

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2014 ÅRGÅNG 35



Tema: Etik, smärta, rörelseorganen

Nyttan av att kunna något om etik sid 18

Ortopedisk medicin – något som inte bara kan användas på hästar? sid 36

- 2 **Ledare: Din egen doktor**
Karin Träff Nordström
- 3 **Chefredaktören: Etik och smärta – allmänläkarens vardag**
Ingrid Eckerman
- 5 **SFAM:s utbildningsenhet tar form**
Eva Norell
- 5 **Till Dig som är ST-läkare**
- 6 **SFAM:s råd för kompetensvärdering**
Karin Lindhagen
- 9 **Specialistexamen: vad tycker deltagarna?**
Cecilia Ryding
- 11 **SFAM viktig aktör vid årets Almedalsvecka**
Gösta Eliasson
- 14 **Karin Träff Nordström: Kompetensutvecklad av livet**
Eva Bergengren
- 17 **"När man har fått ett liv så vill man ju leva det"**
Karin Lindhagen
- 18 **Nyttan av att kunna något om etik – ett mer intressant eller ett mer komplicerat yrkesliv?**
Petra Widerkrantz
- 19 **Läkared – igen?**
Ingrid Eckerman
- 21 **Läkarförbundets etiska regler**
- 22 **Etiska infallsvinklar på kvalitetsindikatorer i värdebaserad vård**
Eivor Wiking
- 25 **Recension: Är vi så bra vi kan bli i vården?**
Eivor Wiking
- 26 **Glöm inte etiken – om etisk vägledning och prioriteringsstöd**
Emelie Heintz, Laura Lintamo, Frida Mowafi och Pernilla Östlund
- 29 **Sju onödiga eller skadliga åtgärder i svensk allmänmedicin?**
Ingrid Eckerman
- 33 **Vad är egentligen skillnaden?**
Åsa Thurfjell
- 35 **Svenska miljöaktiva allmänläkare dokumenteras av WONCA**
Ingrid Eckerman
- 36 **Ortopedisk medicin – något som inte bara kan användas på hästar?**
Håkan Ödling, Gunilla Bring och Henry Nyhlin
- 39 **Somatoforma smärtsyndrom i multikulturell vård**
Monica Löfvander
- 41 **Muskuloskelettal smärta – en angelägenhet för primärvården**
Jan Näslund
- 44 **Att träffas, lära sig tillsammans, att förstå patienter och tänka i nya banor**
Anna-Karin Svensson
- 45 **Hypermobilitetsyndrom – en orsak till kronisk smärta**
Eric Ronge
- 48 **Barnhälsovården får nytt program**
Margaretha Magnusson, Johanna Tell, Margareta Blennow och Antonia Reuter
- 50 **Från tegelsten till smartphone**
Krister Ekman
- 51 **Hur används IT-stöden i vardagsarbetet?**
Gösta Eliasson
- 52 **Hej där, Heidi Stensmyren!**
Gösta Eliasson
- 54 **Svensk allmänmedicinsk kongress**
- 56 **Recension: Gynekologisk kvinnohälsa för alla**
Louise Moberg
- 57 **Recension: Ett viktigt inlägg i hälsodebatten**
Maria Wolf
- 59 **Kulturspalten: Loppis, lim och LP-skivor**
Richard Seiberlich
- 60 **AllmänMedicin gratulerar**
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAMS råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema1 artiklar ■ Tema2 artiklar ■ Utbildning Et Fortbildning



Kronärtskockan: Taggig och hård på ytan, många lager med ett gott hjärta.
Petra Widerkrantz

Omslagsbild – Etik

Jag fotograferar för att jag gärna ser tillvaron i bilder; det vackra, det komiska och det som berör. Jag tänker i bilder och tycker om bilder för att förtydliga en tankegång. Mönster som upprepar sig, likheter och kontraster, ljuset, ansikten och känslor gör att jag gärna tar upp kameran. Vardagen gör sig extra bra på bild.

Åsa Thurfjell, Fotograf



Din egen doktor

Kontinuitet är själva kärnan i allmänmedicinen. Att följa sina patienter över tid ger allmänläkaren unika förutsättningar att skraddarsy rådgivning och behandling utifrån den enskilde patientens särskilda behov. Det blir också lättare att avstå från utredning och behandling om man känner sin patient vilket minskar risken för onödiga biverkningar och komplikationer samt ger en kostnadseffektiv sjukvård.

Redan som ST-läkare måste man lära sig arbeta med kontinuitet och få en egen lista, förstås anpassad i storlek efter kompetens och erfarenhet. Detta dels för att lära sig arbeta med god allmänmedicinsk metodik men också för att upptäcka hur mycket lättare och roligare arbetet blir när patienterna kommer tillbaka och man inte hela tiden behöver träffa nya patienter.

På vårdcentralen är kontinuitet förstås viktig även för andra yrkeskategorier, inte minst för sköterskan som ofta gör den första bedömningen. Kännedom om patienten underlättar tolkningen av symptombeskrivning och beslutet om patienten kan avvakta hemma eller behöver träffa någon på vårdcentralen.

Även inom den specialiserade vården är kontinuitet viktig och bristen på densamma en viktig faktor till de krackelerande vårdkedjor/vårdnätverk patienterna alltför ofta möter. Kravet på patientansvarig läkare (PAL) togs bort ur Hälso- och sjukvården

eftersom man inte lyckades leva upp till intentionerna. Nu hörs från Läkarförbundet röster för att det bör införas igen. Det är bra för patienterna och bra för doktorn.

I Almedalen lyfte både SFAM och Läkarförbundet betydelsen av kontinuitet i många olika fora. Fler och fler får upp ögonen för att vi måste arbeta för att förbättra den och listning på doktor och inte bara på vårdcentral verkar bli vanligare.

I år var såväl undertecknad som vice ordförande, Ulf Östersad, på plats i Almedalen hela veckan och deltog i många olika aktiviteter, se artikel på annan plats i tidningen. Det var min första politikerveckan och jag var positivt överraskad. Ett mycket digert program med över 3000 aktiviteter varav flera hundra om hälso- och sjukvård. Sällan har jag så önskat att jag kunde kлона mig. Nu fick vi hårdprioritera och försöka närvara vid så många seminarier som möjligt och i pauserna passa på att prata med politiker och tjänstemän i en informell och trevlig miljö.

Dessa informella samtal blir allt viktigare för att påverka och när väl valresultatet är klart och politikerna formerat sig, såväl nationellt som i landstingen, är det dags att ta nya tag. Styrelsen och andra nyckelpersoner i föreningen arbetar nationellt, men än viktigare är att ni i lokalföreningarna snabbt etablerar kontakt med de nya politiska ledarna för att påtala vikten av en väl utbyggd primärvård med allmänläkare som arbetar med kontinuitet.

Det är fantastiskt roligt att ha fått förtroendet att leda SFAM i ytterligare två år. Två spännande år, inte bara på grund av att det är valår. Arbetet i SFAMs utbildningsenhet har nu startat upp, nästa år är Sverige värd för Nordiska kongressen och i juni 2016 hålls WONCA Europe i Köpenhamn.

Slutligen vill jag upprepa uppmaningen till lokalföreningarna att anmäla intresse för att arrangera Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2016 och gärna redan nu också 2017. Med god förberedelse blir arbetet enklare och inför 2016 är det hög tid att komma igång.

Vi ses i höst på seminarier, möten, Facebook och Twitter!



Karin Träff Nordström talar i Almedalen.

Foto: Gösta Eliasson.

Karin Träff Nordström
Ordförande
ktn@sfam.se



Skriv i AllmänMedicin!

Vi välkomnar alla sorters artiklar. Kontakta gärna chefredaktören med dina funderingar!

Teman för nummer 1-2015 är alternativ till piller och kniv samt matsmältningssystemet och ohälsa. Senast den 12 januari måste manus vara chefredaktören tillhanda. Författaranvisningar finns på hemsidan. Utgivningsplanen finns längst bak i tidningen och på hemsidan.



Glöm inte att regelbundet gå in på AllmänMedicins hemsida! Där finns aktuella artiklar som aldrig kommer in i papperstidningen.
www.sfam.se/allmanmedicin

Etik och smärta

– allmänläkarens vardag

Teman för detta nummer är etik och smärta – båda av stor relevans för en allmänläkare.

Många av våra patienter känner smärta. Fysisk eller psykisk. Det är smärtsamt att vara sjuk, att inte vara som vanligt, att ha begränsningar, känna oro för sin hälsa. Fysisk smärta känner alla av, tillfälligt eller nästan jämt. Att lindra smärta och hjälpa patienter leva med smärta är stora utmaningar – det framkommer i flera artiklar i detta nummer.

Etik genomsyrar mötet med patienten. Samtalet med patienten är en ständig balansgång mellan paternalism och låt-gå, mellan att vara aktiv lyssnare och passiv ordinator. Är det mina mål eller patientens mål – eller kanske samhällets mål – som styr mitt handlande? Låter jag patientens integritet vara så viktig att jag missar någon viktig faktor?

Hur resurser fördelas och hur de används är etiska frågor. Det är vår skyldighet såväl som profession som medborgare att upplysa tjänstemän och politiker om vad vi kan göra med vilka resurser. Det är också vår skyldighet hushålla med de resurser vi får oss tilldelade – och då ska vi kanske inte alltid göra det som våra finansärer önskar.

Jag är stolt över att ha fått en personlig förfrågan att skriva på läkaruppropet. Initiativtagarna intervjuas i Karolina (Sveriges kvinnliga läkares förening, KLF). De anser att new public management leder till bland annat ”etisk stress”.

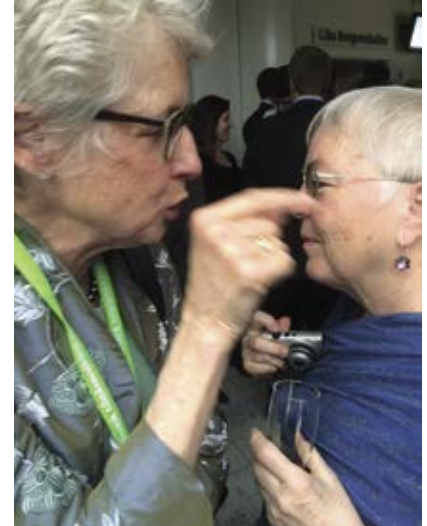
På ett seminarium med Vårdanalys (som har regeringens uppdrag att granska vården ur ett patient- och medborgarperspektiv) hamnade jag i en diskussion om ”patientcentrerat” kontra ”personcentrerat”. De jag talade med, yngre än jag men inte

unga, tyckte ”personcentrerat” gav utrymme för individen medan ”patientcentrerat” antydde underläge. För mig var det en klart etisk fråga. ”Patient” är, enligt gamla SPRI:s definition, den som söker kontakt med sjukvården. Där har jag som vårdgivare speciella skyldigheter som jag inte har mot en ”person”. En ”patient”, men inte en ”person”, har rättigheter men också skyldigheter.

Det är bara vissa artiklar som i detta nummer hamnat under rubriken ”etik”. Men i själva verket skulle så gott som varenda en platsa där.

Jag undrar om samma sak gäller nummer 4, med tema allmänmedicinens historia – kommer historia in i nästan varje artikel?

Ingrid Eckerman
chefredaktör@sfam.se



Kongressmingel: Margareta Troein Töllborn skriver chefredaktören något på näsan.

Foto: Gösta Eliasson.



Tack Erland!

Vi i redaktionen ber att få tacka Erland Svensson som nu avgår som redaktör efter många års trogen tjänst. Vi önskar Erland ett bra pensionärliv med alla andra aktiviteter och barnbarnen!



Vill du ha in en kommentar i AllmänMedicin 4-2013?

Då har du en vecka på dig! Skicka omedelbart ett mail till chefredaktör@sfam.se och förvarna. Senast 20 oktober måste hon ha din text.

Om artikeln finns på hemsidan men saknar kommentarsfunktion kan du be chefredaktören lägga dit det. Likaså kan du be chefredaktören lägga ut en saknad artikel på hemsidan.

Sökes: ny redaktör!

En av AllmänMedicins redaktörer slutar efter lång och trogen tjänst. Nu söker vi en ersättare. Meddela ditt intresse till chefredaktör@sfam.se!

Arbetsuppgifter

- Att, tillsammans med övriga redaktörer, vara bollplank för chefredaktören i alla frågor som rör tidningsupplagan och AllmänMedicin på nätet
- Att redigera texter och bilder i samråd med författare
- Korrekturläsning

Förmåner

- Att som press gratis kunna bevista vissa möten
- Att kunna få vissa kostnader för deltagande i kongressen betalda
- Att en gång per år delta i fysiskt redaktionsmöte någonstans i Sverige
- Att kunna påverka innehållet i AllmänMedicin

Annons

SFAM:s fortbildningsenhet tar form



Fr.v. Roland Koch, Joakim Lindqvist och Eva Norell.

SFAM:s nya fortbildningsenhet har startat upp sin verksamhet. Enheten ansvarar för dels för uppbyggnad av en ny hemsida, dels för utbildnings- och fortbildningsprenumerationer.

Arbetet bygger på utredningen "Allmänläkares fortbildning" som presenterades i januari 2014. Målet är att det ska bli möjligt att erbjuda landets allmänläkare en nationell modell för professionell utveckling.

Den nya hemsidan ska ha två funktioner: dels en katalog med kurser, böcker, studiebrev och e-learning, dels en uppföljningsdel med möjlighet till planering, registrering och uppföljning av individuellt genomförd fortbildning. Ett poängsystem inspirerat av den norska modellen ska tas fram. All information i uppföljningsdelen ägs av den enskilde läkaren.

Hemsidan blir tillgänglig för alla allmänläkare, medlemskap i SFAM behövs inte. Den är tänkt att kunna sjösättas som pilotprojekt i ett eller flera landsting i början av 2015.

Roland Koch, ST-läkare på Klinte vårdcentral på Gotland, kommer att ha kontakt med arrangörer av fortbildning. Joakim Lindqvist, specialist i allmänmedicin, verksam i Kil och på Transkulturellt centrum i Stockholm, kommer att ha huvudansvaret för planering och uppföljning.

Under uppbyggnadsskedet i höst finansieras projektet med medel från Socialdepartementet och regeringens satsning på vården av kroniskt sjuka.



Eva Norell
Fortbildningschef
eva.norell@sfam.se

Till Dig som är ST-läkare

Vi hoppas att du ser ett medlemskap i SFAM som att ha en god vän. Oavsett vilka val du gör så finns SFAM där för dig på din allmänmedicinska resa.

Du som valt allmänmedicin som specialitet ska känna att SFAM är din förening. Vi arbetar för förbättrade möjligheter till utbildning, fortbildning och utveckling för våra medlemmar. Det starka kollegiala nätverket och tidskriften AllmänMedicin utgör basen i medlemskapet.

Fler fördelar och sänkt avgift

SFAMs utbildningsprenumeration för ST-läkare ger rabatter på Mitt-i-ST, specialistexamen, utbildningar, kongresser, facklitteratur och webbaserade söktjänster.

Medlemsförmåner är, förutom tidningen AllmänMedicin, att vara del i ett professionellt nätverk med möjlighet att engagera sig.

Utbildningsprenumerationen kostar 1 000 kr per år och kan betalas av din arbetsgivare. Medlemsavgiften för ST-läkare är 500 kr per år.

Mer information
finns på www.sfam.se.



ST-dagarna i allmänmedicin

21-23 januari, 2015

Scandic hotell, Triangeln, Malmö
All information om program, föreläsare och
anmälan finns på www.st-dagarna.se

Välkommen med din anmälan!



Aktivera din utbildningsprenumeration på
[www.sfam.se!](http://www.sfam.se)

SFAM:s råd för kompetensvärdering

SFAM:s råd för kompetensvärdering har hand om Mitt-i-ST, specialistexamen och ASK samt utbildning av värderare och examinatoreer. (Se faktarutor.)

Rådet har för närvarande fjorton medlemmar, var och en med särskilda arbetsuppgifter. Medlemmarna är också aktiva värderare och deltar som lärare på kurserna i kompetensvärdering. Rådet brukar träffas några gånger per år. Vi har ett utvecklingsseminarium i början av hösten, ofta med någon inbjuden gäst som inspiratör och kunskapskälla. Däremellan träffas vi i samband med möten som de flesta rådsmedlemmar ändå deltar i, som SFAM:s kongress, Mitt-i-ST-seminarium och kompetensvärderingskurs, och vi har flitig e-postkontakt.

Nätverk av Mitt-i-ST-värderare och examinatoreer

Det finns cirka åttiofem aktiva värderare/examinatoreer, varav tio nyutbildade under 2014. De utför värderingarna och har också möjlighet att träffas årligen för utbyte av erfarenheter vid examinatorsmöte i samband med SFAM:s kongress och vid ett seminarium om Mitt-i-ST i mars-april.

Utbildning i kompetensvärdering

SFAM:s tredagarskurs är grunden för att få uppgiften som Mitt-i-ST-värderare

eller examinatoreer för specialistexamen i allmänmedicin. Kursen är också en fördjupningsutbildning för handledare och studierektorer, eftersom bedömning av uppnådd allmänmedicinsk kompetens är en del av deras uppdrag. Kurserna annonseras på SFAM:s hemsida i kalendarier. Nästa gång blir traditionsenligt i vecka 3, 12-14 januari 2015, på Stjärnholms slott utanför Nyköping.

Aktiv värderare blir man när man efter godkänd kurs har genomfört en första Mitt-i-ST eller examination med stöd av en erfaren examinatoreer. För att upprätthålla en gemensam standard för bedömningarna ska man gå kursen igen med några års mellanrum.

Ekonomi

Specialistexamen, Mitt-i-ST och kurserna bekostas av deltagaravgifter. Dessa går till det administrativa arbetet kring värderingarna på SFAM:s kansli, värderarnas reskostnader och arvoden samt utvecklingskostnader för Mitt-i-ST och examen. Omsättningen är cirka 1,5 miljoner kr/år. Rådet får också, liksom övriga råd, ett bidrag på 20 000 kr från SFAM.

Historik

Den första specialistexamen gjordes som ett pilotförsök i Norrbotten 1989 med tio deltagare. Sedan 1991 har examen genomförts årligen med växlande antal

deltagare från cirka 20 till mer än 40. Grundstrukturen har förblivit densamma, men utformningen av momenten omprövas och ändras kontinuerligt utifrån de erfarenheter som examinatoreer och examinatoreer bidrar med.

Erfarna allmänläkare ville också få möjlighet att värdera sin kompetens. ASK-projektet – allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – inleddes i slutet av 1990-talet. Friare former för värdering skapades och prövades i seminarier och på kurser. En tanke var att detta skulle kunna bilda grund för recertifiering.

Varför skulle man vänta med värderingen till alla fem ST-åren redan gått? Tanken väcktes att genomföra en granskning i mitten av utbildningen till speci-



Specialistexamen

Inom de flesta specialiteter finns möjlighet att genomgå en frivillig examen. Det är ett sätt för den nyblivna eller snart färdiga specialisten att pröva sin kompetens inför erfarna kollegor och ger därigenom ofta stärkt yrkesidentitet och stärkt självinsikt om den egna professionella kompetensen.

Specialistexamen i allmänmedicin arrangeras en gång om året med anmälan i slutet av sommaren och diplomering vid SFAM:s kongress på våren året därpå. Den består av:

- Portfölj
- Skriftligt prov
- Praktikdag
- Uppsats

Examinatoreer skriver en rapport med bedömning av examinandens allmänmedicinska kompetens och utvecklingsmöjligheter. Detta görs i samråd med en medexaminatoreer som läser alla dokument och ser videospelningarna men som inte deltar i praktikdagen.

Cirka 640 allmänläkare har genomgått examen hittills.



Examinatoreerna samlade på SFAM:s kongress i Västerås 14-16 maj 2014.

Foto: Oskar Foldevi



Vid banketten fick examinanderna sina diplom. Här ses kompetensvärderingrådets ordförande Ulf Måwe med Stina Schell, Svetlana Palomino och Tamara Adem. Foto: Oskar Foldevi.

alist medan det fortfarande fanns tid att göra något åt eventuella brister. Mitt-i-ST infördes 2002 och har rönt ökande efterfrågan. De senaste åren har vi haft svårt att hinna förse alla anmälda med värderare, och det har blivit kö som vi dock är på god väg att beta av. En ny trend kanske kan bidra till en lösning – allmänläkare

som är på väg att gå i pension blir värderare och ställer på det sättet sin erfarenhet till förfogande för yngre kollegor.

Momenten i Mitt-i-ST och specialist-examen

Instruktioner för hur momenten i Mitt-i-ST och specialistexamen genomförs finns på SFAM:s hemsida.

Portfölj

ST-läkaren sammanställer en portfölj med betoning på reflektion över hur de olika inslagen i utbildningen har bidragit till kompetensen som allmänläkare samt en värdering av egna styrkor och utvecklingsbehov. En kommentar från handledaren ingår också. Portföljen skickas till värderare/examinator i god tid före praktikdagen.

Praktikdag

Praktikdagen är central i både examen och Mitt-i-ST. Värderaren kommer till läkarens egen mottagning och sitter med vid några patientbesök, går igenom portföljen och för samtal med handledaren och chefen tillsammans med ST-läkaren. Före praktikdagen har ST-läkaren skickat videoinspelade konsultationer och exempel på journaler, intyg och remisser. Värderaren får under praktikdagen inblick i ST-läkarens vardagsarbete och bedömer såväl medicinska kunskaper som allmänmedicinskt omdöme och kontakten med patienterna. Intrycken sammanställs i en rapport till ST-läkaren.

Skriftligt prov

I examen ingår, till skillnad från Mitt-i-ST, ett skriftligt prov med ett tiotal uppgifter hämtade från allmänmedicinsk vardag. Provet skrivs på den egna mottagningen samtidigt i hela landet. Ansvariga för provet inhämtar förslag till uppgifter, sammanställer provet, värvar granskare bland examinatorerna, organiserar granskningen, och sammanställer granskarnas bedömningar till ett slutligt resultat.

Uppsats

Redan från första examen 1989 har en uppsats ingått som ett moment i specialistexamen. Då var det ovanligt att ST-läkare gjorde ett vetenskapligt arbete. Nu ingår det i målbeskrivningen, och de flesta uppsatserna skrivs som en del av den obligatoriska forskningsmetodikkursen. Om uppsatsen är godkänd vid en allmänmedicinsk institution eller FoU-enhet blir den numera automatiskt

Mitt-i-ST

Mitt-i-ST innebär att ST-läkaren får pröva sin kompetens inför en utomstående erfaren kollega när ungefär halva tiden av ST återstår. I flera landsting är en mittvärdering inskriven som obligatorisk i ST-kontraktet.

Mitt-i-ST tar emot anmälningar löpande och består av:

- Portfölj
- Praktikdag

Värderaren skriver en rapport med fokus på rekommendationer för hur sista delen av ST kan ge bästa möjliga utbildning för ST-läkaren.

Årligen görs numera cirka 150 Mitt-i-ST genom SFAM. Dessutom görs mittvärderingar i annan regi under liknande former, exempelvis av studierektorer som utbildats på SFAM:s kurser.



Karin Lindhagen och Ulf Måwe tar en välbehövlig paus under kongressen.

Foto: Ingrid Eckerman.

godkänd för examen, förutsatt att den har allmänmedicinsk relevans. Uppsatsen presenteras vid SFAM:s kongress där examinanden också får ta emot sitt examensdiplom under högtidliga former.

ASK – kompetensvärdering för den erfarna specialisten

ASK – allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – är ett sätt att stärka sin professionella utveckling genom att värdera den egna kompetensen tillsammans med en kollega. Även om man kan genomgå specialistexamen när som helst från sista halvåret av ST och framåt passar oftast andra sätt att värdera sin kompetens bättre för en erfaren specialist.



"Jag hade trott att specialistexamen skulle vara utvecklande men inte att det skulle vara så himla roligt."

Lina Hedén Hjort af Ornäs,
examinand 2014

Kompetensvärderingsrådets medlemmar

Ulf Måwe, ordförande, Anders Fredén, Andreas Kasemo, Birgit Breitholtz, Cecilia Ryding, Erland Svensson, Eva Jaktlund, Gunnar Axelsson, Inge Carlsson, Jonas Sjögreen, Karin Lindhagen, Meta Wiborgh, Nisse Årman, Robert Svartholm.

ASK bygger på de moment som ingår i specialistexamen men med stor frihet att välja former som passar den enskilda läkaren. ASK sker dialog med en kollega, gärna ömsesidigt. ASK är tänkt att kunna fungera som recertifiering och genomförs med 5-7 års intervall under en yrkeskarriär. Ett femtiotal medlemmar står på ASK-nätverkets sändlista. ASK-seminarier och kurser hölls tidigare årligen men nu är det några år sedan sist. En ny kurs planeras till hösten 2014. Är du intresserad så hör av dig till Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com eller någon annan i rådet.

Rådet på hemsidan

Läs mer om rådet på SFAM:s hemsida www.sfam.se. Vi behöver många nya värderare och vi behöver några nya medlemmar i rådet. Om du är intresserad av det, eller om du har synpunkter och frågor, hör av dig till Ulf Måwe ulf@mawe.se eller någon annan i rådet.

Karin Lindhagen

Uppsala

Medlem i kompetensvärderingsrådet

karin.lindhagen@sfam.se

AllmänMedicin informerar



Kurs i kompetensvärdering

SFAM:s kompetensvärderingsråd anordnar kurs i kompetensvärdering för läkare som arbetar med handledning eller kompetensvärdering.

Nästa kurs ordnas på
Stjärnholms slott, Nyköping 12-14/1 2015

Anmälan sker i första hand via SFAM:s hemsida, där mer info finns.

Frågor besvaras av Robert Svartholm

polarull.svartholm@telia.com

och Ulf Måwe ulf@mawe.se.

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEDICIN

Ska AllmänMedicin gratulera?

Uppmärksamma dina kollegor på hemsidan och i tidningen!
Skicka information samt foto i hög upplösning till
chefredaktor@sfam.se.

Specialistexamen: vad tycker deltagarna?

Från mötet med examinanderna i Västerås 14 maj 2014

En fantastiskt glad, pratsam och nöjd grupp examinander mötte oss på morgonen den första dagen på kongressen i Västerås.

I samband med specialistexamen har det sedan 1996 varje år hållits ett möte med examinanderna för att få reda på hur de upplevt examensprocessen. Vi har genom åren diskuterat deras erfarenheter av de olika momenten; portföljen, skriftligt prov, videinspelning av konsultation, praktikdagen och uppsatsen. Vi har också diskuterat vilket stöd och hjälp de fått på hemmaplan för att genomföra alla momenten.

Synpunkter har lyfts fram, återförts till examinatore och kompetensvärderingsrådet, och instruktionen, som man hittar på SFAMs hemsida, www.sfam.se, har successivt förändrats för att bli tydligare och mer informativ.

I år var det 44 examinander, varav 34 deltog i mötet. För att på två timmar

kunna få fram allas synpunkter använde vi förberedda frågor och mentometer. Utifrån svarsfördelningen förde vi sedan en gemensam diskussion kring varje fråga.

Fråga 1 var en kontrollfråga för att se om tekniken fungerade.

Fråga 2 visade att en stor andel av examinanderna själva tagit initiativ till att ta examen. Många hade gjort Mitt-i-ST som i flera avseenden kan ses som en förövning, dock utan skriftligt prov och uppsats. Handledare, studierektor och verksamhetschef hade i mindre utsträckning uppmanat till att ta specialistexamen. Har de sämre kännedom om examen?

Fråga 3 gällde om förväntningar på examen uppfyllts, och då svarar hälften ”i hög grad” och andra hälften ”i viss grad”. De har ännu inte varit med om att presentera sina uppsatser och diplomutdelningen inför alla deltagare på kongressen och kanske borde man fråga

dem igen efter den festliga avslutningen.

På fråga 4 om de fått tid för förberedelser svarar 12/34 (35%) att de fått ägna mycket fritid åt arbete med examen. Resten har klarat det inom arbetstid. Hur hänger detta ihop med bild 1?

Fråga 5, 6, 7 och 8 gällde de olika momenten. Tre fjärdedelar tyckte det var bra att få sammanfatta sin utbildning i en portfölj med reflektioner kring utbildningen i relation till yrkesrollen. En fjärdedel tyckte det var bra men att det tog för lång tid. Ingen tyckte det var onödigt arbete.

Angående praktikdagen var svaren påtagligt positiva. 73% tyckte att det var värdefullt att få en konkret värdering och för 24% har det gett nya insikter. En enda person tyckte det var ett onödigt moment.

Skriftligt prov har genom åren diskuterats mycket. Uppgifterna är utformade för att testa såväl biomedicinsk kunskap



Examinander 2014

som allmänmedicinskt omdöme. Varje år har alltid några hävdad att ett kunskaps-test i form av ”multiple choice test” skulle vara bättre, men i år verkar den kritiken ha falnat. 70% ansåg att frågorna var anpassade till allmänmedicinsk vardag, 23% upplevde att skrivningstiden var för kort och endast 7% (två examinander) sade sig föredra ett mer renodlat kunskapsinriktat prov.

Att skriva en uppsats som skall vara allmänmedicinskt relevant uppfattades som roligt och stimulerande av 68% och lärorikt men jobbigt av 24%. Tre personer (9%) tyckte att momentet kunde utgå. Angående handledning för uppsatsen fanns mer kritiska röster. Halva gruppen var nöjda med den handledning de fått men andra halvan var kritiska. (Bild 2)

Den stora frågan är ju om examinanderna upplever att examen kommer att spela någon roll för dem i framtiden. Då svarar 73% att de tror det, för att det har varit utvecklande och gett nya infallsvinklar på läkarrollen. 13% säger kanske och 13% tror inte det kommer att göra skillnad. (Bild 3)

Vill de då själva bli examinörer? 43% svarar ja, 43% kanske längre fram. 13% har inte tänkt sig det.

När alla moment är klara får examinanden en rapport från sin examinador med utlåtande om medicinsk kompetens, kommunikativ kompetens, ledarskap och vetenskaplig kompetens. Rapporten bygger på bedömning av de olika momenten. Några examinander hade skickat med rapporten till Socialstyrelsen vid ansökan om specialistbevis och de uppfattade att det hade underlättat handläggningen så att de snabbare kunnat hämta ut sitt bevis.

Bör examen vara obligatorisk? Ja, det tyckte alla!

Cecilia Ryding
cecilia.ryding@telia.com
Anders Fredén

Fått tid för momenten på arbetstid

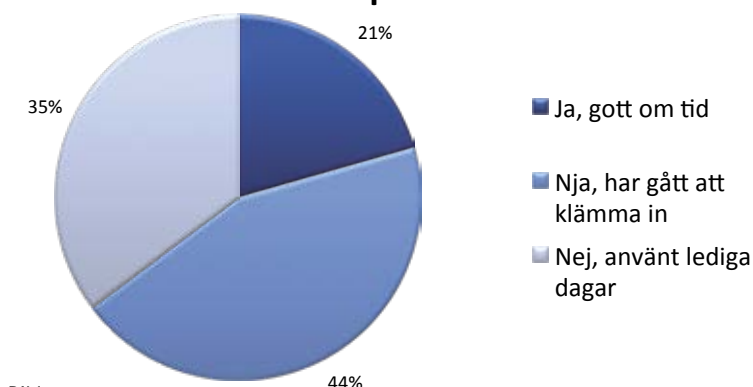


Bild 1

Handledning för uppsatsen

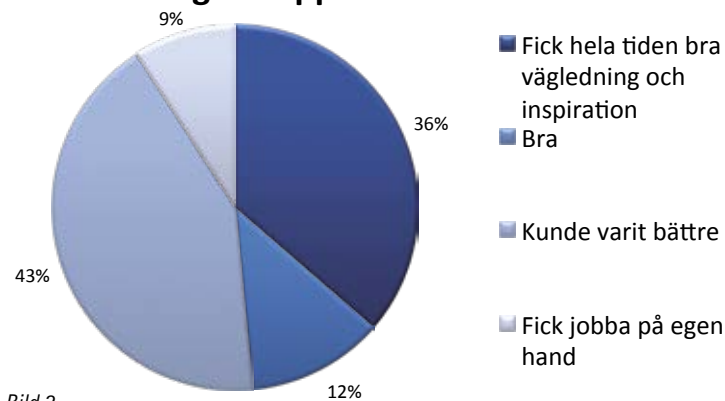


Bild 2

Examen gör skillnad i framtida arbete

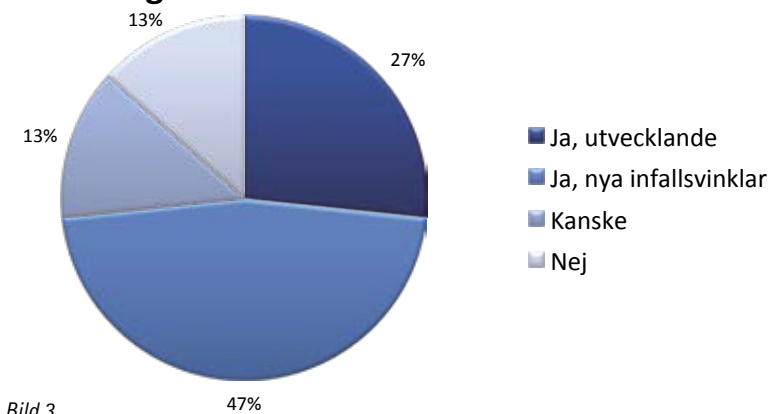


Bild 3

Annons

SFAM viktig aktör vid årets Almedalsvecka

I år slog Almedalsveckan nytt rekord med över tretusen seminarier varav många handlade om vård och omsorg. Genom egna seminarier lyckades SFAM skapa uppmärksamhet, både för det nya fortbildningsprogrammet och för styrelsens policydokument "Ersättningsystem i primärvården".

Vad kan doktorn egentligen? Ett recept för fortbildning

Detta var rubriken på ett seminarium där SFAM:s fortbildningsprogram diskuterades av en panel bestående av representanter för riksdagen, Vårdbolaget Aleris och Sveriges Läkarförbund. Anders W Jonsson (C), barnläkare och ordförande i Socialutskottet, inledde med att påpeka att svenska läkare efter uppnådd specialistkompetens inte någon gång under arbetslivet behöver visa att de har tillräcklig kompetens eller att de sköter sin fortbildning.

Att tiden för fortbildning successivt minskar påpekades av Gösta Eliasson från SFAM:s fortbildningsråd, som också underströk nödvändigheten av att avsätta tid för reflektion och kollegial dialog, till exempel i form av FQ-grupper och ömsesidiga vårdcentralsbesök. Dessa fortbildningsformer ger nämligen deltagaren en uppfattning om den egna kompetensnivån samtidigt som de bidrar till kompetensutveckling med utgångspunkt i vardagsarbetet.

Medarbetarsamtal och årlig kompetensutvecklingsplan är viktiga instrument, men de räcker inte, sa Hans Karlsson, SKL, som inte var främmande för tanken att välskött fortbildning skulle kunna innebära högre lön. Ingen i panelen ville dock i nuläget gå så långt som i Norge där regelbunden fortbildning är en förutsättning för fortsatt specialistbehörighet. Anders W Jonsson kunde dock se två olika scenarier:

– Antingen kan Sverige införa ett statligt och obligatoriskt recertifieringssystem, eller så kan man låta professionen bygga upp ett utbildningssystem som uppfyller samhällets krav på kvalitet och insyn. Det är just detta SFAM håller på

med och föreningen är absolut inne på rätt väg.

Ersättningsystem i primärvården – piska och morot eller professionalitet och patientmakt?

När det gäller primärvårdens ersättningsystem är forskningen både ofullständig och motstridig. Det är inte konstigt med tanke på hur komplex frågan är, konstaterade SFAM:s ordförande, Karin Träff Nordström, som inledde det andra av SFAM:s seminarier med att presentera styrelsens policydokument om ersättningsystem i primärvården.

– Det perfekta ersättningsystemet finns inte. Adjusted clinical groups (ACG) är inte idealiskt och bör utvecklas vidare. En optimal mix mellan olika viktningar behöver tas fram för kapiteringen, det gäller ålder, vårdtyngd och socioekonomi (CNI). Men redan idag finns evidens för att ersättning för medicinska utfallsmått helt bör undvikas, liksom för journalregistrering av levnadsvanor och registrering av kvalitetsdata. ▶▶



Almedalveckan.

Foto: Gösta Eliasson



SFAM:s seminarium om ersättningsystemen. Fr v: Christina Kennedy, chefredaktör och moderator, Dagens Medicin; Hans Karlsson, SKL; Hans Winberg, Leading Health Care; Stefan Jutterdal, Fysioterapeuterna; Anne Carlsson, Reumatikerförbundet; Heidi Stensmyren, Läkarförbundet och Karin Träff Nordström, SFAM.

Foto: Gösta Eliasson

Hans Winberg, generalsekreterare för tankesmedjan Leading health care, dömde ut sökandet efter ett optimalt ersättningsystem. Hans Karlsson, SKL, menade att det är ett stort problem att

nuvarande system saknar koppling till utfall. Att detaljstyrning är ett problem påpekades av Läkarförbundets ordförande, Heidi Stensmyren, och om detta var alla överens, liksom att framtidens

ersättningsystem måste inriktas mer på patientupplevd och medicinsk kvalitet än på ekonomistyrning.

Almedalsveckan är ett bra tillfälle för informell dialog

Almedalsveckan började för många år sedan med ett tal av Olof Palme stående på ett lastbilsflak, men kritiserades idag för att vara ett mingel för rosévinsdrickande människor som vill synas. Vad har det då för betydelse att SFAM finns på plats under Almedalsveckan?

– Att SFAM finns med är inget självändamål men ett bra tillfälle till informell dialog med politiker och andra beslutsfattare. Detta är nödvändigt för att kunna påverka utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården. Genom att vara här visar SFAM att vi både vill och kan ta ansvar för den allmänmedicinska delen i samhällsbygget, säger Karin Träff Nordström.



Gösta Eliasson

Falkenberg

SFAM:s utbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se

SFAM i Almedalen 2014

Ersättningsystem i primärvården – piska och morot eller professionalitet och patientmakt?

Karin Träff Nordström. Arrangör SFAM och Dagens Medicin.

Vad kan doktorn egentligen? Ett recept för fortbildning.

Gösta Eliasson. Arrangör SFAM och Medibas.

Kvinna. Osund livsstil. Lågutbildad.

Är det därför vi har dålig klass på KOL-vården?

Ulf Österstad. Arrangör Dagens Medicin och GlaxoSmithKline (GSK).

Vågar Sverige utmana i diabetesmatchen?

Ulf Österstad. Arrangör Dagens Medicin och Astra-Zeneca.

Fysioterapeut direkt: Ger det bättre vård och resursutnyttjande i primärvården?

Karin Träff Nordström. Arrangör Fysioterapeuterna.

Så ser vårdens framtid ut – om makthavarna får välja.

Karin Träff Nordström. Arrangör Praktikertjänst.

Hur högt ska svensk diabetesvård sikta?

Karin Träff Nordström. Arrangör Dagens Medicin, Novo Nordisk och Nationella diabeteslaget.

Mäktar primärvården med sina kroniskt sjuka patienter?

Ulf Österstad. Dagens Medicin frukost-TV.

Behöver primärvården piskor och morötter?

Karin Träff Nordström. Dagens Medicin frukost-TV.

Länkar till seminarier och artiklar finns i artikeln på hemsidan www.sfam.se/allmanmedicin

SFAM informerar

Dags för Senior-SFAM i Stockholm?

Alla kunde inte komma till seniormötet på kongressen. Är du intresserad av ett möte i Stockholm? Hör av dig till chefredaktor@sfam.se.

SFAM informerar

Rekrytera medlemmar och vinn fribiljett!



Den lokalförening som under 2014 lyckas rekrytera störst antal nya medlemmar vinner en fribiljett till den Nordiska kongressen i Göteborg 16-18 juni 2015.

Annons

Kompetensutvecklare av livet

Hon visste redan som tioåring att hon skulle bli läkare.

När SFAM:s ordförande Karin Träff Nordström berättar om sitt yrkesval låter det som en livspassion. Eller ett kall.

När hon var tio år var hon inlagd för en bruten arm med komplikationer. Sedan dess har hon vetat att sjukvården är hennes fält. Att hon skulle bli doktor blev ännu mer bestämt när hon pryade på Thoraxkliniken i Lund där en snäll överläkare lät den vetgiriga 14-åringen se operationer och svarade på frågor.

En annan förebild är diabetesläkaren på hennes första kandidatplacering. Trots mycket att göra, många patienter och stark tidspress under ronderna kunde han ta sig tid på sängkanten hos "gamla Agda".

– I mötet med patienten var han närvarande. Under de få minuterna var han verkligen där och utstrålade att han hade all tid i världen. Det är en konst som är viktig.

En kvinnlig kirurg i Ystad dit Karin kom som nyutbildad sjuksköterska var en inspiratör inte minst i sitt ledarskap.

– Hon hade en förmåga att se andra människor. Jag, som då var en mycket ung, sjuksköterska utan erfarenhet, behandlades som en kollega med värde i arbetsgruppen. Man blev delaktig och kände sig involverad. Jag tänkte "när jag blir doktor vill jag bli så".

Efter viss eftertanke kommer SFAM-ordföranden fram till att det längs vägen har funnits antiförebilder också, sådana som man inte vill följa eller likna.

– Inte minst chefer. Det var nog därför jag blev chef själv. Sen upptäckte jag att det inte var så lätt att vara en bra chef och gick hos en coach i flera år för att hitta rätt i ledarrollen. Nå, jag gjorde i alla fall något åt det, kommenterar hon med ett stort skratt.

Hon blev doktor även om vägen var krokig. Betygen efter gymnasiet räckte inte till läkarlinjen så Karin utbildade sig till sjuksköterska och jobbade i Ystad och Los Angeles. Sedan hon tröttnat på livet i USA och flyttat tillbaka till Sverige kom hon in på läkarlinjen i Lund med hjälp av sin arbetslivserfarenhet.

För läkare i allmänhet och för allmänläkare i synnerhet är livserfarenhet en kompetens. Karin Träff Nordström har fått grundlig "fortbildning" i vissa moment. Några av lärarna i Livets skola är de tre barnen, varav ett med funktionshinder. Hon har gått igenom en skilsmässa och startat på nytt, hon har som anhörig sett beroendeproblematik på nära håll och hon gick själv in i den berömda "väggen" 2007. Vägen tillbaka blev lärorik.

– Framför allt insåg jag att det tar tid att komma igen och att rehabilitering blir bäst om den som är utmattad själv får avgöra hur den ska gå till. De flesta kan komma tillbaka om de får göra det på sina egna villkor.

Karin Träff Nordström är ny på Dagens Medicins lista över de hundra mäktigaste i svensk hälso- och sjukvård. När vi ses har listan just blivit offentliggjord och hon kommenterar med ett glatt "Yes!"

– Det är klart att jag har makt. Det är nödvändigt om man ska kunna åstadkomma något. Att jag är med på maktlistan visar bland annat att SFAM är en aktör att räkna med.

Dagarna är fulla av möten, beslut, utmaningar och nya frågeställningar. Arbetsveckan är på 60–80 timmar.

– Så ser mitt liv ut just nu och jag har bestämt mig för att det inte är ett problem. En sak som jag insåg efter att ha gått in i väggen är att jag inte har något "reglage" på energinivån. Jag har en av- och en på-knapp men inga mellanlägen. Jag lärde mig att jag måste använda av-knappen oftare. Visst önskar jag att jag hade mer tid med familjen. Men på fredag kväll trycker jag på "av". Och jag kan verkligen koppla av och vara privat under lördagen.

Makt och jobbflow till trots, visst kan hon sakna jobbet "på golvet" i primärvården ibland. Speciellt mötena med patienterna. Det där mötet som gör allmänläkarjobbet så speciellt och till "det roligaste jobb man kan ha".

"Jag sitter inte på två stolar – jag står på två ben"

Hon är chef över 40 verksamhetschefer och 1700 medarbetare i Region Skåne och företräder samtidigt allmänläkarna som ordförande i SFAM. Hur går det ihop egentligen?

Karin Träff Nordström vann medlemmarnas förtroende med snäv marginal vid föreningens fullmäktigemöte i våras. Röstsiffrorna



De två största väggarna i arbetsrummet utgörs av whiteboardtavlor. Här finns snabblägesrapporter över alla de verksamheter som Karin Träff Nordström är chef över.

Foto: Eva Bergengren

Fakta om Karin Träff Nordström



- Född:** 1960. Uppvuxen i Skåne.
Bor: Villa i Södra Sandby
Familj: Tre (nästan) vuxna barn. Make som "curlar" med hemmajobb och privatlivslogistik.
Aktuell: Ordförande i SFAM sedan 2012. Omvald med knapp majoritet våren 2014 fram till fullmäktigemötet 2016.
- Bästa avkoppling:** Läsna böcker. Läser just nu:
- Dag Hammarskjöld: Vägmärken (en ständigt följeslagare)
 - Maggie O'Farrell: Instructions for a heatwave
 - Scott Jurek: Åt och spring
 - Jurgen Appelo: Management 3.0
- Hinner inte just nu:** Spela kammarmusik på piano tillsammans med andra amatörmusiker i Lund.

blev 36–34. Motkandidaten Jonas Sjögrens huvudargument var just att man kunde befara lojalitetskonflikter och en suddig trovärdighet för SFAM med en ordförande på "två stolar".

– Jag blev glad att jag fick förnyat förtroende, kommenterar Karin Träff Nordström. Att segra i konkurrens ger en styrka. Det är ju egentligen större än att ta ett uppdrag som ingen annan vill ha.

– Det är inte konstigt att det blir en diskussion om lojalitetskonflikter när jag är hög chef i en politiskt styrd organisation samtidigt som jag leder en ideell förening. Frågan var relevant och jag ställde den själv när jag som SFAM-ordförande rekryterades till det här jobbet.

– Nu har jag haft befattningen som divisionschef inom Region Skåne i ett år, samtidigt som jag drivit SFAM:s frågor. Jag tycker inte att jag sitter på två stolar. Snarare står jag stadigt på två ben. Jag driver ju de allmänmedicinska intressena varje vaken stund.

Karin Träff Nordström har ägnat sig åt att bygga broar och prata vidare med de medlemmar som hellre hade sett hennes motkandidat på ordförandestolen.

En längre version av denna intervju är publicerad på hemsidan www.sfam.se/allmanmedicin.

– Jag tycker att det gick sjyst till. Det var ingen personkonflikt utan diskussionen handlade om en princip.

Karin Träff Nordström framhåller att hon är pragmatiker. Det är resultatet som räknas, och det inflytande och de kontakter hon har som hög tjänsteman är bra för SFAM:s medlemmar. Hon betonar samarbete på alla nivåer.

Hon hänvisar ofta till att hon jobbar tillsammans med andra, som styrelsen i SFAM och de kompetenta krafterna i den stab hon bygger upp kring sig som divisionschef. Hon ser också andra vårdaktörer som medspelare snarare än motståndare.

– Alla vi som jobbar och utvecklar vården har som mål att patienterna ska få bra vård. Sen har vi olika infallsvinklar, åsikter och angreppssätt. Det är bara genom verklig dialog vi kan komma framåt – och då måste man lyssna själv också. Ingen har hela sanningen ensam.

SFAM:s ordförande är optimistisk och tror att det går att komma till rätta med de vikande medlemssiffrorna.

– Marknadsföringen av SFAM utåt, mot samhället, är bra. Vi är nu en opinionsbildare att räkna med i vårddebatten. Men när det gäller att marknadsföra oss inåt, mot medlemmarna och läkarkåren, återstår mycket. Det finns många bra idéer i styrelsen, och det kommer att hända saker de närmaste två åren. Vi ska bli en attraktiv förening för allmänläkarna.

Lägre medlemsavgift är ett sätt att sänka tröskeln, och ett system för prenumeration av ett utbildningsutbud håller just på att utvecklas.

Förslaget processas under det här året utifrån en utredning i februari. SFAM har fått medel ur den statliga kronikersatsningen för att förverkliga idéerna och en chef för utbildningsenheten är tillsatt. I skrivande stund (juli) pratar man om en utbildningswebb. Utbildnings- och utbildningsdelen ska bli tillgänglig för alla som betalar, inte bara för medlemmar, och skötas av en aktör som ligger utanför den ideella föreningen SFAM – kanske ett aktiebolag.

Vad vill du säga idag till en nyutbildad allmänläkare på en vårdcentral, med fullt upp av patienter, krånglande datorsystem och krav från alla håll?

– Prata med varandra! Det är nog det viktigaste vi själva kan göra. Allmänläkarjobbet kan bli väldigt ensamt men det behöver inte vara så. Det är slöseri med tid och kompetens att inte samlas och kompetensutvecklas tillsammans. Dra fall, jämför erfarenheter, samtala om hur ni hanterat olika problem som ni ställts inför.

– En bra allmänläkare blir man genom att jobba som allmänläkare. När jag i början av 2000-talet ville ha min ST-tjänstgöring förlagd med en vårdcentral som tydlig bas och fick stöd för det av SFAM – det var då jag upptäckte föreningen, och jag har engagerat mig sedan dess.



Eva Bergengren
Journalist och frilansskribent
Falkenberg
e.bergengren@telia.com

Inbjudan

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin
bjuder genom sitt kvalitetsråd SFAM Q in till den

11:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Onsdagen den 12 november 2014
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



Temat för året är:
Förbättringsarbete - Vilja, kunna, hinna?

"Det finns alltid tid att slipa sågen men inte i min tidbok!"

Gästföreläsare är professorerna
Cecilia Björkelund (allmänmedicin) och Niels Lynøe (medicinsk etik)

Temat ur programmet:

Vilka riktlinjer kan vi lita på?

Journal på nätet – hur fungerar det? Vilka etiska reflektioner krävs?

Återkoppling till läkare – om att deras patienters måluppfyllelse ger snabbt förbättringar.

Läkemedel och äldre – så finns möjligheter att minska skada och öka nytta.

Chef känn ingen oro! Du får här veta hur du uppfyller SOSFS 2011:9 - om att vårdcentralen måste ha ett kvalitetssystem.

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats. Anmäl dig snarast! Sista dag för anmälan är 20 oktober. Den görs via länk på SFAM:s hemsida.

Konferensavgiften 1 400 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation. Avgiften faktureras via SFAM före konferensen. Vid återbud efter 1:a november utgår full avgift.

Frågor om din konferensanmälan kan ställas till kansliet kansli@sfam.se.

Fullständigt program och övriga kontaktuppgifter finns på www.sfam.se.



"När man har fått ett liv så vill man ju leva det"

När jag läser artiklarna om palliativ vård i AllmänMedicin 2-2014 slås jag av att merparten av författarna fokuserar på möjligheten att välja att dö. Utgångspunkten verkar vara att när patienterna kommer till det stadiet i livet är det vad de vill. Men det är inte alls säkert. Vi måste också kunna hantera vården av de patienter som vill skjuta upp döden så långt det någonsin går. De finns också.

Visst minns jag den 95-åriga multipelt strokedrabbade kvinnan på sjukhemmet som på flera sätt visat att hon inte ville leva, men vars dotter insisterade på att allt skulle göras för att mamman inte skulle dö. Sätta fingerlösa vantar på hennes ännu rörliga hand så hon inte kunde dra ut näringssonden, till exempel. Det var tufft att vara den som försvarade mammans vilja att avbryta aktiva insatser gentemot dotterns önskan att förlänga hennes liv med alla medel.

Men jag minns också Gustava, vi kan kalla henne så. Hon var närmare 90 år och kom in akut högfebril och omtöcknad på det lilla länsdelssjukhuset där jag var underläkare. Hon låg medvetslös på IVA i veckor. Det var varje underläkares skräckvision att hon skulle dö under ens eget nattjourpass eftersom överläkarna insisterade på att sätta in alla tänkbara åtgärder och mer därtill. Vi tyckte det var omänskligt att utsätta denna så sjuka gamla dam för allt detta. Men så småningom vaknade hon till, låg på vanlig vårdavdelning ett tag och kunde sedan åka hem till sin lägenhet. På ett läkarmöte ett par månader därefter berättade klinikchefen, som annars inte var främmande för att avstå från behandling hos mycket sjuka äldre patienter, att

han just hade varit på hembesök hos Gustava. Han hade blivit bjuden på kaffe och sockerkaka som hon själv bakat och suttit någon timme och pratat med henne om hennes favoritprogram på TV och annat som var viktigt för henne i livet. Hon levde flera år efter det med god livskvalitet. Hans intuition hade varit rätt. Och vi lärde oss mycket.

Jag glömmmer heller inte den gamla kvinnan med måttlig demens som jag besökte och behandlade på boendet när hon hade pneumoni. För mig, som var aktiv läkare mitt i livet med tonårsbarn hemma, kunde hennes tillvaro kanske te sig enahanda och trist, men för henne var det inte så. Det hon sa på sin breda småländska ringer i mina öron: "När man har fått ett liv så vill man ju leva det".



Karin Lindhagen

Uppsala

karin.lindhagen@sfam.se



Skriv under AllTrials!

AllTrials är ett upprop för att alla studier ska publiceras, inte bara de som är fördelaktiga för företaget. SFAM var en av de första organisationerna som skrev under. Skriv gärna under du också!
<http://www.alltrials.net/>

AllmänMedicin informerar

Enast på nätet

Vissa artiklar publiceras endast på AllmänMedicins hemsida www.sfam.se/allmanmedicin. Läs recensioner, debattinlägg och personnytt!



Nyttan av att kunna något om etik

- ett mer intressant eller ett mer komplicerat yrkesliv?

Som AT-läkare gick jag en kurs som ännu sitter kvar djupt i minnet. Kanske har mitt yrkesliv blivit mer intressant på grund av denna kurs, på gott och ont. Jag har inte kunnat luta mig tillbaka på att följa en enstaka devis. Jag har svårt för att bekvämt lita på vårdprogram och professorers bedömningar. Kanske hade jag tänkt på samma sätt ändå utan att ha känt till orden eller begreppen.

Mina patienter har kanske också fått sig lite extra förvirring till livs genom mina underliga frågor kring deras livskvalitet och inställning till livet.

"Vem är jag att avgöra vilket lidande som är värdefullt och vilket som är av ondo?"

Jag känner inte så många filosofer men upplever att det är viktigt att vi undersöker vad vi egentligen menar med till exempel begreppen rättvisa och behov. De låter så självklara på ytan och är så konfliktfyllda på djupet att de inte kan styra några prioriteringar utan att vi blir närmare överens om innebörden.

I början av mitt yrkesliv är det tidigt att säga vilken nytta jag kommer att ha av kursen. Hittills kan jag rekommendera att alla läkare lär sig några etiska grundbegrepp. Det behövs för att ha en aning om vad beslut och riktlinjer innebär i praktiken. Att behovsprincipen ska styra prioriteringarna i vården säger inget om hur man gör bedömningarna. Att ha en princip att följa hjälper oss inte i vardagen men ger oss en utgångspunkt för vidare diskussioner.

Definitionerna ställer till det

För att kunna diskutera med en etiker eller en generellt inriktad filosof behöver man förstå att de lägger in mycket historik i sina ordval. Moraliska ståndpunkter kan ligga som halvt medvetna processer där orden vi använder kan medföra feltolkningar. Jag har tron att alla människor samtidigt är själviska och har en stark empatisk drift – vi vinner på att göra människorna omkring oss glada. Men ordet självisk har i allmänt språkbruk en ensidigt negativ klang som lägger locket på diskussionen.

Moral är starkt kopplad till känslor och religion och styr våra handlingar i hög utsträckning. Vi har svårt att diskutera detta öppet. Vi behöver förstå och komma ihåg bakgrunden till våra beslut. Annars leder det till ånger, att man inte förstår och förlåter sig själv sina misstag.

Plikt kontra konsekvens

Det uppmuntras inom sjukvården utanför primärvården att

följa en *pliktetik*, dvs. att själva handlingen utförs och ses som rätt oavsett vad slutresultatet blir. Om man bekänner sig till pliktetiken följer man samma regel hela tiden: allt blir bra bara man följer vårdprogram och PM, eller smärtskola är rätt för alla med långvarigt smärttillstånd.

Motsatsen kallas istället *konsekvensetik*, dvs. slutresultatet avgör om en handling är god eller ond till sin natur oavsett vilka metoder som används. Stölden av id-kortet kan vara en god sak om det hindrar 18-åringen från att köpa cigaretter och röka. Det kan vara rätt att inte lämna ut information om biverkningar till den hypokondriske patienten eller att inte fråga om rökvanor när patienten är mitt uppe i en krisreaktion.

Olika etiska principer

En etisk princip som de flesta kan vara känslomässigt överens om är *rättvisepincipen*. Men vad menas med rättvisa? Ska alla få lika mycket av resurserna, dvs. 1,5 besök per år till sin distriktsläkare? Eller ska man få vad man gjort sig förtjänt av? Den som har arbete, men inte den arbetslöse, ska få sjukpenning av försäkringskassan? Eller ska man få tilldelning efter sina behov? Jag tycker om den senaste varianten, men hur och av vem ska dessa behov bli objektivt och rättvist bedömda?

Icke-skada är en gammal princip. Hippokrates menade att läkaren inte fick tillfoga skada i sin strävan att hela patienten. Ingen läkare som arbetar med patienter idag klarar att följa denna. Varje recept, varje möte och operation innebär potentiella faror. Principen låter bra men är helt omöjlig i dagens samhälle.

Att *minimera lidandet* – buddismens grundtanke – det kanske kan vara något att följa? Dock har jag träffat många som sagt att de vill leva lite till oavsett hur förfärligt det känns på morgonen, hur smärtsamt det är att sonen avlidit och hur canceren tär. Ska jag förhindra smärtan i att genomlida opioidabstinensen men då också stoppa lyckan att åter kunna tänka, slippa sug och gå på toaletten regelbundet? Vem är jag att avgöra vilket lidande som är värdefullt och vilket som är av ondo? Där kan finnas kollegor som tror att smärtlindring är bättre än lidandeanternativen men jag är skeptisk.

Välvilja – att *verka i patientens intresse*. Det är det närmaste jag kommer till en princip jag vill följa. Det är krävande, och jag kan få tanken – vem är jag att bestämma? Att vara ytligt snäll så patienten blir nöjd med mig är en överhängande fara. Att hålla fanan uppe när den kortsiktigt bästa lösningen är mindre energikrävande än den långsiktiga lyckas jag inte alltid med.



Petra Widerkrantz

Enhetschef, redaktör

Vårdcentralen Lunden, Malmö

p@widerkrantz.se

Läkared – igen?

Återinförande av läkareden har diskuterats i spåren av *New public management*. Vid Läkarförbundets fullmäktige 2014 antogs en motion om att utreda detta. Det är viktigt att även specialistföreningarna deltar i diskussionen. Här ges exempel på aktuella läkareder.

Läkareder och etiska regler för läkare har funnits i tusentals år i olika delar av världen [1]. I Sverige fanns en ed till 1886 [2]. När staten började styra sjukvården ansågs den inte längre behövas.

I spåren av debatten om New Public Management har det föreslagits att nyblivna läkare åter ska svära en ed, för att få stöd att vidmakthålla sina etiska principer i en ekonomistyrd verksamhet. Vid Läkarförbundets fullmäktige 2014 bifölls Sjukhusläkarnas motion om att undersöka läkaredens förekomst, formuleringar och användning i Europa för att eventuellt återinföra läkared i Sverige [3]. Då konstaterades också att Läkarförbundets etiska regler är alltför dåligt kända (se sidan 21).

Den mest kända läkareden är den Hippokratiska eden ur skriftsamlingen *Corpus Hippocraticum* (ca 500 f.Kr.–200 e.Kr.). Den har fått namn efter Hippokrates (ca 460–370 f.Kr.), som anses ha grundat den västerländska läkarkonsten. (Faktaruta 1)

Ett annat uttryck, som brukar tillskrivas Hippokrates, men

Vad tycker du?

Har du tankar och funderingar kring en ed för svenska läkare? Kommentera artikeln på hemsidan, på Facebook eller på Ordbyte!!

vars ursprung är dunkelt, är ”Sällan bota, ofta lindra, alltid trösta” [4]. Det känns i hög grad relevant för primärvården. Hur ofta botar vi patienter så de blir helt friska från sin åkomma? Lindrar och förebygger eller senarelägger komplikationer gör vi ofta. Kanske tröstar vi inte så ofta som vi skulle behöva.

Till detta uttryck läggs ofta ”Först av allt – inte skada” (*Primum non nocere*). Innebörden kan möjligen spåras till *Corpus Hippocraticum*, men den engelske läkaren Thomas Sydenham (1624–1689) tycks ha varit den som först skrev ned orden [5]. Även dessa ord känns i hög grad relevanta.

Behovet av en allmängiltig läkardeklaration var uppenbart efter vad som hände i bland annat Tyskland och Japan under andra världskriget. World Medical Organisation antog Genève-deklarationen första gången 1948. (Faktaruta 2).

Idag får våra kollegor i bland annat Finland och Danmark svära en ed då de blir legitimerade. (Faktaruta 3 och 4)

Är det dags att införa en läkared även i Sverige? ►►

Den Hippokratiska Eden

Faktaruta 1

Jag svär vid Apollon, läkaren, vid Aesklepios, Hygiea och Panakeia samt alla gudar och gudinnor, tagande dem till vittnen, att jag efter bästa förmåga och förstånd skall hålla denna min ed och denna min förpliktelse.

Den som lärt mig denna konst skall jag akta lika högt som mina föräldrar, jag skall dela med honom vad jag äger och hjälpa honom i nödens stund. Hans söner skall jag betrakta som mina bröder, och om de önskar lära denna konst, skall jag undervisa dem däri utan lön eller villkor.

Föreskrifter, föreläsningar och allt vad undervisning i övrigt kräver skall jag ge mina och mina lärares söner samt de lärjungar, som avgivit skriftlig och edlig förbindelse enligt läkares sed, men inte någon annan.

Efter förmåga och omdöme skall jag följa den behandling jag anser gagnarrikast för mina patienter och det som kan skada eller irritera dem skall jag undvika. Jag skall icke ge någon gift, även om jag blir ombedd,

ej heller ordinera något sådant; ej heller skall jag ge någon kvinna fosterfördrivande medel.

I renhet och fromhet skall jag leva mitt liv och utöva min konst. Stensnitt skall jag icke befatta mig med utan överlåta denna praktik åt dem som sysslar därmed.

I de hus där jag går in skall jag vara till gagn för de lidande och avhålla mig från varje medveten fördärlig orättrådighet, särskilt från könsumgänge med kvinnor och män, såväl fria som slavar.

Vad jag under min yrkesutövning än hör och ser bland människor av den beskaffenhet att det måhända icke bör spridas, skall jag förtiga och betrakta som osagt.

Om jag nu håller denna min ed och ej brister däri, så må det förunnas mig att glädja mig åt livet och min konst, aktad

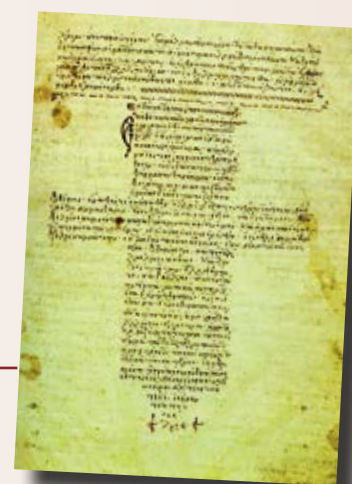
av alla människor i alla tider. Men om jag bryter och blir menedare, då må motsatsen bli min lott.

Svenska Läkaresällskapet

<http://www.sls.se/Etik/Etiska-koder/>

Den-Hippokratiska-Eden/

Hämtat 4.8.2014



Hippokratiska eden: En bysantinsk handskrift från 1100-talet, skrivet i form av ett kors för att visuellt relatera den till kristna idéer.

Från Wikipedia

Referenser

1. Adelaide Centre for Bioethics and Culture <http://www.bioethics.org.au/Resources/Oaths%20Declarations%20and%20Codes.html> Hämtat 4.8.2014
2. Öberg L. Varför svär inte svenska läkare ed? Läkartidningen 2001;98:3936-37
3. Läkarförbundets fullmäktige 2014: Motion om läkareden biföljs. Läkartidningen.se 2014-05-16. Hämtat 5.8.2014
4. Payne LM. Guerir quelquefois, Soulager souvent, Consoler toujours. Brit. med.J. 1967;4:47-48 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1748847/pdf/brmedj02309-0108.pdf>
5. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere – above all, do no harm! J Clin Pharmacol. 2005;45(4):371-7.

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Genève-deklarationen enligt WMA

At the time of being admitted as a member of the medical profession:

I solemnly pledge to consecrate my life to the service of humanity;

I will give to my teachers the respect and gratitude that is their due;

I will practise my profession with conscience and dignity;

The health of my patient will be my first consideration;

I will respect the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I will maintain by all the means in my power, the honour and the noble traditions of the medical profession;

My colleagues will be my sisters and brothers;

I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I will maintain the utmost respect for human life;

I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Faktaruta 2

World Medical Association 1948, 1968, 1983, 1994, 2005, 2006

WMA Declaration of Geneva <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>
Hämtat 4.8.2014



Den finska läkareden

Jag försäkrar på heder och samvete att jag i min läkargärning skall sträva efter att tjäna mina medmänniskor med humanitet och vördnad för livet som rättesnöre. Mitt mål skall vara att vårda och främja hälsa, att förebygga sjukdom samt att bota sjuka och lindra deras plågor.

I mitt arbete skall jag följa läkaretiken och enbart använda metoder vilkas nytta påvisats av medicinsk forskning eller erfarenhet. Då jag rekommenderar undersökningar och behandlingar skall jag objektivt bedöma hur de gagnar patienten och vilka

nackdelar de eventuellt medför. Jag skall fortlöpande upprätthålla min yrkesskicklighet och granska kvaliteten av mitt arbete.

Jag skall högakta mina kolleger och bistå dem i vården av deras patienter, då de ber om det. Jag skall uppmuntra mina patienter att vid behov rådfråga även en annan läkare.

Jag skall respektera min patients vilja. Det som meddelas mig i förtroende i samband med vården av patienterna skall jag hemlighålla. Min plikt som läkare skall jag fullgöra mot envar utan att diskriminera

någon. Mina färdigheter som läkare skall jag inte använda i strid med min yrkesetik ens under hot.

Medicinsk etik. Finlands läkarförbund 2006

http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/med_etik06.pdf



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET

Faktaruta 3

Det danske lægeløfte


Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmen-

neskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.

Faktaruta 4

Lægeforeningen

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/LAEGELOEFJET>
Hämtat 5.8.2014

Lægeforeningen 

Läkarförbundets etiska regler

Antogs vid Läkarförbundets fullmäktigemöte 2009

Läkarförbundets etiska regler innehåller grundläggande värderingar inom den medicinska etiken.

Den som valt att bli läkare har åtagit sig en svår och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkaren genom årtusenden erkänt vara normgivande. Det förtroende och den handlingsfrihet som tillkommer läkaren grundar sig på de personliga egenskaper och det kunnande som läkaren besitter.

Den som blir medlem i Sveriges läkarförbund ska följa de etiska reglerna och ska inte medverka i sådan vård där man inte kan följa dem.

- 1 Läkaren ska i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
- 2 Läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden.
- 3 Efter bästa förmåga ska läkaren bistå människor i medicinsk nödsituation, såvida läkaren inte försäkrat sig om att andra är villiga och kompetenta att ge sådant bistånd.
- 4 Läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga och med omdöme bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga ska läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.
- 5 Läkaren får aldrig på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.
- 6 Läkaren ska behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkränkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv.
- 7 Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.
- 8 Läkaren får inte inleda ett sexuellt förhållande eller inlåta sig i någon annan relation präglad av egennyttigt utnyttjande med en patient som står under läkarens vård.
- 9 Läkaren ska inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten meddela råd eller föreskrifter.
- 10 Läkaren ska då så är motiverat anlita annan sakkunskap och tillmötesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att få tillfråga annan läkare.
- 11 Läkaren ska respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingsalternativ och om möjligt i behandlingen utgå från informerat samtycke samt avstå från att lämna upplysningar som patienten inte önskar.
- 12 Läkaren ska iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.
- 13 Läkaren ska i intyg och utlåtande endast efter noggrant övervägande bestyrka vad som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt ej kan bedömas.
- 14 Läkaren ska, då han/hon handlar på uppdrag av en tredje part, försäkra sig om att patienten har detta förhållande klart för sig.
- 15 Läkaren ska bemöta sina kollegor som han/hon vill bli bemött av dem. Utan att träda patientens intressen för när ska läkaren respektera sina kollegors arbete och så långt det är möjligt undvika att undergräva kollegors relationer till patienten.
- 16 Läkaren ska söka vård om han/hon lider av sjukdom som kan påverka läkarens yrkesutövning.
- 17 Läkaren ska i sin gärning bidra till att medicinska resurser användes i enlighet med dessa etiska regler och på bästa sätt till gagn för patienterna. Läkaren ska aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel.
- 18 Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvs- begär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Arvodet ska anpassas efter prestationens art och omfattning.
- 19 Läkaren ska avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Etiska infallsvinklar på kvalitetsindikatorer i värdebaserad vård

När vi nu står inför ett paradigmskifte mellan New Public Management (NPM) och värdebaserad vård blir etiska frågor aktuella och angelägna. När de etiska principerna kolliderar behövs en prioritering av vilken/vilka som bedöms viktigast. Etisk problemlösning innebär att ta hänsyn till medicinska, psykologiska, sociala, ekonomiska och juridiska aspekter för att minimera lidandet nu och maximera framtida hälsa. Metodiken kan kallas för "Det etiska dialogtorget", eftersom det hela tiden bör ske i en inre och yttre dialog med berörda parter för att minska risken för olämpliga eller direkt felaktiga beslut.

Bakgrund

Vems ansvar är det att se till att vi får optimalt eller bästa möjliga utfall av given vård?

Politikers uppgift är att besluta om värdegrund, beställarorganisationens om normer och vårdaktörernas att utarbeta handlingsregler för vården [1]. Vårdtagarens uppgift blir att tillhandahålla nödvändig information för vårdgivaren, att samarbeta och delta i gemensamma beslut kring hur vården ska se ut.

Brist på valfrihet för patienter och vårdens ekonomiska problem ledde i början av 1990-talet till NPM-reformen med företagisering (tydlig ledning, resultatenheter och interndebitering) och marknadsisering (konkurrensutsättning och privatisering). Man utgick ifrån att vårdkvalitet kan mätas och styras med

kvantitativa mått. Patientens egentliga behov och önskemål kom i skymundan. Idag har man sett de negativa effekterna av detta och i stället börjar man tala om en värdebaserad vård.

Patientens behov

Hur vill patienten få sin vård? Hur kan vi bedöma patientens behov utifrån patientens egen referensram? I undervisningen av vårdpersonal använder vi begrepp som förhoppningar, föreställningar och förväntningar (ICE, "intentions, concepts and expectations") för en patientcentrerad vård med konsultationen och anamnesen i centrum. Om patientens förväntningar infrås får man en nöjdare patient [2, 3, 4] och lägre läkemedelsförskrivning [5]. Begreppet "personcentrerad vård" används för att markera personens autonomi och förmåga till egna val. Med rätt användning kan man se vinster som bättre egenvård, bättre samarbete och färre antal besök hos olika vårdgivare [6].

Värdebaserad vård

Värdebaserad vård [7] har definierats utifrån definitionen värde = hälsoutfall dividerat med kostnader, där värdet för patienten är förbättrat omhändertagande, förbättrat utfall av vårdinsatser och minskad sjuklighet [8]. Resultatet kan variera mellan olika enheter. Skillnader kan orsakas av patientrelaterade faktorer, metodologiska eller kvalitetsrelaterade faktorer eller slumpen [8].



I vördnad för livet finns det godas grundprincip formulerad och koncentrerad.
(A. Schweitzer)

Nationella folkhälsokommittén definierar hälsa som "att få uppleva en känsla av sammanhang liksom ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande" [9]. Arton nationella hälsopolitiska mål har satts upp för att främja hälsa, förebygga sjukdom och utjämna hälsoskillnader [9].

Kvalitetsindikatorer

Det är lättare att mäta vårdproduktion än vårdkvalitet. Evidens med bästa forskningsunderlag samt vårdgivarnas och vårdtagarnas erfarenheter bör ge en hållbar bedömningsgrund för om beslutade mål uppnåtts. Olika kvalitetsindikatorer med skattningsskalor för patient och vårdgivare kan ge oss underlag för förbättringsåtgärder. Genom ett långsiktigt perspektiv kan detta bli både etiskt och ekonomiskt försvarbart.

Socialstyrelsens indikatorer ska "synliggöra och spegla kvalitet eller effektivitet för god vård och omsorg" [10], där metodiken beträffande mätbarhet, tolkningsbarhet, entydighet, validitet (vetenskaplig rimlighet) och relevans vägts in. God vård definieras utifrån ett respektfullt bemötande av patienten där dennes kunskaper och erfarenheter tas tillvara. Vårdens produktivitet definieras utifrån att resurser kopplas till prestationer. Effektivitet bedöms vara måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser [10]. Genom öppna jämförelser redovisas kvalitet, resultat och kostnader för folkhälsan, hälso- och sjukvården och för läkemedel [11].

En mer heltäckande bedömning innebär att de kvantitativa måtten på bot, överlevnad, säkerhet, tillgänglighet och effektivitet måste kompletteras med bland annat skattad patientnöjdhet och speglas utifrån olika delparametrar där

Fallbeskrivning

Under semestertid ombeds distriktsläkaren av en distriktsköterska att maila in recept på Sobril. Det gäller Svea 84 år som just blivit änka, gråter mest hela tiden, äter dåligt och önskar att hon fått gå bort tillsammans med maken. Hon tar medicin mot osteoporos och är tidigare inte känd på vårdcentralen. Det är brist på tider till läkare och distriktsköterskor. Läget även hos hemtjänsten är pressat pga. underbemanning och semestrar. Ska recept förskrivas med eller utan läkartid/telefonid eller inte alls med hänvisning till annan mottagning?

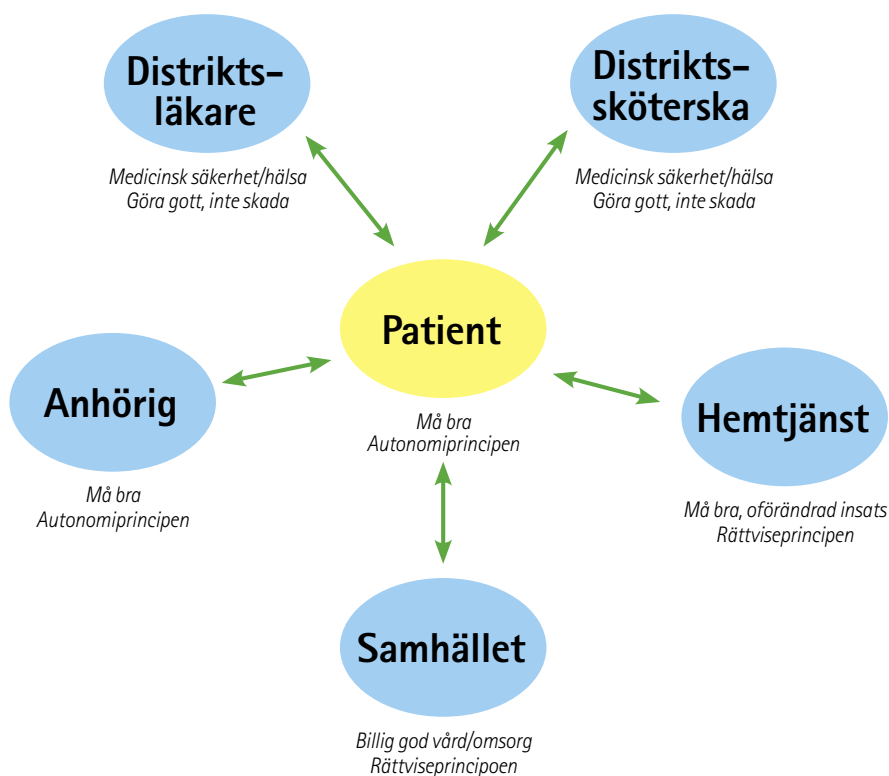


Bild 1. Aktörsmo­dell för etisk problemlösning.

kvalitativa analysmetoder måste till. Här kommer också den viktiga inventeringen av patienternas förhoppningar, föreställningar och förväntningar in. Önskvärt vore att forskningsdata inom primärvården tas fram beträffande rent medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet, och om möjligt också då på samma patientmaterial.

Etiska handlingsprinciper

Genom historien har det klarlagts vissa etiska principer som idag är grundläggande i vår hälso- och sjukvårdslag: Autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepri­ncipen (se faktaruta). Prioriteringar ska enligt riksdagens beslut göras utifrån principer om människovärde, behov/solidaritet och

kostnadseffektivitet. Dessa utgår ifrån en grundprincip om alla människors lika värde och rättigheter oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället [12]. Personens aktuella behov ställs därmed i centrum för planerade åtgärder.

Aktörsmo­dell för etisk problemlösning

Genom kartläggning i en aktörsmo­dell [13] utifrån den enskilda konkreta vård­situationen kan man gå igenom en etisk checklista med inventering av bak­grundsfakta, rättigheter och skyldigheter hos de inblandade personerna i sina roller, prioritering av tillämpliga principer, avgörande av olika valmöjligheter och ställningstagande till konsekvenser på kort och lång sikt av följderna av val­möjligheterna för de olika aktörerna.

I patientfallet "Svea" (se fallbeskrivningen) kan aktörernas antal utvidgas med släktingar och vänner (bild 1). In­tressekollisioner kan uppstå på grund av aktörernas olika mål för patienten och för sig själva. Alla fyra etiska grundprinciper, som baseras på den humanistiska männis­kosynen (människovärdet oberoende av prestationsförmågan), är representerade. Medicinsk säkerhet och att göra gott/inte skada genom medicinering måste bedömas utifrån kort- och långsiktig vinst för patienten. Eventuella biverkningar eller ökad fallrisk av Sobril? Läkemedel kan inte ersätta känslomässigt och praktiskt medmänskligt stöd och ansvarstagande. Sett ur ett samhällsperspektiv kan rätt insats vid rätt tidpunkt med ökad hem­­tjänst innebära ekonomisk och medicinsk vinst. Utbildning och handledning av personal kan ge ökat ansvarstagande för patientens hälsa och välbefinnande.

Det etiska dialogtorgets beständighet

Vare sig vi drivs av etiska normer utifrån konsekvenser (s.k. teleologisk etik), plikter (deontologisk etik) eller dygder (subjektet i fokus) bör det vara människovärdet, patientens behov och effektiviteten i planerad vård som avgör våra beslut.

Vårdgivaren har ett särskilt ansvar för behovs- och solidaritetsprinciper, medan verksamhetschefen ansvarar för kostnads­effektiviteten. All vårdpersonal förväntas ställa sig bakom människovärdesprincipen.

Oavsett vilken kulturell eller religiös tillhörighet vi som vårdgivare har förblir det den utsatta hjälpsökande medmänskans vårdbehov, värden och värderingar som bör vara utgångspunkt för vård och

Autonomiprincipen innebär att var och en har rätt att bestämma över sitt eget liv och att var och en ska respektera andras förmåga och rätt till självbestämmande (autonomi), medbestämmande och integritet.

Godhetsprincipen innebär att var och en ska sträva efter att göra gott och att göra nytta. I hälso- och sjukvården innebär denna princip att man alltid ska sträva efter att bota patientens sjukdom. Om det inte går, ska man sträva efter att lindra patientens besvär.

Principen att inte skada innebär att människor har en skyldighet att inte skada varandra och att var och en ska sträva efter att förbygga eller förhindra skada och minimera lidande.

Rättvisepri­ncipen innebär att alla personer ska behandlas lika. Hälso- och sjukvården måste beakta respekten för människors lika värde och allas lika rätt till vård och omsorg. Resurser ska användas på ett så rättvist sätt som möjligt.

Etisk plattform för hälso- och sjukvården

<http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Administration/Kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerhet/Etik/Etisk-plattform/>
Hämtat 30.7.2014

omsorg. Den så kallade ”Gyllene regeln” att behandla sin nästa som man själv vill bli behandlad räcker långt [14]. Att inte göra ont och att göra gott ingår i den hippokratiska eden [15]. Etisk medvetenhet innebär att reflektera och diskutera kring egna vårdetiska val i den konkreta vårdsituationen och ingår i vår professionalitet. På lång sikt kan då vårdkvalitet bli lika med effektivitet och ekonomiskt försvarbart.

Måtte tystnaden aldrig lägga sig på det etiska dialogtorget.

Referenser

1. Stockholms läns landsting. Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. 2002.
2. Williams SI, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract.* 1995 Jun;12(2):193-201.
3. Thompson AGH, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 1995 – ISQHC
4. McKinley et al., 2002- McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice* (2002) 19 (4): 333-338.
5. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Male G, De Sutter A, De Meyere M, Deveugele M. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *British Journal of General Practice*, January 2009.
6. Bertakis K.D., Azari R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3):229–239.
7. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health care: creating value-based competition on results.* Boston Massachusetts:Harvard Business School Press. 2006.
8. Nordström J. *Värdebaserad vård.* Karolinska Institutet University Press. ISBN 978-91-85565-65-8 www.kiup.se.
9. SOU 2000:91. Nationella folkhälsokommittén. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan.* ISBN 9138213109.
10. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God Vård. Artikelnr.2009-11-5.www.socialstyrelsen.se, november 2009.
11. Socialstyrelsen, SKL. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. ISBN-nummer:978-91-7585-008-5.
12. SOU 1995: 5, s. 115 Människovärdeprincipen
13. Hermerén G. *Kunskapens pris.* Stockholm: HSF/Swe Science Press, 2:a uppl. 1998.
14. Matt. 7:12, Bibel 2000. ”Allt vad ni vill att människorna skall göra för er, det skall ni också göra för dem”.
15. www.sls.se/etik/etiska-koder/den-hippokratiska-eden/Hippokrates-ed

Jäv saknas



Eivor Wiking

Distriktsläkare och sjukhuspräst
Turebergs vårdcentral, Sollentuna
eivorwiking@swipnet.se

Annons

Jörgen Nordenström: *Värdebaserad vård. Är vi så bra vi kan bli?*
 Karolinska Institutet, University Press. 173 s. ISBN 978-91-85565-65-8

Är vi så bra vi kan bli i vården?

Rubriken kan tydas på två sätt. Ger vi så bra vård som vi förmår? Är vi så bra som vårdmiljön tillåter oss att bli? Kanske har vi en outnyttjad potential att bli bättre i en annan miljö. Om det är så kan vi kanske hoppas på att med rätt personalpolitik och förbättrad arbetsmiljö utnyttja vårdresurserna bättre.

Jörgen Nordenström är professor i kirurgi vid Karolinska Institutet och har tidigare publicerat arbeten om organisationsfrågor och utbildning inom vården. Hans pedagogiska potential märks i bokens uppläggning och struktur med tre huvudkapitel kring bakgrund och exempel på värdebaserad hälso- och sjukvård, verktyg för hur en sådan vård kan förbättras och exempel på redan genomfört arbete inom kolorektal kirurgi. Inom varje kapitel finns tabeller och figurer som sammanfattar och exemplifierar textens budskap. Genom klagörande av begrepp och deras innebörd leds man som läsare in i olika perspektiv beroende på utgångspunkt och position i vården, ibland nästan övertydligt.

Bakom detta ligger mångåriga studier av medicinsk-teknik och ekonomi med internationella utblickar. Det ger ett bra underlag för valet av de värden som är mest eftersträvsvärda i vården. Författarens definition av "värde" är nyttan av sjukvårdens bidrag i relation till kostnaden, där värdet förändras över tid. Det "kliniska värdet" förbättrar patientens hälsoutfall. Det "upplevda värdet" är hur patienterna upplever den vård de får. Det "operationella värdet" är hur effektiv vården är på att leverera vård. Med utfallsmått på dessa värden utgår författaren från de olika aktörernas uppfattningar om värdet. För patient sägs tillgänglighet, delaktighet och upplevelsen av vården centralt, medan vårdgivarna föredrar kliniska utfallsmått. Här glider de olika utfallsmåtten in i varandra för läsaren – inget har en renodlad roll i sammanhanget. En politiker fattar beslut om sparsamhet inom en vårdsektor, men kan även bli patient och kräva en högre vårdnivå. Författaren väljer kvalitetsbegreppet "säker vård som ges i rätt tid, är verkningfull, effektiv, jämlik och patientcentrerad" (Institute of Medicine, IOM 1990).

Kvalitet, tillgänglighet och kostnad sägs stå i en inbördes beroendeställning, dvs. kan påverka varandra positivt och negativt i en s.k. "begränsningstriangel". Som distriktsläkare påminns man om det i det enskilda mötet med patienten. Ett nej till en önskad undersökning kan innebära insparad kostnad i ett kort perspektiv, men också sänkt kvalitet, som patienten kan få betala dyrt för genom sämre hälsa på sikt. Sjukvården kan



därmed få ökad kostnad genom krav på mer avancerad vård i ett senare skede.

Kapitlet om indikatorer inleds med ett citat av Paul Drucker: "Det man inte kan mäta kan man inte heller förbättra." Om man enbart mäter kvantitativt blir olika kvalitativa utfallsmått, som t.ex. bemötande svåra att förbättra. Är det inte här många patienter önskar sig förbättring? Att mäta bemötande kan innebära krav på kvalitativ analysmetod för att få en mer deskriptiv skildring. Det handlar om subjektiva ofta svårdefinierade känslor, kanske uttryckt som "personkemi". En operatör förväntas ha ett bra bemötande före och efter operationen och ett gott tekniskt kunnande.

För utvärdering av sjukvårdens resultat delar författaren upp resultaten i utfallsmått (utvärdering av aktivitet, plan, process eller ett program) och processmått (beskriver effektiviteten av det utförda vårdarbetet). Detta hjälper oss att synliggöra patientnyttan mer konkret. Den medicinska, funktionella och patientupplevda kvaliteten är det patienten ska leva vidare med.

Som distriktsläkare har vi omhändertagandet efter sjukhusvården i fokus. Vid utvärdering av utfört vårdarbete inom sjukhusvård och öppen vård bör validitet (om man mäter det man vill komma åt) och reliabilitet (om samma resultat uppnås vid upprepat försök med identisk metod) vägas in. Författaren definierar validitet som "i vilken utsträckning resultatet avspeglar sanningen, dvs. en god resp. dålig vård" och ger förslag på hur en bedömning kan ske. Risken med subjektiva kriterier bör dock påpekas. För vårdkvalitet föredrar författaren processmått framför utfallsmått eftersom de är lättare att värdera och känsligare för skillnader i vårdkvaliteten. Det förutsätter relevanta och praktiska processmått.

Utfallsmåtten ska bedöma i vad mån vårdens kvalitet kan påverka sannolikheten att patientens önskvärda hälsotillstånd kan uppnås. Men vem gör bedömningen och vilka kriterier används? Data måste spegla patientens och inte vårdpersonalens uppfattning. Beträffande alla de som har kroniska eller obotbara sjukdomar – ska inte deras vårdkvalitet ständigt genomgå validering och förbättring? Verkligheten är att sjukvårdens insatser bara är en av många faktorer som påverkar en patients hälsoupplevelse, vilket påpekas av författaren.

Kapitlet om patientcentrering och jämlik vård känns kort och tillför inga nya redskap. Tillgänglighet och jämlik vård är ständigt i fokus i politiska debatter. Hur det ska styras är i högsta grad en fråga om värdebaserad vård. Här har primärvårdsforskningen en ny arena att verka på. ►►

Styrkan i boken ligger på det pedagogiska planet. Den praktiska processen hur vi ska få en värdebaserad vård delas in i 8 steg där diagnoser, vårdepisoder, ”best practice”, process- och utfallsmått och följsamhet till kartlagda förbättringsmöjligheter och ”best practice” tas upp. Det känns framtaget utifrån slutenvårdens situation. I primärvården har vi patienten mer eller mindre i fokus kontinuerligt. Vi måste utvärdera vårt arbetssätt och individuellt utifrån varje patients totala livssituation ut- och omvärdera vår arbetsinsats. Detta blir varje enskild vårdgivares utmaning.

Om ”värdebaserad vård” som begrepp ska användas måste bakomliggande värderingar klargöras. Om ”patientcentrerad vård” ska praktiseras måste patientens värderingar placeras

centralt i diskussionen. Författaren lägger inte tyngdpunkten på detta utan väljer ett mer pragmatiskt och arbetslivsnära perspektiv. Här behövs en komplettering i utbudet av litteratur kring värdebaserad vård.

Eivor Wiking
Distriktsläkare, med.dr.
eivorwiking@swipnet.se



Glöm inte etiken

– om etisk vägledning och prioriteringsstöd

Det blir allt vanligare att utvärdera vad olika undersökningar och behandlingar har för effekt på patienternas hälsa innan de börjar användas i hälso- och sjukvården. Flera nationella myndigheter och regionala enheter arbetar idag med att gå igenom den vetenskapliga litteraturen, så kallade systematiska litteraturöversikter, för att bedöma åtgärdernas medicinska effekt. Men för att kunna fatta välin-

formerade beslut om vilka åtgärder som bör användas är det även viktigt att ta reda på hur de påverkar etiska värden såsom autonomi, integritet, och jämlikhet. Om åtgärderna utgör en god användning av hälso- och sjukvårdens resurser är också en viktig etisk fråga. De etiska konsekvenserna av att börja använda en åtgärd glöms dock ofta bort.

År 2010 infördes en ny skrivning i hälso- och sjukvårdslagen

Tolv grundfrågor för identifiering av relevanta etiska aspekter kring olika hälso- och sjukvårdsåtgärder

Mål för vården

1. Hälsa: Hur påverkar åtgärden patienters hälsa i termer av livskvalitet och livslängd?
2. Kunskapsluckor: Om det saknas vetenskapligt underlag om åtgärdens effekt, finns det etiska och/eller metodologiska problem med att bedriva fortsatt forskning för att förbättra det vetenskapliga underlaget?
3. Svårighetsgrad: Hur svårt är tillståndet som åtgärden gäller?
4. Tredje part: Hur påverkar åtgärden tredje parts hälsa?
Sammantaget, hur ser interventionens risk/nytta-profil ut?

Etiskt förenlig

5. Jämlikhet och rättvisa: Finns det risk för att tillgång till åtgärden strider mot principen om människors lika värde eller gällande diskrimineringslagstiftning?
6. Autonomi: Kan åtgärden påverka patienters och närståendes delaktighet i beslut och deras möjlighet att fatta informerade och relevanta beslut?
7. Integritet: Hur påverkas patienters och närståendes fysiska och personliga integritet?
8. Kostnadseffektivitet: Är balansen mellan åtgärdens kostnader

och effekter rimlig?

Sammantaget, är användningen av interventionen förenlig med gällande etiska värden?

Strukturella faktorer

9. Resurser och organisation: Finns det resursmässiga och organisatoriska begränsningar som kan påverka vilka som får tillgång till åtgärden eller som kan leda till att annan vård får mindre utrymme om åtgärden används?
10. Professionella värderingar: Kan värderingar inom berörda vårdprofessioner påverka användningen av interventionen och leda till ojämlig tillgång?
11. Sårbarheten: Finns det sårbarheten som kan påverka åtgärdens användning och leda till ojämlig tillgång?
Sammantaget, finns det skäl att tro att jämlik tillgång till denna eller andra åtgärder försvåras om åtgärden används?

Etiska följder på sikt

12. Kan användningen av åtgärden få mer långsiktiga etiska konsekvenser?

(HSL - 2 h §) som innebär att vårdgivaren ska se till att nya diagnostiska metoder eller behandlingar, som kan ha betydelse för människovärde och integritet, bedöms utifrån individ- och samhällsetiska aspekter innan de börjar tillämpas i hälso- och sjukvården (Lag 2010:211). Förra året följdes tillämpningen av den nya lagen upp av riksdagens socialutskott. Uppföljningen visade att etiska bedömningar sällan görs och att vårdgivarna efterfrågade ett nationellt stöd för hur dessa bedömningar ska göras [1].

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har sedan länge inkluderat etiska aspekter i sina rapporter men det har funnits ett behov att hitta ett mer systematiskt angreppssätt. Tillsammans med etikerna Lars Sandman och Christian Muntche har SBU därför tagit fram en vägledning som ska fungera som stöd i arbetet med att identifiera de mest relevanta etiska aspekterna av olika hälso- och sjukvårdsåtgärder. Resultatet blev en lista med tolv frågor (se Faktaruta 1) som handlar om åtgärdens påverkan på hälsa, åtgärdens förenlighet med etiska värden, strukturella faktorer med etiska implikationer och långsiktiga etiska konsekvenser av att använda åtgärden [2].

Vägledningen bygger på en checklista som tagits fram av den norske filosofen Björn Hofmann [3]. I en tidigare version som har använts av HTA-centrum i Västra Götalandsregionen kopplades dessa frågor samman med de etiska principer som ingår i den etiska plattformen för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård: människovärdesprincipen, behov- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen [4, 5]. I SBU:s version har vägledningen kompletterats med frågor från underlag som används av internationella nätverk inom medicinsk utvärdering [6, 7] och kopplingen till svensk hälso- och sjukvård har tydliggjorts. Ett ytterligare mål har varit att göra vägledningen mer lättillgänglig också för dem som inte är experter på etiska frågor. Vi hoppas att SBU:s vägledning även ska kunna användas av exempelvis landstingen och av andra myndigheter.

Även om den nya lagen bara innefattar införandet av nya åtgärder, spelar etiska frågeställningar naturligtvis en viktig

Kortikosteroidinjektioner vid tennisarmbåge (lateral epikondyalgia) är skadliga på lång sikt

Sammanfattning

Kortikosteroid-injektioner vid behandling av tennisarmbåge har en gynnsam effekt på kort sikt (0–12 veckor) men är skadliga på längre sikt (mer än 12 veckor). Därför är det varken från patientens eller från samhällets perspektiv etiskt försvarbart att lägga resurser på behandlingen. Om behandling ändå erbjuds är det viktigt att patienten informeras om de skadliga effekterna på längre sikt.

Artroskopisk kirurgi saknar effekt vid artros i knä och leder till höga kostnader

Sammanfattning

Artroskopisk kirurgi för borttagning av lösa och förändrade delar av menisk- och ledbrosk har inte visat sig ha effekt vid artros i knät. Metoden innebär en ökad risk för infektion i leden, blodutgjutning i ledhålan, djupvenstrombos eller ansamling av vätska. Dessutom innebär den en relativt hög kostnad för hälso- och sjukvården.

roll även vid så kallad utmönstring. Regeringen har gett SBU i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag för åtgärder som man eventuellt bör sluta använda inom hälso- och sjukvården. Det kan gälla åtgärder som är skadliga, inte har någon effekt eller där det saknas vetenskapligt stöd. De evidensbaserade kunskapsunderlagen, som kallas prioriteringsstöd, består av en utvärdering av åtgärdens effekt, men kompletteras även med information om vad åtgärden kostar och vilka etiska aspekter som kan vara relevanta att tänka på om åtgärden används eller ska utmönstras. Underlagen har bland annat inspirerats av NICE:s arbete i Storbritannien med utmönstring [8] och det amerikanska initiativet "Choosing wisely" [9].

SBU arbetar just nu med att ta fram prioriteringsstöd inom en rad olika områden. För området allmänmedicin kan underlaget om kortikosteroid-injektion vid tennisarmbåge vara av intresse (se Faktaruta 2). I prioriteringsstödet om tennisarmbåge framhålls vikten av att informera patienten om att en kortikosteroid-injektion kan vara skadlig på längre sikt. Prioriteringsstödet bygger på en tidigare SBU-granskning av en utländsk systematisk litteraturoversikt publicerad i Lancet [10, 11].

Ett annat prioriteringsstöd som kan vara av intresse för primärvården handlar om artroskopi vid artros i knä (se Faktaruta 3). SBU:s prioriteringsstöd visar att åtgärden i genomsnitt inte har någon effekt på patienternas symtom men kan innebära risker och utgör en relativt stor kostnad för hälso- och sjukvården. Resurserna skulle istället kunna läggas på andra mer angelägna och effektiva behandlingar. Prioriteringsstödet är relevant för allmänläkare eftersom de skickar remisser till ortopederna som utför ingreppet. Informationen om den kliniska effekten av artroskopisk kirurgi kommer ursprungligen från de Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar [12].

På senare tid har även specialistföreningen SFAM tagit fram diskussionsunderlag kring onödiga åtgärder [13]. Då specialistföreningarna sitter på en stor kunskap om vilka åtgärder som kan vara aktuella för utmönstring skulle SBU gärna se ett samarbete kring detta. Det SBU kan erbjuda är evidensbaserade utvärderingar utifrån ett såväl medicinskt som ekonomiskt samt etiskt perspektiv. Tillsammans skulle specialistföreningarna och SBU kunna arbeta för att hitta förslag på metoder för utmönst-

ring, ta fram evidensbaserade underlag och sprida underlagen till föreningens medlemmar.

Prioriteringsstöden om tennisarmbåge och artroskopi kommer att publiceras under hösten 2014.

Referenser

1. Socialutskottet (2013). Etisk bedömning av nya metoder i vården - en uppföljning av landstingens och statens insatser (2013/14:RFR1). Stockholm: Sveriges Riksdag.
2. Sandman L, Heintz E, Hultcrantz M, Jacobson S, Lintamo L, Levi R, Munthe C, Tranaeus S, Östlund P. Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014.
3. Hofmann B. Towards a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. Int J of Technol Assess Health Care. 2005;21:312-8.
6. INAHTA. INAHTA's Working Group on Handling Ethical Issues. Final report. June 2005. The International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Ethics Working Group.
7. Saarni S, Autti-Rämö I, Lühman D, et al. EUnetHTA WP4 - HTA Core Model for Medical and Surgical Interventions – Version 1.0r 31 Dec 2008.

Jäv saknas.

Fullständig referenslista finns i artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin.



Emelie Heintz
Hälsoekonom, SBU
Emelie.Heintz@sbu.se



Laura Lintamo
Uttredare, SBU



Frida Mowafi
Projektledare, SBU



Pernilla Östlund
Projektledare, SBU

Annons

Sju onödiga eller skadliga åtgärder i svensk allmänmedicin?

Överdiagnostik och överbehandling är manifesta problem i sjukvården idag med både mänskligt lidande och stora kostnader som följd. Problemen har uppmärksamats internationellt på flera sätt.

På SFAMs kongress 2013 antogs utmaningen ställd i en motion om att verka för en svensk allmänmedicinsk fempunktslista över onödiga åtgärder. Göran Sjönell åtog sig uppdraget att samla en arbetsgrupp som kom att bestå av Ted Gustafsson, Birgitta Hoveliuss, Josabeth Hultberg och Carl Edvard Rudebeck. Gruppens förslag (med sju punkter) har presenterats som ett diskussionsunderlag (se www.sfam.se). Detta har lett till debatt bland annat på Ordbyte och i Läkartidningen. SBU uttrycker sitt intresse för arbetet i artikel "Är vi så bra...?" på sidan 25.

Här är ett sammandrag av de sju punkterna i diskussionsunderlaget.

1: Avstå från hälsundersökningar av friska

Under senare år har ett stort antal aktörer inbjudit till hälsundersökningar på sina hemsidor och i annonser riktade till allmänheten. I samband med forskningsprojekt riktade till friska personer kan i annonser och i "informerat samtycke" förekomma påpekanden om att fördelen med att delta i forskningsprojektet är att en hälsundersökning utförs.

Cochrane-rapporten från 2012 har visat att generella hälsokontroller inte reducerar sjuklighet eller dödlighet. Däremot ökade antalet diagnoser efter hälsundersökningar.

Förslag: Generella hälsundersökningar av friska ska undvikas.

En kompletterad version av den ursprungliga rapporten finns på www.sfam.se/allmanmedicin. Kommentera gärna där, på Facebook eller på Ordbyte!

Annonser om hälsundersökningar ska inte förekomma. Att få sin hälsa kontrollerad ska inte anges som ett skäl för att medverka i forskningsprojekt.

2: Avstå från behandling med antidepressiva läkemedel vid lindrig depression

SSRI-förskrivning ökar i hela västvärlden med Sverige bland de största konsumenterna – många av förskrivarna är troligen allmänläkare. Neurobiologiska förklaringsmodeller (t.ex. serotoninhypotesen) är dominerande på bekostnad av bio-psyko-sociala förklaringsmodeller (livserfarenheter, livssituation, relationer, genus).

Förslag: Vid milda eller måttliga symtom på depression kan diagnosen depression undvikas till förmån för symtomdiagnoser, t.ex. nedstämdhet, olust, sorg, krisreaktion, familjeproblem, arbetsproblem. Diagnoser som utmattningssyndrom, kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi kan ersättas med t.ex. överansträngning, trötthet efter infektion, långvarig värk



"Onödiga gruppen" presenterar diskussionsunderlaget på kongressen. Fr.v. Göran Sjönell, Carl-Edvard Rudebeck, Birgitta Hoveliuss och Josabeth Hultberg.

och trötthet. Detta är särskilt angeläget i början av en sjukdomsepisod.

Aktiv expektans (watchful waiting) vid psykisk ohälsa innebär snabb ny kontakt och därefter eventuellt upprepade läkarbesök med kontinuitet och tillräckligt med tid vid varje återbesök eller telefonkontakter.

Vid milda symtom på depression bör åtminstone till en början läkemedelsbehandling undvikas.

Personcentrerad metod och kognitivt förhållningssätt utgår från att det är en flytande övergång mellan psykisk ohälsa och normal funktion. Detta förhållningssätt är inriktat på att förstå hur patienten själv uppfattar sina problem, sin situation och möjligheterna till åtgärder för att lösa de problem som personen söker hjälp för.

3: Spara bilddiagnostiken vid demens till de patienter som har nytta av den

I sina riktlinjer för neuroröntgen vid demens från 2012 rekommenderar den europeiska neurologföreningen (EFNS) att magnetkameraundersökning (MRT) ska ingå i diagnostiken för alla personer med demens. Datortomografi (DT) hjärna rekommenderas när MRT inte går att genomföra.

I Socialstyrelsens centrala rekommendationer ges DT hjärna prioritet 2 och den anses därmed inte tvingande. I lokala riktlinjer för primärvården varierar det något. Det förekommer att undersökningen är ett krav för att en person med demens ska beredas plats på till exempel ett gruppboende.

Slutsats: Strukturell diagnos i samtliga fall av demens, det vill säga att skriva undersökningsremissen på rutin i stället för på indikation, är en klinisk sedvana som inte kan motiveras utifrån tillgänglig kunskap. Utvecklingen mot en allt högre grad av detaljering i diagnostiken utan att detta påverkar behandlingen är något som den allmänmedicinska professionen bör ta ställning till.

4: Undvik att journalföra levnadsvanor

I flera landsting har det fattats beslut om obligatorisk utfrågning och journalföring för alla patienter om deras levnadsvanor när de söker en allmänläkarmottagning, oavsett vilken åkomma eller symptom patienten sökt för. Ett förfarande som detta är att likna vid en opportunistisk screening varför alla patienter skall bli informerade om vetenskaplig dokumentation, för- och nackdelar med insamlandet av data etc. Patienten bör signera ett "informerat samtycke" innan utfrågningen startar.

Slutsats: Det saknas evidens för att utfrågning och journalföring av alla patienters levnadsvanor i primärvården kan förbättra patienters hälsa. Enskilda riktade projekt (t.ex. rökning, alkoholriskbruk, grav övervikt) med forskningsansats kan däremot fortsätta, liksom råd och hjälp till patienter som har sjukdomar där förändrade levnadsvanor kan minska symptom och förbättra prognos.

5: Onödigt att läkemedelsbehandla mild hypertoni hos lågriskindivider

En miljon människor i Sverige har mild hypertoni, dvs. blodtryck mellan 140/90 och 159/99, och primärvården har huvudansvaret för behandlingen av dessa individer. Riktlinjerna idag är att man ska göra en samlad riskfaktorbedömning och sedan eventuellt läkemedelsbehandla.

Slutsats: Med nuvarande kunskapsläge anser vi det vara onödigt att behandla lågriskindivider med mild hypertoni med annat än råd om levnadsvanor. Grupper som tydligt drar nytta av läkemedelsbehandling bör dock erhålla det, dvs. individer med måttlig-svår hypertoni och/eller högriskindivider (exempelvis de med etablerad hjärt-kärlsjukdom eller diabetes).

6: Undvik opportunistisk screening för osteoporos

Runt om i landet har intresset för benskörhet (osteoporos) tilltagit. I Stockholms läns landsting använder sig flera allmänläkarmottagningar av oron för denna sjukdom för att rekrytera och lista nya patienter till den egna mottagningen. I flera andra landsting pågår screeningprogram.

Varken bildteknisk diagnostik av benskörhet eller riskbedömning genom anamnes FRAX kan förutsäga vem som kommer att få fraktur senare i livet. Benskörhet är exempel på hur medicinska experter har skapat en diagnos för ett tillstånd i kroppen utifrån antagande att en teknisk statistisk abnormitet motsvarar ett kliniskt relevant problem.

Slutsats: Screening för och behandling av osteoporos hos friska kvinnor (utan lågenergi-frakturer) i åldern 60-70 år gör mer skada än nytta.

7: Fysisk aktivitet på recept är onödigt och paternalistiskt

Fysisk aktivitet och hälsa: Fysisk aktivitet på recept – FAR – är en vanlig åtgärd i svensk primärvård. I vissa landsting ger ledningen starka rekommendationer och åtgärden renderar särskild ersättning.

Receptet: Receptet signalerar den medicinska auktoriteten. Patientens liv blir "ett läkemedel" som förskrivaren förfogar över och förhoppningen är att patienten med detta bättre ska förstå både möjligheterna och allvaret och bli mer motiverad. Forskningen ger inget stöd för att detta knep i paternalistisk anda är framgångsrikt. Även förskrivningen av regelrätta läkemedel bör i de flesta fall vara paternalismbefriad.

Ingrid Eckerman

chefredaktor@sfam.se

Kontaktperson för "onödiga gruppen"

Göran Sjönell goran@sjonell.se

Skrivartävling 2014

Svenska Föreningen för
Medicinsk Psykologi
inbjuder till 2014 års
skrivartävling.



Bidrag ska registreras senast 15 november
på hemsidan www.sfmp.se.

Annons

Välkomna till Allmänmedicinska Levnadsvanedagar 5-6:e November på Hasseludden



SFAMs levnadsvaneråd i samarbete med Läkarsällskapets levnadsvaneprojekt har nöjet att inbjuda till en kostnadsfri tvådagars konferens med temat
Levnadsvanor som prevention och behandling.
Hur arbetar vi i praktiken?

Kom och inspireras och inspirera andra!
Vi kommer uppdateras kring ny evidens angående levnadsvanor, få praktisk träning i motiverande samtal och delta i workshops kring hur man praktiskt kan arbeta med levnadsvanor i primärvården.

Välkomna till en viktig mötesplats för dig med intresse av levnadsvanor!

Praktisk information:

Onsdag 5:e november välkomstfika kl 10:00, programmet startar kl 10:30.

Torsdag 6:e november avslut med eftermiddagsfika kl 15:00.

Anmälan till Åsa Thurfjell asa.thurfjell@sll.se senast 29:e september.

Uppge eventuella matintoleranser. Kostnadsfri konferens.

Välkomna!

Mette Barth

Ordförande SFAMs levnadsvaneråd

Elin Khokhar

Medlem SFAMs levnadsvaneråd

Åsa Thurfjell

Medlem SFAMs levnadsvaneråd och sektionsansvarig för Allmänmedicin i Levnadsvaneprojektet

Åsa Wetterqvist

Medlem SFAMs levnadsvaneråd och rådgivare till Levnadsvaneprojektet

Vad är egentligen skillnaden?

Om dokumentation av levnadsvanor

”Jag dokumenterar det som är kliniskt relevant efter ett patientmöte”. Så blev svaret från en erfaren kollega när jag trevande försökte leta mig fram till ett rimligt ställningstagande i frågan: Dokumentera levnadsvanor i journalen eller inte?

Rykande färskt i medvetandet var den i olika sammanhang pågående diskussionen. På något vis hade diskussionerna trasslat in sig i att eftersom försäkringsbolagen kan begära ut journalen så skall man dokumentera just levnadsvanorna så lite som möjligt och kanske helst inte alls. Uppfattningen att läkarna tyckte att det var tidskrävande att dokumentera levnadsvanorna och att kvalitetsregistren hade så olika terminologi att uppgifterna ändå inte kunde användas hade än mer fört tankarna åt att inte journalföra levnadsvanor. När argumentet att vem som helst faktiskt kan göra intrång i journalen presenterades, ja, då kändes det alldeles förkastligt att skriva ner om patienten var fysiskt aktiv eller inte. Men jag kände mig faktiskt lite förvirrad och vilsen...

Med detta dilemma som utgångspunkt vill jag nu dela med mig av några personliga reflexioner som jag gjort under min tid som aktiv i Svenska Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt.

Vad är det som styr vad våra konsultationer innehåller?

”Jag dokumenterar det som är kliniskt relevant...”. Vid närmare eftertanke ett så självklart svar. Så förnuftigt, professionellt och helt utan önskan om att väcka häftig debatt.

Att dokumentera det som är relevant; är det inte så vi resonerar när vi t.ex. diagnostiserar att en patient har högt blodtryck? Vi mäter, vi mäter igen och igen, vi dokumenterar på ett par mm Hg när tar anamnes, utreder vid behov, erbjuder behandling och bokar uppföljning. Allt detta gör vi trots att vi hade en full mottagning just den här måndagen, trots att landstinget nyligen tagit bort bonusen på om vi dokumenterat blodtrycket på 75 % av alla diabetiker och trots att

Länsförsäkringar kanske om två år, med patientens tillstånd, begär ut journalen. Och faktiskt även om risken, tyvärr, alltid finns att någon som inte är behörig gör intrång i journalen.

Frågan jag då ställer mig är på vilket sätt levnadsvanor är annorlunda från annat vi berör på vår mottagning?

Svaret ”Jag dokumenterar det som är kliniskt relevant” sätter fokus på läkarens kunskap och kompetens. Det är alltså de kvaliteterna som får styra min insats för patienten. Vad det innebär i praktiken för patientmötet kring frågan om levnadsvanorna och dess konsekvenser för hälsan behöver vi tillsammans reflektera kring och utveckla en policy för.

Ojämlig hälsa

Den senaste tiden har mina tankar – precis som för många andra – även uppehållit sig vid den ojämlika hälsan. Så bekymmersamt att konstatera att t.ex. debutåldern för att få diabetes kan skilja sig på flera år beroende på i vilket kvarter man bor. Den ojämlika hälsan är välkänd för allmänhet, politiker, debattörer och för oss alla som arbetar inom vården, och



det är lätt att bli indignerad och känna hopplöshet. Visst, det viktigaste för att komma till rätta med ojämlikheten är nog att påverka socioekonomiska faktorer. Men vi läkare kan, i det lilla, i det enskilda mötet med patienten, hjälpa till att förändra den ojämlika hälsan i den kontext vi arbetar.

Hälsofrämjande åtgärder som t.ex. att erbjuda och genomföra rökstutastöd har lika god framgång i vilket socioekonomiskt skikt vi än erbjuder det. Men bör vi inte rikta våra åtgärder där de behövs som mest? Prata betydelsen av hälsosam kost med patienten som sällan, nästan aldrig,



Foto: Åsa Thurfjell

äter grönsaker? Eller med tonåringen som alltför ofta äter utrymmesmat? Vi kanske inte behöver lägga ner så mycket krut på den ”medvetna” patienten som funderar på en smörklick hit eller dit eller som grunnar på om kanske paprika innehåller för mycket kolhydrater. Frågan var gör vi mest nytta och hur vi når just de patientgrupperna som vi bör prioritera är nog bra att ställa sig vid jämna mellanrum.

Patientcentrering

Det kanske även är värt att lägga ner en del av konsultationen på att tala om fysisk aktivitet med patienten som endast rör sig till och från bilen? Kanske, jag säger kanske, för svaret finns hos den enskilde patienten.

Vi allmänläkare är ju faktiskt specialister på just konsultationen, vårt viktigaste redskap för tröst, lindring och ibland bot. Vi kan prata med patienter på ett patientcentrerat sätt, vi kan bedöma om det är medicinskt relevant att beröra levnadsvanorna och vi är oftast lyhörda för

om patienten vill prata med oss om de frågorna eller inte. I den bästa av världar genomför vi en salutogen konsultation. Kanske skulle patienten bli motiverad av att höra att dennes risk för hjärt-kärlsjukdom skulle minska eller att nattsömnen skulle bli bättre av en promenad per dag?

”Frågan jag då ställer mig är på vilket sätt levnadsvanor är anorlunda från annat vi berör på vår mottagning?”

Ett återbesök för uppföljning kanske skulle uppskattas?

Inte alltid, inte för alla patienter, inte för att landstinget ersätter just den åtgärden, inte för att det skall in i kvalitets-

register. Nej, utan därför att det ibland, kanske oftare än vi tror, kan göra att våra patienter mår bättre. Både nu och på sikt. Att sedan dokumentera det som är kliniskt relevant betyder att man berört just det med sin patient – det som är kliniskt relevant.



Åsa Thurfjell

Sektionsansvarig för SFAM
i Svenska Läkaresällskapets

Levnadsvaneprojekt

www.sls.se/levnadsvaneprojektet

Kista vårdcentral, Stockholm

asa.thurfjell@sl.se

Annons

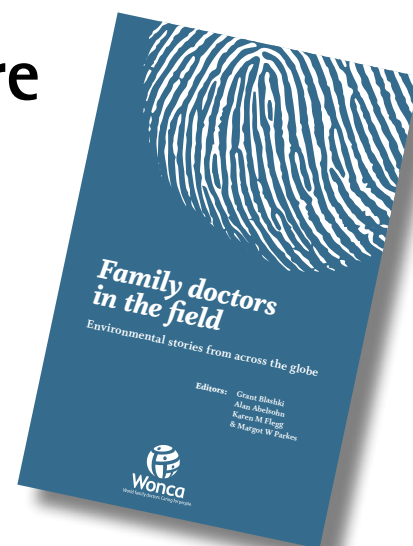
Svenska miljöaktiva allmänläkare dokumenteras av WONCA

WONCA är den internationella organisationen för allmänläkare och allmänmedicin. I WONCA finns sedan länge en miljögrupp, the WONCA Working Party on the Environment. Tanken är att allmänläkare ska utbildas i sambanden mellan miljö och hälsa. I många länder finns ingen specialitet i arbets- och miljömedicin.

Under WONCA Europe-kongressen i Lissabon i juli 2014 lanserades en e-bok där 23 miljöaktiva allmänläkare från olika delar av världen berättar.

TVå svenska allmänläkare, båda tidigare ordförande i Läkare för Miljön (LfM), har skrivit varsitt kapitel. Johan Hallberg, Dalarna, har tagit fram "Sju landmärken för hälsa och hållbar utveckling". Undertecknad, som är aktiv i styrelsen sedan över 20 år, har bidragit med ett kapitel. Ytterligare en allmänläkare bosatt i Sverige medverkar, Alid al Tawil från Irak.

LfM grundades 1991. Föreningen, som är öppen för läkare



av alla specialiteter, satte frågan om läkemedel och miljö på agendan med sin rapport 1997. Även klimatförändringar och hälsa var uppe tidigt.

Ingrid Eckerman

Läkare för Miljön www.lakareformiljon.se

Ingrid.eckerman@lakareformiljon.se

Family doctors in the field. Environmental stories across the Globe. Ed. Blaski G, Abelsohn A, Flegg KM, Parkes MW. WONCA 2014. <http://www.globalfamilydoctor.com/News/WONCAEnvironmentWorkingParty-booklaunch.aspx>

Läkare för miljön

Klimat och hälsa på riksstämman!

Att miljöfrågor som klimat och kemikalier angår alla läkare, och inte minst primärvården, står alltmer klart. Klimatförändringar ger förändrat sjukdomspanorama och försämrade förutsättningar att klara vården. Kemikalierna ökar risken för folksjukdomar som diabetes och hormonella störningar.

På Riksstämman 2014 kommer Läkare för Miljön ha två inslag under huvudrubriken Global hälsa. Båda är relaterade till effekter av klimatförändringarna.

Symposium: Klimatet och hälsan. Vad kan doktorn göra?

Torsdag 4 december kl 13.30-15

Anthony Costello, professor i internationell barnhälsa och chef för UCL Institute for Global Health, London, belyser hälsoeffekter. *Gunilla Svensson*, professor vid meteorologiska institutionen och Bohlincentret för klimatforskning vid Stockholms universitet, ger oss senaste nytt om fysikaliska effekter. Synpunkter på utbildning av klimatkrisens hälso-

effekter kommer att tas upp av sektionen för Arbets- och miljömedicin. *Peter Friberg*, SLS, och *Marie Wedin*, SLF, kommenterar.

Gästföreläsning: Klimatförändringar underminerar arbetshälsa och samhällsekonomi - var går gränsen för ett livsbejakande klimat?

Torsdag 4 december kl 15.15-16.15

Tord Kjellström, forskare i Australien/Nya Zeeland/Lund, forskar på klimatförändringarnas hälsoeffekter på arbetsmiljön i ett globalt perspektiv. Han talar om de effekter som hittills underskattats och vad svenska läkare nu och i framtiden kan göra för att minska de negativa effekterna.

Gör något aktivt – bli passiv medlem!

www.lakareformiljon.se



Ortopedisk medicin

– något som inte bara kan användas på hästar?

Den haltande hästen

Hästen som skrittade in på mottagningen såg pigg ut. Men ägaren som ledde den var mycket oroad – varför var den halt? För att den hade ont, förstås, men vad var orsaken? Gick det att göra något åt?

Efter den vanliga anamnesen, inklusive svar på frågor om när den börjat halta och under vilka omständigheter, vidtog den viktiga kliniska undersökningen, byggd på ortopedmedicinska kunskaper om tillämplig anatomi och fysiologi och en inövad, metodisk undersökningsteknik.

Syn, hörsel och känsel används för att registrera hur hästen rör sig i skritt, trav och vändningar, hur den står, om det finns svullnader, atrofier, asymmetrier, stelhet, ömhet, reaktion på palpation och provokation. Muskeltonus, ledspel, känsel- och motorikstörningar, ömhet i rygg, belastnings- eller rörelsesmärta? Tecken på inflammation? Behov av laboratorieprover? Smärtans/dysfunktionens fokus ringas in: är det led, muskel, sena, fascia eller nerv som triggar? Behövs komplettering med röntgen- eller MR-undersökning? Diagnostiska blockader? I de flesta fall utmynnar den noggranna undersökningen i en orsaksdiagnos, provbehandling, kanske vidareremiss, råd om rehabiliteringsåtgärder (vila, ändrad träning, fysioterapi, kirurgiskt ingrepp). Inte minst: en begriplig förklaringsmodell för djurägaren att hantera och ta ställning till och en rimlig prognos och därmed möjlighet att väga in kostnadsaspekter.

Kärnan i veterinärens omhändertagande av funktionsstörningar hos en häst är den kliniska undersökningen enligt ovan. Utan en sådan kan inte kirurgen tänka sig att operera, utan en

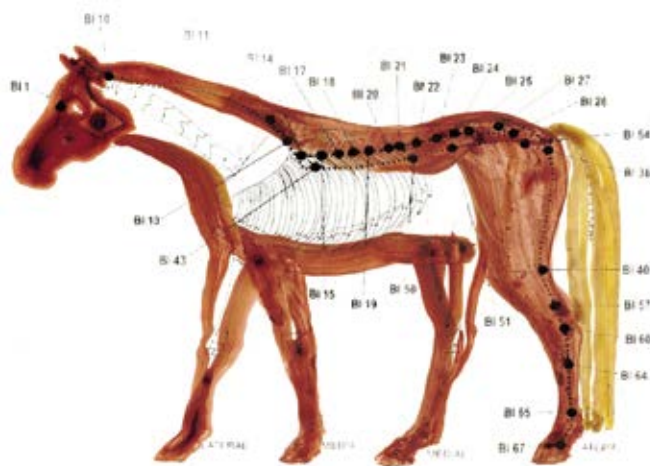


Illustration: Katarina Liljequist

sådan lämnas häst och djurägare i fortsatt oro och med risk för förlängt lidande och onödiga, ibland skenande (!) kostnader.

Haltande människor

Handläggningen av smärtpatienter tillhör något av det svåraste och mest kostsamma av en familjeläkares vardag. Skärpta sjukskrivningsregler och ökade krav på juridiskt korrekta läkarintyg har inneburit att administrationen av denna patientgrupp har blivit en tidsödande och i många fall mardrömsliknande belastning för många av oss. Inte sällan handläggs smärttillstånd slentrianmässigt på grund av tidsbrist och – inte minst – stora brister i konsultations- och undersökningsteknik.

Smärttillstånd i rörelseorganen finns ofta utan röntgenologiska eller laboriemässiga avvikelser och kan ofta förklaras av dysfunktioner. Socialstyrelsen uppmanar i sina nationella riktlinjer att vi ska undvika onödiga radiologiska undersökningar – röntgenundersökning ger inte en säkrare diagnos jämfört med en samlad bedömning av anamnes, symtom och klinisk undersökning. Många patienter remitteras i onödan till ortopediklinik; av dem med röntgen- eller MRT-verifierade

Lika självklart som detta var för mig som utbildad veterinär med särskilt intresse för hästar och hästsjukvård, lika obegripligt var det att tvingas konstatera att läkarutbildningen inte erbjudit motsvarande kunskaper och färdigheter för att kunna diagnostisera och hjälpa smärtpatienter i sjukvården. I synnerhet nack- och ryggpatienterna lämnas ofta helt utan hjälp med diagnos och prognos, många blir betraktade som besvärliga psykosomatiker på grund av våra brister som läkare. Utbildningen i ortopedisk medicin och undersökningsteknik vad gäller funktionsstörningar i rörelseapparaten har varit märkligt försummad under många år. Visst, det har funnits perioder med "öar" av stor kunskap hos eldsjälar som spritt sitt kunnande på specialkurser där entusiasmen varit stor för detta verktyg i läkarens vardag, men utan en specialitet i ortopedisk medicin har basen för att lära ut detta till alla läkare och vetenskaplig utvärdering av metoderna saknats.

Gunilla Bring

Som ung distriktsläkare hade jag förmånen att på Västerbottens landstings bekostnad tillsammans med en distrikts-sjukgymnast från samma vårdcentral vistas tre månader på Alfta Rehab Center för utbildning och träning i ortopedisk medicin. Det har varit till ovärderlig hjälp i vardagen.

Håkan Ödling

avvikelse opereras mycket få. Det är den kliniska bilden som avgör behovet av en sådan åtgärd.

Allmänläkarens kompetens och veterinärens

Hur ska man på ett rimligt sätt hantera smärttillstånd orsakade av dysfunktioner, åtminstone på den nivå som veterinärer erbjuder hästar och hästägare? För att på ett kliniskt tillfredsställande sätt klara det fordras, förutom grundkunskaper inom ortopedi, neurologi, reumatologi, invärtesmedicin, rehabiliteringsmedicin, psykologi, företagshälsovård och försäkringsmedicin, en gedigen ortopedmedicinsk undersökningsteknik och förståelse för samspillet mellan muskler, nerver, leder, sinnesorgan och psykologiska reaktioner på smärta.

Som allmänläkare måste vi också ta hänsyn till kostnader i en redan överbelastad primärvård och till de prioriteringar vi har att följa. Prioriteringarna vilar på de etiska grunder som Socialstyrelsen fastslagit – människovärde, behov, solidaritet och kostnadseffektivitet. När handläggningen av smärttillstånd brister finns risk för ett antal negativa konsekvenser:

1. Stora kostnader för (onödiga) röntgenundersökningar och läkemedel.
2. Specialistsjukvården belastas av felprioriterade patienter vilket riskerar att fördröja omhändertagandet av allvarligt sjuka och orsaka onödigt långa väntetider för våra patienter som borde få diagnos i primärvården.
3. Överskridna vårdgarantier innebär att patienter får rätt att bedömas vid andra sjukhus med negativ påföljd för länsjukhusens egen ekonomi och onödig rundgång för patienter med benigna, åtgärdbara besvär.
4. Passiviserande sjukskrivningar i avvaktan på specialistutredningar. Ökade administrativa krav på allmänläkaren avseende sjukskrivningar, LoH och andra intyg.
5. Risk att patienten utsätts för icke nödvändiga undersökningar med joniserande strålning. I vårt land beräknas årligen minst 200-300 fall av cancer uppstå till följd av röntgenundersökningar.

Ortopedisk medicin är en spännande och utmanande disciplin som i första hand är inriktad på diagnostik av smärttillstånd

Svensk förening för Ortopedisk Medicin (SFOM) bildades 1964 som en sammanslutning av läkare för att utveckla och sprida kunskaper om funktionsdiagnostik och manuella behandlingsmetoder. Sedan länge är det en intresseförening inom Läkarförbundet och nu också associerad förening inom Läkaresällskapet. Det finns sedan 1993 antagna "Regler för läkares utbildning i ortopedisk medicin" och en framtagna målbeskrivning om ortopedisk medicin skulle bli egen specialitet. Historiskt har föreningen anordnat en mängd temadagar, symposier och veckokurser, men på senare tid har aktiviteterna av varit få.

SFOM:s styrelse har beslutat att göra en allvarligt menad nystart och hoppas att denna artikel ska inspirera många allmänläkare att ansluta sig och bidra till att åter öka kurs- och symposieaktiviteterna. På www.sfom.se kan man anmäla sig till medlemskap.

och funktionsstörningar i rörelseapparaten. I lämpliga fall kan man lägga diagnostiska blockader, göra provbehandlingar med mobilisering, traktion, massage och/eller injektion/infiltration och remittera till lämplig behandling till exempel fysioterapi. Målet med goda kunskaper i ortopedisk medicin och en systematisk undersökningsteknik samt provbehandling är att det skall ge säkrare klinisk diagnostik och leda till att:

1. ge patienten en begriplig förklaring till sitt smärttillstånd och trygghet i patient-läkarkontakten;
2. minska behov radiologiska undersökningar och tidskrävande, onödiga remisser till ortopedklinik;
3. minska läkemedelskostnaderna;
4. med förbättrat underlag underlätta utfärdandet av och förbättra kvaliteten på intyg och utlåtanden;
5. förbättrat samarbete med sjukgymnaster;
6. tillämpa de etiska grundprinciper som Socialstyrelsen förespråkar.

För SFOM



Håkan Ödling
ordförande, specialist allmänmedicin



Gunilla Bring
sekreterare, med dr, leg veterinär, specialist rättsmedicin



Henry Nyhlin
ledamot, med dr, specialist internmedicin och företagshälsovård
odling@bahnhof.se, gunilla@bring.be

Annons

Somatoforma smärtsyndrom i multikulturell vård

Smärtsyndrom med svår funktionsnedsättning men utan kliniska fynd har under många år fascinerat mig och mina kollegor på Rinkeby vårdcentral i Stockholm. Två somatoforma syndrom har tydlig socio-kulturell koppling medan aggravaion och simulering är mer medvetna handlingsmönster som finns överallt inom vården, både förr och nu. Dysfunktionell smärtpresentation kan vara ett sätt att kommunicera, och kognitivt inriktade samtal om smärtans natur kan medföra minskat smärtbeteende.

Inledning

Läkare bör alltid ha den individuella patienten i fokus där personlighet och individuella bakgrundsfaktorer är del i diagnostik och behandling. För att tolka smärtbeteenden måste man också ta hänsyn till historiska, samhällsliga och socio-kulturella omständigheter. Vårdpersonal i områden med blandade etniska minoriteter och stor socioekonomisk spridning kan bli både förbryllade och fascinerade (och irriterade?) över hur människor med skiftande sociokulturell bakgrund beskriver sin värk och smärta och dess konsekvenser på så olika sätt, trots att de har liknande åkommor.

Ur strikt medicinsk synpunkt kan ett uttalat stoiskt smärtbeteende vara mest problematiskt, eftersom allvaret bakom symtompresentationen då kan förbises. Men det mest frustrerande för den västerländskt skolade distriktsläkaren är nog ändå när orsaken till smärttillståndet medicinskt sett är lindrigt, men patienten betar sig som vid svår värk eller smärta och är helt oförmögen till aktivitet under alla omständigheter, i nuet och för all framtid.

Somatoforma smärtsyndrom

Somatoforma smärtsyndrom definieras som rapporterad kronisk smärta med funktionsnedsättning och handikapp i frånvaro av specifika sjukdomstillstånd eller somatiska fynd. Oftast rör det sig om komplexa syndrom med biologiska, psykologiska och sociala faktorer som

samverkar med subjektiva upplevelser vilket sammantaget inverkar på funktion och arbete. Det finns inga diagnostiska test och diagnoserna är helt kliniska. Därmed är smärtsyndrom särskilt svåra att tolka, avgränsa och handlägga i multikulturella vårdsituationer.

Kronisk ryggsmärta

Kronisk ryggsmärta saknar ofta definierad etiologi. Trots det är ländryggsmärta UNS en tämligen välavgränsad och erkänd klinisk entitet. Denna långdragna värk är förenad med stelhet och ömhet och ofta även lågintensiv, till skillnad från

den initiala smärtan, och stör all aktivitet utan dygnsvariation. Överkänslighet för beröring är vanligt. Ospecifik ländryggvärk kan orsakas av processer i diskar, kotor och facettleder, muskulära strukturer samt fascia- och ligamentskador. Huvudsaklig behandling är smärtlindring samt åtgärder för att förbättra mobilitet och funktion.

"Medelhavsryggen"

Beteckningen "medelhavsrygg" gavs på 1980-talet i tysktalande och anglosaxiska länder till ett kroniskt ländryggssyndrom som drabbade många invandrare från



Illustration: Katarina Liljequist

Sydeuropa och norra Afrika. Det avsåg en ryggvärk som varat längre än några veckor, som progredierade, som blev funktionshämmande och arbetshindrande, och som var omöjlig att bota. Det drabbade unga medelålders personer som sällan var över 40 år. I Sverige utgjorde invandrade greker den största riskgruppen (1). I södra Tyskland och Schweiz var det framför allt gästarbetare från Turkiet och Italien (2).

Ett signum för den grekiska invandrargruppen i Sverige, både sjuka och friska, var föreställningen att långdragen ryggsmärta orsakas av svår sjukdom som förvärras vid accentuering av smärtan, exempelvis vid lyft och framåtböjning. Ständiga tankar kring smärtans ursprung från sönderfallande eller växande kotor, som i sin tur kunde orsaka svårt handikapp och död inom nära framtid, ansågs leda till svartsyn, i värsta fall till grubbleri, eller göra en tokig (3).

Patienternas föreställningar kontrasterade mot den medicinska världens tolkning av symtomen som tecken på en sjukdom vars följder skulle rehabiliteras i multi-disciplinära team. Detta misslyckades nästan alltid. Följden blev i stället att patienternas föreställningar om obotbar sjukdom förstärktes och det slutade ofta i förtidspension (4, 5).

Den multikulturella scenen

Patienter som beskriver långvarig utbredd smärta utan specifik lokalisation är inte ovanliga i primärvården. För detta finns förklaringar som språkliga hinder, kommunikation, tradition, inlärd komponenter, sekundärvinst med mera (6).

Enligt gängse diagnostiska manualer anses att demarkation ”över medellinjen” indicerar en bakomliggande psykogen orsak till värken. Men i multikulturell vård möter man ofta patienter som klagar över ”ont i halva kroppen”. När de skall visa var det gör ont visar de en rörelse ned från mitt på hjässan till grenen (”halva-kroppen-syndromet”). Smärtan beskrivs som ytlig och mest på framsidan av kroppen men inbegriper sällan ansiktet när man frågar om närmare beskrivning (7). Några, men långt ifrån alla som vi intervjuat, har haft någon form av större psykisk belastning. Något belägg för att de haft psykisk sjuklighet fick vi inte fram i intervjuerna. Uttrycket var mer ett talesätt och ett specifikt sätt att betrakta kroppen som tvådelad varav den

ena sidan (ofta den vänstra) ansågs svag och benägen för att få smärta.

Flera amerikanska studier berör kulturella skillnader i affektiva uttryck och beteenden vid smärta. Thomas och Rose (8) fann stora skillnader i beskrivningen av smärtan vid håltagning i örat mellan afroamerikaner, västindier, anglosaxare och asiater. De fann att traditioner och idéer kring värkens orsak och dess förlopp spelar in på smärtbeteende. Exempelvis kan gråt och klagan bottna i behov av smärtlindring men också oro och ångslan för tillståndet och framtiden, medan stoiskt beteende kan bottna i faktamässig attityd till de flesta former av smärta.

”Intuition, kunskap om den aktuella sociokulturella patientgruppen, god undersökning och täta återbesök med riktade samtal om symtomen/värken lindrar besvären.”

Inte sällan anar man brist på överensstämmelse mellan verbal och icke-verbal kommunikation av smärta och tillståndets etiologi. UAB-skalan från University of Alabama in Birmingham består av åtta observerade och två rapporterade variabler och kan användas för att mäta graden av funktionell pålagring (9). Denna skala är konstruerad efter ett stoiskt – behärskat – beteende vid smärta vilket bör beaktas när man använder den. Skalan har tidigare rekommenderats av SBU som ett pålitligt och säkert instrument för funktionell pålagring vid exempelvis ryggvärk.

Det finns idag många andra skalor för smärtbeteende men dessa är till skillnad UAB sällan validerade för svenska multi-kulturella populationer. Höga UAB-poäng har vi funnit korrelera till smärtekningsutbredning samt VAS. Höga poäng kan också tolkas som en form av kommunikation av smärta till läkare och exempelvis sjukgymnast.

Aggravera, simulera och presentera

Dysfunktionell smärtpresentation beträff-

fande utbredning, intensitet och beteende har något olika bakgrund hos män och kvinnor. Medan invandarmän oftare är deprimerade rapporterar kvinnorna i stället en rad ospecifika sensationer, bland annat värk och smärta (10). Efter behandling rapporterade både män och kvinnor oftast avsevärt mindre smärtutbredning, där smärtbeteende- och smärtbildspoäng nästan helt uttraderades trots oförändrade somatiska fynd (6).

I våra studier bland invandrare med bristande kunskap i svenska har det visat sig att smärtbeteendet minskar spontant med uppföljande konsultationer, framför allt vid kognitivt inriktade samtal om smärtans natur. Det händer också att patienter med redan uttalade smärtbeteenden försämrades, det vill säga uppvisar ökat smärtbeteende, efter en behandlinginsats.

Om vi accepterar tanken att detta är ett språk så blir frågan: vad kommunicerar patienten, till vem meddelas det, när, och i vilket sammanhang? Och hur skall man tolka det faktum att en patient som knappt kunde röra sig i motagningsrummet en stund senare sågs obekymrat släntra omkring på torget? Överdriver den patienten medvetet sina symtom? Eller är det inte en medveten handling utan enbart så att symtompresentationen varierar med sammanhanget – läkarkonsultationen? Försvinner eller minskar beteendet om anhöriga inte är med i konsultationen? Dramatiska och dysfunktionella smärtbeteenden hos patienter är något av det svåraste för oss läkare att diagnostisera och hantera. Några enkla svar finns sällan.

Att människor ibland simulerar är en del av vårdens vardag. Man skiljer på två former av simulerad sjukdom: å ena sidan medvetet simulerad sjukdom i vinningsyfte och å andra sidan simulerad sjukdom utan vinstmotiv. Simulerad sjukdom är nog vanligare än vi vill tro och kan därför gå oupptäckt under många år eftersom vi läkare förbiser det, tvekar att avslöja det eller anser det fel att ifrågasätta patienterna. Genom att införliva simulerad sjukdom i det kliniska tänkandet kan vi öka vår diagnostiska förmåga genom att observera egendomligheter, överdrifter och motsägelser i anamnes och status.

Vi kan även minska risken att bli ”lurade” genom att låta patienten vara ensam vid konsultationen och inte låta någon annan föra patientens talan. Det gäller exempelvis påstått förståndshandikap-

pade, de som sägs vara rädda för läkare eller inte kunna svenska. Alla läkare med lång klinisk erfarenhet har många fallbeskrivningar av denna karaktär där man gått i ”fällan”. Vi får konstatera att simulanter existerar, och det är vår moraliska skyldighet att förhindra att de skadar sig själva eller parasiterar på sjukvården och sjukförsäkringen (11, 12).

I praktiken

Tolkningar av etniska skillnader i beteenden måste göras utifrån sammanhanget, det vill säga när, hur och var betraktandet sker – och av vem. Även när man använder professionell tolk kan det bli missar i överföringen av innebörden av orden och den icke-verbala kommunikationen. En typisk anamnes tillsammans med kroppsspråk och undersökningsfynd leder oftast rätt i tidigt stadium. Ibland leder patienternas förväntningar på åtgärder, tillsammans med läkarnas fokus på somatik och/eller psykologi, till onödiga utredningar och behandlingar som istället för att lugna skapar ytterligare oro och ångslan.

Allmänt anses den bästa behandlingen vid somatoformt syndrom vara adekvat smärtlindring samt förbättring av mobilitet och funktion. Det fungerar dock inte när patienternas föreställningar inte stämmer överens med detta medicinska

synsätt. Intervjuer om föreställningar kring smärta samt strukturerade samtal – även med tolk – minskar smärtintensiteten, smärtbeteende och funktion men förbättrar inte säkert smärtutbredning eller subjektiv arbetsförmåga. Intuition, kunskap om den aktuella socio-kulturella patientgruppen, god undersökning och tåta återbesök med riktade samtal om symtomen/värken lindrar besvären (5).

Referenser

1. Persson BEB, Löfvander M. The Mediterranean Pain-Syndrome. I: Medicin och Humaniora (Persson BEB & Gottfries I, eds). Lund: Studentlitteratur 1996:66-89.11.
2. Keel P, Calanchini C. Chronische Rückenschmerzen bei Gastarbeitern aus Mittelmeurländern im Vergleich zu Patienten aus Mitteleuropa: demographische und psychosociale Aspekte. Schweiz Med Wochenschr 1989;119:22-31.
3. Löfvander M, Furhoff AK. Backache in Greek Immigrants to Sweden: A cultural interpretative approach. Transcult Psychiatr 1996;33:319-32.
4. Keel P. Prävalenz und Persistenz von Rückenschmerzen bei Fremdarbeitern: schicht oder kulturbedingt. Ther Umsch 1992;49:616-22.
5. Löfvander M. Illness, disease, sickness. Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches. Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet, 1997.
6. Löfvander M, Engström A, Iglesias E. Do dialogues about concepts pain reduce immigrant patients' spread of pain? A comparison between two consultation methods in primary care. Eur J Pain 2006;10:335-341.

7. Löfvander M, Lindström MA, Masich V. Pain drawings and concepts of pain among patients with "half-body" complaints. Patient Educ Couns 2007;66(3):353-60.
8. Thomas, VJ. Rose, FD. Ethnic differences in the experience of pain Soc Sci Med 1991; 32:1063-9.
9. Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, Suer Z. Assessing Pain Behavior: The UAB Pain Behavior Scale. Pain 1982;14:393-8.
10. Löfvander M, Engström A. Immigrant patients having widespread pain. Clinical findings by physicians in Swedish primary care. Dis & Rehabil 2007;29(5):381-8.
11. Bendz H. Simulerad psykotisk sjukdom – vanligare än psykiatriker vill tro. Läkartidningen 2011;108:2496-9.
12. Schickel S, Henningsen P. Beobachtung von somatoformen Störungen. Psychotherapeut 2010;55:409-14.

Jäv saknas.



Monica Löfvander

Docent, lektor

Centrum för klinisk forskning,
Västmanland-Uppsala Universitet, Västerås
monica.lofvander@ltv.se

Muskuloskelettal smärta – en angelägenhet för primärvården

Muskuloskelettal smärta är en vanlig orsak till att patienter söker hjälp inom primärvården. Primärvården är rätt sjukvårdsnivå för denna typ av besvär eftersom klinisk smärta är en multifaktoriell upplevelse. Endast primärvården har all viktig information om den aktuella patienten för att kunna göra en adekvat analys och bedömning. Tillsammans med övriga professioner inom primärvården kan den ansvarige läkaren i de flesta fall ställa en trolig diagnos med hjälp av smärtanalys och klinisk undersökning.

Klinisk smärta är ett personligt subjektivt symptom som innehåller affektiva och kognitiva delar, förutom den sensoriska komponenten. Verklighetens patienter har ofta flera olika sjukdomar och olika förutsättningar vilket innebär att smärtupplevelser alltid påverkas av individens bakgrund, inklusive sociala och kulturella förhållanden.

Smärta definieras allmänt som en akut upplevelse med betydelse för individens överlevnad. Smärtforskning har traditio-

nell inriktats på den akuta smärtan som härrör från högttröskliga nociceptorer, konstruerade för att detektera och larma för farliga, skadliga och hotande stimuli. Studier tyder på att det endast är primater som har förmåga att uppleva en smärtfylld emotion [1]. Vanligt använda försöksdjur saknar viktiga neuroanatomiska delar och synapser så det är i kliniken viktigt att vi noga skiljer på smärta och nociception, det vill säga klinisk smärta och experimentell smärta.

Faktaruta 1

Neuropatisk smärta

Kriterier som bör utvärderas är:

1. Smärtans sannolika neuroanatomiska utbredning.
2. Anamnes med tanke på relevant skada eller sjukdom som kan påverka det somatosensoriska nervsystemet.
3. Kliniskt test som bekräftar neuroanatomisk smärtdistribution.
4. Objektivt test som bekräftar skada eller sjukdom med möjlig påverkan på nervsystemet.

- A. Definitiv (kriterier 1-4)
 B. Trolig (1-2 + 3 eller 4)
 C. Möjlig (1-2 utan 3 eller 4)
 D. Osannolik

Smärtklassificering

I svensk primärvård söker cirka 30 % av patienterna för smärtrelaterade problem och av dessa är ca 2/3 förlagda till muskuloskelettal vävnad [2]. Det har genom åren presenterats många olika förslag på hur smärta kan och bör klassificeras. Clifford Woolf [3] har en modell där smärtemekanismer grovt indelas i normala, för individen positiva reaktioner ("fysiologiska" smärtor), samt i patologiska reaktioner som ger upphov till smärtor utan reglerande funktion och mening för individen ("patologiska" smärtor) (se faktaruta 1).

Faktaruta 2

Smärtklassificering (mekanistisk)

"Fysiologisk" smärta

1. Nociception
2. Inflammatorisk smärta

"Patologisk" smärta

1. Neuropatisk smärta
2. Dysfunktionell smärta

Nociception är en egen kategori inom gruppen normala fysiologiska smärtor som inte innebär något större problem för primärvården.

Inflammatorisk smärta orsakas av att nociceptorernas elektriska trösklar har sänkts (perifer sensitisering). Olika varianter av inflammatoriska reaktioner ändrar nociceptorernas och andra sensoriska receptors egenskaper via justering av jonkanaler och receptorer. Med *inflammatoriska reaktioner* menas i detta sammanhang inte endast den typ som utmärks av de välkända kliniska tecknen rubor, tumor, calor, dolor och functio laesa (granulocyt-dominerad inflammation). Snabb överkänslighetsreaktion (allergisk inflammation) men även lågradig inflammation (lymfocyt-dominerad) kan orsaka de justeringar av receptorers tröskelvärden som upplevs kliniskt som allodyni och hyperalgesi [4]. Lågradig inflammation benämnes ibland "kronisk" men behöver inte vara kopplad till samma fysiologiska processer som den akuta utan kan starta via bl.a. reaktioner i immunsystemet. Konsekvensen och den evolutionära meningen av perifer sensitisering är att nociceptorerna skickar fler afferenta signaler för att informera homeostascentrum i hjärnan om hur perifer vävnad mår [1].

Smärta utan evolutionär mening

De patologiska smärtorna är en större klinisk utmaning utan evolutionär plats och mening. Begreppet neuropatisk smärta används endast om nervceller är skadade [5] och kan innebära felaktiga såväl som oönskade aktionspotentialer. Nervvävnad kan också ge smärta via inflammatoriska reaktioner i nerver och intilliggande vävnader. Begreppet "neuropati" har en mer allmän betydelse. De flesta neuropatier, exempelvis diabetesneuropati, är inte kopplade till en smärtupplevelse utan nedsätter ofta nervledningsförmågan med minskad afferent signalering och minskad sensorisk information (faktaruta 2).

Dysfunktionella smärtor kallas ibland för "centrala sensitiseringsyndrom" eftersom man anser att det finns en patologisk central sensitisering som påverkar aktionspotentialer och deras processande inom CNS [6]. Smärtemekanismerna här är fortfarande oklara.

Normalt uppstår både en perifer såväl som en central sensitisering vid inflammatoriska reaktioner. Båda processerna terminerar när orsaken avlägsnas eller

när inflammationen avslutas. Hög ålder, dåligt nutritionellt status, nedsatt genomblödning, men också metabola sjukdomar (ex. störd lipidmetabolism och hyperglykemi), bukfetma, rökning (hypoxi) och kardiovaskulär sjukdom är kopplade till lågradig inflammation vilken anses kunna bidra till en nedsatt förmåga att reglera homeostas [7].

Vid en *patologisk (dysfunktionell) central sensitisering* är vare sig den perifera eller den centrala sensitiseringen önskad och förändringarna kan till och med bli irreversibla. Sannolikt kan också genetiska komponenter vara av stor betydelse [6].

Allodyni och hyperalgesi är oftast helt adekvata fysiologiska konsekvenser av inflammationen. Emellertid finns icke önskvärd allodyni och hyperalgesi med som en mekanistisk orsak till patologisk smärta.

"Verklighetens patienter har ofta flera olika sjukdomar och olika förutsättningar vilket innebär att smärtupplevelser alltid påverkas av individens bakgrund, inklusive sociala och kulturella förhållanden."

Begreppet "kronisk smärta" eller "långvarig smärta" är ytterligare sätt att kategorisera smärta. Den kan ha helt olika ursprung och uppkomstmekanismer, antingen vara en del av kroppens naturliga läkning eller vara maladaptiv utan egentlig mening (bild 1). Ofta anses att långvarig smärta saknar koppling till en läkningsprocess eftersom smärtan kvarstår efter det att vävnaden återfått en acceptabel homeostas.

Smärtanalys vid muskuloskeletal smärta (MSS)

Både nociception, inflammatorisk smärta och patologisk smärta förekommer. Vi bör ha en struktur på smärtanalysen som på bästa sätt klassificerar patientens smärtupplevelse.

Både sen- och ledsmärter är vanligast förekommande i medelåldern [8]. Det har förslagits att en tilltagande oförmåga att läka/reglera homeostas i medelåldern starkt bidrar [7]. Samtidigt börjar också de vanligaste metabola sjukdomarna uppträda (bild 2).

Muskelsmärter å andra sidan förekommer större delen av livet. De vanligaste orsakas av ischemi, helt logiskt eftersom muskelcellers energisystem gör det omöjligt att under någon längre tid (> 60 sek) kontrahera muskler utan syretillgång. Å andra sidan är muskelcellers förmåga till regeneration betydligt bättre än för teno- och osteocyter som saknar anaeroba energiprocesser.

Akut lumbago är starkt kopplad till förändringar av diskens vävnader och är vanligast i åldern 25-50 år (bild 2) [9]. Kronisk lumbago rapporteras under hela livsspannet och kopplingen till andra smärtmekanismer än förändringar i perifer vävnad är stark. Smärter vid tillväxtzoner (apofyciter) förekommer i yngre åldrar, dvs. 10-25 år, eftersom dessa zoner kan överbelastas då hållfastheten är nedsatt på grund av tillväxten.

Klinisk undersökning

Med en utförlig anamnes, inkluderande patientens ålder, aktivitet och övriga omständigheter, kan ofta redan här en inriktning på resterande undersökningar utkristalliseras. En smärtande armbåge hos en 5-åring sänder andra signaler än om personen är 45 eller 85 år.

En ofta använd och föreslagen strategi:

1. Studera patientens rörelsemönster vid gång och avklädning, Vilka vävnader och rörelser undviks? Inflammatorisk smärta med mekanisk allodyni medför att belastning ger smärta.
2. Låt patienten göra en smärtteckning.
3. Kontrollera aktiv och passiv ledrörlighet i kroppsdelen som smärta.
4. Uteslut nervrelaterad smärta. Nerver undersöks genom att nerven ifråga sträcks och perkuterar. Neuropatisk smärta skall ha en anatomisk utstrålning och det skall finnas en idé om en relevant skada eller sjukdom som kan påverka det somatosensoriska nervsystemet (faktaruta 2). Observera dock att refererad smärta från muskler kan likna de vanligaste perifera neuropatiska smärtorna [10]. Var lika så uppmärksam på att inflammatorisk

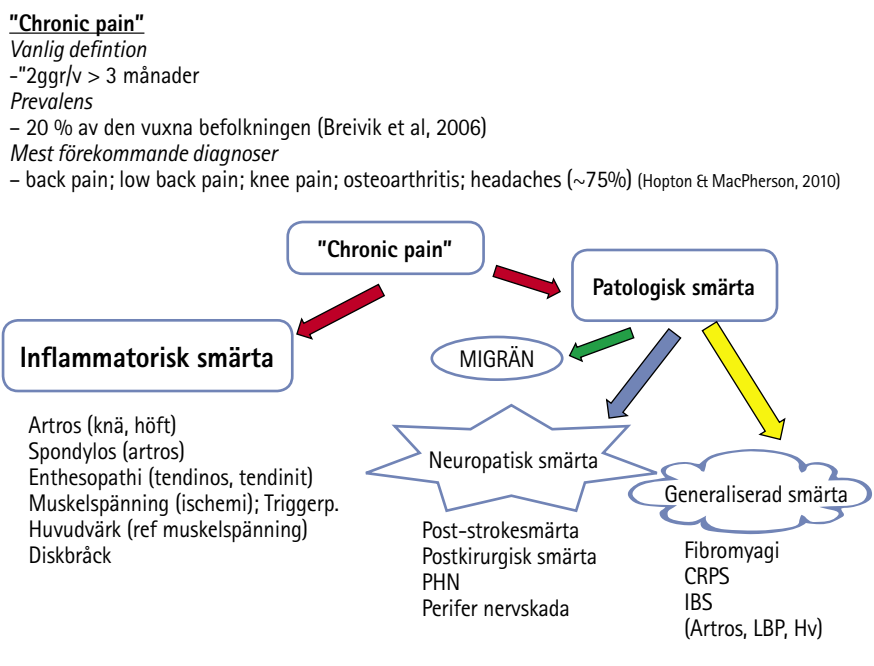


Bild 1

smärta från nervvävnad är möjlig och trolig, exempelvis i samband med karpaltunnelsyndrom.

5. Leder provoceras genom att leden förs till ytterlägen (flektion-extensions-rotation) och belastas. Ibland sker detta genom att patientens egen kroppsstyngd utnyttjas (ex. huksittande), ibland får undersökaren själv åstadkomma ett tillräckligt yttre tryck (ex. McMurrays test). Inflammatoriska processer gör att mekanisk allodyni ofta uppträder. Vissa ytliga

leder kan palperas för att närmare konstatera vilken vävnad som smärta samt om andra betydelsefulla symtom finns, ex svullnad.

6. Senor undersöks med hjälp av att senan sträcks och palperas. Indirekt kan också stor belastning läggas på en sena genom att muskeln tvingas till en kraftig kontraktion (ex. tåhävning). I anslutning till leder och senor bör man palpera bursor i området.
7. Muskler undersöks via kontraktion, gärna statisk (ischemi), töjning samt

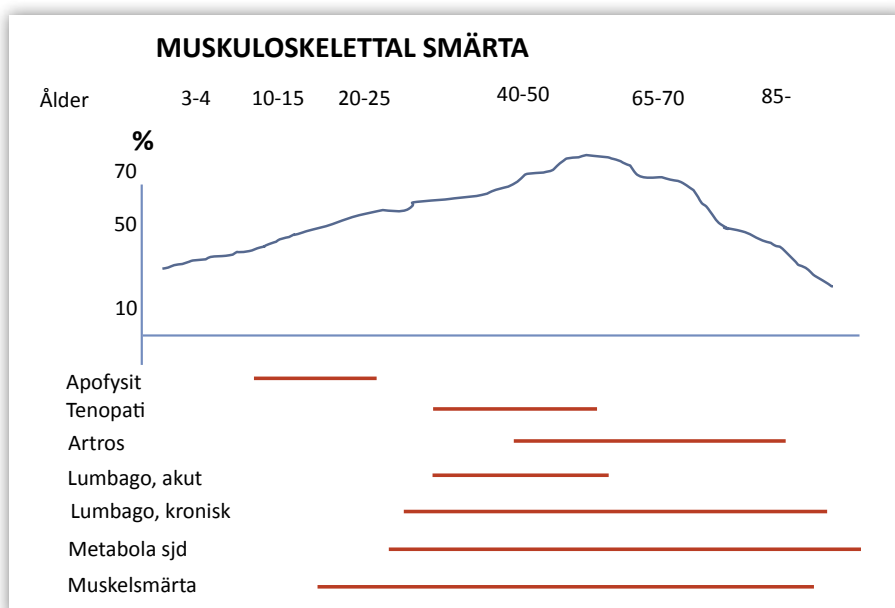


Bild 2

palpation. Att lära sig finna de mest vanligt förekommande muskulära triggerpunkterna är en betydelsefull kunskap. Det har föreslagits att muskulära triggerpunkter ligger bakom merparten av MSS i primärvården [11].

Användbara men icke-validerade tester
Manuella undersökningstekniker, ibland kallade manuella ortopediska tester, är till stor hjälp vid differentialdiagnostik. Vi skall dock vara helt klara över att dessa tester saknar validitet [12]. Även om reliabiliteten ofta är bättre kan de inte enbart ligga till grund för att ställa diagnos.

Vi skall dock fortsätta med att utföra manuella tester, dessutom flera med inriktning mot aktuella vävnader, men tolka eventuella fynd kritiskt och alltid fundera över vilka andra av patientens övriga omständigheter som kan ligga bakom upplevd smärta. Ett positivt svar (smärta) när man utför Neers och Hawkins tester innebär inte säkert ett impingementsyndrom i axelleden. Segmentet kan vara sensitiserat av andra orsaker varför positiva fynd skall tolkas tillsammans med övrig information och kunskap om patientens hela situation [13].

Referenser

1. Craig AD. Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Curr Opin Neurobiol* 2003;13:500-505.
2. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002;6:375-385.
3. Woolf CJ. What is this thing called pain? *J Clin Invest* 2010;120:3742-3744.
4. Wold A, Mölne J. Inflammationssjukdomar. Liber 2012 Stockholm.
5. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70:1630-5.
6. Phillips K, Clauw DJ. Central pain mechanisms in chronic pain states. Maybe it is all in their head. *Best Pract Res Clin Rheum* 2011;25:141-154.
7. Pedersen BK. Exercise-induced myokines and their role in chronic diseases. *Brain, Behavior, and Immunity* 2011;25:811-816.
8. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in geographically defined general population: studies of different in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993;9:174-182.
9. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo TR. Multivariable analyses of the relationships between age, gender, and Body Mass Index and the source of chronic low back pain. *Pain Med* 2012;13:498-506.
10. Leffler AS, Hansson P, Kosek E. Somatosensory perception in a remote pain-free area and function of diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) in patients suffering from long-term trapezius myalgia *Eur J Pain* 2002;6:149-159.
11. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. *Postgrad Med* 1983;73:6-70.
12. Malanga GA, Andrus S, Nadler SF, McLean J. Physical Examination of the Knee: A Review of the Original Test Description and Scientific Validity of Common Orthopedic Tests. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:592-603.
13. Hidalgo-Lozano A, Fernández-de-Las-Peñas C, Calderón-Soto C, Domingo-Camara A, Madeleine P, Arroyo-Morales M. Elite swimmers with and without unilateral shoulder pain: mechanical hyperalgesia and active/latent muscle trigger points in neck-shoulder muscles. *Scand J Med Sci Sports* 2013;23:66-73.

Jäv: Inga uppgivna.



Jan Näslund

PhD, leg. sjukgymnast, allmänläkarfader, uppskattad kursledare för allmänläkare/ST-läkare
Institutionen för Fysiologi och Farmakologi, Karolinska Institutet
Jan.E.Naslund@ki.se

Att träffas, lära sig tillsammans, att förstå patienter och tänka i nya banor

Rapport från Läns-ST-träff i Gävleborg maj 2014

ST-läkarna i Gävleborg är till vardags spridda över ett stort geografiskt område. Länet består av två landskap och är utsträckt på längden, så att avstånden när man ska ses blir stora. Under arbetsåret ses vi därför i två mindre grupper. Det är praktiskt, men riskerar förstås att odla subkulturer. Så en gång om året har vi en gemensam träff – för att ha roligt, för att hinna prata, lära känna de som kommit nya och för att gemensamt lära mer i vårt yrke, där man aldrig blir fullärd, och där kunskap och tänkesätt ändras och utvecklas över åren.

Vi som är studierektorer ser ett oerhört värde i att alla ST-läkare i området ses, känner varandra, och så ofta det är möjligt får dryfta medicinska och andra professionella frågor med varandra. Det är dialogen och utbytet av erfarenheter och tankar som bygger upp den medvetna allmänmedicinska kompetensen. Inlärandet underlättas om man har roligt.

I år var det ”vår tur” i Gästrikland att arrangera den årliga träffen. Det sköts förstås av ST-läkarna själva. Denna gång hade vi tidigare under året hört en föreläs-

ning av Jan Näslund om smärta, och det fanns ett önskemål om att fördjupa den kunskapen i en tvådagarskurs. Teoretiska föreläsningar blandades med praktiska manuella undersökningsövningar ledda av sjukgymnast Allan Lidström.

Smärta är svårt. Det är så väldigt kroppsligt – och så psykiskt, till sin karaktär. Både unga och äldre doktorer vändas över mötet med smärtpatienter, vändas MED patienterna, och över sin egen känsla av maktlöshet och ibland att inte förstå. Vad är det som gör ont? Varför gör det ont fortfarande? Varför spri-



konsultationsmetoder, samt möjlighet till kontinuitet, för att klara sin uppgift.

Vetenskapen står inte stilla. Gårdagens sanningar är utbytta och vi vet att dagens kommer att ifrågasättas och bytas ut. Men det finns aktuell vetenskap att förhålla sig till, som en bas för sin förståelse, och det finns undersökningstekniker som utvecklas och förfinas. Detta ville Janne och Allan lära ut. Men dialogen och förhållningssättet till det vi lär oss, det måste var och en ansvara för själv, tillsammans med kollegor. Det är därför viktigt att då och då förflytta sig från sin vardag, och tillsammans diskutera vad vi lärt oss, prova och våga tänka nytt. Det gäller alla läkare, livet igenom. Som studierektor tror jag det är klokt att grundlägga professionella vanor som hjälper till att hålla kompetensen och intresset för yrket levande. Därför behövs ST-träffarna.

der det sig? Hur kommer det sig att vissa drabbas så mycket? Fyller smärtan någon funktion? Vad kan jag göra för att lindra? Och så alla dessa krav på nya recept...

Det Janne Näslund ville förmedla var att detta med smärta, det kan egentligen ingen annan än allmänläkaren riktigt klara att hantera, eftersom man måste

vara van att hantera ett brett perspektiv, med många olika aspekter på samma fenomen samtidigt. Man måste kunna både anatomi och fysiologi, och vilja förstå personen i sitt sammanhang och över tid. Men även allmänläkarna behöver instrument i form av aktuell vetenskap, vettig undersökningsteknik och



Anna-Karin Svensson

Studierektor ST, Landstinget Gävleborg
Sandviken norra Din hälsocentral
anna.karin.svensson@lg.se

Hypermobilitetssyndrom - en orsak till kronisk smärta

*Att ärftliga avvikelser i kroppens stödjeväv-
nad kan ge problem i leder och ligament
torde vara lätt att förstå, men mindre känt
är att det även kan ge upphov till åtskilli-
ga symptom från andra delar av kroppen.
Överrörlighet kan således ibland vara en
markör på avvikande bindväv generellt.
Detta bör övervägas vid bedömning av pa-
tienter med smärtproblem och svårtolkade
symptom.*

Överrörlighet i leder är en vanlig egenskap i befolkningen. Prevalenssiffror mellan 5-20 % brukar anges i litteraturen. Egenskapen är särskilt vanlig hos kvinnor och barn. Med stigande ålder avtar överrörligheten. I de flesta fall är överrörligheten asymptomatisk. Vid vissa genetiska tillstånd såsom Ehlers-Danlos syndrom leder ofta överrörligheten till instabilitet och smärtproblem.

Överrörlighet bedöms med hjälp av skattningsskalor där Beightonsskalan ofta tillämpas pga. sin enkelhet. Skalan bedömer överrörligheten i tummar, lillfinger, armbågar, knäleder samt ryggen. Maximalt uppnås 9 poäng [1]. Man förbiser då att överrörligheten också kan förekomma i andra leder, såsom fotleder, höftleder, axelleder och käkleder.

Sjukgymnaster tillämpar ibland mer

fullständiga bedömningsmallar som tar hänsyn till fler leder [2].

Ehlers-Danlos syndrom

Ehlers-Danlos syndrom (EDS) är en heterogen grupp ärftliga bindvävssjukdomar som utmärker sig med varierande grad av överörlighet och avvikande hudegenskaper mm. Genetisk och biokemisk forskning har bidragit till att etiologiskt kunna ringa in sex skilda typer [1]. Ett undantag utgör dock hypermobilitetstypen, där man ännu saknar genetisk och biokemisk kartläggning.

Ehlers-Danlos syndrom hypermobilitetstypen (EDS-ht) kan endast diagnostiseras med hjälp av klinik och anamnes. Ärftligheten uppför sig som autosomal dominant med hög penetrans men varierande expressivitet. Spontanmutationer förekommer. EDS-ht är den vanligaste men också mest försummade EDS-typen. Den officiella prevalenssiffran är 1:5 000 men mycket talar för ett stort mörkertal. Både män och kvinnor drabbas, men kvinnor blir ofta mer symptomatiska och dominerar därför starkt i kliniska sammanhang. En stor variation av svårighetsgrad och kliniskt förlopp utmärker syndromet. Även den kliniska bilden är mycket heterogen. Många får problem först i vuxen ålder medan andra har problem redan som barn. Detta faktum blir ofta tydligt vid genomgång av släkthistorian [3].

Huvudkriterierna för diagnosen EDS-ht såsom det definieras enligt Villefranche 1997:

1. Beightonpoäng minst 5 av 9
 2. Mjuk sammetslen och lätt töjbar hud.
- Bland bikriterier nämns positiv familjea-



Cirka tio procent av alla överörliga har syndromet. Så länge de har bra muskelstyrka skyddar det mot värk. – Akrobaten uppträdde på kongressen i Västerås.

Foto: Ingrid Eckerman

namnes, sublaxationer, långvariga smärtproblem.

Kriterierna har med tiden modifierats och därmed skapat förvirring och godtycke. Förekomst av töjbar hud krävs inte längre enligt kriterierna i geneReviews [4]. I dagsläget råder det således oenighet om hur kriterierna skall tillämpas. Diagnosen bör baseras på en bred sammanställning av ett flertal karaktäristiska kliniska data där ärftlighet, sublaxationer och smärtproblem utgör viktiga hörnstenar [5].

Hypermobilitetssyndromet

Hypermobilitetssyndromet (HMS) kallas JHS (Joint Hypermobility Syndrome) eller BJHS där B står för benign [6, 7]. Reumatologer i England myntade detta begrepp för cirka femtio år sedan. Man såg ofta överörlighet hos patienter med smärtproblem där reumatisk sjukdom kunde uteslutas.

HMS definieras med de så kallade

Brightonkriterierna och diagnosen ställs utifrån olika kombinationer av huvud och bikriterier.

- Beightonpoäng 4 eller mer vid undersökning eller historiskt
- Ledvärk i minst 4 leder under minst 3 månader

Kliniskt likvärdiga tillstånd

Forskning kring HMS och EDS-ht beskriver betydande överlappning mellan begreppen, varför många kliniker idag betraktar dessa tillstånd som identiska [8].

HMS-diagnosen är ett något vidare begrepp än EDS-ht och tar bland annat hänsyn till att överörlighet avtar med åldern samt förekomsten av andra uttryck för avvikande stödjevänad. I många publikationer skriver man idag EDS-ht/JHS för att markera samhörigheten. Jag skriver här EDS/HMS för samma sak.

Defekt kollagen kan orsaka problem överallt i kroppen där bindväv förekommer. Därför är EDS/HMS en utpräglad multisystemsjukdom som kan framkalla manifestationer i CNS, mage-tarm, urogenitalt, blodkärl, tänder mm. Även störningar i det perifera och autonoma nervsystemet är vanligt. Anamnesen måste således omfatta symptomfrågor rörande kroppens alla delar och funktioner. Noll Beightonpoäng kan ändå vara EDS/HMS hos en patient med återkommande sublaxationer i höft eller axelleder, långvariga smärtproblem och positiv hereditet, åtminstone om man betraktar EDS/HMS som en genetisk bindvävsåkomma rent allmänt [9].

EDS/HMS bör övervägas om flera av dessa villkor uppfylls:

Som barnläkare med barnreumatologisk inriktning sedan 40 år har på senare år diagnosen EDS/HMS för mig blivit en vanlig differentialdiagnos hos många svårtolkade smärtpatienter. I typiska fall har jag mött en övertygande familjehistoria, ofta med en hårt drabbad mor som länge försökt få förståelse för sina somatiska problem. Inbillning, psykiskt, hypokondri är ofta vad de har fått höra. Med EDS/HMS diagnos kan de flesta symptomen förklaras vilket innebär en kolossal lättnad för dessa patienter. Därmed skapas också bättre förutsättningar för effektiv rehabilitering.

Via sociala media har min insyn bland vuxna patienter vidgats ytterligare. Betydelsen av att få en diagnos kan inte nog överskattas.

Mina teoretiska kunskaper i ämnet har jag inhämtat på internationella symposier (Ghent 2012, Helsingfors 2010) och via böcker och publikationer varav här endast refereras ett fåtal.

Jag återger synpunkter och länkar på hemsidan hypermobilitet.se

- Kroniska led och muskelsmärter.
- Anamnes på belastningsbetingade smärter tidigt i livet.
- Återkommande sublaxationer i flera leder. Ofta axelleder, knäskålar, höftleder, fotleder, käkleder men även fingerleder.
- Nära släktingar med invalidiserande ledinstabilitet och värk.
- Egna barn med ledvärk och/eller muskelsvaghet.
- Svårtolkade neurologiska fenomen av typen parestesier, domningar.
- Mjukdelsinflammationer liknande dem vid fibromyalgi.
- Benägenhet för bräck och prolaps av olika slag.
- Mag och tarmproblem, svår förstoppning, dysmotilitet.
- Oförklarlig invalidiserande trötthet.
- Svår huvudvärk och/eller migrän.
- Blödningsbenägenhet, stora blåmärken
- Ortostatiska problem med yrsel och svimningar.

Nedsatt effekt av lokalbedövningsmedel. Mycket av detta kan givetvis betraktas som funktionella besvär, men uppkomstmekanismen torde ha sitt ursprung i den avvikande bindväven.

Anamnesen sträcker sig ofta tillbaka till barndomen om man ställer frågan. Extremt mycket växtvärk, klumpig motorik, sen gångdebut och nedsatt muskeluthållighet har ofta präglat barndomen. Under ungdomsåren kan många gånger smärt- och trötthetsproblem påverka såväl livskvalitet som skolgång. Många känner sig misstrodda och drar sig undan. En del unga människor upptäcker dock själva en livsstil som fungerar. Det kan handla om lämpliga träningsformer [10].

Diagnostiskt dilemma

Risken att utveckla kroniska smärtsyndrom är överhängande och motiverar tidig diagnos och förebyggande åtgärder. Likaså är kroniskt trötthetssyndrom något som många med EDS/HMS drabbas av, med svåra sociala konsekvenser som följd. Många drabbas av depressioner som en följd av den miserabla livssituation som tillståndet ger upphov till. Flertal patienter som fått diagnosen fibromyalgi är övererrörliga och torde snara-

re höra hemma i EDS/HMS begreppet. Uppenbarligen överlappar dessa tillstånd varandra och utgör kanske olika uttryck för likartad etiologi [11, 12, 13].

"Idag har patienter med hypermobilitetsrelaterade symptom mycket svårt att få gehör för sina problem i vården, vilket beror på att kunskapen saknas inte bara på vårdcentralerna utan även bland försäkringskassans så kallade experter."

Patienter har svårt att få EDS-ht diagnosen ställd. Kliniska genetiker och reumatologer tar inte emot patienter med denna frågeställning. Man hänvisar till primärvården där allmänläkarna i regel ej känner sig bekväma med att ställa denna diagnos. Ofta handlar det om smått desperata och krävande patienter som beskriver en spretande symptombygd av tveklaktig karaktär. Extra komplicerat blir det när arbetsoförmåga och behov av diverse hjälpmedel förs på tal. Bristen på konkreta objektiva fynd gör inte saken enklare för den doktor som ändå gärna vill tro på sin patient. Här finns risker för såväl över- som underdiagnostik. Samtidigt är det angeläget att känna till andra genetiska tillstånd där övererrörlighet kan förekomma.

Med tanke på den mångfald av symptom och organengagemang som är förknippat med EDS/HMS ställs det stora krav på den läkare som skall ställa diagnosen. Det handlar om att urskilja ett återkommande karaktäristiskt mönster bland allehanda diffusa symptom. Det krävs en holistiskt inriktad allmänläkare för att förstå sig på denna patientgrupp.

Behandling kan med fördel bedrivas inom multimodala team där terapin anpassas efter aktuella kunskaper om övererrörlighetssyndrom. Endast den rent

kliniskt verksamma allmänläkaren som regelbundet träffar på dessa patienter kan tillskansas sig den erfarenhet och fingertoppskänsla som krävs för att bedöma dessa patienter korrekt.

Idag har patienter med hypermobilitetsrelaterade symptom mycket svårt att få gehör för sina problem i vården, vilket beror på att kunskapen saknas inte bara på vårdcentralerna utan även bland försäkringskassans så kallade experter.

Referenser

1. De Paepe A, Malfait F. The Ehlers-Danlos syndrome, a disorder with many faces. *Clin Genet.* 2012 Jul;82(1):1-11.
3. Castori M. Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type: An underdiagnosed hereditary connective tissue disorder with mucocutaneous, articular, and systemic manifestations. *ISRN Dermatol.* 2012;2012:751768.
4. Levy HP. Ehlers-Danlos Syndrome, Hypermobility Type. 2004 Oct 22 [Updated 2012 Sep 13]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2014.
6. Ross J, Grahame R. Joint hypermobility syndrome. *BMJ* 2011 Jan 20;342:c7167.
7. Simmonds JV, Keer RJ. Hypermobility and the hypermobility syndrome. *Man Ther.* 2007 Nov;12(4):298-309.
9. Castori M, Morlino S, Celletti C, Ghibellini G, Bruschini M, Grammatico P et al. Re-writing the Natural History of pain and related symptoms in the Joint hypermobility syndrome/Ehlers-Danlos Syndrome, hypermobility type. *Am J Med Genet Part A* 161A:2989-15

Jäv saknas.

Fullständig referenslista finns i artikeln på hemsidan www.sfam.se/lalmanmedicin.



Eric Ronge
Överläkare

Barnmedicinska kliniken,
Skaraborgs sjukhus, Skövde
eric.ronge@gmail.com

Se även Socialstyrelsen → Ovanliga diagnoser → Ehlers-Danlos syndrom.

Barnhälsovården får nytt program

Ett unikt samarbete mellan Socialstyrelsen och företrädare för barnhälsovården har lett till ett nytt barnhälsoprogram. Det gemensamma målet har varit att bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård och ökad användning av evidensbaserad praktik.

Samtliga barnhälsovårdsenheter har varit involverade och engagerade i arbetet. Detta borgar förhoppningsvis för att det nya programmet implementeras i hela landet och leder till en jämlik och rättvis barnhälsovård.

Bakgrund

År 2000 var den barnhälsovård som erbjöds i landet i stort sett likvärdig [1]. En ny undersökning genomfördes 2010. Den visade att det förelåg stora skillnader i den svenska barnhälsovården, till exempel varierat antal läkarbesök, olika metoder och olika remisskriterier [2]. Dessutom framkom att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet fick stå tillbaka. Forskning visade att barnhälsovårdens universella program nådde de flesta, men att barn med ökade behov inte fick kompensatoriska insatser [3].

Ett unikt samarbete inleddes mellan Socialstyrelsen och företrädare för barnhälsovården. Det har resulterat i dels *Vägledning för barnhälsovården* [4], dels ett nytt barnhälsoårsprogram som presenteras på den webbaserade *Rikshandboken för barnhälsovård* (www.rikshandboken-bhv.se). Socialstyrelsens vägledning

BARNHÄLSOVÅRDENS NATIONELLA PROGRAM – EN ÖVERSIKT		
Universella För alla	Riktade För alla vid behov	Riktade För alla vid behov
<p>Hälsöövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tillväxt Allmän somatisk undersökning Psykomotorisk utvecklingsbedömning Språk/kontakt/kommunikation Beteendebedömning Samspel mellan barn o föräldrar Relation med andra barn och vuxna Psykiska och sociala familjeförhållanden <p>Hälsöfrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> Spädbarnsvård Amning, tillväxning till annan kost Kost Tandhälsa Fysisk aktivitet Lek och Kultur Barnsäkerhet Förebygga skälvåld (shaken baby syndrom) Förebygga AIDS (plötslig spädbarnsdöd) Tobak Alkohol/droger Våld i nära relationer <p>Hälsöfrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> Främja lyhört föräldraskap Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> Hembesök Individuella samtal Föräldragrupp Teamarbete/Nätverk <p>Uppmärksamhet på barns psykiska hälsobehov</p> <ul style="list-style-type: none"> Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa <p>Samverkan och förmedla kunskap om lokala verksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> Barnhälsovård och elevhälsa Sjuk- och tandvård Öppen förskola Barnomsorg Stödjour Regeradgivning Stek <p>Samverka med andra enheter</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccinationer, D-vitamin 	<p>Samverkan och insatser efter behov</p> <p>Uppföljning av barnet som beaktas vid den universella hälsöövervakningen (barnets hälsa och nuvarande livsvillkor m.m.).</p> <p>Förhöjd risk för utvecklings- och psykiska hälsoproblem</p> <ul style="list-style-type: none"> Övervakning av misstänkt eller fall av utvecklings- och psykiska hälsoproblem Ökad risk för ohälsa Barn från andra länder <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsövägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödjande samtal vid nedstämdhet post partum (counseling).</p> <p>Tvårprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov. T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykolog för barnhälsovården Mödrhälsovård och elevhälsa Socialtjänst Sjuk- och tandvård Öppen förskola Barnomsorg Övriga <p>Bedömning och vaccination av barn med ökad risk för smitta och/eller ofullständig vaccination.</p> <p>Utökad D-vitamin substitution</p>	<p>Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst</p> <p>Insatser baseras på individuella bedömningar av barnets/familjens behov.</p> <p>Intensivt hembesöksprogram</p> <p>Intensiv kontakt på SVC</p> <p>Remiss till annan vårdgivare</p> <p>Nära samverkan med andra enheter</p> <ul style="list-style-type: none"> Barnsjukvård Övriga vård- och omsorgs- och hälsoenheter Spädbarnsvård Socialtjänsten Migrationsstöd <p>Kontakt/ansökan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemedelsverket</p>

Walking baby still.

Socialstyrelsen hade fram till 2008 styrdokument för barnhälsovårdens verksamhet. Detta togs bort 2009. Företrädare för barnhälsovården uppvaktade Socialstyrelsen och efterfrågade nya nationella riktlinjer och rekommendationer. Socialstyrelsen avböjde denna begäran. Professionen startade då ett arbete med att ta fram ett nationellt barnhälsovårdsprogram. Arbetet började på Evelinadagen 2010 då arbetsgrupper, styrgrupp och referensgrupp skapades och fick namnet Evelina. Evelinagruppen samverkade sedan med Socialstyrelsen som hade fått i uppdrag att ta fram en Vägledning för barnhälsovården.

Målbeskrivningen för läkartjänstgöring på BVC är för närvarande under revision av barnhälsovårdsöverläkarna.

SFAM:s representant i Evelina-arbetet har varit Maria Jansson maria-kerstin@telia.com.

Maria är BVC-läkare i Västra Götalandsregionen, skolläkare i Göteborgs stad och knuten till Närhälsan Hindås vårdcentral i Göteborg. Hon är även med i redaktionsrådet för den webbaserade Rikshandboken i barnhälsovård.



ger ramar för barnhälsovården medan Rikshandboken ger konkreta råd för arbetets utförande.

Det nya barnhälsovårdsprogrammet – viktiga aspekter

Det nya barnhälsovårdsprogrammet visar verksamhetens bredd med universella insatser till alla och riktade insatser till alla vid behov. Viktiga perspektiv lyfts fram utifrån barnet och dess familj; barnets hälsa, utveckling och livsvillkor, barnkonventionen, etik, jämlikhet, genus samt förändringar i samhällsutvecklingen.

Programmet tydliggör vikten av

- att skapa hälsofrämjande möten
- att göra barn och föräldrar delaktiga
- att värdera barnets skydds- och riskfaktorer
- att arbeta i team och samverka
- att uppmärksamma och ge stöd till barn och familjer med ökade behov

Barn och deras familjer har olika behov och barnhälsovården skall möta dessa behov. Beroende av behoven behöver barnhälsovården arbeta mer riktat genom fler hembesök, uppföljande hälsoundersökningar och utökade bedömningar inför remiss till annan vårdgivare. Samarbete med andra t.ex. socialtjänsten, barnpsykiatri, förskolan, tandvården och barnsjukvården betonas.

Programmet har stöd i de dokument som Socialstyrelsen publicerat nyligen; *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [5], *Samverkan för barns bästa* [6], *Barn som far illa eller riskerar fara illa* [7] samt det senaste *Vägledning för barnhälsovården* [4].



Margaretha Magnusson
Barnsjuksköterska/vårdutvecklare
Barnhälsovårdens länsavdelning
Landstinget i Uppsala län
margaretha.magnusson@kbh.uu.se



Johanna Tell
Distriktsköterska/
BHV-samordnare
Hälsovalsenheten
Landstinget Blekinge



Margareta Blennow
Barnläkare/
barnhälsovårdsöverläkare
Barnhälsovårdsenhet syd
Stockholms läns landsting



Antonia Reuter
Psykolog/enhetschef
Central Barnhälsovård Göteborg
Västra Götalandsregionen

Det nya barnhälsovårdsprogrammet – implementering

Förändringarna i programmet kommer att beröra landstingen på olika sätt då verksamheten idag skiljer sig åt mellan landstingen

Det nya programmet anger bl.a.

- ett förhållningssätt som vid varje besök tar hänsyn till barnets hälsa, utveckling och livsvillkor
- ett tvärprofessionellt arbete och samverkan
- ett *teambesök* med läkarundersökning vid 4 veckors ålder
- ett *teambesök* med läkarundersökning vid 6 månaders ålder
- ett hembesök vid 8 månaders ålder
- ett *teambesök* med läkarundersökning vid 12 månaders ålder
- språkscreening vid 2 1/2 eller 3 års ålder
- ett *teambesök* med läkarundersökning mellan 2 1/2 och 3 års ålder
- syn och hörselundersökning vid 4 års ålder
- avslutande och sammanfattande besök vid 5 års ålder inför start i förskoleklass

Teambesök innebär vanligtvis att familjen i samma rum träffar sjuksköterska och läkare vid besöket. Vid behov deltar psykolog engagerad inom barnhälsovården. Läkarens, sjuksköterskans och psykologens kompetenser och erfarenheter kom-



Distriktsläkaren Kerstin Rönnblom undersöker ett barn på Örnäsets vårdcentral.
Foto: Boris Ersson

pletterar och stärker varandra. Dietist, logoped, socionom, förskolepersonal och andra kan också medverka.

Hur och om genomförandet av det nya barnhälsovårdsprogrammet sker följs i ett doktorandarbete.

Referenser

1. Kornfält R. *Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden*. Acta Paediatr Suppl. 2000;89(434):2-7.
2. Magnusson, M., Lindfors, A., Tell, J. (2011). *Stora skillnader i svensk barnhälsovård*. Läkartidningen 2011-08-30, nr 35
3. Wallby, T. (2012). *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis 2012
4. Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården*.
5. Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*
6. Socialstyrelsen (2013). *Samverkan för barns bästa*.
7. Socialstyrelsen (2013). *Barn som far illa eller riskerar fara illa*.

Evelinas redaktionsråd

Från tegelsten till smartphone

Cirkeln är sluten – tack vare den digitala tekniken. En av grundtankarna med Läkemedelsboken (LB) var att den skulle finnas i fickformat och därmed tillgänglig för läkarna i det dagliga arbetet. Boken växte och är nu i tryckt form en tegelsten på lite drygt ett kilo. Men med de appar, som släpptes i maj, finns den samlade informationen åter i fickformat, lätt att hantera med paddor eller smarta telefoner.

Ordföranden i LB:s redaktionskommitté, Håkan Odeberg, har följt utvecklingen från 1977 och framåt. I dag konstaterar han att den nya tekniken öppnat helt nya möjligheter, inte minst genom att innehållet i LB kan integreras med andra system, exempelvis journalsystem.

Växlade in på nytt spår

Ett avgörande steg togs när Staffan Living i Lund bestämde sig för att efter 6 år växla från IT-verksamhet in på helt nytt spår. Han tog med sig sin kunskap in i sina medicinska studier och arbetar nu som AT-läkare och forskare vid Skånes universitetssjukhus:

– Den tidigare digitala versionen av LB var mycket tungrodd, berättar han. Samtidigt såg Staffan Living helt nya möjligheter med effektiva appar för smarta telefoner och paddor.



Läkemedelsboken presenteras på kongressen i Västerås. Från vänster Staffan Living, Helena Ramström och Håkan Odeberg. Foto Ingrid Eckerman.

Parallell utveckling

Arbetet med att utveckla webbversionen var redan inlett och Staffan Living använde sin kunskap som läkare och webbansvarig inom redaktionskommittén för LB för att ytterligare förbättra tillgängligheten genom att skapa snabba effektiva appar att användas i vardagsarbetet.

Snabb och enkel

Arbetet med LB:s nya webbversion utgick från ledorden snabb, enkel, pålitlig och uppdaterad. Genom den nya webbversionen kan man lätt nå den producentobundna informationen om läkemedelsbehandling vid vanliga sjukdomstillstånd.

Krister Ekman
Samhällsjournalist
krister.ekman@gmail.com



Håkan Odeberg visar här hur samma information kan presenteras i skilda kanaler. Tegelstenen ligger framme i sin 19:e version sedan 1977, webbversionen på dataskärmen lanserades förra året och i den smarta telefonen är informationen anpassad att fungera i litet format. Foto Krister Ekman.

Historik

Läkemedelsboken kom till i samband med regleringen av apoteksverksamheten 1977. Det nybildade Apoteksbolaget AB fick då, som en del av sitt samhällsuppdrag, uppgiften att förse förskrivare med producentoberoende information. Vid omregleringen av apoteksmarknaden överfördes ansvaret år 2009 till Läkemedelsverket, som gett ut de två senaste utgåvorna av Läkemedelsboken.

Läkemedelsboken har hittills kommit ut i 19 utgåvor med upplagor mellan 60 000 och 80 000 exemplar.

En helt ny webbversion av Läkemedelsboken lanserades i december 2013 (www.lakemedelsboken.se). Ett halvår senare släpptes appar för iPhone, iPad samt androidbaserade smarttelefoner.

Redaktör och kontaktperson för Läkemedelsboken är Helena Ramström, apotekare och farm.dr.
helena.ramstrom@mpa.se

Läs mer om hur Staffan Living gjorde!
<http://staffanliving.se/lb-2014/>

Fri tillgång via appar

Apparna laddas ned från www.lakemedelsboken.se. Här finns också öppna webbtjänster som är fria att använda.



Hur används IT-stöden i vardagsarbetet?

AllmänMedicin frågade tre deltagare på Allmänmedicinsk Kongress i Västerås var de söker information.



Elin Guterstam
ST-läkare vid Citypraktiken i Västerås

Vilka IT-hjälpmiddel brukar du använda?

– Ofta Internetmedicin. Den är bra, men innehåller rätt mycket text, och det är svårt att hitta i den. När det gäller ortopedi brukar jag gå till Praktisk Medicin. Läkemedelsbokens nätversion använder jag också. VISS är jag van vid, eftersom jag har jobbat i Stockholm. Sedan har vi lokala samverkansdokument i Västmanland där man kan hitta bra information om behandling och vilka sjukdomar som ska remitteras.

Hur väljer du IT-kunskapsstöd?

– Det beror på patientfallet. Vissa webbsajter är bra för vissa frågeställningar, men jag går nog mest på känslan.

Använder du Google på jobbet?

– Ibland. Men när det gäller diagnos och behandling måste man gå till källan.

Använder du läroböcker?

– Rätt sällan. Steinar Hunggårs bok Allmänmedicin läser jag ofta i, framför allt för att få ett övergripande allmänmedicinskt perspektiv.

Kirsten Nilsson

Pensionerad allmänläkare, som vikarierar på vårdcentralen i Staffanstorp.

Använder du dig av IT-stöd?

– Ja, jag använder mig av IT, men jag är inte uppvuxen i IT-åldern precis, så jag brukar ofta använda någon bok. Jag har en väska full med böcker på mottagningen. Jourläkarboken ligger där och den plockar jag ofta fram. Men visst, jag använder IT också ibland.

Vad är bra med böcker?

– Jag hittar snabbare och bättre i böckerna än på datorn.

Om jag till exempel ska reponera en pigluxation, så läser jag först på noggrant i min ortopedbok.

Använder du Google?

– Ja, men oftast för att uppdatera mig på anatomiska områden. Det finns jättebra tredimensionella bilder av kroppen på Google.

Vilka IT-stöd använder du?

Internetmedicin och Praktisk medicin. Läkemedelsboken är bra, för det är kollegor som skrivit anvisningarna. Om jag går efter bokens råd, så känner jag mig säker och man kan inte ifrågasätta min behandling.



Hind Al-Bayati
ST-läkare vid Herrgårdets vårdcentral i Västerås.

Använder du IT som kunskapsstöd på jobbet?

– Jag använder både böcker och IT.

Vilka böcker använder du?

– Praktisk Medicin rätt ofta. Den finns både som bok och på nätet.

Vilka IT-stöd använder du?

– Internetmedicin för det mesta. Jag har laddat ner Läkemedelsboken på min iPhone, så den har jag alltid tillgång till. Landstinget har flera PM och samverkansdokument som är användbara.

Använder du Google?

– Ja, men bara för att hitta samma information som patienten, t ex om någon ovanlig sjukdom eller någon uppmärksammat medicinsk nyhet i tidningen.

Intervjuare:

Gösta Eliasson
SFAM:s utbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



SFAM informerar

SFAM får ett IT-råd

Efter många års vila startar SFAM:s IT-råd i ny skepnad. Ordförande är Anne Björk, vid Svartbäckens vårdcentral i Uppsala. Hon är också ledamot av SLS:s IT-kommitté. Anne kan kontaktas på annebj@bredband.net.



Hej där, Heidi Stensmyren!

Under årets Almedalsvecka fick Läkarförbundets nyttillträdda ordförande Heidi Stensmyren rusa mellan olika scenframträdanden. AllmänMedicin fick en frågestund med henne där hon reflekterar över SFAM och fortbildningsprogrammet.

Vad är Läkarförbundets viktigaste fråga just nu?

– Det är hur vi ska kunna öka det professionella inflytandet, alltså professionens inflytande över hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvård bygger på yrkesansvar, legitimation och specialitetskompetens. Allt detta är ju reglerat, och den enskilda patienten ska inte själv behöva ta reda på om hälso- och sjukvården håller måttet.

Vad tänker du på när du hör ordet "SFAM"?

– Svensk förening för allmänmedicin naturligtvis, Läkarförbundets största specialitetsförening. Och jag tänker att det är en väldigt aktiv förening med uttalad attityd. Men framförallt tänker jag fortbildning. Det som kännetecknar en stark kår är engagemanget i den egna utbildningen. Och om man inte tänker att vi är

ett skrå, utan en kår, då handlar det om att ständigt titta till sin utbildning. Så det är naturligt att SFAM har ett engagemang i professions- och utbildningsfrågor.

"SFAM har flera program här i Almedalen. Det visar att ni rätar på ryggen och tar ansvar. Det är också tydligt att ni som grupp tar ansvar för den individuella fortbildningen."

Det låter som du är litet stolt över SFAM?

– Ja det är jag. SFAM har flera program här i Almedalen, det visar att ni rätar på ryggen och tar ansvar. Det är också tydligt att ni som grupp tar ansvar för den individuella fortbildningen. Som läkare har vi stort inflytande, och här i Almedalen finns politiker, tjänstemän, beslutsfatta-

re och många organisationer. Genom att läkare bjuder på sin kunskap är vi en del av samhällsbygget. Och allmänläkaren är ett välkänt begrepp i samhället. De flesta har ju en bild av allmänläkaren och det varumärket är väldigt, väldigt starkt.

Ändå tycks allmänläkare uppleva en viss underdog-mentalitet i förhållande till andra specialister?

– Men är det inte just det som gör att vi utvecklas, den där känslan av att vilja förändra den kontext vi befinner oss i? Skulle vi säga: "så bra vi har det" så skulle vi inte ha drivkraft att förändra. Det gäller att utvecklas eller avvecklas, och vi utvecklar ständigt vår roll. Vi kanske inte tycker att det händer så mycket, men när vi efter en tid blickar tillbaka så kommer vi att se att vi faktiskt har utvecklats, och att vi har påverkat.



Heidi Stensmyren

Foto: Gösta Eliasson

Heidi Stensmyren

Ålder: 41
Bor: I Stocksund, Stockholm
Familj: Man, två barn fyra och tio år samt tre vuxna bonusbarn
Gillar: Kan hänga i köket och dricka te med vänner och familj en hel dag.
Avskyr: Omotiverad väntan och dåligt flyt, blir då rastlös.
Älsklingsrätt: Fisksoppa

Välj ett av två ord!

Katt eller hund?:
 –Katt!
Känsla eller intellekt?:
 –Hm... känsla
Hök eller duva?:
 –Ha! hök!
Beslut eller dialog?:
 –Den var svår! Dialog kanske.
Privat eller offentlig?:
 –Hm... offentlig... skulle jag nog säga.



Vad tycker du om SFAM:s nya fortbildningsprogram?

– Jättespännande program, skulle jag säga! Jag tycker det är glädjande att se, och det kommer från hjärtat. Programmet är genomtänkt, det bottenar, det har både vetenskap och evidens att stå på och det finns goda exempel på att det fungerar på andra håll.

Är du positiv även till poängregistrering, som ju tidigare varit kontroversiellt?

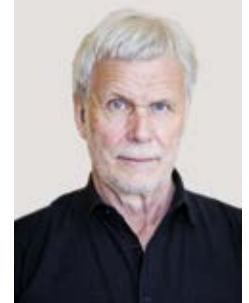
– När det gäller poäng förespråkar ni ju inte enbart CME-poäng, utan ett ”paket” som i sin helhet är bra. Och om ni som specialitetsförening hittar ett eget program, då äger ni frågan och det kan man bara bejaka. Inom Läkarförbundet finns över 50 olika specialiteter och var-

je förening är unik och formar sitt eget område. Som förbundsledning försöker vi hitta gemensamma nämnare, men vi ska inte toppstyra. Åt andra hållet är det annorlunda. När man lyfter frågor från gräsrotterna hittar man ofta gemensamma nämnare. Och då kan det bli förbundspolitik.

Vilken primärvårdsfråga är viktigast just nu?

– Det finns flera. Men framförallt gäller det läkarrollen, hur primärvårdsuppdraget ska se ut i framtiden. Det finns stora behov i befolkningen. Primärvården är underbemannad och underdimensionerad. Samtidigt vet vi att vi behöver bryta ut vårduppgifter från slutet till öppen vård. Och detta i kombination med att primärvården ska ta hand om fler kro-

niskt sjuka. Jag skulle nog säga att utformningen av primärvårdens framtida uppdrag är den största utmaningen.



Gösta Eliasson
SFAM:s utbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Annons



Svensk allmänmedicinsk kongress

Västerås 14-16 maj 2014



Kongresskungen Jonas Sjögren och kongressgeneralen Marie Sundt spanar in eldarna som yr!



Anders Fredén med allmänmedicinens nestor Mogens Hey.



Charlotte Tulinus workshop.



Robert Neighbour



Carl-Edvard Rudebeck



Charlotte Tulinus



Examinanderna firades med guldregn.



Underhållning på hög nivå!



Samtalen var många.

Alla foton på detta uppslag är tagna av Ingrid Eckerman.



Den nyss omvalda ordföranden Karin Träff Nordström tackar organisationskommittén med blommor.



SFAM Stor-Göteborg fick klockan och kunskapens träd inför den Nordiska kongressen 2015.



Diskussion under lunchen.



Glatt samtal med kongressroboten!



Ordförandeval: Jonas Sjögreen talar för sin sak.



Kön blev lång inför den slutna omröstningen.



Underhållning även på golvnivå!

Fler bilder finns på





Gynekologisk kvinnohälsa för alla

Kvinnors hälsa genom livet innefattar ett stort spann av tillstånd och berör alla inom hälso- och sjukvården som träffar kvinnor. Boken *"Om kvinnors hälsa"* är skriven som ett uppslagsverk för vårdpersonal men riktar sig även till kvinnor utan sjukvårdsanknytning som bara vill veta mer om en specifik medicinsk frågeställning.

"... ett snabbt sätt att bilda sig en uppfattning om olika tillstånd som berör gynekologisk kvinnohälsa"

"Om kvinnors hälsa" är uppdelad i flertal olika delar där de tre första delarna täcker stora områden som graviditet, förlossning, spädbarnstid, infertilitet, infektioner och andra gynekologiska problem. Övriga sektioner täcker bland annat gynekologisk cancer, smärta, sömnbrist samt sex och relationer. Boken avslutas med informativa kapitel om anatomi och fysiologi kompletterade med bilder, vilket är ett bra tillägg för de läsare som inte har en medicinsk bakgrund. Sist i boken finns även en preparatlista som förklarar förekommande läkemedel i texten och en ordlista som förtydligar ord och uttryck i boken.

Kapitlen gällande genitala infektioner är bokens höjdpunkt. Det är tydligt att detta är ett av författarens stora professionella intresseområden och tillika främsta vetenskapliga forsknings-

område. Delen börjar med att beskriva den normala mikrobiella floran i underlivet och täcker därefter områden som underlivsinfektioner, sexuellt överförbara bakteriella och virala infektioner samt urinvägsinfektioner. Hela delen avslutas med ett par sidor med informativa fotografier på hur olika beskrivna sjukdomstillstånd kan se ut.

Framställningen innehåller ett antal onödiga felaktigheter t.ex. kring definition av inflammatorisk tarmsjukdom (s. 74) och översättning av portvaktskörtel till engelska (s. 312) som drar ner kvalitén på den i övrigt gedigna framställningen. En referenslista hade också ökat arbetets vetenskapliga tyngd.

Det är svårt att skriva en bok som vänder sig både till professionen och till de som är noviser inom området, men författaren lyckas överlag väl med detta.

Sammanfattningsvis är *"Om kvinnors hälsa"* ett snabbt sätt att bilda sig en uppfattning om olika tillstånd som berör gynekologisk kvinnohälsa och kan användas som en utgångspunkt för vidare informationssökning för läkare verksamma inom andra områden än obstetrik och gynekologi och för läkare under utbildning.

Louise Moberg

Specialistläkare i obstetrik och gynekologi
Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus
louise.moberg@med.lu.se



AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!

Gör din beställning av extra nummer i god tid.

Hertting A, Kristensson M (red). *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård. Studentlitteratur 2012. 242 s. ISBN: 978-91-4407-045-2*



Ett viktigt inlägg i hälsodebatten

I min hand håller jag en bok om hälsofrämjande möten som förutsättningslöst ska läsas och recenseras.

Färgad av den rådande debatten kring hur vi inom sjukvården hjälper patienter på bästa sätt med att förändra sina levnadsvanor ser jag först inte ordet "möten" utan tänker på olika hälsofrämjande insatser. I mitt medvetande för mig ordet hälsofrämjande till screeningformulär, ersättningsmodeller för olika hälsofrämjande insatser i sjukvården, kostdebatter osv.

Redan i inledningen av boken blir jag positivt överraskad när jag ser att man börjar med att definiera hälsobegreppet som ju innefattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och då både de medicinska professionernas bedömning av hälsoläget och patientens upplevda hälsa. Det sistnämnda är något som tyvärr alltför ofta glöms bort.

Man fastslår också att en god hälsa i sig inte utgör målet med livet utan snarare är ett av många uttryck för ett gott liv och att vi från sjukvårdens sida måste underordna oss patientens perspektiv och utifrån detta försöka möjliggöra för människor att förbättra och öka den egna kontrollen över hälsan.

Denna bok är som en frisk fläkt i hälsodebatten eftersom det helt ägnas åt det goda, hälsofrämjande mötet med ett salutogent perspektiv med målet att stärka människors tilltro till sin egen förmåga och därigenom fungera hälsofrämjande.

Varje patientmöte är oerhört viktigt och vårt bemötande, förmåga att lyssna och engagera oss i det enskilda mötet kan vara avgörande både för behandlingsresultat, patientens hälsotillstånd och upplevda hälsa och patientens fortsatta förtroende för oss och det sjukvården står för. Alltmer forskning pekar på att vi tidigare underskattat effekterna av just själva mötet och bemötandet.

Del ett i boken, "Människan som integrerad helhet", är oerhört intressant och berör hur psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom, placeboeffektens grund och hur vi kan använda oss av denna för att bl.a. förstärka behandlingseffekter samt betydelsen av självskattad hälsa.

Del två, "Grunden till hälsofrämjande möten", belyser olika samtalsmetoder; "Empowerment som grund", "Reflekterande och stärkande samtal" samt kapitlet "Från vårdgivare till relationsbyggare – åter till Sokrates" som bland annat avhandlar begreppet personcentrering.

Del tre, "Hälsofrämjande möten i praktiken", utgör den större delen av boken och ägnas åt praktiska exempel på hälsofräm-

jande samtal inom barnhälsovård, sjukgymnastisk/fysioterapeutisk behandling, tandvården, intensivvården, Acceptance & Commitment Therapy, sjukskrivningsprocessen, psykiatrin, vid sjukdomsprevention, inom neurologisk sjukvård, i mötet med närstående, i äldrevården samt i livets slutskede.

Som helhet är boken välskriven och viktig i sin ansats att resonera kring och betona det hälsofrämjande mötet. Det står klart att vår förmåga att samtala med patienter inom sjukvården är något som vi kan och bör öva upp. Efter varje kapitel i boken anges som sig bör en referenslista, men de kapitel som har flera referenser angivna direkt i löpande text upplevs ändå som mest välskrivna och underbyggda rent vetenskapligt.

Diverse olika metoder och modeller för att föra goda hälsofrämjande samtal beskrivs och där har "Empowerment" tillägnats ett helt eget kapitel. Även motiverande samtal (MI) nämns och beskrivs delvis som metod men kunde gott och väl ha fått ge rubrik åt ett eget kapitel. Personcentrering/patientcentrering som metod beskrivs till stora delar i del två, men borde givetvis belysts i ett separat kapitel då det är så centralt inom sjukvården.

I den sista delen, del tre, ges många fina exempel på hälsofrämjande möten inom olika delar av sjukvården. Som allmänläkare saknar jag ett kapitel som helt handlar om allmänmedicinens hälsofrämjande möten. Så många delar av sjukvården är beskrivna, men varför inte just hälsofrämjande möten i primärvården som ju är en så central plats inom sjukvården?

Denna bok rekommenderas varmt till dem som jobbat länge inom sjukvården och vill ha ett nytt perspektiv på sitt jobb med nya redskap i mötet med patienter samt till studenter. Den lämpar sig också väl för nyutbildade läkare, ST-läkare, övrig sjukvårdspersonal, chefer, tjänstemän och beslutsfattare. Om fler kände till innehållet i denna bok skulle nog prioriteringarna förmodligen se annorlunda ut både på individnivå och organisatorisk nivå inom hälso- och sjukvården.



Maria Wolf

Klinisk adjunkt, projektledare CeFAM
Salems Vårdcentral
maria.wolf@sl.se



16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN

19th Nordic Congress of General Practice

Sustainable healthcare through General Practice
– meeting the demands of a changing world

KEYNOTE SPEAKERS

Prof. Gordon Guyatt, Prof. Linn Getz, Prof. Simon Griffin
Ass. Prof. John Brodersen, MD Margrét Ólafía Tómasdóttir

CALL FOR ABSTRACTS

Opens: 1 Sep 2014
Deadline: 18 Dec 2014

REGISTRATION OPENS 1 DECEMBER 2014

www.nordicgp2015.se



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN





Kultur-spalten

Loppis, lim och LP-skivor

I mitt arbete kan jag inte påstå att jag har en utpräglad strategi för hur jag får konsultationen att gå framåt. Jag missade chansen att lapa sol på Kalymnos och filma min förmåga.

Men jag vet mitt särintresse, som jag ofta kan snöa in på med patienter och få det där lilla extra i mötet som gör att samtalet inte bara handlar om sjukdomar och arbetsförmåga. För mig blir det oftast roligt att hamna i diskussioner kring musik, och då företrädesvis LP-skivor. Utöver jobbet, familjen och fotbollen läggs en stor del av min tid på att jaga skivor på loppmarknader och skivbörsar. Det kan låta asocialt med någon som hetsar iväg på lunchrasterna eller innan dagishämtningar för att snabbt bläddra igenom några backar vinyl, men det leder ofta till många roliga och intressanta möten, förutom alla underbara skivor jag hittar.

Det sista året har jag fört en lite mer ambulerande tillvaro som allmänläkare, med kortare vikariat och en del hyrjobb i landet. Det är mycket berikande att få delta i sjukvården utanför sitt vanliga landsting, men givetvis passar jag också på att dammsuga trakten på vinylskivor. Mest plockar jag upp soul, disco och brittisk folkrock även om lite tysk schlager slinker med ibland.

I Brunflo, Jämtland märkte jag skillnader mot att jobba i SLL. Efter att ha fyllt i en tjock bunt Waranordinationer undrade jag hur jag skulle kontaktregistrera ordinationerna. Det viftade man bara bort. De brydde sig inte om patientavgifter för det arbetet. Befriande långt borta från vårdvalets kapiteringshets. På den stora loppmarknaden på orten blev jag dock inläst när personalen plötsligt fick för sig att stänga tio i sex på fredagen och glömde bort specialisten i allmänmedicin som stod på knäna och frenetiskt bläddrade efter något fynd.



Bappi Lahiri, "the disco king of India".
Foto: http://en.wikipedia.org/wiki/Bappi_Lahiri

Globalmedicinplacering

För ett par år sedan gjorde jag Globalmedicinplaceringen i Trivandrum, vilket var mycket intressant och berikande. Men jag tyckte nästan att jag kom indierna närmast in på livet utanför sjukhuset, när jag hade åkt till Bombay för att dammsuga marknaderna på Indiska bollywooddisco-soundtracks. Jag fick kontakt med ett gäng antikhandlare som sedan skjutsade runt mig på sina vespor, till sina och andras lägenheter och olika lagerlokaler för att bläddra i ack så dammiga enorma skivsamlingar. Husguden heter f.ö. Bappi Lahiri, "the disco king of India", som har spelat in flera hundra, kanske tusentals Bollywoodsoundtracks. Det blev många vinylpaket som fick sys ihop av skräddaren utanför postkontoret och skickas hem till Sverige.

LP-skivor med knaster

LP-skivorna visade sig dock hemma tyvärr vara näst intill ospelbara. Det hade lagt sig ett fint lager av mycket knastrande grus i spåren, som inte gick att tvätta bort. Helt klart mycket frustrerande! Men då träffade jag en man (behöver jag säga att det var på loppis?) som berättade att man kan hålla trälim på skivorna och dra bort gruset med limmet när det torkat. Det fungerade utmärkt, och jag har nu kunnat rädda hela samlingen! Den som inte tror mig kan titta på instruktionsvideos på youtube och bli övertygad, t.ex. http://www.youtube.com/watch?v=_gyvipBs6Vs.



Till sist tre soullåtar att värma sig med i höstmörkret;

- Leon Ware
"Why I came to California"
- Roy Ayers
"Everybody loves the sunshine"
- Love Unlimited
"High stepping, hip-dressin'fella (you got it together!)"



Richard Seiberlich
Scania Hälsocenter, Södertälje
richardseiberlich@hotmail.com

Foto: www.lakarkarriar.se

Handledarpriset »Almen«

Uppsala läns ST-läkare i allmänmedicin delar varje år ut handledarpriset »Almen«. Årets pris gick till *Gudmundur Jörgensen*, distriktsläkare vid Gottsunda vårdcentral.

Motivering: Gudmundur har en bred och stor erfarenhet och är alltid öppen för att dela med sig och förmedla sina kunskaper till underläkarna. Han ger gärna ett internationellt perspektiv på allmänmedicin och öppnar upp för att söka kunskaper utanför svenska vårdprogram. Han har ett aldrig sinande tålamod för tusen frågor, ett intresse att resonera i kring problem och ger dessutom mycket bra handledning i praktiska moment.



Avgående styrelsemedlemmar

Avgående styrelsemedlemmarna *Anna Drake* och *Christina Westerdahl* avtackas av *Karin Träff Nordström*.

Omärkta foto tagna av *Ingrid Eckerman*



Årets kongressbiljett

Det var SFAM Östergötland som lyckades rekrytera flest nya medlemmar under 2013 och därför vann en fribiljett till kongressen. Efter lottdragning blev det *Ebba Curman*, Ekholmens vårdcentral i Linköping, som fick resa till Västerås. "Väldigt roligt att få komma på en så inspirerande och intressant kongress! Jag var glad innan och jätteglad efter!"

*Karin Lindhagen, Stina Schell och Roger Neighbour.*

Årets uppsats

SFAM:s kompetensvärderingsråd gav pris för årets uppsats till *Stina Schell*. Titeln på hennes litteraturstudie är "Stressintervention i primärvården – även vid somatisk sjukdom? Det vetenskapliga stödet för psykologisk stressintervention för patienter med diabetes typ 2."

Motivering: En väl genomförd litteraturstudie av klar allmänmedicinsk relevans. Författaren har tagit reda på vad som finns studerat om psykologiska behandlingsmetoder, särskilt stressintervention, för patienter med diabetes typ 2. Utifrån den kunskap hon införskaffat har hon också väl motiverade kritiska synpunkter på Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för diabetesvården. Det vittnar om en sund allmänmedicinsk skepsis och en vilja och förmåga att inte utan eftertanke godta myndigheters slutsatser.

*Hans Thulesius, Ewa Arvidsson och Jonas Sjögren*

Årets avhandling

SFAM:s forskningsråd har utsett *Ewa Arvidsson*'s avhandling om prioriteringar som bästa avhandling 2014. *Ewa Arvidsson* arbetar vid FOU-enheten Futurum i Jönköping. Hon är också knuten till SFAM:s kvalitet- och patientsäkerhetsråd (SFAM-Q) och Nationella primärvårdsregistret (NPR).

Motivering: Avhandlingen om prioriteringar och resursbrister belyser de problem som idag kanske är våra största i sjukvården, dvs. resursbrister där vi, av olika skäl, felprioriterar. Denna avhandlings ämne är aktuellt och författaren har kommit fram till resultaten med hjälp av såväl kvalitativa som kvantitativa data. Förutom de faktorer som vårdprioriteringar idag baseras på så tillför Eva tre ytterligare aspekter som bör beaktas när man ska prioritera i vården:

1. Patienternas egen syn på problemets betydelse och vad som ska prioriteras.
2. Tidsfaktorn i prioriteringar beaktas så att åtgärder värderas i ett kortsiktigt eller långsiktigt perspektiv.
3. Åtgärdernas evidensvärde i primärvård är också viktigt att ha med i beräkningen



Arvidsson E. *Priority Setting and Rationing in Primary Health Care* Linköpings universitet 2013. ISBN: 978-91-7519-756-2



AllmänMedicin gratulerar alla glada examinander!



Årets handledare

SFAM:s kompetensvärderingsråd utser årets handledare bland dem som ST-läkare nominerat. I år var de tre stycken som fick sina priser av *Birgit Breitholtz* och sina diplom av *Roger Neighbour*.



Katarina Fängström Wallin i mitten.

Katarina Fängström Wallin nominerades av Erika Kelso, Flogsta Vårdcentral, Uppsala.

Motivering: Katarina har varit ett bra stöd för sin ST-läkare som har känt att hon har vuxit in i sin yrkesroll och vågat lita på sitt eget omdöme. Katarina har alltid funnits till hands när det gäller frågor i den kliniska vardagen men också bevakat sin ST-läkares arbetsmiljö. Hon har varit en viktig förebild såväl när det gäller det medicinska kunnande, patientbemötande som i sin handledning.



Marie Wingren i mitten.

Marie Wingren nominerades av Fredrik Modig, Måsens Vårdcentral, Lund.

Motivering: Marie har haft en vakande och lagom pushande hand genom hela sin ST-läkares utbildning. Hon har belyst hans styrkor och utvecklingsbehov på ett positivt och konstruktivt sätt. Hon har visat hur högt ribban ska ligga för att göra ett bra arbete, dvs. good enough för att klara av ett tufft yrkesliv.

”Blir jag hälften så bra läkare och handledare som Marie varit för mig – blir jag mer än nöjd.”



Gerd Carlsson Ahlén i mitten.

Gerd Carlsson Ahlén nominerades av Anika Rusko Andersson, Floda Vårdcentral, Lerum

Motivering: Gerd har trots hög arbetsbelastning prioriterat handledningen. Den avsatta tiden har hållits. Hon har stimulerat sin ST-läkare med aktuella medicinska artiklar och PM. Visat vägen hur att utvecklas på en icke alltid fungerande arbetsplats. Stärkt sin ST-läkare som lärt sig att ta ansvar för rutiner och tidböcker.

”En period tyckte jag att Gerd var så noggrann att det blev jobbigt men idag uppskattar jag att jag fick den möjligheten att utvecklas och få konstruktiv feedback. Gerd är tveklöst en av Sveriges bästa handledare.”

Annons

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

Facklig sekreterare
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Olof Cronberg
olof.cronberg@sfam.se

Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Marit Lindberg
marit.lindberg@sfam.se

Knut Meidell
knut.meidell@sfam.se

SFAMs råd
Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Hans Brandström
h.brandstrom@telia.com

ST-rådet
Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Mette Barth
m.barth@halsomedicinskcenter.se

IT-rådet
Anne Björk
annebj@bredband.net

SFAMs nätverk
Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

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

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnås
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

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

NäSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Kontakt: Anna Nilsson
anna.an.nilsson@skane.se
Maria Lütkerman
marialutkerman@hotmail.com

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethage
jens.wiethage@lio.se

Internationella kontaktpersoner EGPRN
www.egprn.org
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

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

Equip
www.equip.ch
Eva Arvidsson
eva.arvidsson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS
www.nfgp.org
Monica Löfvander
monica.Lofvander@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement,
vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Göran Sohlgren
goran.sohlgren@iul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
www.sfamstockholm.se

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

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

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Olof Cronberg
olof.cronberg@abc.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Eva Zembron Björk
eva.zembron-bjork@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kv@telia.com
Anna Sternby
anna.sternby@yahoo.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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 (Print)

ISSN 2001-8169 (Online)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist

katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd

Annika Cederlund

annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

ÅkessonBerg, 2014

www.akessonberg.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se



Utgivningsplan för 2014

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	13.10	17.11	15.12	Allmänmedicinens historia Luftvägar, infektion

Utgivningsplan för 2015

1	12.1	15.2	16.3	Alternativ till piller och kniv Matsmältningssystemet och ohälsa
2	23.3	27.4	25.5	Allmänmedicin i Norden Genetik och ohälsa
3	10.8	14.9	12.10	Vårdprogram och kvalitet Blodet
4	12.10	16.11	14.12	Medicinskt oförklarade symtom Nervsystemet och hormonerna

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.

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

Eva Norell, utbildningschef

eva.norell@sfam.se,

Tel: 0708-52 39 56

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

Johanna Johansson

kurs- & konferenskansli, webmaster

johanna.johansson@sfam.se,

Tel: 08-23 24 01

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som elektroniskt på SFAM:s hemsida www.sfam.se.

Skribenter i AllmänMedicin är specialister i allmänmedicin om inte annat anges.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se och klicka på Ordbyte

 Kalendarium

2014

Oktober

EGPRN-meeting

23-26.10 Kreta

www.egprn.org

November

Allmänmedicinska levnadsvanedagar

5-6.11 Saltsjö-Boo

www.sfam.se

ASK-seminarium

5-6.11 Stjärnholms slott, Nyköping

www.sfam.se

SFAM:s kvalitetsdag

12.11 Stockholm, www.sfam.se

2015

Januari

Kurs i kompetensvärdering

12-14.1 Stjärnholms slott, Nyköping

www.sfam.se

SFAM:s ST-dagar

21-23.1

www.sfam.se

Mars

Seminarium för

Mitt-i-ST kompetensvärderare

23.3 Stockholm

www.sfam.se

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress

16-18.6 Göteborg

www.nordicgp2015.se

Oktober

Wonca Europe, 22-25.10 Istanbul

www.wonca2015.org

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:

Se www.sfam.se.

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:

www.scandinaviandelegation.dk

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

Kursdoktors utbud av kurser

är granskat och godkänt enligt

SFAMs kriterier och anvisningar

för en god fortbildning av/med/

för allmänläkare. Granskning

genomförs vår och höst.

Glöm inte sända in uppgifter i
god tid! Se utgivningsplanen.

chefredaktor@sfam.se
webmaster@sfam.se



Annons