylsyra har på blodplättarna. För alkohol finns dock en rekyleffekt som medför att klibbigheten ökar efter att alkoholen gått ur kroppen.

Dessutom sänker alkohol fibrinogenhalten i blodet. Fibrinogen är en akut fasreaktant som stiger vid inflammation. Även om alkoholens metaboliter är oxidativa och kan bidra till inflammation i vävnader tycks alkoholen samtidigt minska inflammation i blodkärlens innersta cellager, intiman. Även detta medför mindre arterioskleros.

Det finns ett stort antal epidemiologiska studier och flera metaanalyser av dessa studier som mer eller mindre tydligt talat för att en måttlig alkoholkonsumtion kan ha en skyddande effekt på såväl hjärt-kärlsjukdom som diabetes jämfört med nykterhet. Forskarna har emellertid olika ståndpunkter angående hur detta ska tolkas. Dessa studier har kritiserats för systematiska fel, framför allt för att man inte tagit hänsyn till störfaktorer (confounders), till exempel andra levnadsvanor och sociala förhållanden.

År 2011 publicerades en omfattande systematisk översyn och metaanalys i BMJ, som menade att kunskapsläget nu var så entydigt att alkoholens positiva hälsoeffekter inte längre kunde ifrågasättas. Metaanalysen inkluderar 84 prospektiva studier rörande alkoholens skyddseffekt på sex olika aspekter av kardiovaskulär sjukdom och död. Resultatet är att de olika hjärt-kärlriskerna sänks i storleksordningen 14 – 25 procent för dem som dricker ett till två standardglas per dag jämfört med nyktra, men riskerna ökar vid konsumtion däröver. Studien beaktade inte andra, negativa hälsoeffekter av alkoholkonsumtionen.

Nu har dock även denna metaanalys kritiserats för avgörande metodologiska brister. Man granskade alla 84 studier och exkluderade dublettpublikationer och dem med metodologiska brister. Därefter återstod två (!) studier med god design. Vad visade då de? Jo, en skyddande effekt fanns i vissa variabler, men metaanalysens entydiga resultat saknades.

Resultaten av den kritiska granskningen av metaanalysen kontrasterar starkt mot metaanalysens slutsats om skyddande effekter och den modiga slutsatsen att resultaten nu är så klarlagda att ytterligare studier knappast är behövliga på detta område.

Kan man rekommendera alkohol i hälso- och sjukvården?

1. Avvägningen mellan nytta och risk är komplicerad. Man kan därför inte generellt rekommendera alkohol ur hälsosynpunkt.
2. Det finns å andra sidan inte skäl att avråda från måttligt drickande, om hänsyn tas till kontraindikationer.
3. De eventuellt gynnsamma hälsoeffekterna uppnås redan vid låg konsumtion: <1 standardglas för äldre män, <1/2 standardglas för äldrekvinnor. Lägre nivåer gäller för yngre personer. Konsumtion över dessa nivåer ger ökad risk.
4. För personer < 40 år finns inga positiva hälsoeffekter.
5. Avråd alltid från berusningsdrickande.

Figur 1. Statens folkhälsoinstitut menar att man generellt varken kan råda till eller avråda från en måttlig konsumtion.

Diskussionen belyser svårigheter att tolka resultaten och de inneboende begränsningarna hos observationsstudier.

Trots all forskning, vad vet vi egentligen? I brist på evidens brukar man luta sig mot "eminens". Kanske ska man då lita på WHO:s forskare, när de beräknar all sjukdomsburda för olika regioner och globalt? I så fall kan man tro att alkohol faktiskt har en positiv hälsoeffekt för såväl diabetiker som för personer med kardiovaskulär sjukdom.

Alkoholens positiva effekt är dock inte så stor i jämförelse med den negativa hälsoeffekten. WHO beräknar storleksordningen av den nyttiga effekten till cirka tre procent av de hälsoskadande effekterna. Av alkoholens positiva hälsoeffekt hänförs åtta procent till förbättrad diabetes och 92 procent till hjärt-kärlskyddet.

Osäkerheten om hälso nyttan med alkohol gör att det flesta myndigheter och organisationer världen över formulerar sina råd med försiktighet. The American Heart Association menar att man inte kan rekommendera alkohol i hjärtskyddande syfte och att alkohol ska diskuteras individuellt mellan läkare och patient. På ett liknande sätt sammanfattar Statens folkhälsoinstitut sina råd (figur 1).

Referenser

- Beilin LJ, Puddey IB. Alcohol and hypertension: an update. *Hypertension*. 2006;47(6):1035–1038.
- Djoussé L, Levy D, Benjamin EJ, Blease SJ, Russ A, Larson MG, et al. Long-term alcohol consumption and the risk of atrial fibrillation in the Framingham Study. *Am J Cardiol*. 2004;93(6):710–713.
- Kawano Y. Physio-pathological effects of alcohol on the cardiovascular system: its role in hypertension and cardiovascular disease. *Hypertens Res*. 2010;33(3):181–191.
- Mukamal KJ, Tolstrup JS, Friberg J, Jensen G, Grønbaek M. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation in men and women: the Copenhagen City Heart Study. *Circulation*. 2005;112(12):1736–1742.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223–2233.
- Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, He J. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2003;289(5):579–588.
- Ronksley R, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011;342:d671.
- Stockwell T, Greer A, Fillmore K, Chikritzhs T, Zeisser C. How good is the science? *BMJ*. 2012;344:e2276.
- Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(12):1981–1990.
- Wählin S. Vem kan man lita på? *Läkartidningen*. 2012;109(17–18):861.



Sven Wählin
Distriktsläkare
sven.wahlin@sll.se

Texten utgör, något redigerat, en del av en i höst kommande bok om alkohol för oss i vården

Annons

Är det allmänmedicinska gräset grönare i Slovenien?

European General Practice Research Network (EGPRN) består av några hundra forskningsintresserade allmänläkare från Israel (!) till Norge. Här är en rapport från mötet i Ljubljana, Slovenien, maj 2012.

Igor Szvab, ex-ordförande för WONCA Europe, presenterade allmänmedicinen i Slovenien, detta välorganiserade tvåmiljonersland där den befolkningen litat på mest är allmänläkaren – varför? Jo, man arbetar ju för patientens bästa – brandmän kommer tvåa. Slovensk primärvård är offentligt driven och finansierad – majoriteten av allmänläkarna är offentligt anställda på vårdcentraler med 1600 patienter listade per läkare. Tid per patient är sju minuter – man önskar sig tio minuter! 17% av sjukvårdsbudgeten går till primärvården som är grindvakter till sjukhus och organspecialister.

– Vi är ett litet land och tvingas därför söka oss utanför landets gränser för att bli bättre och lära nytt. Att vara slovensk expert är inte mycket värt. Det räcker att skriva en artikel i något ämne. Vi måste jämföra oss på den internationella arenan. Detta är utmaningen men också fördelen med ett litet land.

Denna attityd borde vi svenskar lära oss av. Jag har tyvärr varit ende svenske deltagare på EGPRNs möten sedan 2010.

Feedback och diskussioner är typiskt för EGPRN, som håller högre vetenskaplig klass än WONCAs möten. EGPRN samlar även kollegor från Israel, där forskningskreativiteten är hög. På grund av stor immigration och växande ultraortodox

befolkning är fattigdomen en realitet, och många har inte råd att köpa mediciner. En studie, sponsrad av en rik israel, visade att HbA1C-värden sjönk rejält när fattiga diabetespatienter fick apotekskreditkort – värdena steg igen när studien och pengarna var slut. Till varje EGPRN-möte kommer också en turkisk delegation som också är värd för nästa vårmöte 18-20 maj, 2013 (se egprn.org). Annars presenterar belgare och holländare den bästa forskningen. När denna tidning utkommer håller EGPRN sitt 75:e möte i Antwerpen 18-20 oktober! Blir jag ende svenske deltagare?



Hans Thulesius
Docent

hansthulesius@gmail.com



EGPRNs ordförande Eva Hummers-Pradier svarar på varför svenska allmänläkare och forskare ska delta på EGPRN-möten.

För att:

- Knyta kontakter, etablera samarbeten, och vara del av ett europeiskt nätverk i mer än 30 länder.
- Få insikt i olika sjukvårdssystem, praktik och forskning.
- Dra nytta av feedback och expertis från erkända europeiska experter inom allmänmedicinsk forskning.
- Få feedback på egna forskningsprojekt, anslagsansökningar, idéer eller resultat i ett internationellt perspektiv.
- Öka egen expertis i forskningsmetod, kommunikation och presentation av forskningsfrågor och resultat för en internationell publik.
- Få nya idéer för i huvudsak forskning men också undervisning och praktik från kollegor som presenterar sina arbeten.
- Delta i internationella samarbeten eller hitta partners för egna projekt.

Ska 90-åringar ha fettsänkare?

Under en regnig spelmansstämma i Ransäter, Värmland, läste jag gamla Dagens Medicin. I mars fällde en överläkare på en ortopedgeriatrisk avdelning kommentaren ”90-åringar ska inte ha fettsänkare”. Inför operation gör han en läkemedelsgenomgång på varje patient, och oftast resulterar det i en minskning av antalet läkemedel.

Läkemedelsverket rekommenderar att behandla patienter vid en enligt SCORE uppskattad tio års absolut risk på > 5 % att avlida i kardiovaskulär sjukdom [1]. Ingen åldersgräns finns angiven. I Fass rekommenderas att utgångsstatus för CK fastställs för patienter äldre än 65 à 70 år (beroende på fabrikat) och sedan följs upp efter några månader. Janusinfo anger att även äldre tolererar statinbehandling väl, men att dosreduktion kan bli aktuell.

Officiella – och informella – riktlinjer och tumregler försöker jag undvika. Om patienten är i god form så fortsätter jag insatt behandling, men börjar vederbörande bli ”äldre-äldre-äldre” eller ”frail”, så börjar jag trappa ut behandlingen. Vid värkproblematik eller polyfarmaci är nog statiner det första som ryker. Vad är CK? Kan inte påminna mej att jag sett det på vår medicinkliniks lablista på länge? Mitt svar på den frågan är alltså ”sällan”. Jag frågar inte heller om ”muskelvärk” – men fördjupar mej om de klagar på eller berättar om värk.

Ju äldre vi blir desto känsligare och svårare blir distinktionen av ”äldre”. ”Med i övrigt god hälsa” är förstås en viktig aspekt. Över 90 är det nog mycket få patienter som har vad man rimligen kan kalla ”en i övrigt god hälsa” – så vad vi diskuterar i detta fall är ”undantagsvis” och således långt från ”tumregler”. Om man har levt till 90+ och har en ”i övrigt god hälsa”, så tillhör man alltså en ”subgrupp” och då blir det nog ändå svårare att hitta vetenskapligt belägg för att det är av värde att ”fortsätta” – eller introducera – en preventiv farmakologisk behandling.

Att sätta ut sedan länge insatt behandling är en annan fråga – och har man haft sin stroke, sin infarkt, sin njursvikt, gastrit, KLL och ett antal andra hälsoproblem, så är man kanske inte att betrakta som ”i övrigt god hälsa”.

(Robert Svartholm)

Jag ser inte motiv att sätta ut statiner bara för att man uppnått en viss ålder. Äldre-äldre med i övrigt god hälsa kan gott fortsätta med statiner, så länge personen själv tycker det är angeläget att minska risken för hjärt-kärlsjukdom. Om man har andra sjukdomar, polyfarmaci eller biverkningar av statinerna så måste förstås behandlingen ifrågasättas i samråd med personen och ev. anhöriga (vid t.ex. demens). Dosering? Där lutar jag åt att det vid primärprevention är rimligt att använda låg dos (simvastatin 20 mg, atorvastatin 10 mg). Snarare än att jaga laboratorievärden, som ju är den officiella rekommendationen i dag.

(Jan Håkansson)

Listorna i Fass över biverkningar av statiner är magnifika och kan skrämja slag på vem som helst. Själv har jag tre personer i bekantskapskretsen som fått muskelsmärter som påverkat deras fysiska aktivitet och livskvalitet negativt. I en ST-uppsats från Linköping på patienter >75 år hade 15 % biverkningar från musklerna och ytterligare 15 % andra biverkningar [2].

Inför detta nummer av AllmänMedicin skickade jag ut en fråga på allmänläkarnas diskussionsforum Ordbyte: ”Hur gör ni med utsättande av fettsänkare? Har ni rutiner? Eller har ni tumregler? Finns det riktlinjer?”

Här är ett axplock av kommentarerna, med tillstånd från de citerade skribenterna.

Personligen tycker jag att det är viktigt att hos gamla människor mer än deras kronologiska ålder se till det som jag uppfattar som deras vitalitet och livskvalitet, även om det har sina begränsningar att skatta en persons livskvalitet utifrån. Jag tycker det är viktigt hos de riktigt gamla att skilja på att minska risken för stroke, som jag tycker är mer angeläget än att minska risken för hjärtinfarkt (som antingen är icke-dödande och i de flesta fall inte påverkar livskvaliteten påtagligt, eller ger akut hjärtdöd). Det leder till att blodtryckskontroll ter sig mer angeläget än statiner. Inga statiner alls primärpreventivt i denna grupp.

Det klokaste jag hört hittills någon säga om statinutsättning hos gamla var någon som sa ungefär så här: ”Har du en person framför dig som har en klar grundindikation (sekundärprevention) och som du bedömer har en god livskvalitet och mycket väl kan leva minst ca tre år till så fortsatt med statinerna, annars sätt ut.” Och detta givetvis anpassat till sammanhanget, sunt förnuft, polyfarmacisituation, patientens egna värderingar och funderingar.

Dosen? Tolerabel dos, förslagsvis 20 mg simvastatin eller 10 mg atorvastatin. Jag tillhör gruppen som tycker man i nästan alla fall kan gå på dos och inte på målvärden i lablistan.

(Anders Hernborg)

Högt kolesterol skyddar både mot cancer och infektionssjukdomar; varför då sänka det? Högt kolesterol är ingen riskfaktor för äldre människor. Det finns mer än 20 studier, som visat, att äldre människor med högt kolesterol lever längst (www.ravnskov.nu/svmyte7). Det enda statinexperiment där man uteslutande behandlade äldre var PROSPER. Resultat? Ingen effekt på totalmortalitet, men en signifikant ökning av cancer.

Kom sedan ihåg att mer än 90 % av dem som dör av en hjärtkärlsjukdom i Sverige har passerat pensionsåldern.

(Uffe Ravnskov)

Vi och även tanterna blir bara äldre och måna om sin hälsa. Min bedömning är att lipidstatus ofta tas på äldre kärldfriska damer och att de även står för en ansevärd del av statinintaget. Kontrollerna har ibland påbörjats i företagshälsovården under yrkesverksam tid.

(Peter Olsson)

I statindebatten får man förstås agera med klokhet när det gäller äldre-äldre och där polyfarmaci kan utgöra ett problem och motivera medicinsanering. Man bör dock komma ihåg att sekundärprevention, t.ex. efter PCI och CABG hos biologiskt välbehållna äldre kan utgöra en klar indikation på statinbehandling, åtminstone under 1-2 år efter ingrepp, kanske längre. Betänk att HYVET ju visade nytta med aktiv blodtryckskontroll hos "friska" äldre-äldre. Detta talar för att man snarare bör ta hänsyn till biologisk än kronologisk ålder.

Jag tror att de flesta som sysslar med epidemiologi är synnerligen medvetna om fenomenet selektiv överlevnad som medför att de flesta farlighetsfaktorer kan byta förtecken hos gamla människor över 80 år just eftersom dessa är överlevare. Det är ungefär som ett annat känt epidemiologiskt fenomen, "The healthy worker effect", d.v.s. att man som regel endast finner ganska friska och hälsomässigt robusta personer som kunnat stanna kvar i hälsofarliga jobb med buller, kyla, damm och skift efter många år, de andra har ju slutat, kanske p.g.a. sjukdom.

Jag skulle tro att många med mig kan tänka sig att om man har en biologiskt pigg äldre patient som genomgått PCI eller CABG (sekundärprevention) så kan det finnas motiv för statinbehandling under en period, oklart hur länge.

Primärpreventivt finns det förstås mycket ringa skäl att behandla en 80-åring med statiner. Man bör dock i ärlighetens namn erkänna att den berömda Heart Protection Study (HPS: simvastatin vs. placebo) hade inklusionsålder upp till 80 år och att patienter sedan följdes i cirka 5 år med god nytta i interventionsgruppen.

(Peter M Nilsson)

Efter detta är det bara att hålla med Peter Nilsson: "Behovet av ny workshop med Läkemedelsverket för att uppdatera 2006 års rekommendationer stärks." Självt vill jag gärna se en dubbel-blindundersökning, där äldre personer får byta sitt statin mot placebo och registrera sitt välbefinnande.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. Prevention av atero-sklerotisk hjärtkärl-sjukdom med lipidreglerande läkemedel. Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket: Information från Läkemedelsverket 1: 2005.
2. Chedid, Fadi: Många äldre har biverkningar av simvastatin. ST-läkarnas vetenskapliga projektarbeten i Östergötland, 2011:2 ST. ISSN 1102-3805.

Annons

Det Krökta Rummet av Magnus Falk

De senaste åren har flera läkarkollegor kommit ut med böcker, främst deckare. Nu även Magnus Falk som är distriktsläkare på Kärna Vårdcentral, Linköping samt verksam vid Fou-enheten Närsjukvården och Hälsouniversitetet. Det är hans debutroman och den utspelar sig i sjukhus- och universitetsmiljö. Det är ingen vanlig deckare, även om den har rubricerats som sådan, men han vill skapa denna illusion för sina läsare.

Huvudpersonen Cecilia Fagerström går första året på läkarlinjen. Hon är småbarnsförälder och lever i en pressad miljö med känslan av otillräcklighet att klara studierna, att få livspusslet att passa in. För att få ekonomin att gå ihop jobbar hon extra på ett äldreboende där hon tidigare arbetat. Hon blir indragen i mammans relationsproblem med sin sambo, hennes pappas insjuknar i allvarlig sjukdom. Samtidigt sker ett mord nära stadsdelen där hon bor.

Universitetsstaden är möjligen Linköping men det får man som läsare inte veta. Åtminstone vi äldre läkare känner väl igen de miljöer som skildras. Men jag undrar, ja jag kan ha fel, om inte dagens läkarutbildning har moderniserats något. Författaren verkar ha i sig vällovliga ambitioner att för ickemedicinare belysa denna värld. Han har därför i första delen av boken många förklarande avsnitt, men jag tycker att dessa istället borde vävas in i texten. Nu fungerar de som en slags fotnoter som mer hör hemma i en artikel än i en roman. Det blir utläggningar kring brist på patologer och minskat antal obduktioner, förklaringar av läkarutbildningens "tidig läkarkontakt" etc. Detta borde gestaltas i romanen, det är väl själva vitsen med en litterär text. Allt måste inte förklaras.

Jag menar vidare att Magnus Falk har allt för stora ambitioner. Han för in massor av teman och medicinska frågeställningar. Han skildrar läkarutbildningen och speciellt de etiska delarna. Det blir diskussioner och kritik mot äldreomsorgen, forskningspolitiken och förutsättningarna för klinisk forskning, vårdgarantin, vårdval och körtörning, körkortsintyg, frågor om obduktion mm.

Berättelsen skulle ha vunnit på att stramas upp. Skildringen av huvudpersonen är i sig tillräcklig intressant utan dessa utvecklingar och förklaringar. Han lyckas fint i dialog, tankar och handlingar att skapa liv i gestaltningen av Cecilia. Det är mycket som händer i livet just nu och som hon måste brottas med. Funderingarna handlar om vardagsstress, förgänglighet, rädslan att inte räcka till eller klara av, och hon har många saker att oroa sig över.

Det är en beskrivning av hur ens verklighetsuppfattning kan förvrängas av för många stimuli och psykisk överbelastning, och hur en underliggande sårbarhet som blottas tar sig drastiska uttryck. Jag vill inte förstöra för er läsare med att berätta upplösningen av boken, men den tar en oväntad vändning som i huvudsak är trovärdigt skildrad, möjligen lite väl uppskrivad.

Magnus Falk säger sig ha idéer till nya böcker även om det inte lär bli någon fortsättning med Cecilia Fagerström som huvudperson. Men det vore spännande om även nästa bok blir en skildring från sjukvårdsmiljöer.

Erland Svensson
erland.svenson@gmail.com



Det krökta rummet

Författare: Magnus Falk
ISBN 978-91-977464-4-1

Sidor: 347

Pocket



Magnus Falk.

Patient.nu

– med världen som hälsolieferantör och internet som vårdcoach

Om det var länge sedan du gjorde en omvärldsanalys eller inte alls känner att du har hängt med de sista åren är det här en bok för dig. Du som gillar teknik och ibland ägnar dig åt lite omvärldsbevakning kommer sannolikt inte att få lika stor behållning.

De första kapitlen ger en heltäckande bild av bakgrunden men är inte särskilt medryckande. Det kan bero på språket som jag tycker är en smula omständligt. Jag får känslan av att författarna vänder sig till en publik som gärna läser vetenskapliga artiklar men ändå vill hålla det enkelt.

Men håll ut! Man får vad man förväntar sig också! Kapitel 4 som utgör gott och väl en tredjedel av boken är en utmärkt översikt över var vi står idag. Moderna begrepp om datorer och teknik idag reds ut och du kommer att kunna vara med aktivt i samtalet med dina kollegor och patienter.

Författarna har även velat få med andra aspekter än de rent tekniska och en del i boken beskriver beteenden. De har valt att göra detta utifrån att värderingar är



Patient.nu

– med världen som hälsolieferantör och internet som vårdcoach

Författare: Håkan Eriksson och Peter Majanen

ISBN 978-91-44-07128-2

Sidor: 243

Förlag: Studentlitteratur

det styrande, vilket säkert en och annan beteendevetare skulle ha synpunkter på.

Jag hade stora förhoppningar på en utförlig och målade framtidsspaning men den omfattar bara knappt 20 sidor på slutet och du får leta på något annat ställe om du är ute efter det.

Sammanfattningsvis är vi inte bortskämda med titlar på detta område och jag tycker att boken är ett välkommet tillskott i bokhandeln.



Ulf Österstad

Jämjö VC, Karlskrona
ulf@osterstad.se



Tycker du att AllmänMedicin är bra?

Vi i redaktionen blir väldigt glada om du delar med dig!

Lägg den i kafferummet, låt den gå runt på möten, diskutera artiklarna på läkarmötet – möjligheterna är oändliga!

Rådgivning om lågkolhydratkost till patienter med diabetes typ 2 gav förbättrad sockerkontroll

In type 2 diabetes, randomisation to advice to follow a low-carbohydrate diet transiently improves glycaemic control compared with advice to follow a low-fat diet producing a similar weight loss. H. Guldbrand, B. Dizdar, B. Bunjaku, T. Lindström, M. Bachrach-Lindström, M. Fredrikson, C. J. Östgren, F. H. Nystrom

I en vetenskaplig studie som nyligen publicerats i tidskriften *Diabetologia* [1] har 61 patienter med diabetes typ 2 studerats avseende effekten på metabolisk kontroll och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom av lågkolhydratkost jämfört med traditionellt rekommenderad diabeteskost. Efter sex månader kunde förbättrad sockerkontroll ses hos dem som fått rådet att äta lågkolhydratkost. Viktnedgången var likvärdig i de båda grupperna under studietiden som var två år. Någon negativ effekt på blodfetterna trots ökat fettintag i lågkolhydratgruppen kunde inte ses, utan tvärtom en ökning av HDL-kolesterol vid 6-månadersundersökningen då följsamheten till kosterna var som högst.

Bakgrund

Under senare år har prevalensen av diabetes mellitus typ 2 ökat kraftigt i stora delar av världen. Frågan om vilken kost som är lämpligast har debatterats livligt. Efter en uppblående debatt i media för ett sju år sedan kom jag och kollega Rolf Lövgren att diskutera dessa frågor. Vid medicinkliniken i Karlshamn hade Jörgen Vesti-Nielsen pågående studier av diabetespatienter som fått pröva en kost med lågt kolhydratinnehåll och mycket fett. Han visade på goda förbättringar av blodsockerkontrollen hos dessa patienter. Vi gjorde ett studiebesök på medicinkliniken i Karlshamn som gjorde att vårt intresse för kostfrågorna blev allt större. Som diabetesansvarig läkare på vårdcentralen tog jag så småningom kontakt med landstingets FoU-enhet i Östergötland för att diskutera möjligheten till ett kvalitetsarbete gällande diabeteskost. Resultatet blev efter en hel del förberedelser

och etikprövning, en 6 månader lång pilotstudie på Vårdcentralen Lyckorna, Motala. 28 patienter med diabetes typ 2 kunde inkluderas och lottas till att använda lågkolhydratkost eller traditionellt rekommenderad diabeteskost (låg fettkost).

Resultaten av vår pilotstudie var uppmuntrande med påvisade goda effekter av framförallt lågkolhydratkosten. Distriktläkarkollega och numera professor Carl Johan Östgren uppmuntrade mig att gå en regional forskningskurs och att arbeta fram en ny forskningsstudie i större format, baserad på pilotstudien. Professor Fredrik Nyström, med stort intresse inom området, kom också snart att engagera sig i studieutformningen, liksom även docent Torbjörn Lindström. Min kontakt med Hälsouniversitet, Linköping, resulterade så småningom också i att jag antogs som doktorand, vilket innebar ökat stöd i forskningen, både vad gällde forskningsanslag och möjlighet till handledning.

Det finns studier som jämfört kost med högt fettinnehåll och lågt kolhydratinnehåll med låg fettkost som oftast rekommenderats till patienter med diabetes [2-7]. De studier som gjorts har dock ofta haft stort bortfall av deltagare, inte varit randomiserade, haft kort uppföljningstid eller varit förenade med stora resurser vad gäller rådgivning och kontroller.

Vår studie, som vi kallade Västkost då den utfördes i västra Östergötland, kunde efter en hel del förberedelser och efter Etikprövningsnämndens godkännande starta våren 2009. Vi följde nämndens önskemål om att ha en uppföljningstid på två år. Liksom i pilotstudien var avsikten att jämföra hur lågkolhydratkost

och låg fettkost påverkar olika riskfaktorer hos patienter med typ 2-diabetes, såsom sockerkontroll, vikt, blodtryck och blodfetter.

Metod

I slutet av 2008 sattes studien igång med rekrytering av deltagarna. Vi hade ett mål att rekrytera totalt 60 patienter med diabetes typ 2, från två olika vårdcentraler. Patienter på dessa mottagningar tillfrågades konsekutivt när de hade kontakt med vårdcentralen om deltagande. I mars 2009 startade studien efter att 61 patienter engagerats. Efter skriftlig och muntlig information om studien och när patienterna gett sitt godkännande, lottades de till deltagande i en av de båda kostgrupperna. Studien inleddes med provtagningar, mätningar av kroppsmått och en kostregistrering under tre efter varandra följande dagar. Därefter hölls ett informationsmöte med allmän information om studien varefter grupperna åtskildes och specifik kostinformation gavs. Förslag till veckomenyer delades ut till vardera gruppen, med samma energiinnehåll men med olika fördelning av fett, kolhydrater och protein. I lågkolhydratkosten var energiinnehållet från fett 50 %, från kolhydrater 20 % och från protein 30 %. Motsvarande energiinnehåll i låg fettkost var från fett 30 %, från kolhydrater 55–60 % och från protein 15–20 %, vilket motsvarar Livsmedelsverket rekommendationer för befolkningen. Under studien utfördes provtagningar, mätningar, kostregistreringar och enkätuppföljningar enligt uppgett schema. Variabler som studerades var HbA1c, blodfetter, blodtryck och olika kroppsmått såsom vikt, midjeom-

fång och bukhöjd. Informationsmöten för rådgivning om kosten hölls under studiens första år vid tre tillfällen efter det inledande mötet. Carl Johan Östgren stod vid dessa tillfällen för informationen till lågfettgruppen och Fredrik Nyström för informationen till lågkolhydratgruppen. Under studiens andra år gavs inom studien ingen riktad kostinformation, enbart gjordes de ordinarie kontrollerna inom vården hos diabetessköterskorna.

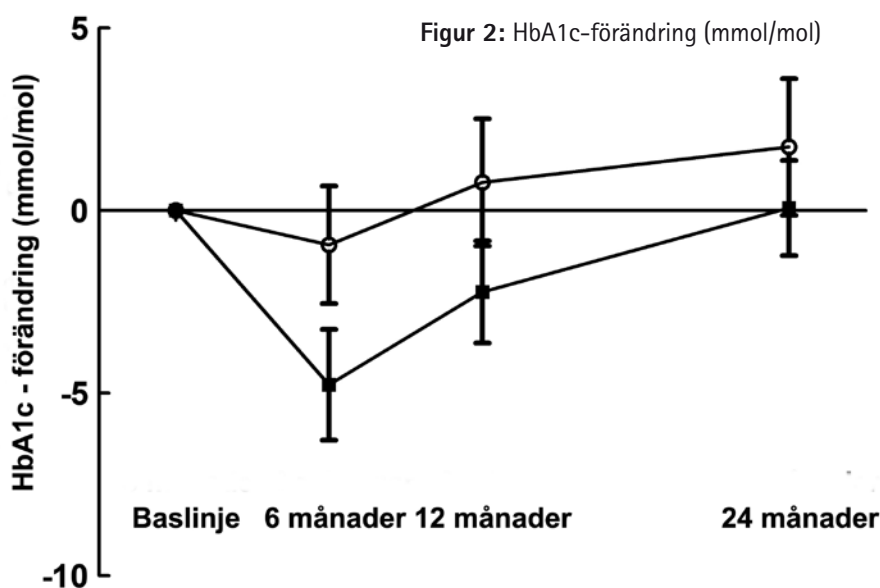
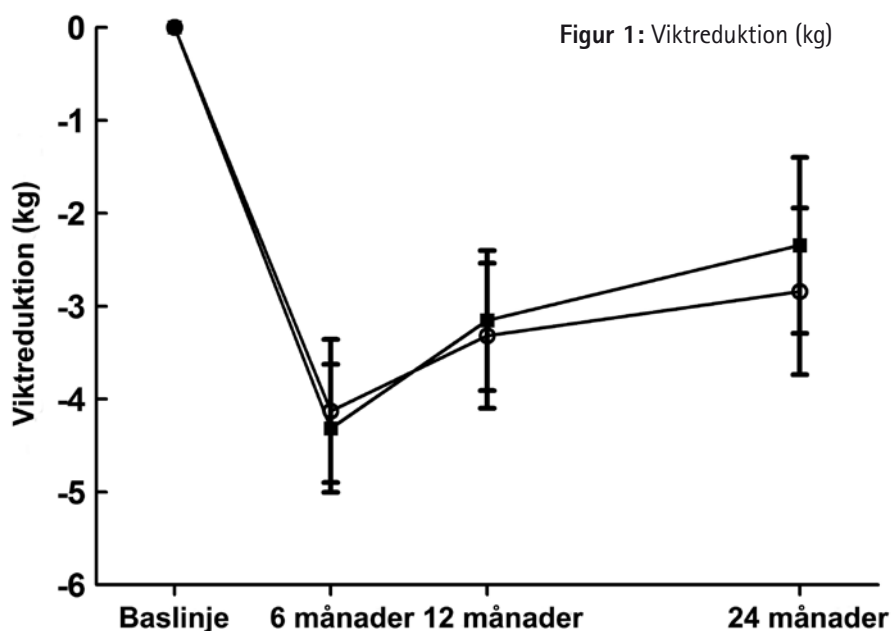
Resultat

Resultaten från studien visar att deltagarna i de båda kostgrupperna under studietiden gått ner i vikt likvärdigt (figur 1). I lågfettgruppen hade man första halvåret i genomsnitt gått ned från 98,8 kg till 94,2 kg, i lågkolhydratgruppen från 91,4 kg till 87,5 kg. Efter två år var genomsnittsvikten i lågfettgruppen 95,9 kg, i lågkolhydratgruppen 89,4 kg. Sockerkontrollen förbättrades i lågkolhydratgruppen under första halvåret, HbA1c sjönk från 58,5 mmol/mol till 53,7 mmol/mol. Motsvarande förändring i lågfettgruppen under första halvåret var från 55,6 mmol/mol till 54,7 mmol/mol. Efter två år hade lågkolhydratgruppen återgått till ungefär ursprunglig nivå av HbA1c medan lågfettgruppens HbA1c stigit över ursprungliga nivån (figur 2). I lågkolhydratgruppen hade man trots bättre HbA1-sänkning under studietiden kunnat sänka sina insulinivåer mer än i lågfettgruppen. Efter sex månader sågs en sänkning med 29 % av totalinsulinet i lågkolhydratgruppen, medan lågfettgruppens motsvarande sänkning endast var 3 %.

Vad gäller blodfetterna sågs efter sex månader ett förbättrat HDL-kolesterol i lågkolhydratgruppen men inga signifikanta skillnader i övrigt under studietiden vad gäller LDL-kolesterol eller triglycerider i någondera av grupperna.

Utifrån kostregistreringarna kunde man se att följsamheten till de båda kosttyperna var bäst under studiens första sex månader. Därefter skedde en minskad följsamhet till kosten, främst i lågkolhydratgruppen.

Blodtrycket förbättrades signifikant och likvärdigt i båda grupperna under studietiden.



En subgruppsanalys har gjorts av dem som efter två år kunnat följa rekommendationerna om energiintaget enligt kostregistreringarna. Man kan i denna jämförelse notera att lågkolhydratgruppen minskade bukhöjden med 2 cm, medan inga förändringar i denna variabel sågs i lågfettgruppen. Blodtrycket hade dock förbättrats i lågfettgruppen jämfört med lågkolhydratgruppen i denna subgruppsanalys. Dessa data skulle kunna tala för att kolhydrater mer än fett bidrar till bukfetma och att lågkolhydratkost möjligen kan vara förenat med högre

saltintag vilket skulle kunna förklara blodtrycksskillnaden.

Diskussion

Från våra resultat i denna studie ser vi att sockerkontrollen kunde förbättras genom lågkolhydratkost. Vi såg också en förbättring av HDL-kolesterol vid sex månader i lågkolhydratgruppen. Detta är i linje med vad Westman med medarbetare funnit i en studie [3]. Trots ökad andel fett med denna kosttyp såg vi inte några negativa effekter på blodfetter eller andra kardiovaskulära riskfaktorer.

När man analyserar blodfetterna måste man ha med i beräkningen att blodfettssänkande behandling används av de flesta deltagarna i denna studie. Några hade också under studietiden fått ändrad eller ökad behandling, främst av statiner. Kosttypens effekt på blodfetterna kan därför vara svår att värdera. Anmärkningsvärt är dock att trots en god viktne­dgång i lågfettgruppen efter sex månader syntes ingen förbättring av blodfetterna, inte heller av sockerkontrollen i denna grupp.

Vi kunde inte i denna studie visa att lågkolhydratkost är effektivare för viktminskning än lågfettkost, vilket har varit fallet i andra studier [3, 8-10]. En skillnad mellan dessa studier och vår har bland annat varit de resurser som använts. Vi hade i denna studie endast fyra informationsmöten utöver de ordinarie kontrollerna hos diabetessköterska.

Resultaten från studien har publicerats i tidskriften Diabetologia [1]. Media har visat stort intresse för ämnet och vår studie. Radio, TV och press har rapporterat våra resultat och vi har även fått internationell uppmärksamhet, vilket har gett oss stimulans till fortsatt forskning inom området. Vi fortsätter med ytterligare analyser av materialet från Västkost och planerar att inom kort även redovisa resultat från enkäterna.

Referenser

- 1 Guldbbrand H, Dizdar B, Bunjaku B, et al. (2012) In type 2 diabetes, randomisation to advice to follow a low-carbohydrate diet transiently improves glycaemic control compared with advice to follow a low-fat diet producing a similar weight loss. *Diabetologia* 55: 2118-2127
- 2 Nielsen JV, Joensson EA (2008) Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes: stable improvement of bodyweight and glycemic control during 44 months follow-up. *Nutr Metab (Lond)* 5: 14
- 3 Westman EC, Yancy WS, Jr., Mavropoulos JC, Marquart M, McDuffie JR (2008) The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Nutr Metab (Lond)* 5: 36
- 4 Iqbal N, Vetter ML, Moore RH, et al. (2010) Effects of a low-intensity intervention that prescribed a low-carbohydrate vs. a low-fat diet in obese, diabetic participants. *Obesity (Silver Spring)* 18: 1733-1738
- 5 Elhayany A, Lustman A, Abel R, Attal-Singer J, Vinker S (2010) A low carbohydrate Mediterranean diet improves cardiovascular risk factors and diabetes control among overweight patients with type 2 diabetes mellitus: a 1-year prospective randomized intervention study. *Diabetes Obes Metab* 12: 204-209
- 6 Dashti HM, Mathew TC, Khadada M, et al. (2007) Beneficial effects of ketogenic diet in obese diabetic subjects. *Mol Cell Biochem* 302: 249-256
- 7 Davis NJ, Tomuta N, Schechter C, et al. (2009) Comparative study of the effects of a 1-year dietary intervention of a low-carbohydrate diet versus a low-fat diet on weight and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 32: 1147-1152
- 8 Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, et al. (2008) Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med* 359: 229-241
- 9 Daly ME, Paisey R, Millward BA, et al. (2006) Short-term effects of severe dietary carbohydrate-restriction advice in Type 2 diabetes--a randomized controlled trial. *Diabet Med* 23: 15-20
- 10 Baron JA, Schori A, Crow B, Carter R, Mann JI (1986) A randomized controlled trial of low carbohydrate and low fat/high fiber diets for weight loss. *Am J Public Health* 76: 1293-1296



Hans Guldbbrand
Distriktsläkare
Vårdcentralen Lyckorna, Motala
hans.guldbbrand@lio.se

Känner du en resursperson?

SFAM
informerar

SFAMs styrelse, råd och nätverk behöver snabbt kunna hitta personer när allmänläkarrepresentation efterfrågas i olika sammanhang. Det kan handla om en artikel, en intervju, en föreläsare, inom alla de ämnen som allmänmedicin omfattar. Vi försöker därför göra en sammanställning på personer som är möjliga att tillfråga.

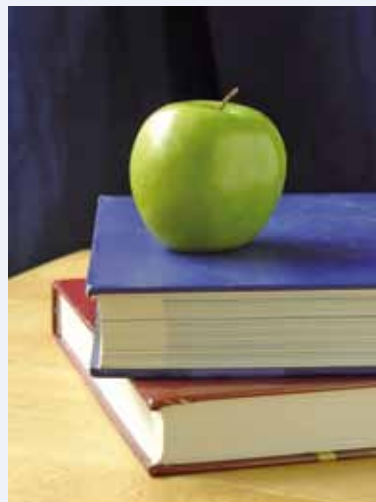
På hemsidan finns nu ett formulär till resursbanken där du kan anmäla dig själv eller en tillfrågad kollega. Anmälan betyder att du eller kollegan är möjlig att tillfråga, ej att ni lovat att ställa upp.

Anmälningssblanketten hittar du på www.sfam.se. Gå in under "Formulär och blanketter" i vänsterspalten.

Kenneth Widäng
SFAMs styrelse
kenneth.widang@sfam.se

9:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvård

Tisdagen den 27 november 2012
Svenska Läkaresällskapet, Stockholm



Utan spaning ingen aning!

- Hur ska evidens och ny kunskap bättre tas till vara i vården?
- Jo, genom att vi följer upp hur vi gör och ändrar oss när vi inte gör som vi borde.

Ur programmet:

Nationell satsning på uppföljning och förbättring i primärvård.

Det nationella projektet för förbättringsstöd och forskning i primärvård bedrivs i samarbete mellan SFAM Q-pvkalitet.se, SFAMs forskningsråd och Västra Götalands Primärvårdsdatabas. Var med och tyck! Hur ser ett riktigt bra förbättringsstöd ut för oss i primärvården?

Helgar målen medlen när det gäller levnadsvanor?

Sjukhusspecialisterna har börjat arbeta med levnadsvanor, men bland allmänläkare finns det en proteströrelse mot landstingens krav på levnadsvaneregistreringar. Hur kommer vi vidare tillsammans?

Har du svårare än förr att hinna med dina patienter? Det finns förklaringar!

Anders Ivarsson Westerberg menar att mängden administration i samhället ökar samtidigt som antalet administratörer minskar. Hur går det ihop?

Kvalitetsdagen arrangeras i år i samarbete med Läkaresällskapet. Du kan besöka Riksstämman den 28:e november till reducerat pris.

Konferensavgiften 1 000 kr inkluderar enkel lunch, fika och dokumentation. Tilläggsavgift 600 kr för Riksstämman onsdagen den 28 november. Sista dag för anmälan 30 oktober.

Hela programmet och anmälningsformulär finns på SFAMs hemsida www.sfam.se

Frågor om din konferensanmälan? Kurskansliet kansli@sfam.se

Frågor i övrigt? Sven Engström sven.engstrom@lj.se

SFAMkväm

Till dig som är SFAM-medlem och deltar i Kvalitetsdagen bjuder vi på efterföljande mingel med lättare mat och dryck på Svenska Läkaresällskapet kl 17-19.

Anmälan i samband med anmälan till kvalitetsdagen eller via kurssekreterare Monica Brunnäs monica.brunnas@sfam.se

"Kropp och ord"

av Carl-Edvard Rudebeck

En kort, mäktig och märklig bok

Det är en kort men mäktig och märklig bok Carl Edvard Rudebeck har skrivit: "I en allmänläkares rum". Jag vet att många kollegor menar att Rudebeck är svår att förstå, för teoretisk med svåra filosofiska tankar. Detta är en bok för dem.

Boken är en syntes av mycket av det Carl Edvard Rudebeck tidigare skrivit. Man känner igen hans begrepp symptom-presentation, existentiell anatomi och kroppsempati från hans banbrytande avhandling från 1992, som för övrigt fanns med som supplement till Allmänmedicin. Han får med mycket på bokens endast 205 sidor. Jag tycker den är mer lättläst än tidigare alster men ändå inte. Det är en så kondenserad text, som förutom medicin och kropp har filosofiska, humanistiska och samhällsliga aspekter. Det är en tät textmassa han levererar och det kräver koncentration. Varje mening innehåller så mycket filosofiska tanke-mönster, och för att hänga med i tankegångarna måste man ibland stanna upp och läsa om, så som det är med många filosofers verk. Åtminstone gällde detta mig.

Jag gillar anslaget i tonen, det är ett jag och det är ett du, monolog blir dialog. Ibland vet man inte vem som är vem, jag blir ett du och du blir jag och det kan skapa förutsättningar för en gemensam förståelse. Rudebeck prackar inte på läsaren sina idéer. Det är lätt att ta till sig texten utan att man till fullo delar hans teser. Även om man inte håller med om allt han skriver känner man att det är fullt möjligt. Inlevelsen, upplevelsen. Det blir tankar om helheten. Kroppen och dess

förmågor blir invävda i livet men också i historien och hela samhället. Det bildas en helhet och när vi känner oss må bra en hem-likhet. Vilka hemligheter innehåller detta? För mig skapar hans text också en känsla av helighet. Människan helig och okränkbar och vi har möjlighet att möta henne där hon kommer och söker vår hjälp. Vilket privilegium att få dela detta i samtal, i dialog. Det är kanske inte så märkvärdigt att det finns möten där vi inte alls förstår varandra, du och patienten, patienten och du. Men nog kan man förundras att trots våra olika kroppar, emotioner, föreställningar och bakgrunder finns det möjlighet att nå varandra, kanske aldrig fullt ut men ändå tillräckligt. Men inte bara genom ord och gester utan även genom att få beröra, undersöka kroppar. Det är tänkvärt att vi allmänläkare väl är de enda som i någon mening har acceptans att förutom att ha en muntlig dialog få undersöka hela kroppen, verkligen hela kroppen med alla dess håligheter, öra, näsa, munhåla, slida och ändtarm. Vilket förtroende men också vilket ansvar som vilar i detta.

Texten är mättad men underlättas av återkommande avsnitt som Rudebeck envisas med att kalla existentiell anatomi. Existentiell anatomi är ju mer än anatomi i vanlig mening: öra, öga, näsa, mun, buk med allt som ryms däri av känslor och kroppsliga upplevelser. Men det är också tid, rytm, balans, ålder och kön.

Men jag godtar ordet. Anatomi för annars associationer enbart till kroppen, den rent fysiska med dess innehåll. Rudebeck vill bort från detta. Han vill illustrera integration istället för att skilja

ut delar. Detta ger en djupare förståelse kring det vi kallar psykosomatik. Känslor och tankar finns inte bara i våra hjärnor utan i våra kroppar. En rubbning och sjukdom i våra kroppar får alltid psykiska konsekvenser. I grunden är allt psykosomatik. Avsnitten existentiell anatomi är skrivna i en sensuell och poetisk ton. Ett poetiskt språk som jag känner igen i författaren och poeten Gunnar Edman som i sina texter försökte förena sin kristna tro med filosofi och naturvetenskap och framför allt biologin. Förundran.

Dessa avsnitt med existentiell anatomi åtföljs av kortare delar som Rudebeck kallar mötet. Där ges inga svar. Grunden är mötet, finns detta, finns möjligheter. Vägen till eventuella lösningar är beroende på läkarens och patientens unika personligheter, så det finns olika möjligheter.

Detta är en bok som mår väl av att läsas långsamt med återkommande pauser, med reflektioner och möjligheter till att känna den egna kroppen. I mina bästa stunder kan jag känna en helhet, hemlighet och en helighet kring den egna och de andras existens.

Så när du och jag känner en falnande eld, när mottagningsarbetet, känns stressigt, tröttande, sugande med känsla av otillräcklighet och vanmakt. Ta då fram denna bok, läs något kort avsnitt ur boken, stanna upp en stund och kanske du liksom jag kan känna vilket fantastiskt privilegium det är ändå, att få arbeta som allmänläkare.

Erland Svensson
erland.svenson@gmail.com

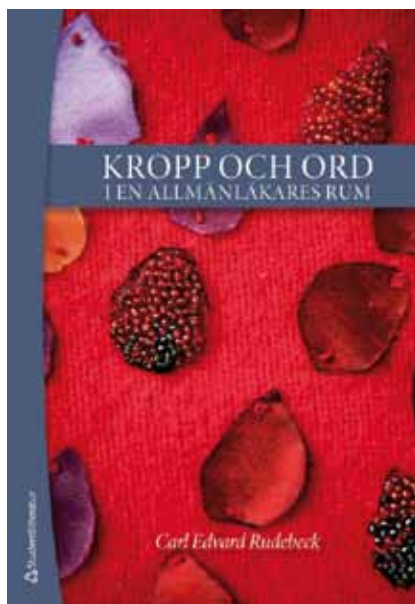
En förutskickad, livslångt förberedd bok

Så har den äntligen givits ut, sedan länge förutskickad. I inledningen beskrivs om projektets start med en humanistisk läroboksversion under Göran Sjönell i Fammi för över tio år sedan. Men förberedelsen är väl egentligen livslång. Utsidan är en vacker textil applikation "Hjärteblod."

Varför förlaget tvekat framgår inte. Olika kolleger och referensgrupper har påverkat utformningen, kanske till ökad begriplighet och enkelhet? Säker kan man inte vara, det vill säga om det varit till det bättre när det gäller en så här egensinnig och principiell författare och tänkare. Utmärkande i texten är tilltalet Du, med referens till Martin Buber. Stundtals blir det "ranelidska" och poetiskt, filosofiskt, på gränsen till humoristiskt. Metaforerna är många liksom ordlekar. I titeln saknar jag ordet känsla.

Upplägget är tredelat, Att inte må bra (utgående från patientens upplevelse), Mötet (mellan läkare och patient), Helhetssynens verklighet (i vårt samhälle). De teoretiska presentationerna varvas i layouten parallellt med en genomgång av "den existentiella anatomin" (jag tycker att "fysiologi" hade fångat dynamiken bättre) och oftast korta och avskalade beskrivningar av "möten" med patienter.

Boken är förvånansvärt lättläst, och det mesta genomarbetat språkligt. Jag läser igenom hela boken på tåget under en längre resa, med en viss vaksam kritisk blick. Har inte alltid varit överens med författaren genom åren. Det har gällt bl.a. sjukförsäkringarna, vår uppgift och ansvar i förhållande till olika sjukdomsgrupper, t.ex. diabetes, privatiseringarna i vården. I boken utvecklas argumenten och blir logiskt begripliga även om vi nog aldrig blir överens om sociala skillnader, försäkringar i socialförsäkringen och



Kropp och ord i en allmänläkares rum

Författare: Carl Edvard Rudebeck

ISBN 9789144078328

Sidor: 205

Förlag: Studentlitteratur

effekterna av detta. Ibland flirtas med meningsmotståndarens referenser. Läroboksversionen tonas ned i inledningen med tanke på andra böcker som givits ut.

Istället beskrivs boken som en subjektiv aspekt där läsaren ska värdera om "igenkänning" uppstår. För egen del känner jag mest igen mig i det humanistiska anslaget, att mötet i första hand är moraliskt, inte naturvetenskapligt. Mötena är också fint och känsligt reflekterande beskrivna. Men när de längre än vid medsittning eller handledning i vardagen? När det gäller livsåskådning är inte existentialismen den enda möjliga (eller

faktiskt förekommande). Jag uppfattar ett tämligen definitivt, slutet skrivsätt där påståenden avslutas med punkt. Alternativet hade varit mera öppet resonerande och ett avslutande frågetecken kunde ha lett vidare i läsarens tänkande. Det är också modigt, eller pretentiöst, att försöka beskriva hälsans förutsättningar hos män, kvinnor och barn i vår sekulära tid på ett par sidor. Som det nu är tror jag den "existentiella anatomin" nått sin slutpunkt.

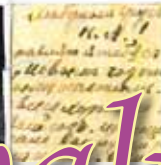
Har den lett till någon användbar klinisk erfarenhet, som redskap i våra konsultationer? Knappast heller den fenomenologiska teorin har fått praktiskt påtagliga konsekvenser. Kritiken mot effekterna av olika hälsokampanjer och tveksamma screeningprogram är skarp och jag kan bara instämma. De stärker inte människornas egen tro på, makt över och ansvar för sina egna förhållanden och val. Detaljregleringen av registreringar och åtgärder blir också absurd i den professionella roll som beskrivs i boken.

Däremot känner jag tvekan till den uppdelning som sker i kroppsliga och psykiska symtom, det är en kapitulation för dualismen. Epilogen, att det "blir som det blir", i den verklighet vi lever och under de arbetsförhållanden vi verkar är lysande i sin praktiska realism!

Hur länge kommer boken att upplevas aktuell och läsare att kunna känna igen sig? Kan den bli utgångspunkt för en fortsatt utveckling av begreppet "den personligen ansvarige läkaren" i motsats till dagens mekaniska "utförare" av fyrkantiga "åtgärder" specifikt ersatta program i vårdvalet?

Peter Olsson

peter_olsson@hotmail.com



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Patrik Warg om läsning

PROLOG

Mot bakgrund av resonemanget kring arbetsmarknadsministrarnas, förhoppningsvis, ganska säkra definition gällande ordet *Arbete* i förhållande till kulturministrarnas krumbukter för att begripa ordet *Kultur*, vill jag framhålla att jag är fullständigt på det klara med vad jag med följande text *föresatte* mig att avhandla.

REWARD DEPENDENCE

Alldeles för många människor kan läsa och skriva.

Hade det varit färre hade jag åtnjutit större respekt i samhället. Jag hade till och med kunnat briljera. Som läsförståelsens Ingemar Stenmark, skribenternas Spielberg och läkarutlåtandenas Ludvig van Hemingway hade jag be(t)vingat världen med egna och andras ord.

Hemma i byn hade folket samlats kring mig för högläsning. I pur tacksamhet – för den underhållning som strömmar ur min fantastiska förmåga att kunna tyda Bamse, Tintin, Försäkringskassans anmodan om självbeskrivande av aktivitetsbegränsning och annan fantasy – hade de burit fram frukt och källvatten (den sort som längs stigen från brunn till krus är omutlig mot små fräsande bubblor). Ofärgat egoistiskt hade det varit underbart.

I alla fall tills jag upptäcker att i en annan hydda, längre bort i byn, sitter en gumma som inte kan läsa men besitter en otrolig förmåga att berätta sagor bara ur sin kunskap och ur minnet av sin mormors mjuka röst. Hmm, plötsligt är jag som flitigt anlitad föreläsare konkurrensutsatt. Kanske var det inte så viktigt att kunna läsa ändå? Hennes sagor är lika bra som Lee Falks eller Marianne Fredrikssons. Förmodligen bättre, eftersom hennes är lokalt förankrade, anpassade för den aktuella byns lyssnande skara och dess förmodade behov av bildning och tröst. Dessutom äter hon färre fikon än jag. Billigare show, helt enkelt.

Men vänta nu. Den nämnda sagogumman har svårt att vara behjälplig när imperialisterna sätter upp en STOP-skytt i vägkorsningen eller när FK, med skrämmande plötslighet, skickar skumma blanketter. Läser trafikskyltar gör jag gratis eftersom jag inte behöver jobba på grönsaksfälten under tiden. Men FK-papper kostar en hel del meloner, inte minst för att det är

så trist i jämförelse med att läsa *Lord Jim* för nionde gången. Eller rensa jordgubbslandet.

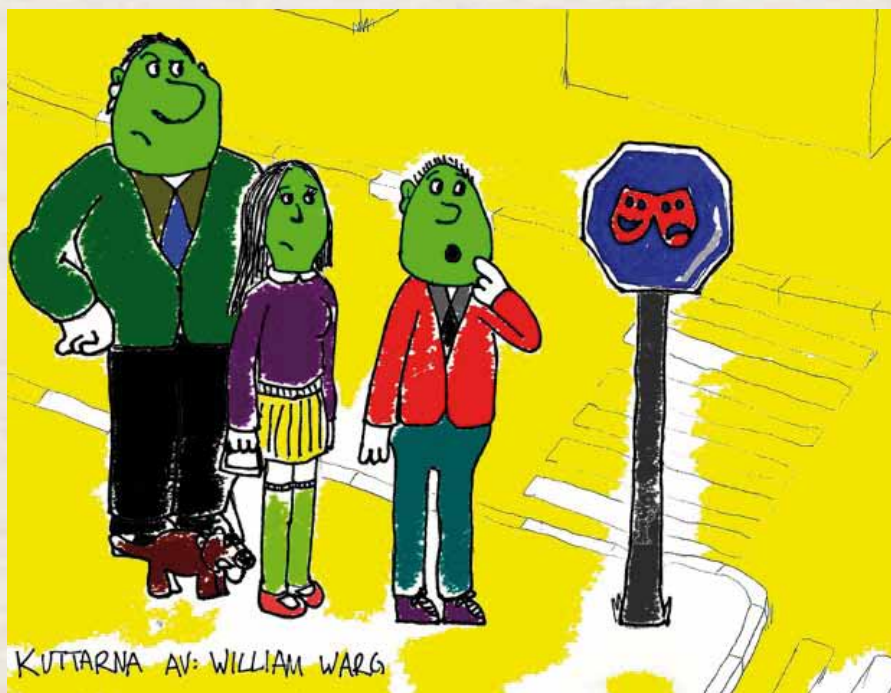
Nej, efter åtta års ålder ska det mycket till innan någon delar ut en imponerad klapp på axeln för din enastående förmåga att ljuda ihop bokstäver. "Läsa och skriva kan ju vända människa", typ. Men ta inte dina kunskaper för givna. Ge dig själv och dina nära cred för att ni kan stå, gå, läsa, skriva och skala banan. Men passa dig för övermodet. Läsförståelse begränsar sig inte till förmågan att endast uppfatta krumelurernas omedelbara betydelse. Att läsa mellan raderna är ett kapitel i sig.

Ett exempel är den handskrivna skylten på entrédörren till vår vårdcentral (tusch på kartong): "**Hämta parkeringsbiljetten i receptionen**". Den är inte genial men jag gillar den skarpt. Helt klart säger den egentligen följande till den uppmärksamme läsförståels-påaren:

"Vi ber om ursäkt för att vi måste besvära er med parkeringsbiljetter, men det beror på att idioter som inte besöker vår vårdcentral utan arbetar i innerstan ställer sina bilar här på vår gratisparkering av ren snålhet – eller i bästa fall – för att få en liten promenad på morgonen, vilket ändå måste sägas tjäna sitt syfte som friskvård och därför får betraktas som förmildrande eftersom det, teoretiskt sett, minskar antalet patienter i väntrummet och därmed öppnar upp för fler tomma parkeringsplatser.

PS. Den känsla av provisorium som layout och materialval i denna skylt utstrålar – antyder också att vi alla väntar en bättre lösning gällande parkeringsproblemet, vilket inte bör dröja längre än att makthavande organ inser att Norrbottens största tillgång är jävligt gott om plats. Klagomål i vår redan tungt belastade reception omdirigeras tacksamt till Er folkvalda representant".

I min drömvärld, där alla människor kan läsa mellan raderna (samtidigt som vi ändå fattar att vi måste hämta en parkeringsbiljetten) hade en genial skyltmakerska använt orden: "**Le gärna i väntrummet**". Och när min kulturellt smakportionerade tolvåring undrade vad jag menade med att läsa mellan raderna blev exemplet *Ica Basic Köksrengöring*. Namnet antyder liksom att det finns en köksspray i exklusiv version också – en som faktiskt fungerar – som räksalladen. Som jag har letat.



Med kunskapen att kunna läsa och skriva kommer förstås ett ansvar. Det går ju inte att stå i vägkorsningen och läsa "Håll hög fart" mellan raderna när det faktiskt står "Lämna företräde". Om någon i byn blir påkörd så blir man anmäld, förmodligen till bibliotekstjänst. Kanske kan jag då stämma min lågstadielärare för att hon inte skickade mig med specialgruppen till rummet med den heltäckande mattan? Kanske hade det lett till litterära framgångar av omätbara mått.

Undrar hur många miljoner fröken Kitok berövat mig? Å andra sidan har hon besparat mig en hopar tv-soffor där jag ska svara på hur mycket av *mig* det finns i mina skrifter och samtidigt uttala mig om Syriens framtid i skenet av att jag precis fått ett Kulturspaltskåseri oförtjänt uppmärksammat trots att ingen begripit att det jag *egentligen* ville avhandla (bortsett från det obligatoriska inslaget att alla vampyrer är snälla utom de dumma), var att det behövs fler kramar här i världen samt att informanter måste anpassa sig efter nivån på läsförståelsen. Inte tvärtom. Vad som däremot absolut inte skulle framkomma, varken direkt eller mellan raderna, var att god lyrik sänker mitt självförtroende och att mina preferenser gällande kultur därför svart-pistat lutar åt film.

Se *Funny Bones* med Jerry Lewis och Oliver Platt.

Lämnar nu smidigt över stafettpinnen till kulturspalts-skriventernas Usain Bolt, Meta Wiborgh (som lovat att kasta pinnen utanför länet nästa gång).



Patrik Warg
Stadsvikens VC, Luleå
patrik.warg@wargmedia.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Eva Jaktlund
eva.jaktlund@sfam.se

Facklig sekreterare
Louise Hamark
louise.hamark@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Ulf Peber
Ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
drannadrake@gmail.com
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se
Kenneth Widang
kenneth.widang@sfam.se
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

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.g.engstrom@telia.com

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

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
Charlotte.Hedberg@ki.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

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnäs
kristina.nystrom-ronnas@priv.sll.se

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

Fortbildningssamordnarnätverk
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Astma och allergi
Björn Stållberg
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

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@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement
Wonca Europe
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se

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

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
Ingrid Gustafsson
ingrid.gustafsson@skane.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
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* 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. Tidningen utkommer med 4 nummer per år.
 Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

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

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktör@sfam.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson, redaktör
 erland.svenson@gmail.com

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Layout

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

Annonser

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

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
 www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Anna Drake
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2012

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
4	12/11	19/12	Geriatrisk/Psykiatri/Fortbildning

Utgivningsplan för 2013

1	7/1	11/3	Infektion/Luftvägar/Utbildning (prel)
2	4/3	6/5	Ersättningsmodeller (prel)
3	26/8	28/10	
4	14/10	16/12	

SFAMs kansli

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

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

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

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

 **Kalendarium**

2012

November

Patient som kund
 15.11 Stockholm
 www.svdlf.se

9:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården
 27.11 Stockholm
 www.sfam.se

Medicinska riksstämman
 28-30.11 Stockholm
 www.sls.se

Maj

Allmänmedicinsk kongress
 15-17.5 Stockholm
 www.sfamstockholm.se

Augusti

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 21-24.8 Tammerfors, Finland
 http://nordicgp2013.fi

2015

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 15-17.6 Göteborg

För kongresser utanför Norden:
 Se www.sfam.se.

2013

Januari

Kurs i kompetensvärdering ("v3-kurs")
 14-16.1 Stjärnsunds slott, Oxelösund
 ulf@mawe.se

Kvalitativ forskning inom Allmänmedicinen
 24-25.1 Köpenhamn
 www.sfam.se

Kurs "Det medicinska samtalet"
 28.1-1.2 Duved
 www.sfam.se



SFAM
 STOCKHOLM

har den stora glädjen att inbjuda
 Sveriges allmänläkarkår till

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2013

15 – 17/5 2013 • Stockholm

Etik & Evidens

Utmaningar i allmänläkarens vardag

Är etik och evidens nödvändiga antagonister?
 Eller kanske två sidor av samma mynt?
 Vi utforskar gränslandet där de två möts:
 på våra mottagningar, i vår vardag.

Mer information kommer under hösten och vintern
 på www.sfamstockholm.se

VÄLKOMNA!

Med hopp om förståelse

Med en relativt vanlig typ av patient-läkarrelation belyses värdet av att läkare är öppna för patienters mänskliga särdrag. Sjukdomsupplevelse kan stå för försök undkomma självrannsakan. När så är fallet vet vi aldrig. I ett sådant möte kan vi välja att fly från egen känsla av hjälplöshet och vanmakt. Med ord kan också vi dölja det som vi inte vågar eller vill veta om oss själva. Mina ovetenskapliga reflektioner slutar hoppfullt.

Erik, 55, söker för halsen. Han är kortvuxen, lätt överviktig, lågmäld, har ont när han sväljer. Med fingrarna under hakan ned mot strupen visar han en svullnad. Hans oroliga blick följer min.

Efter vårt inledande samtal känner jag under hans haka. Finer inget onormalt. Berör tanken med honom att vi människor, omedvetet, kan känna obehag utan att känslan har kroppsligt grund. Han ser ut att ana vart dialogen är på väg. Blicken säger mig mer än hans ord.

Beställer en ultraljudsundersökning. Kan inte komma undan den. Känner mig obekvämt, otillfreds med det jag gör.

När Erik ska gå undrar han om han kan ställa ytterligare en fråga. Hans son är fränskild, mår dåligt, arbetslös, uppträder periodvis våldsamt. Han har ett obetydligt förhöjt TSH-värde. Erik är bekymrad också för sin sons kontakter med en läkare i Karlstad, ”expert på hypothyreos-2”.

Hur gör jag, frågar mig Erik med uppdragna axlar och orolig blick. Armar och händer håller han fram som om han saknar något.

Också jag undrar. Kan jag göra någonting alls? Hanterar Erik och sonen sina problem på likartat sätt? Utestänger Erik sina plågsamma tankar på sonen med hjälp av egna kroppsliga upplevelser? Han känner obehag under hakan. Utan upplevelsen av att vara drabbad riskerar kanske också Erik att plågas starkare av självrannsakan och skuld. Han är inte sig själv. Som far har han ofrånkomlig del i sin sons personlighet.

Hypothyreos 2-experten i Karlstad hjälper Eriks son att hålla sin självrannsakan ifrån sig. Där får han veta att han är oskyldigt drabbad av ett vetenskapligt visat kroppsligt missförhållande. Som drabbad är han utan ansvar och skuld. Han kan nu se sig som den han ämnat bli, den som han investerat sina önskade kvaliteter i och hoppas få förräntade. Han är drabbad av en sjukdom. Ämnesomsättningen måste regleras.

Skuldlättningen kostar 2 000 kronor per besök.

Vad gör jag med Erik? Mår jag själv bättre om jag enbart försöker utesluta ”verklig” sjukdom bakom hans kroppsupplevelse? Varför öppnar jag mig och låter mig fångas i hans blick? Varför låter jag störas av Eriks frågor om sonen?

Mötet med Erik gör mig missnöjd med mig själv. Min självrannsakan mildras av att jag ”vet” att också jag är ”drabbad” – oskyldigt utsatt för både medicinskt ofullständig och missriktad utbildning eller snarare utformning.

Som läkare förväntas jag kunna sätta namn på Eriks symtom. Namnet, diagnosen, ger mig kontakt med rätt vårdprogram.

Men jag har inget namn på Eriks och hans sons plågsamma situation. Löser ultraljud Eriks dilemma? Nej, men med min remiss drar jag mig tills vidare undan min egen otillfredsställelse. Jag är kanske nöjd med att kunna begränsa mig till att se Erik enbart som ett stycke kartlagd natur. Jag hittar min väg ut när jag i naturen framför mig känner igen flera av min kunskapskartas

tecken. Han är reducerad till föremål, objekt för min rättrogna medicinska kunskapsutövning.

Varför tar jag min blick från dataskärmen? I min blick såg han kanske en möjlighet, ett hopp om att ställa frågor om sonen och få svar.

Jag och Eriks sons läkare i Karlstad bortser gärna från frågor som vi inte känner oss hemma med. Jag vågar ändå ana en underton i Eriks ord. Men jag har inte skaffat mig tillräcklig kunskap att se Eriks särskilt humana drag och hans outtalade ärende. För att förstå måste jag först ta till mig sanningen i att jag själv är skuld till min okunskap och hjälplöshet. Förståelse innebär förändring.

Berättelsen om Erik, hans son, mig och sonens läkare i Karlstad säger en del om hur vi alla kan gömma oss bakom ord, fantasifulla eufemismer, pseudodiagnoser. Berättelsen belyser att också vi läkare kan använda namn, föregivet allmängiltiga symboler och myter för att slippa plågas av självanklagelser.

Hur ska vi allmänläkare göra då?

Grumlar den naturvetenskapliga tron vår blick? Får den oss att omedvetet undvika ögonkontakt?

En vinkännare kan med sina fem sinnen avgöra åldern på ett vin, vilken druva vinet är utvunnet ur och växtplatsens geografiska läge. Skulle inte vi läkare kunna lära oss att se om en patient verkligen har en sjukdom eller om han eller hon med sina specifikt mänskliga uttrycksmöjligheter undflyr något som är obehagligare än sjukdomsupplevelsen den driver fram?

En av människans mest särskiljande egenskaper gör att hon i ord och gester kan mena något mer än det hon säger och ser ut att mena. Varför har vi människor under vår evolution utvecklat den egenskapen?

Vi får inte ge upp. Vi måste ta på allvar att vår naturvetenskapligt formade föreställningsvärld kanske inte är den enda sanna. Vi kan titta fram och börja undra om människor ibland med sina plågor döljer något mer betydelsefullt än vad deras känslomässigt och intensivt beskrivna utsatthet får oss läkare att rikta blicken mot.

Snart vågar vi se och stå ut med att känna oss hjälplösa. Vi kan börja räkna med de egenskaper som gör patienten till människa. Vi kommer då att utveckla vår känsla för vem som är drabbad av sjukdom och vem som kan ha mer nytta av att sig se sig själv än att se oss. Vi kan bli så nöjda med vår roll att vi slutar att självmant nischa in oss i åtaganden som i möjligaste mån och flesta fall räddar oss undan patientens blick.

Vinsterna med en hållning som vuxit ur en genomtänkt människosyn kan bli betydande för våra patienters och vår egen hälsa, för vårdkostnader, för köer till organspecialister och för att ge oss allmänläkare självrespekt, arbetsglädje.

Marknaden för stafettläkare kommer att reduceras när yngre, genuint professionella allmänläkare vill och vågar möta patienter som de människor de är. Då behöver inga allmänläkare lägga upp sin tjänstgöring så att de slipper ta långsiktigt ansvar för sina handlingar.

Genom att utveckla och i praktiken omsätta en allmänmedicinsk teori om möten med både sjuka och upplevt sjuka kan vi med stolthet kalla oss specialister, kunniga att se och framgångsrikt förhålla oss till just människor.

Olle Hellström

Vårdcentralen Jakobs gårdarna, Borlänge
olle.hellstrom@ltdalarna.se