

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 2 2017 ÅRGÅNG 38



Läkemedel

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Hög tid att införa generisk förskrivning**
Hanna Åsberg
- 2 **SFAM:s fullmäktigemöte 2017**
Ingrid Eckerman
- 3 **Det finns många sätt att få helhetssyn**
Ingrid Eckerman
- 5 **ULF-projektet 2016**
Maria Wolf
- 5 **Skåneupproret 2017: "Det hade vi ingen aning om"**
Ingrid Eckerman
- 6 **Ansökan om projektpengar från Socialstyrelsen 2017**
Hanna Åsberg
- 8 **Tack till Läkemedelsterapirådet SFAM.L**
Hanna Åsberg
- 8 **Åtgärdsprogram för nationell primärvårdsreform**
Hanna Åsberg
- 9 **Arbetsprocessen med sfam.se**
Hanna Åsberg
- 9 **Nya principer för fortbildning**
Gösta Eliasson
- 9 **SAFU: Ny arbetsgrupp för förstärkt allmänmedicinsk forskning**
Hanna Åsberg
- 10 **Mera pengar till primärvården i Stockholms läns landsting valåret 2018!**
Lars Bäcklund
- 13 **Patientcentrering – ett modebegrepp med många betydelser**
Jonas Sjögren
- 15 **Exit SFAM.L**
Jan Hökansson
- 17 **Det kunde gått riktigt illa!**
Sara Modig
- 19 **Varför vänta på en nationell läkemedelslista?**
Mikael Hoffman
- 21 **Min och allmänmedicinens relation till läkemedelsindustrin under 40 år**
Bengt Järhult
- 24 **Bengt Mattson – industrins samvete?**
Ingrid Eckerman
- 26 **Ska vi oro oss över de eventuella biverkningar vid långtidsanvändning av protonpumpshämmare?**
Mårten Segerkvist
- 28 **Alternativa läkemedel**
Motzi Eklöf
- 32 **Allmänläkaren möter patient med medicinskt oförklarade symtom**
Hamed Shayegh
- 34 **Hur gick det för patienten?**
Annika Andén
- 37 **Sjukvårdsrådgivning på telefon eller på internet?**
Kenneth Nolkranz och Bertil Marklund
- 40 **Idén "Mobilmedicin" – enklare kontakt mellan patient och vård**
Peter Wang och Lene Martin
- 42 **Medicinska åldersbedömningar av asylsökande**
Cecilia Spjuth
- 44 **Dålig arbetsmiljö orsakar dödsfall**
Gösta Eliasson
- 45 **Snart har alla vårdcentraler tillgång till PrimärvårdsKvalitet!**
Ulrika Elmroth och Stina Gäre Andersson
- 45 **Sköra äldre lyfts fram av Nationellt programråd primärvård**
Ulrika Elmroth och Sten Tyrberg
- 46 **Varför är vårdcentralen i Tidan så bra?**
Christer Petersson
- 48 **En svensk läkare söker sig till USA:s mest avlägsna hörn**
Hans Duvefelt
- 52 **Framtidens sjukvård enligt (s)**
Ingrid Eckerman
- 53 **Nya principer för fortbildning**
Gösta Eliasson
- 54 **Att vara Mitt-i-ST-värderare**
Karin Lindhagen, Cecilia Rydén, Gunilla Steninger, Lisa Månsson Rydén, Kirsten Nilsson och Meta Wiborgh
- 55 **Socialstyrelsens virtuella vårdcentral**
- 56 **Astrid Seeberger fängslande på KursDoktors allmänläkardagar**
Gösta Eliasson
- 57 **Dalarnas distriktsläkardagar drar folk**
Gösta Eliasson
- 58 **Risktänkande, tillit och existentiell realism**
Christer Petersson
- 59 **AllmänMedicin gratulerar**
- 60 **Bokrecension: Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse**
Christer Petersson
- 61 **Bokrecension: Hur kan vi införa ett mer holistiskt tänkande i naturvetenskapen?**
Kristian Holmberg
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt
■ Tema-artiklar ■ Utbildning & Fortbildning

Omslagsbild AllmänMedicin nr 2-2017



Läkemedel, allt fler och mer avancerade, hjälper många att må bättre, bli friskare och leva längre.

Men det finns också en baksida med biverkningar, polyfarmaci, missbruk, tveksamma indikationer och skenande kostnader. Det är tanken bakom denna omslagsbild.

Katarina Lilieqvist, illustratör

Hög tid att införa generisk förskrivning

Styrelsen har svarat på remissen "Insatser för att förbättra patientsäkerheten vid generiskt utbyte" från Läkemedelsverket. I remissen föreslås olika åtgärder för att öka informationen till patienter om generiskt utbyte vid apoteken. Informationsinsatser ska enligt förslaget ske både via apoteken och via vårdcentralerna.

I grunden anser vi att utredningen är en halvmesyra, eftersom det är generisk förskrivning som borde införas, något som de flesta förskrivarorganisationer och flera myndigheter förordar i en tidigare utredning. Men Läkemedelsverket motsätter sig generisk förskrivning med dåliga argument.

Sverige har stora problem med patientsäkerheten i läkemedelslistor. Problemet är särskilt omfattande hos äldre med polyfarmaci, samt andra patienter med kroniska sjukdomar eller nedsatt autonomi. Det jag själv ser mest i min kliniska vardag är äldre patienter som råkar ta dubbelt av kalciumantagonist eller betablockad. Patienterna missförstår listan från apoteket, som är en förteckning över receptuttagen som finns kvar att hämta ut och inte en lista över de aktuella ordinationerna. Styrelsen tror inte att de förslag till ökad information om generiskt utbyte som nämns i remissen är tillräckliga för att överbrygga de här svårigheterna för patienterna.

I vårdövergångarna mellan primärvård, slutenvård, kommunal hemsjukvård och särskilda boenden är problemet med fel i läkemedelslistor omfattande. För en nyinflyttad patient på särskilt boende tar det ofta 30 minuter för mig att reda ut oklarheter i läkemedelslistan och lägga upp de aktuella ordinationerna i Pascal, detta trots att jag har inloggning till sjukhusjournalen och kan läsa den direkt. Att införa en nationell läkemedelslista skulle öka patientsäkerheten betydligt och effektivisera vårt arbete.

Läkemedlets generiska namn, fabrikat och dosering bör skrivas på ett standardiserat sätt på förpackningen. Här kan man hämta inspiration från andra länder med generisk förskrivning på hur förpackningarna bör utformas.

En generisk förskrivning kommer att sätta ytterligare press på läkemedelsbolagen att sänka priserna. Det mentala steget till utbyte för patienten blir lättare när alla läkemedel börjar med samma namn, alltså det generiska namnet istället för ett varumärkesnamn. De antiepileptiska läkemedlen bör det också vara generisk förskrivning på, fast kryssfunktionen bör antagligen vara tvärtom så att frånvaro av kryss innebär att det inte får bytas ut. Aktivt ställningstagande från läkaren med ett kryss innebär att det får bytas ut. Här bör våra neurologkolleger få lämna synpunkter till Läkemedelsverket om saken. För primärvårdens patienter som står på antiepileptiska läkemedel mot neuropatisk smärta finns sällan skäl till att inte byta ut mot billigare generika.

Antikonceptionella medel bör kunna prispessas. Tydligast är det för kombinerade p-piller där läkemedelsbolagen mycket starkt har befäst varumärkesnamnet både hos patienter och förskrivare. Flera läkemedelsbolag väljer att inte ansöka om förmån på sitt p-piller. Detta är ett indirekt sätt för läkemedelsbolagen att tjäna mer pengar, och för patienten blir det dyrt eftersom apoteket då inte kan föreslå ett utbyte. Idag finns det inget östrogenprofilerat kombinerat p-piller som ingår i förmånen, trots att det används på medicinsk indikation såsom PCOS eller akne. Det kan tyckas orättvist mot den patientgruppen.

Inhalationsläkemedel bör det gå att få ner kostnaderna på också om de får samma generiska namn, även om inhalatorerna är olika och inte bör bytas ut automatiskt. Styrelsen tror att varumärkesnamnen befäster extra både hos patienter och förskrivare så att det ibland är svårt att aktivt gå över från en inhalator till en annan, trots att läkemedlet är detsamma och den nyare varianten av inhalator i regel är minst lika bra som den gamla.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



SFAM:s fullmäktigemöte 2017

Årets fullmäktige förflöt planenligt. Verksamhetsberättelse och ekonomisk berättelse godkändes utan ifrågasättande. Däremot blev det en del diskussion och förslag kring verksamhetsplanen.

Ett konsultationsnätverk har bildats. Kontaktperson är Conny Svensson connysvensson44@gmail.com.

Seniorerna Eva Arvidsson och Malin André avgick ur styrelsen. Nya ledamöter är:

Åke Åkesson, tidigare infektionsläkare och chef på Karolinska och Kalmar lasarett, numera allmänläkare och verksamhetschef på Borgholms – Lötörps hälsocentraler, Öland.

Peter Berggren, allmänläkare, född och verksam i Storuman. Startat Glesbygdsmedicinskt centrum med världsomspännande kontakter inom glesbygdsmedicin (se AllmänMedicin 2016;4:20-21 och 2017;1:22-25).

Ingrid Eckerman, Chefredaktör



DLF:s ordförande Marina Tuutma och SFAM:s ordförande Hanna Åsberg.

PRESTOPP!

Det finns många sätt att få helhetssyn

Strävan efter helhetssyn när man träffar sina patienter är inte nytt. Redan ayurvedisk medicin för tusentals år sedan konstruerade system för att finna ut vem patienten är. Den homeopatiska medicinen, som hämtat inspiration från tidigare läror, är ungefär lika gammal som fenomenologin, cirka 200 år. Antroposofisk medicin har ca 100 år på nacken.

Jag tror att varje läkare måste finna sin metod. Man kan ha hjälp av olika teorier och andra människors upplevelser och tankesätt. God konsultationsteknik, där lyssnandet tar stor plats, är en förutsättning. Vi blir olika bra på helhetssyn, men det är viktigt att utvecklas hela tiden. Det kan krävas en god portion mod att våga lyssna, att kanske se sig själv på videofilm.

"Homeopatens läkemedelslista" är inte min. Jag skrev av listan – kanske från ordbyte. Det var en verklig patient som fått detta förskrivet.

Fotografierna är nytagna från Bhopal i Indien. Saida är mycket stolt, hon har vuxenutbildat sig till homeopatisk läkare. Hennes mogna människokänedom hjälper henne säkert.

Suicidprevention på facebook

Arbetet med denna tidning blev hoptryckt till veckan före sättarens manusstopp. Läkare för Miljön har fått stryka på foten. I stället har jag setat med Facebook och My-Newsdesk. I min grupp som aktivt driver



Dr Saida, homeopat.

motstånd mot utvisningarna av ungdomar med afghansk bakgrund ingår bland annat Meta Wiborgh och Bertil Hagström.

Till uppropet "Stoppa utvisningarna av afghanska ungdomar!" hör en hemsida som ska uppdateras och inte minst en grupp på Facebook. Den växer med hög hastighet och har i skrivande stund (20 april) 8 500 medlemmar. Här finns både svenskar och tusentals afghaner.

Nästan varje dag kommer det inlägg "jag står inte ut längre" eller "jag vill inte leva längre". När ett självmord skett (det sprids blixtnabbt via sociala media) eller tvångsdeportering ägt rum ökar det till flera inlägg om dagen. Oavsett tid på dygnet är det alltid några som fångar upp budskapet och reagerar med chat eller telefonkontakt. Vid ett tillfälle kontaktades polisen.

Sedan i höstas har minst sex asylsökande ensamkommande ungdomar begått självmord. Antalet självmordshandlingar



Dr Saida's medicinförråd.

och självskadehandlingar räknas i hundratal. Hur många som blivit drogmissbrukare och/eller lever på gatan vet vi inte.

Två ungdomar med uppgivenhetssyndrom har identifierats. Gemensamt är att de hittat en vuxen att knyta an till, som ett sista hopp. Den ena vårdas och sondmatas i hemmet. Den andra går i och ur det dvalliknande tillståndet, och är med hjälp av läkemedel på benen. Den enda botande behandling som finns är bestående trygghet, dvs. permanent uppehållstillstånd. Ett läkarintyg med prognos är nödvändigt. Här stöttar jag den ena "föräldern".

Till Socialdemokraternas partikongress kom aktivister och ungdomar. "Amnes-ti nu" var budskapet. När det stod klart att utvisningspolitiken fortsätter var det mer än en som bröt ihop. Om politiken kvarstår kommer majoriteten av dem som kom som ensamkommande barn under 2015 att utvisas.

Vi har framför oss ytterligare ett folkhälsoproblem. Tiotusentals människor har engagerat sig i mottagandet av barnen. Många har tagit dem till sig som sina egna barn och kämpar för dem med näbbar och klor. Att uppleva hur ungdomarna först bryts ner och sedan skickas iväg är oerhört slitsamt. Många av dessa skulle behöva stöd eller samtalsgrupper.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se

"Homeopatens medicinlista"

Amylas 312000 USP-enheter	Glutaminsyra 30 mg	Lipas 49920 USP-enheter
B1 4,5 mg	Glycin 30 mg	Magnesium 440 mg
B2 8,8 mg	Kalcium 1450 mg	Malinsyra 20 mg
B3 6 mg	Kolin 300 mg	Mangan 3 mg
B5 40 mg	Koppar 12 mg	Pantotensyra 40 mg
B6 310 mg	Krom 1200 mg	Proteas 312000 USP-enheter
B12 36 mg	L-arginin 60 mg	Pyridoxal-5-fosfat 3 mg
Co-enzym Q10 4 mg	L-cystein 18 mg	Selen 100 mg
D-vitamin 4 mg	L-glutation 20 mg	Superoxid dismutas 8 mg
D3 8 mg	L-histidin 20 mg	Tymuspulver 400 mg
E-vitamin 400 mg	L-leucin 20 mg	
Fosfor 228 mg	L-lysin 40 mg	
Fruktooligosackarider 100 mg	L-taurin 20 mg	

Homeopatens medicinlista.



SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Foto: Jonas Kullman

ST-dagar. Tema **hållbarhet**

Välkomna till ST-dagar i allmänmedicin i Åre
13-15 september 2017.

För mer information och anmälan
www.st-dagarna.se



ULF-projektet 2016

ULF står för "utveckling av lokal fortbildning". Med de medel SFAM fått beviljat från kronikersatsningen 2016 har flera delprojekt genomförts.

I Stockholms län erbjuder SFAM, via fortbildningssamordnarna, uppstartsmöten på vårdcentralerna för att starta lokala fortbildningsgrupper enligt strukturerad FQ-gruppsmodell. När PrimärvårdsKvalitet är tillgängligt kan kvalitetsdata integreras i FQ-gruppsarbetet. Projektet är pågående och intresset har hittills varit stort.

I Region Gävleborg har alla ST-läkare erbjudits att starta FQ-grupper som de ska kunna fortsätta med även som färdiga specialister. Resultatet är gott och de flesta ST-läkare ingår nu i en FQ-grupp. Utmaningar är bl.a. att ST-läkare byter vårdcentraler och att det ibland är stora geografiska avstånd.

På Gotland har man skapat fokusveckor på vårdcentralerna. Man började med diabetesfokusveckor som ett pilotprojekt. Resultatet var gott och läkargruppen är överens om att deras samlade kompetens inom diabetes höjts. Kommande områden är astma/KOL, hjärtsvikt och multisjuka äldre. Målsättningen är att skapa fyra återkommande fokusperioder per år och då involvera alla vårdcentraler och all berörd personal.

Fortbildningssamordnarnas situation och behov av stöd från SFAM har kartlagts genom en enkät (se AllmänMedicin 2017;1:55-56). Det man önskar få hjälp med från SFAM är stöd i form av studiematerial, webbaserad fortbildning och allmänmedicinska typfall.

Nya SWAMP:ar (SFAM:s Webbfortbildning i AllmänMedicin med Patientfall) tas kontinuerligt fram med beaktande av PrimärvårdsKvalitet. Tretton nya studiematerial ligger i pipeline för publicering på hemsidan. De nya SWAMP:arna testas i FQ-grupper innan de publiceras. Utvärderingar visar att studiematerialet är uppskattade av deltagarna i FQ-grupper. Arbetet är pågående.

CPD-poängssystemet har utvärderats i en referensgrupp under hösten samt vid SFAM:s idéseminarium. Viss teknisk webbutveckling har gjorts och är pågående för att förbättra fortbildningsdelen på hemsidan.

"MFS för läkare" har tagits fram via ett forskningsprojekt vid Akademiskt primärvårdscentrum i Huddinge (se AllmänMedicin 2016;3:27-29). Det bygger på att ST-läkare och färdiga specialister får feedback från patienter och medarbetare. Fram till den 21 december hade 55 läkare anmält sig till testversionen för läkare och samlat svar från 332 medarbetare och 423 patienter. Konfidentiella svarsrapporter har sedan skickats ut till flera läkare. I samarbete med studierektorer i SLL pågår ett arbete med en tolkningsmanual.

Utvärdering av en enkel och resursbesparande modell för fortbildning i patient/personcentrerad konsultation pågår. Kollegor som gått konsultationskurs får fylla i en reflektionsmall och sedan spela upp konsultationens inledning och avslutning per telefon. Specialutbildad handledare ger återföring med möjlighet att diskutera alternativa strategier. Synpunkter och utbyte utvärderas i enkät och med telefonintervju.

Ett progresstest för återkommande utvärdering av kunskapsnivån hos ST-läkare i allmänmedicin har börjat tas fram. Syftet är att utarbeta en struktur för återkommande teoretisk utvärdering av kunskaper i allmänmedicin enligt progresstestmetoden. En betaversion har tagits fram. 60 pilottestfrågor har producerats. En testgrupp har identifierats och en styrgrupp etablerats. Fastställande av utvärderingspunkter har genomförts liksom planering och projektledning. Arbetet drivs i samarbete med Medibas.

Maria Wolf
Styrelseledamot, SFAM
maria.wolf@sfam.se



Skåneupproret 2017: "Det hade vi ingen ananring om"

PRESSTOPP!

Under åren har ett antal upprop från allmänläkare ägt rum. I Skåne har man haft en bra dialog med politikerna. För ett år sedan skickades ett brev, och politikerna lyssnade. Men ingenting hände.

Fredrik Modig och Per Jonsson, studierektorer i Lund, tog initiativ till skrivelsen. På fem dagar fick man ihop 573 underskrifter.

Problemen är de vanliga: underfinansiering, ett dysfunktionellt journalsystem, en dysfunktionell förvaltningsorganisation, dålig arbetsmiljö, för lite fortbildning, för få läkare. På kongressen i Karlstad intervjuar jag några skånska kollegor.



Anna Larsson och Moa Wolff.

Moa Wolff, Löddeköpinge: Det är fantastiskt bra att några kollegor orkat ta sig tid och engagemang. De har, utan att vara gnälliga, satt fingret på problemet. Jag är tacksam att vi inbjöds att vara med. Ja, jag tror att det leder till något.

Anna Larsson, Löddeköpinge: Upproret var välbehövligt. Jag hoppas av hela mitt hjärta att det händer något nu. Annars flyr allmänläkarna primärvården. Politikerna måste se till att primärvården finansieras. 537 namn på fem dagar säger hur mycket engagemang det finns.

Gunnar Sandström, Tomelilla: Politikerna verkar inte ha förstått hur läget är. Skrivelsen kom lägligt efter Kalibers granskning av sjukskrivna läkare. Regionrådet Anders Åkesson (mp) påminde mig om Hasse och Tage: "Vi visste att det var ansträngt men inte att det var så här besvärligt."

Ingrid Eckerman, Chefredaktör, chefredaktor@sfam.se

Ansökan om projektpengar från Socialstyrelsen 2017

2017 är sista året då Socialstyrelsen kan tilldela ekonomiska medel för förbättrad vård för patienter med kroniska sjukdomar. Styrelsen har skickat in två ansökningar. I skrivande stund har vi inte fått besked om ansökningarna har beviljats.

Den första ansökan avser åtta delprojekt. Fem av delprojekten är fortsättningsprojekt från 2016, tre delprojekt är nya. Flera av delprojekten drivs av personer utanför styrelsen. Total summa ansökta medel i denna ansökan är drygt 4 miljoner kronor. Den andra ansökan är ett samarbete med andra professionsföreningar och ansökta medel är knappt 1,5 miljon kronor.

Ansökan 1. Delprojekt 1-8.

1. **Fokusveckor i primärvård på Gotland.** Se sid 5.
2. **Start av konsultationsnätverk.** Workshop för nätverket för att samla material för konsultationsteori samt anpassa materialet för att lägga upp på webb.
3. **MSF för läkare.** Se sid 5.
4. **Progresstest fas II.** Se sid 5.
5. **Utveckling av fortbildningssida, utbildningskatalog och webbplattform.** En fortsättning, vidareutveckling och eventuellt ytterligare omarbeting av hemsidan och tillhörande kurskatalog. Inkluderar översyn av hur kurskatalogen ska administreras och vem i SFAM som ska ansvara för det arbetet.
6. **Stödja primärvårdens medarbetare med lokala tillägg och anpassningar av Nationellt Kunskapsstöd.** Det Nationella Kunskapsstödet lanseras under 2017. Allmänläkare lokalt kommer att skriva och granska innehållet. Lokala workshops planeras för att stödja allmänläkarna, med syfte att kunskapsstödet ska hålla hög kvalitet och vara evidensbaserat.
7. **Inspelning och dokumentation av fortbildningsaktiviteter.** Drivs av ST-rådet. Podcast planeras spelas in från

bl.a. Kvalitetsdagen och ST-dagarna och sedan spridas inom SFAM.

8. **Utveckling av lokal fortbildning (ULF).** Se sid 5. Fortsättningsprojekt från 2016 för att stödja befintliga FQ-grupper samt starta nya FQ-grupper.

Ansökan 2. Kunskapsbasera primärvårdens omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom genom utveckling av PrimärvårdsKvalitet

Detta är en gemensam ansökan med Distriktsköterskeföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Fysioterapeuterna och Sveriges arbetsterapeuter. Arbetet drivs idag från SKL och introduceras under 2017 i primärvården, men kräver professionernas stöd för utveckling och genomförande.

Jämförelse av patientdata från den egna verksamheten med uppgifter från region/nationell nivå tillsammans med aktuella evidensbaserade kunskapsunderlag ger möjlighet att identifiera förbättringsmöjligheter i verksamheten, så att vården av patienterna med kronisk sjukdom i primärvården blir mer kunskapsbaserad. Samtidigt ger PrimärvårdsKvalitet möjlighet att på den egna enheten identifiera enskilda patienter med avvikande värden. Det möjliggör en bedömning om avvikelser från målvärde är en anpassning till patientens unika förutsättningar, d.v.s. en personcentrering av vården.

Projektet syftar till att revidera indikatorer, utveckla nya indikatorer, stimulera professionernas användning av indikatorer samt ta fram förslag på hur PrimärvårdsKvalitets indikatorer ska visas på den nationella visningsytan, Vården i siffror.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



Allmänläkare leder Flippen

Susanne Ljungkvist, ST-läkare på Axelsbergs VC i Stockholm och medlem i SFAM:s ST-råd, är sedan i mars 2017 anställd på SKL som projektledare för "Flippen", ett projekt som stödjer utveckling av nya arbetssätt i primärvården.

Rättelser

I AllmänMedicin 1-2017 släpptes två fel igenom.

Omslaget, med alla vägvisningsskyltarna, är från Jokkmokk, där fotografen Lina Forssell randade sig.

Den tredje undertecknaren på sid 60, minnesord över Staffan Lindeberg, är Peter M Nilsson.

Grattis SFAM Halland!

Jonas Jönsson fick delta utan avgift vid Svensk allmänmedicinsk kongress i Karlstad.

Vid fullmäktigemötet 2013 antogs motionen om uppmuntran av medlemsrekrytering via en tävling mellan lokalföreningarna. Denna tävling har fortsatt. Störst procentuell medlemsökning under 2016 hade SFAM Halland med en netto-ökning på 25 %!



Allmänmedicin



Längtar du också efter nästa SFAM-kongress? Håll ut!

I Östergötland jobbar vi med 2018 års kongress, inspirerade av fina dagar i Karlstad. Kongressen kommer att äga rum på Louis de Geer mitt i det vackra industrilandskapet i Norrköping. Två spännande huvudföreläsare är redan bokade.

Vi hoppas på många intressanta förslag till programmet via abstractsystemet som nu är öppet. Välkommen att anmäla din idé till programpunkt redan nu! Läs mer på hemsidan som nås via sfam.se.

Abstraktsystemet öppet för ditt bidrag, 1/5 - 30/9.

Väl mött i Norrköping **18-20 april 2018!**

SFAM

Tack till Läkemedelsterapirådet SFAM.L

Under de drygt 20 år som har gått har Läkemedelsterapirådet SFAM.L fyllt en viktig funktion för läkemedelsfrågorna, vilket beskrivs i artikeln av Jan Håkansson (sid 15). Efter dialog mellan SFAM.L och styrelsen har styrelsen beslutat att avveckla rådet. Avvecklingen beror delvis på att det har varit svårt att fylla på med yngre kolleger i rådet, men också att läkemedelsfrågorna bedrivs på ett annat sätt idag, till exempel genom läkemedelskommittéerna.

Läkemedelsfrågorna kommer fortsatt att vara mycket viktiga för oss som allmänmedicinsk profession. Som allmänläkare förskriver vi stora mängder läkemedel till våra patienter och vår professionella insyn måste alltid avspeglas i att förbättra systemen för läkemedelshanteringen i sjukvården. Styrelsen kommer att fortsatt verka för att SFAM är en aktiv part i läke-

medelsfrågor på andra sätt när rådet inte finns kvar, till exempel som remissinstans gentemot myndigheter.

Vi vill å SFAM:s vägnar rikta ett stort tack till medlemmarna i SFAM.L som har genomfört ett mycket betydelsefullt arbete – ett arbete som bidragit till ökad patientsäkerhet och kostnadseffektivitet i läkemedelsförskrivningen i Sverige.

För SFAM:s styrelse
Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



Åtgärdsprogram för nationell primärvårdsreform

SFAM och Distriktsläkarföreningen DLF har haft ett gott samarbete sedan förra året. SFAM har just nu flera gemensamma frågor för primärvård som ligger i linje med den politik som DLF och Läkarförbundet driver. I januari träffades styrelserna för SFAM och DLF på ett två dagars internat i Stockholm. Fokus var att utgå från utredningen Effektiv vård och ta fram konkreta förslag för hur primärvården kan förstärkas. Arbetet har utmynnat i ett åtgärdsprogram där vi bland annat föreslår förändringar i HSL och Patientlagen för att stärka primärvården som bas och att stärka patientens rätt att välja en fast läkarkontakt.

Åtgärdsprogrammet presenterades vid DLF:s fullmäktige i Stockholm den 7 april. DLF:s avgående ordförande Ove Andersson och SFAM:s ordförande Hanna Åsberg redogjorde muntligt för åtgärdsprogrammet för auditoriet och det tryckta programmet delades ut på plats. Folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister Gabriel Wikström (s) och den nya nationella utredaren Anna Nergårdh närvarade och deltog i debatten. Åtgärdsprogrammet presenterades också av Hanna Åsberg

och DLF:s nyvalda ordförande Marina Tuutma vid SFAM:s kongress i Karlstad den 26-28 april. En paneldebatt i ett seminarium i Almedalen arrangerat av DLF med stöd av SFAM kommer också att ta upp förslagen till nationell primärvårdsreform.

Under Almedalsveckan kommer både SFAM, DLF, Läkarförbundet och Läkaresällskapet att hålla seminarier med olika vinklar på hur primärvården kan förstärkas, dels vad gäller ekonomiska resurser men också kompetensförsörjning, kvalitetsfrågor och allmänmedicinsk forskning.

Åtgärdsprogrammet finns att läsa via DLF:s hemsida: <https://www.slf.se/upload/Yrkes%C3%B6reningar/DLF/Politiskt%20%C3%A5tg%C3%A4rdsprogram%20DLF-SFAM.pdf>

För SFAM:s styrelse
Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se

Annons

Arbetsprocessen med sfam.se

Hösten 2016 påbörjade styrelsen en tydlig projektledning för arbetet med att utveckla och förbättra sfam.se. Delar av styrelsen och kansliet, samt Karin Lindhagen och Ingrid Eckerman som jobbar mycket med "baksidan" av hemsidan, att lägga upp material på sidan, hade ett möte med IT-firman under hösten för att planera det fortsatta utvecklingsarbetet med hemsidan. Styrelsen bildade därefter en webbgrupp bestående av några personer ur styrelsen. Vice ordförande Ulrika Elmroth har varit kontaktperson mot IT-firman. De viktigaste delarna i utvecklingsarbetet har varit att förbättra strukturen och navigationen på startsidan, bygga en förbättrad sökfunktion, samt att utveckla den IT-tekniska mallen för SWAMParna (vidareutveckling av de gamla studiebreven). Fortbildningssidan behöver också omarbetas och förbättras och styrelsen har fått in synpunkter framförallt från Fortbildningsrådet på detta. På grund av prioriteringar både tidsmässigt och budgetmässigt har webbgruppen tyvärr fått prioritera ned förbättringarna av fortbildningssidan under 2016.

Trots det omfattande arbete som webbgruppen har lagt ner så har arbetsprocessen med IT-firman försenats. Styrelsen har haft synpunkter på det arbete som har gjorts, där vi anser att företaget inte har slutfört hela arbetet så som vi hade beställt det. I skrivande stund befinner sig styrelsen i ett förhandlingsläge med IT-firman om hur arbetet ska fortskrida och till vilken kostnad.

Styrelsen har haft höga förhoppningar om att kunna leverera en klart förbättrad hemsida under verksamhetsåret 2016 och vi beklagar att vi inte har lyckats med detta. Vid fullmäktige i Karlstad den 26 april redogjorde styrelsen muntligt för hur arbetsprocessen med sfam.se fortskrider. Den nya styrelsen som väljs i Karlstad kommer att få fortsätta arbetet med att bygga en välfungerande hemsida inklusive fortbildningssida och kurskatalog.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se

Nya principer för fortbildning

Isamband med SFAM:s fullmäktigemöte i april presenterades ett antal principer för allmänmedicinsk fortbildning. De riktar sig till specialister i allmänmedicin, fortbildningssamordnare, vårdcentralschefer och sjukvårdspolitiker och finns att läsa på sidan 53 i detta nummer.

Riktlinjerna utgår från WONCA och World Federation of

Medical Education (WFME). Bland annat ställs krav på kompetensvärdering, reflektion och fortbildningsplanering och att fortbildning ska ses som en integrerad del i sjukvårdande verksamheter och avspeglas i budget och schemaläggning.

Gösta Eliasson, facklig sekreterare
gosta.eliasson@sfam.se

SAFU: Ny arbetsgrupp för förstärkt allmänmedicinsk forskning

Efter inbjudan under slutet av 2016 från DLF har SFAM-styrelsen deltagit med representanter i en ny arbetsgrupp, där också representanter från de allmänmedicinska institutionerna finns. Syftet med arbetsgruppen är att stärka allmänmedicinsk forskning och primärvårdsforskning i Sverige. Enligt inriktningsbeslut vid arbetsgruppens start kan arbetet pågå till och med 2018. Arbetsgruppen har nyligen döpts till SAFU, Samverkan för Allmänmedicinsk Forskning och Utveckling.

Arbetsgruppen ska göra en nulägesbeskrivning samt utarbeta ett handlingsprogram för hur den svenska allmänmedicinska forskningen och utvecklingen kan utvecklas. Den ska samordna de allmänmedicinska institutionernas insatser på området. En viktig fråga för arbetsgruppen är hur landstingen uppfattar och tar sitt ansvar för forskning och utveckling, särskilt i primärvård.

Ett problem idag är att allmänmedicinsk forskning är underfinansierad. Endast en procent (!) av professorer i medicin är inom allmänmedicin. Dessutom är en stor del av medicinsk forskning inriktad kring specifika diagnoser, vilket ofta inte passar ett primärvårdsklientel av patienter som kan uppvisa en brokig symtombild eller vara mångsökare av sjukvård. Patienter i primärvård bör i mycket högre utsträckning beforskas utifrån ett bredare perspektiv än vad som sker idag. Forskningen bör i högre utsträckning ske i samverkan mellan olika vårdprofessioner, eftersom medicinskt omhändertagande i primärvård av patienter ofta är multiprofessionellt. Av den anledningen behöver vi därför prata om primärvårdsforskning och inte enbart allmänmedicinsk forskning.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se

Mera pengar till primärvården i Stockholms läns landsting valåret 2018!

Dåliga förslag från konsulter och lobbyister har raskt anammats av förvaltningen i Stockholms läns landsting (SLL). Tillräckligt mycket pengar till primärvården har aldrig beslutats. Allt värre blir det på grund av befolkningsökning, ökande krav och behov. Skutan behöver sedan länge vändas. Något historiskt har skett i slutet av februari i år. För första gången har nu både minoritetsstyret och oppositionen i SLL uttalat sig för ökade resurser till primärvården!

I mer än 35 år har allmänmedicinen i länet drabbats av återkommande omorganisationer och besparingar som äventyrat kontinuitet och medicinsk kvalitet. Många åtgärder från förvaltningen har varit till skada för patienterna, för läkarnas arbetsmiljö och för personalens ork till utvecklingsarbete. Kan utvecklingen nu vändas till det bättre?

Nytt utspel förvånade positivt

I februari 2017 besökte Alliansens fyra nuvarande gruppleadare en vårdcentral! Nu ville Alliansen möta vårdkrisen i landstinget SLL, som särskilt drabbar äldre, multisjuka och kroniker, genom flytt av pengar från akutsjukvården till primärvården (SvD 27/2).

En namngiven fast läkarkontakt för alla utlovades! Kontinuitet! 1/1500! Bort med onödig administration och alla regler som stjälar tid från patienterna! Ökade forskningsmöjligheter för vårdcentralerna! Sådana politiska uttalanden har vi inte hört sedan storlandstinget (SLL) tillkom 1971. Vad hade hänt?

Politisk övertro på NPM och "närakuter"

Alla partier stod från början av 1990-talet bakom detaljstyrning och New Public Management (NPM). Miljardbelopp har gått till externa administrativa konsulter. Vårdbolagen växte och blev mer byråkratiska. Läkares inflytande på vårdens utveckling minskade för varje år. Verbala politiska satsningar stannade vid ord.

Från 2002 drev S och M "ökad tillgänglighet" med sikte på viktiga väljargrupper, särskilt medelålders medelklass. Alliansen satsar nu på tio "närakuter" i landstingsregi i ännu inte färdiga lokaler, alla dagöppna, och till dessa skall hastigt rekryteras 150 specialister i allmänmedicin (hur?).

Fördummande ersättningssystem, dålig planering

Återkommande förändringar av system för ekonomisk ersättning ledde till fördumning. Läkarmöten ägnades intäktsoptimering och patientsäkerhetshotande besparingar. Sjukhusen övervältrade patienter och ansvar på en sviktande primärvård. Befolkningen ökade med 30 000–40 000 personer per år, men primärvårdsbudgeten förstärktes inte. Det var svårt att få gehör hos förvaltningen för behovet av fler ST-läkare i allmänmedicin. Bristen på specialister i allmänmedicin blev förvaltningens argument mot resursförstärkningar.

Sekundär- och tertiärvård mådde inte heller bra. De allt flera sjukhusläkarnas låga produktivitet minskade efter omorganisationer ytterligare. Socialdemokraterna införde diagnosrelaterade grupper (DRG) som ersättningssystem. Det har fått olyckliga



Landstingshuset i Stockholm, f.d. Garnisonssjukhuset. Foto Oscar Franzén.

följder för patienterna och ökat belastningen på primärvården. SLL har 1,55 vårdplatser per 1000 invånare (Sverige 1,75 och EU-genomsnitt 5), varav 600 är stängda, bl.a. som resultat av personalpolitik.

Önskan hos Karolinska sjukhuset att bli ett organbaserat postgraduate-sjukhus, och en moderat dröm att sälja dess mark dyrt och bygga ett billigare sjukhus i en förort, ledde till bygge av det högspecialiserade Nya Karolinska Sjukhuset NKS, ett svart hål för landstingsekonomi.

Återkommande larm i media om köer på sjukhusakutmottagningar, vårdplatsbrist och brist på specialistsjuksköterskor medför att det krävs starkt politiskt mod för att nu satsa på allmänmedicin.

"Värdebaserad vård"

En illa underbyggd utredning om "Framtidens hälso- och sjukvård" ville flytta ut vård från tertiärvård till andra sjukhus. Från sjukhusen skulle patienterna motas ut till "närsjukhus". I utredningens slutversion finns ordet primärvård endast i ett sammanhang, att ekonomisk ersättning skall ske enligt läran om "värdebaserad vård".

Vårdval för andra specialiteter än allmänmedicin har nu dragit över budget med 1,3 miljarder. De nya utförarna vill inte ta emot våra ST-läkare och lägger inte pengar på forskning eller kvalitetsutveckling.

Det var lätt för SFAM-Stockholm att förutspå en ökande vårdkris, samtidigt som ändrad mandatsituation efter valet i september 2014 kunde ge en öppning för nytänkande. Dags att agera för nya politiska program inför valet 2018! Vi bad centrala SFAM-styrelsen om 20 000 kr till politikermöten, bl.a. för lokalhyror och förtäring. Det fick vi.

SFAM-Stockholm agerar

Vad har SFAM-Stockholm försökt göra? Vid ett möte i samarbete med DLF-Stockholm den 7 februari 2015 presenterade Signe Lansky och Susanne Barenius allmänmedicinens verksamhetsfält för de åtta partiernas ledande sjukhuspolitiker. Mer pengar och fler ST-läkare var huvudbudskapet, som förtydligades och motiverades.

Vi ville inte ha ett vanligt politikermöte, med inövade talpunkter och anfall på övriga partier, utan vi lät först läkare tala om möjligheter med en utbyggd primärvård och stärkt allmänmedicin, för att fortsätta till resurskrav. Eftersom vi visste att det i alla partier fanns forskningsvänner bad vi Anna Nager tala om forskning i allmänmedicin, som bidrar till att hela vårdapparaten fungerar bättre; för evidensbaserad praxis krävs praxisbaserad evidens.

Först efter dessa presentationer vidtog paneldebatt med varje partis ledande politiker (det hade tagit tre månader att få dit dem alla), modererad av en specialist i allmänmedicin, och med inlägg från läkare. De politiska sekreterarna satt som tända ljus på första bänk. Mötet ägde rum i Svenska Läkaresällskapets hus, och inleddes med förtäring. Viktiga personkontakter kunde knytas.

Workshop om forskning och lokal kvalitetsutveckling

Nyfikenheten på allmänmedicinsk forskning gjorde att ett möte med politiker från sju partier kunde genomföras senare under våren 2015. Så fick vi reda på osmälta förslag om äldrevård-



Gjörwellsalen i gamla sjukhuskyrkan. Sammanträdesrum för landstingsstyrelsen.

centraler, diagnosorganisation av primärvård och så vidare. Politiker har fått veta hur ersättningssystem med mera slår mot möjligheter till forskning, kvalitetsutveckling och värdefulla innovationer i primärvården.

Underhandskontakter

Personkontakter som erhållits under förberedelser, genomförande och uppföljning av mötena har lett till informella kontaktmöjligheter. Samverkan med lokala läkarföreningar, läkarledda vårdcentraler och DLF-Stockholm har fördjupats. Vi talar nu med en röst i frågor som t.ex. dagöppna närakutmottagningar.

Vi kräver praktiskt användbar IT. Vi belyser vårderna av uppifrån påbjuden opersonlig delegering utan uppföljning ("task shifting" från läkare till andra).

Efter mötena har det i enstaka frågor blivit möjligt att bidra till ändring eller nyansering av vissa tjänstemannaförslag kännetecknade av bristande konsekvensanalys, vars genomförande skulle lett till skada för folkhälsan eller av sjukvårdens funktion. I ljuset av vårdkrisen har under de senaste tre åren viss politisk nyorientering skett.

Får primärvården mer resurser, på riktigt?

När detta skrivs synes Alliansen ha förstått att fler specialister i allmänmedicin behövs (betydligt fler än 400 heltidsarbetande om 1970-talets mål 1 på 1500 invånare skall uppnås nu), att resurser måste tillföras och våra ST-läkare bli betydligt fler. Alliansens utspel i februari 2017 betyder att budgetdebatten i SLL, som brukar starta i april och leda till beslut tidigast i juni, inletts i februari 2017.

Oppositionspartiet Socialdemokraterna har i mars 2017 fått förslag från den av dem anlitade utredaren Göran Stiernstedt att satsa mer pengar på primärvården i SLL och har uttryckt sig positivt om det, även om vallöftena inte blir klara förrän till hösten 2017. Det har bara tagit drygt två år att försöka bidra till denna vändning. Tack till den dåvarande SFAM-styrelsen för pengarna!



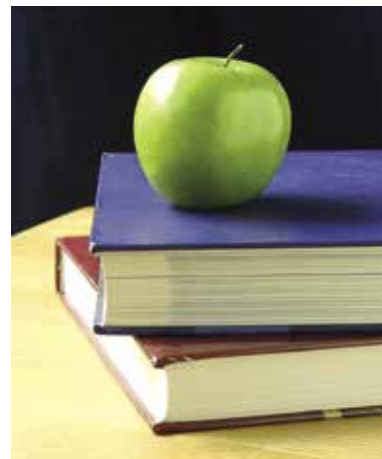
Lars Bäcklund
Sekreterare i SFAM-Stockholm
Stockholm
lars.b.backlund@hotmail.se



SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genom sitt kvalitets- och patientsäkerhetsråd SFAM Q in till den

XIV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 5 oktober 2017
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



TEMAT FÖR ÅRET: Säker primärvård med hög kvalitet – utmaningar och lösningar

Gästföreläsare är bl.a. professor Aneez Esmail från Storbritannien, allmänläkare och expert inom patientsäkerhet i primärvården. Vi kommer även att belysa kvalitets- och patientsäkerhetsaspekter på hyrläkarverksamhet och vård via nätet.

Dagen är en mötesplats för ca 150 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården.

Fullständigt program finns på www.sfam.se

SFAM:s Nationella kvalitetsdagar har varit populära och för att vara säker på att få plats kan det vara bra att anmäla sig redan nu.

Konferensavgiften (se sfam.se) inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 25 september. Avgiften faktureras vid anmälan. Vid återbud efter 15 september utgår full avgift.

Anmäl dig på SFAM:s hemsida www.sfam.se

Har du frågor om din konferensanmälan? Kontakta: kansli@sfam.se



Patientcentrering – ett modebegrepp med många betydelser

Vården generellt har fortfarande en hel del paternalistiska inslag. Brister i vårdens grad av patientcentrering kan bara avhjälpas med att varje personligt möte kännetecknas av en tydligare patientcentrering och det kräver utbildning och träning.

Patientcentrering eller personcentrering har blivit ett modebegrepp som används i alla möjliga sammanhang för att höja känslan av att vården ser till patientens bästa. Det har i många sammanhang kommit att betyda "god kundservice" i största allmänhet.

Det finns många nyfrälsta förespråkare för patientcentrerad vård, bland annat GPCC i Göteborg. Det är positivt men ingenting nytt. Begreppet patientcentrering har utvecklats inom den internationella allmänmedicinen med rötter i 1970-talet med Byrne och Long som pionjärer. Om man söker efter definitioner på nätet finner man en rik flora med två skilda perspektiv, systemnivå respektive det individuella mötet.

Vårdanalys rapport "Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård" [1] anger att Sverige visar svaga resultat i förhållande till andra länder. Rapporten konstaterar att det saknas en enhetlig definition av begreppet och väljer att analysera patientcentrering efter sex olika "dimensioner". Analysen skiljer inte tydligt på de organisatoriska faktorerna, gruppnivån och på de faktorer som gäller individens möte med vården. Det gör det svårt att förstå hur rapportens sex rekommendationer skall förverkligas.

Det finns dock några intressanta slutsatser: "Det dåliga resultatet (kontinuitet och samordning) återspeglar delvis en strukturell egenskap hos den svenska hälso- och sjukvården där de flesta patienter får sin primärvård vid en specifik mottagning, men inte av en specifik läkare eller annan vårdpersonal vid mottagningen. De svenska patienterna angav i minst utsträckning att de hade en fast läkarkontakt" och "Variationerna i värdet för patientupplevd kvalitet mellan landstingen var särskilt stor för frågan om att få träffa samma läkare vid besök på mottagningen, vilket antyder att detta är en viktig skillnad i den svenska primärvårdens organisatoriska struktur och/eller processer".

Inom allmänmedicinen förutsätter patientcentrering en personlig kompetens och klinisk färdighet i ett personligt möte med patienten. En gångbar definition av patientcentrering inbegriper följande [2]:

- (a) läkaren utforskar patientens främsta anledning till besök, farhågor, och behov av information;
- (b) patientcentreringen syftar till en integrerad förståelse av

patientens värld – det vill säga hela personen och hennes känslomässiga behov och livsfrågor;

- (c) patient och läkare finner gemensam grund om vad problemet är och kommer ömsesidigt överens om vad som bör göras;
- (d) patientcentrering förstärker prevention och hälsofrämjande åtgärder; och
- (e) förstärker den fortsatta relationen mellan patienten och läkaren.

Eller, lite enklare uttryckt: patientcentrering är att säkerställa att patientens agenda, värden, preferenser, tanke, oro, önskan framkommer/blir synlig i mötet och tillsammans med den medicinska bedömningen ligger till grund för en behandlingsplan och uppföljning där patienten görs/är delaktig.

Det finns belägg för att patientcentrerade möten ger ökad patienttillfredsställelse, kortare konsultationer, ökad compliance/concordance, minskad sjukhusvård, minskad användning av medicinsk service, förbättrat blodtryck och sockernivåer, minskat analgetikabehov, minskad frekvens av anmälningar etc.



Jonas Sjögren
Västerås

jon.sjogren@gmail.com

Referenser

1. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. Vårdanalys rapport 2012:5. <http://www.vardanalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrering-web.pdf>
2. Stewart, M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 2001 Feb 24; 322(7284): 444–445 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119673/>

Detta är ett bearbetat inlägg från Ordbyte.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfm.se/foreningen och klicka på Ordbyte.

Annons

Exit SFAM.L

SFAM.L (rådet för läkemedelsterapi) har efter samråd med SFAM:s styrelse beslutat att avveckla rådet. Detta är ett försök att sammanfatta rådets drygt 20-åriga historia.

SFAM.L bildades 1995 som ett av flera råd i den nystart som SFAM då genomgick och som karakteriserat föreningens verksamhet de senaste decennierna. Råden bildades för att möta några av de viktiga framtidsfrågor som svensk allmänmedicin då stod inför. Några andra råd som samtidigt bildades var SFAM.Q och fortbildningsrådet.

Att läkemedel fick ett eget råd berodde på att läkemedelsfrågorna fick ett särskilt fokus genom den reform som stod för dörren och som genomfördes i två steg. Dels skulle ansvaret för läkemedelsfrågor – såväl kostnader som handläggning – överföras från staten till landstingen, dels skulle en ny modell för läkemedelssubventionen införas. Det var två statliga utredningar som låg till grund för förändringarna betitlade ”Reform på recept” [1] och ”Den nya läkemedelsförmånen” [2].

Ansvaret för läkemedelsfrågorna var innan dessa reformer otydligt. I praktiken hade läkemedelsindustrin tagit sig an information och utbildning på ett mycket mer aktivt sätt än sjukvårdshuvudmännen och myndigheter. Företagen kunde marknadsföra sina egna produkter utan större ifrågasättande, och det sågs som en av orsakerna till att läkemedelskostnaderna skenade okontrollerat. Allt fler väckte frågan om behovet av producentobunden läkemedelsinformation.

Särskilt allmänläkarna var under 90-talet föremål för läkemedelsindustrins uppvaktningar. Det här var under en tid då många nya läkemedelsterapier lanserades och för de flesta var allmänläkarna en nyckelgrupp för att läkemedelsindustrins produkter skulle nå konsumenterna.

För att möta behovet av producentobunden information hade läkemedelskommittéer bildats i några landsting, men deras resurser och aktiviteter varierade stort i landet och byggde till stor del på ideell aktivitet. Läkemedelskommittéer sågs i utredningen Reform på recept som ett viktigt instrument att förbättra producentobunden information och blev 1995 obligatoriska för landstingen och lagreglerade. Eftersom allmänläkarna stod för i runda tal hälften av all läkemedelsförskrivning såg SFAM som sin uppgift att bidra till en gynnsam utveckling av läkemedelsreformen.

SFAM.L:s uppgifter

En av förebilderna som lyftes fram i Reform på recept var den uppsökande verksamhet till vårdcentraler som hade initierats i Stockholms läns landsting – Ögat på läkemedel. Lars-Olof Hensjö var en eldsjäl för Ögat på läkemedel och SFAM utsåg honom därför att bli rådets ordförande 1995. Han samlade ett antal allmänläkarkollegor som på olika sätt varit aktiva i läkemedelskommittéer och på akademisk nivå till det första rådet för läkemedelsterapi. Ganska snart byttes namnet till det enklare *läkemedelsrådet* med förkortningen SFAM.L. LO Hensjö var rådets ordförande till år 2000 då Jan Håkansson övertog ordförandeskapet.

SFAM.L såg som en av sina tidiga uppgifter att kartlägga och stödja allmänläkare i Sveriges läkemedelskommittéer och bilda nätverk där goda idéer kunde utbytas. SFAM.L anordnade under slutet av 1990-talet ett flertal utbildningar för allmänläkare i läkemedelskommittéer med tyngdpunkt på evidensbaserad medicin (som då var ett nytt begrepp) och kritisk värdering. I utbildningarna samarbetade vi ofta med Läkemedelsverket, SBU, NEPI och andra myndigheter, där vi hittade många goda krafter för att verka för en rationell läkemedelshantering.

I hetluften

SFAM.L:s medlemmar deltog vid medicinska riksstämman, SFAM:s olika nationella möten och andra symposier. SFAM.L blev ett respekterat begrepp i många sammanhang.

Under decenniet kring millennieskiftet lanserades ”SFAM.L granskar” i tidningen AllmänMedicin, och ett flertal artiklar skrevs av medlemmarna i Läkartidningen, Dagens Medicin och andra tidskrifter. En sammanställning av SFAM.L:s skrivna bidrag har gjorts av en av de mer aktiva medlemmarna – Anders Hernborg – som vittnar om en omfattande aktivitet, som troligen haft betydelse för synen på läkemedelsfrågor.

Artiklar om hjärtkärlsjukdomar, diabetes, smärtläkemedel, antidepressiva, demensläkemedel, obesitasmiddel, vitaminer har väckt stor uppmärksamhet inte bara inom de allmänmedicinska leden. Särskilt uppmärksammat blev SFAM.L:s agerande när coxiberna lanserades i början av 2000-talet, där det var SFAM.L-medlemmar som i Sverige uppmärksammade problemen med den läkemedelsgruppen. Det var därför foljdriktigt att två SFAM-medlemmar fick förtroendet att skriva en Medicinsk kommentar i Läkartidningen när rofecoxib (Vioxx) blev indraget p.g.a. oacceptabla biverkningar [3].

Rofecoxib (Vioxx, Merck Sharp & Dohme)

ett antiinflammatoriskt läkemedel, en s.k. selektiv COX-2-hämmare, som användes för behandling av smärta och ledbesvär. Läkemedlet, som marknadsfördes hårt, introducerades på den svenska marknaden 1999. Redan 2001 hade Merck data som visade en överdödlighet i hjärtinfarkt och stroke. Ett stort antal studier hade skrivits av spökskrivare, och företaget hade manipulerat data så att en överdödlighet vid behandling med rofecoxib gömdes undan. Då en studie på patienter med polyper i tjocktarmen visade på överdödlighet drogs Vioxx in 2004.





SFAM.L i sin glans dagar, Växjö november 2000. Övre raden: Lars-Olof Hensjö, Jan Håkansson och Anders Hernborg. Nedre raden: Jonas Sjögren, Ingmarie Skoglund, Bengt Silfverhielm och Rolf Wahlström.
Foto: Bernessons bildbyrå, Växjö.

SFAM.L verkade aktivt för att intressekonflikter skall redovisas i medicinska tidskrifter och vid utformande av behandlingsrekommendationer, något som var långt ifrån självklart för några decennier sedan. Vi kan inte ta åt oss äran att detta nu blivit rutin – den utvecklingen låg i tiden och hade nog kommit ändå – men vi har definitivt bidragit till utvecklingen.

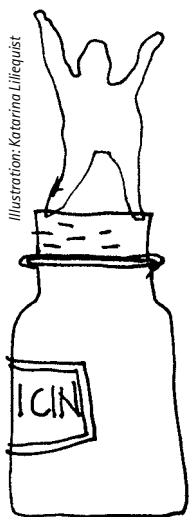
När den andra delen av läkemedelsreformen utreddes med utredningen "Den nya läkemedelsförmånen" under åren 2000 - 2001 utsåg tidningen Läkemedelsvärlden SFAM:s remissvar till det bästa i en artikel med rubriken "Inget svammel från SFAM.L".

Inte lika hett längre

De senaste 5-10 åren har SFAM.L:s arbete gradvis avtagit, delvis i takt med att flera av medlemmarna gått i pension. Under de drygt 20 år som rådet verkat har totalt ett 30-tal medlemmar medverkat i rådets arbete under kortare eller längre perioder, de flesta med något engagemang i lokala läkemedelskommittéer. Däremot har de allmänmedicinska institutionerna haft en marginell roll.

Försök att reaktivera rådet genom att engagera yngre kollegor har gjorts senaste åren med begränsad framgång. Vi har nu dragit slutsatsen att SFAM.L:s tid och uppdrag inte förefaller lika engagerande som när rådet bildades. Många med intresse för läkemedelsfrågor kanske kanaliseras sitt engagemang i läkemedelskommittéerna eller andra fora? Det har också skett en förskjutning av de kontroversiella läkemedelsfrågorna från allmänmedicinen till andra specialiteter.

Man kan också fråga sig om just läkemedelsfrågor av alla tänkbara terapiformer förtjänar ett särskilt råd i SFAM. Däremot är det angeläget att det kritiska förhållningssätt som SFAM.L varit ett exempel på fortsätter att utvecklas och vara en stimulans för framtiden.



I en tid när information och desinformation sprids snabbt, inte minst inom det medicinska området, är det angeläget att allmänläkare har tillgång till pålitliga oberoende kunskapskällor. Här har SFAM och andra sektioner i Läkaresällskapet en viktig uppgift i samverkan med berörda myndigheter.

Avtryck i historien?

Om SFAM.L:s insatser haft någon större betydelse på läkemedelsfrågornas utveckling lämnar vi till andra att bedöma. Men vår förhoppning är att vi medverkat till ökat kritiskt tänkande och till att producentbunden information utvecklats under de senaste decennierna.



Jan Håkansson
Hedersdoktor, Umeå universitet 2013
Krokoms hälsocentral
jan.hakansson87@telia.com

Har ingått i SFAM.L sedan starten 1995 och varit rådets ordförande sedan 2000.

Referenser

1. Reform på recept. SOU 1995:122
2. Den nya läkemedelsförmånen. SOU 2000:86
3. Håkansson J, Rosenberg P. Fallet Vioxx måste stämma till eftertanke. Läkartidningen 2004;101:3494-5

AllmänMedicin informerar



Omslagsbilder sökes!

AllmänMedicin satsar på omslagsbilder från sina läsare. Bildtemat kan passa ihop med innehållstemat eller vara helt fristående.

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder. Spara ner dem i fullformat på din dator. Skicka som bifogad fil till chefredaktor@sfam.se.

Fotoanvisningar finns också på hemsidan www.sfam.se/tidskriften.

Det kunde gått riktigt illa!

Om skillnaden mellan receptförnyelse per telefon eller kliniskt besök inklusive läkemedelsavstämning

Läkemedel är ett av läkarens viktigaste arbetsredskap och säkerheten i ordinerad behandling är läkarens ansvar. Läkemedelsförskrivning bör alltid åtföljas av en uppföljningsplan gällande utvärdering och ska aldrig ske utan att ta hänsyn till övriga läkemedel som patienten använder, något som kräver återkommande läkemedelsavstämning. Ändå sker, av oss alla, många ordinationer och inte minst förnyelser av recept per telefon utan möjlighet till klinisk bedömning och många gånger efter att önskemålet/beställningen förmedlats i flera led. Ofta ska detta skötas mellan övriga inplanerade patientbesök, utan tid att tänka efter.

Detta verkliga patientfall belyser riskerna med receptförnyelse utan möjlighet till ordentlig eftertanke och bedömning av patienten och faktorer av betydelse. Det kunde ha gått illa!

Fallbeskrivning

Patienten, en 69-årig kvinna med tidigare depression och kvarstående ångestillstånd sedan flera år, har ringt vårdcentralen för receptförnyelse ett antal gånger de senaste åren och fått Citalopram utskrivet av olika kollegor. Nu sitter hon på min mottagning för kontroll, då någon har reagerat: "Oj ingen har ju träffat patienten på länge!" Panikattackerna har helt försvunnit, berättar hon. Behandlingen med 30 mg Citalopram har nog varit föremål för diskussion angående dosminskning vid något tillfälle, men ingen ändring har genomförts. Ibland har hon fortfarande låggradig ångest med hjärklappning och tar då symtomlindrande behandling.

Inför dagens besök har ett brev skickats till henne tillsammans med kallelsen med uppmaning att skriva ner samtliga läkemedel och hälsokostpreparat hon använder, vid behov och regelbundet. Där kan läsas:

Citalopram 30 mg x1

Atarax 25 mg vb

Omega 3 dagligen

Omeprazol 20 mg vb

I vårdcentralens journal är läkemedelslistan kort: Citalopram 30 mgx1.

Jag frågar mer om Atarax och får reda på att detta förskrivits i samband med ett akutbesök på annan mottagning och att hon använder det ett par gånger i månaden.

Bäst att ta ett EKG på patienten, Citalopram kan ju ge förlängd QTc-tid och risken är ökad vid samtida behandling med Atarax. Interaktionssystemet i journalen varnar också för detta – om nu Atarax hade varit inskrivet. Mycket riktigt, patienten uppvisar en QTc-tid på 484 ms (ref <450 ms) och det är svårt att undvika att patienten blir skräddad när jag berättar att vi behöver byta behandling för att undvika risken för hjärtrytmrubbning. Citalopram ersätts med Sertralin och istället för Atarax får hon använda Sobril vid behov. Behovet är inte frekvent och risken för beroendeutveckling bedöms låg.

Vikten av aktuella läkemedelslistor och problemen när de saknas

- Att ha tillgång till fullständiga och aktuella uppgifter om patientens pågående läkemedelsbehandling är en förutsättning för att kunna bedöma patientens tillstånd, behandlingseffekter, risker med behandling samt eventuella biverkningar.
- För att kunna fullfölja läkemedelsbehandlingen enligt ordination krävs dessutom att patienten, eller i förekommande fall sjuksköterska inom kommunal sjukvård, har tillgång till en aktuell och komplett läkemedelslista.
- I primärvårdsjournalers läkemedelslista identifieras hos 8 av 10 patienter minst en avvikelse mellan aktuell mediciner och ordination [1], och problemet är lika stort även kort efter att patienten varit på ett planerat läkarbesök [opublicerade data].
- En nationell läkemedelslista är ett viktigt mål, men samtidigt måste varje förskrivare ta ansvar för att uppdatera listan. Även landsting som har ett gemensamt journalsystem för öppen- och slutenvård har problem med inaktuella läkemedelslistor, om än i mindre grad [2].
- Om inte läkemedelslistan uppdateras med uppgift om ordinationer förskrivna på andra mottagningar respektive med egenvårdspreparat förloras möjligheten att använda sig av journalsystemets inbyggda interaktionsstöd.
- Den uppdaterade läkemedelslistan ger, förutom ökad patientsäkerhet, en bättre arbetsmiljö för oss läkare! Den innebär bättre förutsättningar för trivsel i våra arbetsuppgifter och för att kunna göra ett tillfredsställande jobb.
- I öppenvård ansvarar förskrivande läkare för att läkemedelsavstämning görs vid ordination av läkemedel vid (1) ett öppenvårdsbesök, (2) inskrivning i vårdboende, (3) påbörjande av hemsjukvård samt (4) vid misstanke om läkemedelsrelaterade problem (SOSFS 2012:9)

Viktiga frågor att ställa vid läkemedelsavstämning.

- Vilka läkemedel är ordinerade och varför?
- Vilka läkemedel används?
- Tas receptfria läkemedel eller naturläkemedel?

Det fortsatta samtalet vid besöket hade sannolikt heller inte kommit till stånd utan en skriftlig läkemedelsavstämning. Hur ofta frågar vi egentligen om hälsokostpreparat?

Medveten om att Omega 3 ger en ökad blödningsbenägenhet, frågar jag vidare om de magbesvär som jag antar föreligger eftersom hon använder receptfritt Omeprazol vid behov. Jodå, periodvis har hon dyspeptiska besvär. För ett antal år sedan genomgick hon en gastroskopi som visade gastritbild. Jag förklarar att såväl Omega 3 som Citalopram och Sertralin ökar blödningsbenägenheten och avråder därför från Omega 3 för att minska risken för magblödning.

I den första sammanställningen kring Omega 3 som kommer upp när jag "googlar" termen står att läsa:

- *hjärnans kapacitet förbättras*
- *ökar mängden serotonin (en må bra-substans) i hjärnan och lindrar depressioner*

Inte är det underligt att patienter då väljer att komplettera med detta preparat vid samtidig SSRI-behandling!

"Det kan vara ett detektivarbete att ta fram en aktuell läkemedelslista med många informationskällor och val av källor utifrån om patienten sköter sin läkemedelsbehandling själv eller inte."

Vid kontroll fyra veckor senare har QTc-tiden sjunkit till den normala. Det fungerar väl humörmässigt och biverkningsmässigt med Sertralin. Hon har inte behövt använda Sobril, men känner en trygghet i att det finns tillgängligt vid behov. När hon hämtat ut sista uttaget av Sertralin kommer hon själv att boka ett återbesök för uppföljning. Tidigare kontakt vid behov. Patienten ställer sig positiv till att hennes historia används för att belysa vikten av läkemedelsavstämning.

Diskussion

Vad säger oss då denna, inte särskilt ovanliga, fallbeskrivning? Patienten skulle utan besök ha kunnat få sitt recept per telefon, mått fortsatt relativt bra, sluppit lägga tid på att gå till vårdcentralen och jag hade hunnit träffa en annan patient från väntelistan. Hon hade också kunnat hamna på kirurgakuten med livshotande magblödning eller dött ensam i hemmet i malign arytm...

De frågor som måste ingå i en läkemedelsavstämning visas i figur 1. Därefter uppdateras läkemedelslistan i journalen, tillsammans med motivering av eventuella förändringar, och listan skrivs sedan ut till patient och eventuella andra berörda.

Det kan vara ett detektivarbete att ta fram en aktuell läkemedelslista med många informationskällor och val av källor utifrån om patienten sköter sin läkemedelsbehandling själv eller inte. I teorin är det den enskilda individen som innehar all samlad information om vilka läkemedel denne är ordinerad **och tar**.

För att öka säkerheten och underlätta och spara tid för annat i samband med läkarbesöket, ber vi att Du fyller i denna lista med alla läkemedel som Du tar regelbundet eller vid behov. Det gäller även läkemedel i annan form än tabletter, t ex ögondroppar eller insulin. Glöm inte receptfria preparat och eventuella naturläkemedel. Skriv ner både namn på läkemedlet, styrka och dosering.

Din läkare kan inte automatiskt se läkemedel som eventuellt skrivits ut från andra mottagningar, varför det är viktigt att Du även anger dessa.

Obs! Utdrag från apoteket ("Mina sparade recept") är inte likvärdigt. Den kan sakna läkemedel där sista uttaget hämtats ut. Den kan också innehålla utsatta läkemedel eller ordinationer där dosen ändrats i efterhand.

Ta med den ifyllda listan till läkarbesöket.

Figur 1: Följebrev till kallelse inför planerat besök.

Att använda ett följebrev till kallelsen inför planerade besök kan underlätta läkemedelsavstämning. Då uppmanas patienten att i lugn och ro skriva ner samtliga mediciner inför besöket och får information om varför detta är viktigt. En variant av ett sådant följebrev visas i figur 1.

Sara Modig
Äldregeneral på uppdrag av Läkemedelsrådet,
Region Skåne
Vårdcentralen Tåbelund, Eslöv
Avd. för allmänmedicin, Lunds Universitet
sara.modig@med.lu.se



Jäv saknas.

Referenser

1. Ekedahl A TE, Rutberg H, Yngvevesson M, Hoffmann M: Mycket vanligt med fel i läkemedels- och receptlistorna. Patientuppgifter om ordinationer jämförda med journaler och receptdatabas. Läkartidningen 2012;109(20-21):1024-7
2. Modig S, Lenander C, Viberg N, Midlöv P: Safer drug use in primary care – a pilot intervention study to identify improvement needs and make agreements for change in five Swedish primary care units. BMC Fam Pract 2016; 17:140

Varför vänta på en nationell läkemedelslista?

Ett förslag om nationell läkemedelslista är på remiss. Det är mycket som är oklart, men den kommer att innebära ett förändrat arbetssätt med läkemedel. Kan vi redan nu bli bättre på att vårda läkemedelslistorna blir vården säkrare och en nationell läkemedelslista behöver inte innebära så stora förändringar.

Vi vet inte om. Vi vet inte när. Vi vet inte hur. Det handlar om den nationella läkemedelslistan där ett förslag just nu är ute på remiss [1]. Det är mycket i förslaget som är oklart, inte minst hur det är tänkt att läkemedelslistan ska utformas. Det förslag som ligger kräver att alla större vårdgivare måste ha nya läkemedelsmoduler på plats – samtidigt. Bara det antagandet innebär många frågetecken inför ett införande.

En sak vet vi dock säkert. Den nationella läkemedelslistan kommer att innebära ett förändrat arbetssätt med läkemedel. Varför kan vi vara så säkra på det? För att vi läkare idag inte arbetar på ett och samma sätt med våra läkemedelslistor i journalerna, inte ens i landsting med sammanhållen patientjournal. Det här finns väl beskrivet från forskning [2, 3] men också i Läkarförbundets behovsanalys inför en gemensam läkemedelslista [4].

Vi kan alltså förvänta oss reaktionen att den nationella läkemedelslistan "inte stödjer mitt sätt att arbeta" från många av oss. Men det är då i första hand ett symptom på tillräckligt många av oss inte arbetar patient-säkert med dagens läkemedelslistor.

Skälen till det är många. Ont om tid. Oklara instruktioner. Bristfälligt utbildning. Ingen integrering med e-dos. Krångligt gränssnitt. Men en stor del av förklaringen ligger nog i att vi inte riktigt litar på varandra och att städarbetet blir stort när varje patient vi möter har alltför mycket oklarheter och felaktigheter i läkemedelslistan.

Låt oss tänka ett steg vidare. Om det är oklart för oss vilka läkemedel patienten faktiskt förväntas ta – hur ska det då inte vara för patienten? Patienten som ofta är gammal och multisjuk,

kan ha dålig syn och hörsel, ha svårigheter med språket Och dessutom är utsatt för utbyte av flera av sina läkemedel vid varje expedition på apotek.

"Mycket kan bli bättre och det är faktiskt bara vi läkare som kan ta ansvar för det."

Vi kan klaga på allt. Vi kan vänta på nationell läkemedelslista och klaga över att den dröjer. När den kommer kan vi klaga på att den bara har receptläkemedel och över att vi tvingas arbeta på ett annat sätt. Eller så kan vi göra tvärtom.

Patienten måste vi hjälpa att veta vilka läkemedel hen ska ta. Det innebär att vi behöver uppdatera läkemedelslistan så att den beskriver både vilka läkemedel som är ordinerade i den aktuella patientjournalen och sådana läkemedel som är ordinerade från annan läkare men patienten berättar om.

Vi måste komma överens om hur vi ska arbeta idag, i dagens patientjournal med alla brister. Som tur är har Läkarförbundet

och läkemedelskommittéerna redan tagit fram rekommendationer för roller och ansvar kring läkemedelslistan [5, 6]. Socialstyrelsen har tagit det arbetet rakt av som mall för sitt eget arbete kring läkemedelshandling [7]. För att det ska fungera krävs dialog mellan läkare – på vårdcentraler, sjukhus och privatmottagningar. Och utbildning förstås. Men viktigast är viljan hos läkarna.

Det arbetssätt vi kan använda idag innebär en säkrare vård. Det innebär också att vi gör mer rätt från början och då kan spara tid senare. Det ställer stora krav på att vi faktiskt också tar ansvaret för läkemedelslistan så den kan användas av patient, vårdpersonal och apotek.



Illustration: Katarina Liljequist

Apoteken måste tala samma språk som vården. Det är inte rimligt om patienten får en lista över ordinerade läkemedel i vården och sedan en lista över giltiga recept på apotek som lätt kan förväxlas med en ordinationslista. Giltiga recept som inte behöver vara aktuella längre. Giltiga recept som inte stämmer överens med expedierade läkemedel.

Nej, det här går inte att lösa direkt i vården. Mycket kan bli bättre och det är faktiskt bara vi läkare som kan ta ansvar för det. Kan vi bli bättre på att vårda läkemedelslistorna blir vården säkrare redan idag och en eventuell nationell läkemedelslista behöver inte innebära lika stora förändringar i arbetssätt. Hur fixar vi det? Det vet inte jag men jag vet att det måste börja med dig som arbetar i vården. Jag tror att allmänmedicinare är de som bör och behöver sitta i förarsätet.

Mikael Hoffmann
Specialist i infektionssjukdomar
samt klinisk farmakologi
Chef för stiftelsen NEPI
– nätverk för läkemedelsepidemiologi
mikael.hoffmann@nepi.net



Jäv saknas.

Referenser

1. Nationell läkemedelslista. Ds 2016:44. Socialdepartementet. Stockholm. <http://www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2016/12/ds-2016-44/>
2. Bastholm Rahmner P. Doctors and drugs: how Swedish emergency and family physicians understand drug prescribing [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2009. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/37746>
3. Ekedahl A, Tärning E, Rutberg H, et al. Mycket vanligt med fel i läkemedels- och receptlistorna. Patientuppgifter om ordinationer jämförda med journaler och receptdatabas. Läkartidningen. 2012;109:1024-7. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18237>
4. Sveriges läkarförbund. Nationell läkemedelslista nu! En kvalitativ studie av läkarnas behov av en nationell läkemedelslista. Stockholm 2016. https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Vi%20tycker/Nationell%20lakemedelslista%20nu_Lakarforbundet%202016.pdf
5. Sveriges läkarförbund och LOK – nätverk för Sveriges läkemedelskommittéer. Ansvar för patientens ordinerade läkemedel – läkemedelslista. Stockholm 2014. http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Ansvar%20for%20lakemedelslistan_2014.pdf
6. Hoffmann M, Löfström R. Läkarens olika roller och ansvar för patientens läkemedelslista. Läkartidningen. 2015;112:C949. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/02/Lakarens-olika-roller-och-ansvar-for-patientens-lakemedelslista/>
7. SOSFS 2000:1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

Annons

Min och allmänmedicinens relation till läkemedelsindustrin under 40 år

Min första kontakt med industrins marknadsföring var 1970. En äldre bror kunde under sin kandidat-tid beställa provförpackningar direkt från bolagen. Mediciner som kunde vara bra att ha hemma. Därför gav han mig två Mandrax kvällen innan fysiologitentan, då jag inte trodde jag skulle sova. Men sova fick jag med besked! När jag så småningom vaknade tog jag mig per cykel till skrivningen och körde på ett par bilar. Att jag klarade tentan var ett under.

Några år senare uppmärksammade professorn i klinisk farmakologi Arne Melander privatläkares överförskrivning med åtföljande suicid i Malmö. Bolagen som saluförde barbiturater, och kusinpreparat som metakvalon, tvingades upphöra med försäljning av dessa dödliga droger.

Det var åren efter 68-revolten och som vänsterinriktad student fick jag upp ögonen för läkemedelsbolagens roll. Profitens kraft var större än medicinsk saklighet och evidens, och förhållandet kvarstår än i dag [1].

Mutmiddagar och turistdiarréer

Präglingen av mitt sinne startade då Semper bjöd barnkursen på fest. Jag satte upp ett urklipp, ett referat av de första studierna om hur läkare påverkas av reklam. Jag föreslog bojkott av mutmiddagen. Några kursare svarade med en lustighet på anslagstavlan "Bengt Järhult tycker inte om barnmat!!" Sedan var det klipp!

Därefter har jag aldrig deltagit i bolagens tillställningar och de perioder jag varit chef hållit industrin borta. Däremot bjudit in dem ett antal gånger, t.ex. med medverkande organspecialister. Då har de inte skickat sina försäljare, konsulenterna, utan

sina skickligaste produkt-specialister. De har t.o.m. aktat sig för utdelning av pennor och annat kriskrams. Vårdcentralen har från egen budget bjudit dem på fika eller mat med åtföljande långa näsor.

En vattendelare i min ungdom var SMON-skandalen (se ruta). Flera läkemedelsbolag med Ciba-Geigy i spetsen sålde oxikinoliner för magbesvär och s.k. profylax mot turistdiarré. Preparatet hade ingen dokumenterad effekt men gav obotliga nervskador. Under många år lyckades bolagen tysta ner saken med att det rörde sig om en speciell "japansk" sjukdom.

En svensk barnneurolog blev expertvittne i olika rättegångar och gav i sin bok [2] skrämmande inblickar bakom bolagens respektabla fasader. Med ett antal kollegor startades en läkarbojkott mot Ciba-Geigys produkter. En stor del av läkarkåren anslöt sig tills bolaget kröp till korset och slutade att världomspännande sälja detta gift. SMON verkar nutidens unga doktorer inte känna till att döma av de AT-läkare jag frågat.



Foto: Ingrid Eckerman



Olle Hansson.
Inside Ciba-Geigy.
Penang: International Organization of Consumers, 1989.
ISBN 9679973263.

Arne Melander, f.d. chef på NEPI, om svenska upplagan ("Ciba-Geigy bakom fasaden"): "Man skulle vilja att alla läkare med jämna mellanrum läste och läste om Olle Hanssons bok för att vaccinera sig mot blåögdhet i umgänget med läkemedelsindustrin, inte minst de kontinentala kemiska giganterna."

Tagamet och sura magar

Cimetidin (Tagamet) var den första H₂-blockaren med indikation ulcus. Företaget SK&F lockade läkare att skriva ut det för ospecifika magbesvär, således på icke-godkänd indikation. Jag vikarierade i Arjeplog 1978 där en försäljare dök upp. Jag anmälde SK&F:s muntliga information till Läkemedelsindustrins kontrollorgan NBL (Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation). SK&F fälldes för falsk marknadsföring.

I en medicinsk kommentar [3] ställde jag pillerförskrivning mot hets och dålig arbetsmiljö. Jag föreslog statligt subventionerade resor till Mallorca för sönderstressade människor med begynnande ulcus. Det säger något om tidsandan att Läkartidningen (LT) på fullt allvar lyfte fram detta förslag.

Oj, oj, idag skriver läkare omeprazol med båda händerna – en formulering av Arne Melander innan e-recepten kom – och patienterna kan köpa det receptfritt. Men då sågs magkatarr som ett symptom på olycka. Sådant skulle inte dövas bort utan den verkliga orsaken, bristerna i samhället, skulle åtgärdas.

SMON: Subacute myelo-optic neuropathy

- Iatrogen nervsjukdom med degenerativa förändringar i ryggmärgen, synnerven och perifera nerver.
- Orsakades av oxikolinoliner som användes som behandling och profylax av diarré.
- Beskrevs första gången 1935 i Argentina.
- Först beskrivna fallet i Sverige av Olle Hansson 1966.
- Epidemisk utbredning i Japan 1960-1970 med 30 000 sju-ka.
- Ciba-Geigy erkände i domstol sambandet 1978 men först 1985 försvann preparaten från marknaden.
- På flera håll i världen är Hanssons dödsdag 23 maj the "Anti-Hazardous Drug Day".
- Största biverkningskatastrofen efter talidomid.

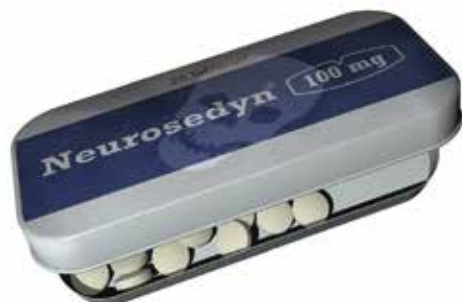
Slutresultatet för det ofta livslånga knaprandet av H₂-blockare, nu omeprazol, hos 5-10 % av befolkningen har vi inte sett. Dödliga pneumonier, tarminfektioner och ökad frakturrisik är möjliga scenarier [4].

Fälld som "utvikningsdoktor" för Tagamet

I efterförloppet till Tagametrabaldret erbjöd sig SK&F att i en annonserie låta mig tala utan censur. Jag glädde mig lite naivt åt att SK&F skulle finansiera sin värsta kritiker i luxuösa helsidesannonser.

Döm om min förvåning när jag efter ett tag blev anmäld och fälld av Läkarförbundets (SLF) etiska råd för att jag exponerat mig som läkare. Jag skrev en passionerad försvarsartikel från en "utvikningsdoktor", där jag ondgjorde mig över att förbundet, som nästan alltid drev industrins intressen, hade gett sig på mig som inte fått ett öre i ersättning. Detta medan många läkares kommersiella engagemang genom åren aldrig har kritiserats. Läkemedelsverkets experter står i ekonomisk bindning till de bolag vars preparat verket förordar, och jäv redovisas inte [5, 6]. Inte ett pip från etiska rådet om detta eller om den bisarra ordningen att läkemedelsindustrin finansierar kontrollorganet.

SK&F var smartare än jag i sitt försök att oskadliggöra sin belackare. Jag lärde mig att etikregler är högst relativa och att samarbete med läkemedelsbolag är omöjligt. Jag har därför



Neurosedyn 100 mg, Astra.

misstrott kollegor som oreflektat talar om det fina samarbetet för patienternas bästa – under det att de undfågnas med resor, underhållning, mat och selekterade föreläsare som går bolagens ärenden medvetet eller omedvetet. En gratislunch med läkemedelsinformation kan fördubbla oddset för förskrivning av bolagets medel [7].

Läkemedel i primärvården

Från LT:s Allmänläkarpanel kunde på 80-talet för första gången en mer omfattande serie om "Läkemedel i primärvården" publiceras. Bl.a. togs överförskrivning upp med den tidens dåligt dokumenterade medel, som då var storsäljare men som yngre läkare knappast hört talas om: olämplig asa-beredning i form av PP-behandling, Cetiprin, ett antikolinergikum mot urinträngningar som fastnade i halsen, och Orstanorm mot lågt blodtryck, ett svindyrt medel som inte togs upp i kroppen.

Jag hamnade också i Läkemedelsbokens (LB) redaktionskommitté som jag var trogen i nästan 30 år. Min, och senare ytterligare en allmänmedicinäres huvuduppgift, blev att gå från specialisters sjukdomsperspektiv till ett bredare synsätt. Succesivt har boken omvandlats så den nu i så gott som varje kapitel har allmänläkare som skribenter eller medskribenter. Kombinationen av uppdaterad specialistkunskap med allmänmedicinens praktiska blick för sjukdomspanorama, diagnos samt bruk och missbruk av läkemedel har gett boken en tyngd i grund- och vidareutbildningen och som uppslagsverk i patient-läkarmötet.

Helt nya ämnesområden har också förts in i LB, t.ex. om patientperspektivet [8] liksom "tankeväckande" kapitel, t.ex. Lars Werkös om sjukdomsbegreppet [9].

Kritik av medikaliseringen

Jag hade anledning att citera den gamle industrimannen, som så småningom blev en skarp kritiker av läkemedelsbolagen, i en kommentar till en skandalös kampanj för testosteron från Bayer – "Let's talk balls" [10]: "Professor Lars Werkö, tidigare vice vd i Astra, sedermera SBU-ordförande, har i ett postumt utgivet kapitel gjort upp med läkemedelsindustrins försök att exploatera allt fler livsområden på ovetenskaplig medicinsk grund. Han skriver: 'Företagens marknadsföring av sådana medel utnyttjar den praktiserande läkarens begränsade tid och kunskaper. Det är viktigt att skolmedicinens företrädare bevakar sådant tveksamt bruk.' Inte ens mitt slut 'Let the brain talk!' föranledde Bayer att svara, men ett gäng urologer ställde förstås upp på bolagets premisser.

Redaktionsarbetet gav en insikt om vilket enormt arbete det är att förankra och ta in ny relevant medicinsk kunskap i vardagssjukvården. Därför har jag varit skeptisk till SKL:s "Checklisteprojekt" [11]. Förutom att det på sikt kan omvandlas till ytterligare ett styrinstrument riskerar det att beröva den enskilde läkaren hans professionella ansvar för individualiseringen av behandlingen. Särskilt om det kopplas till PrimärvårdsKvalitet med sin dominans av farmakaövervakning och på sikt krav på över landet likformig maximal förskrivning.

Fortsatt kritik av samröret med läkemedelsbolagen

Under åren har jag skrivit många artiklar om läkemedelsbolagens ovederhäftiga information, prematura lanseringar, brist på långsiktiga uppföljningar av biverkningar och medikaliseringen av samhället. Jag har använt NBL ett antal gånger i försök att

få industrin själv att formulera en etisk miniminivå. Werkö uppmärksammade mig och bedömde att min insats varit lika viktig som Läkemedelsindustrins informationsgranskningsman [12], ett omdöme som varit trevligt att tänka på i tider då det blåst om öronen.

Störst bråk blev det när jag kritiserade allmänmedicinprofessor Gösta Tibblin för hans medverkan och legitimering av Astrar Primärvårdsforum på 90-talet. Första gången var det förlagt till Berns salonger och spegelsalar. Arrangemanget döptes till "Barnkalaset". Många läkarkollegor har ännu inte förlåtit mig att jag kritiserade och gjorde narr av de egna. Det har fått mig att fundera på vad kollegialitet egentligen är och när det är sunt att sätta andra värden framför lojalitet till den egna gruppen.

"I en medicinsk kommentar ställde jag pillerförskrivning mot hets och dålig arbetsmiljö. Jag föreslog statligt subventionerade resor till Mallorca för sönderstressade människor med begynnande ulcus."

Jag kan ju också konstatera att SLF, SKL och SFAM tagit till sig en hel del av vad jag kritiserat sedan ungdomsåren. SLF förordar nu, till skillnad från det industridrivna Läkemedelsverket, generisk förskrivning [13], och SLF har med SKL till del stramat upp de etiska överenskommelserna om samverkan med industrin.

Jag har glatt mig åt att SFAM haft nationella möten utan sponsring av läkemedelsbolag och funnit "Onödiga gruppens" arbete viktigt liksom att SFAM-L varit en allierad. Hur djupt integriteten sitter i allmänläkarsjälar är dock osäkert. En sydsvensk SFAM-förening låter t.ex. 2016 Abbot bjuda på mingel, föreläsare, produktinformation och middag på Marina Plaza.

Maximal läkemedelsförskrivning är "kvalitet"

Under senare år har jag mest intresserat mig för sjukvårdens



styrning och avprofessionalisering. Maximal läkemedelsförskrivning har blivit en del i kvalitetsregistertänkandet och är nu på väg in i ekonomistyrningen vid värdebaserad vård. Den subspecialiserade organinriktade medicinen bryr sig sällan om helheten utan varje diagnos ska ha sin fulla skopa av medicamenter oberoende av ålder, annan sjuklighet och etiska överväganden.

När jag i en femårsperiod arbetade i Jönköping blev jag inbjuden av kardiologerna till flotta utbildningsmöten betalda av läkemedelsbolaget som marknadsförde bantningspreparatet Accomplia, rimonabant. Detta missfoster, släkt med cannabis, som aldrig visat sig gynnsamt påverka sjuklighet eller dödlighet, försökte kardiologerna få oss allmänläkare att skriva ut. Eller i varje fall legitimerade de industriintressets propaganda. Kort tid efter dessa möten drogs Accomplia in p.g.a. biverkningar/suicid.

Det mesta är sig således likt sedan Sempermutan 1972. Inte ens evidensbaserad medicin kan man längre lita på då resultaten i randomiserade prövningar är kopplade till författarnas arvoden och bindningar till bolagen [5, 14].



Bengt Järhult
Distriktsläkare i Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Referenser

1. Götzsche P. Dödliga mediciner och organiserad brottslighet: hur läkemedelsindustrin har korruperat sjuk- och hälsovården. Karneval förlag 2015.
2. Hansson O. De samvetslösa läkemedelsbolagen. Om SMON-skandalen. Zindermans 1977 (ISBN 9152802280)
3. Järhult B. Tagamet från distriktsläkarens utmarker. Läkartidningen 1978;75:3533-4.
4. Backman L, Schmidt D, Vitols S. Protonpumpshämmare misstänks ge allvarliga biverkningar. Läkartidningen 2013;110:828-31.
5. Cederberg J. Experter på Läkemedelsverket har inte redovisat jävsituationer. <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/02/Experter-hos-Lakemedelsverket-har-inte-redovisat-javvsituationer/>
6. Järhult B. Undanhållet jäv bör leda till avstängning från publicering i LT. Läkartidningen 2017;114:E1TU <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debat/2017/03/Undanhallet-jav-bor-leda-till-avstangning-fran-publicering-i-LT/>
7. De Jong C, Tseng C, alGrace A et al. Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Intern Med.* 2016;176(8):1114-10. doi:10.
8. Järhult B, Hagström B, Nilsson L. Läkemedel ur ett patientperspektiv. Läkemedelsboken 09/10. Stockholm: Apoteket AB 2009.
9. Werkö L. Sjukdomsbegreppet och läkemedelsbehandling. Läkemedelsboken 07/08. Stockholm: Apoteket AB 2007.
10. Järhult B. Apropå: En skamlig kampanj. Läkartidningen 2011; 108: 2353.
11. Järhult B. Förenklade checklistor hotar primärvården. Läkartidningen. 2015-09-08 <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debat/2015/09/Forenklade-checklistor-aventyrar-primarvarden/>
12. Werkö L. Läkare och industrin. Ett sekel med läkaren i focus. Läkarförbundet 1903-2003. Fälth&Hässler: Värnamo 2003.
13. Melander A, Järhult B. Läkemedelsverket sviker patienterna. SvD 2015-05-02.
14. Ahn R, Woodbridge A, Abraham A et al. Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional study. *BMJ* 2017;356:i6770 <http://www.bmj.com/content/356/bmj.i6770>.

Bengt Mattson – industrins samvete?

Jag träffade Bengt Mattson i hans roll som läkemedelsindustrins miljörepresentant. Så stötte vi på varandra på spelmansstämmorna där han med outtröttlig energi driver på sina medmusikanter.

Nu sitter vi i ett gråneutralt mötesrum på LIF (Läkemedelsindustriföreningen), mitt i Stockholm. Så som musiken brukar strömma ur hans fiol så strömmar berättelsen ur Bengt.

Hur hamnade du i läkemedelsindustrin?

Jag fick jobb på Pharmacia som bedrev forskning om plaster för näringslösningar. I Tyskland fanns ett stort motstånd mot plastavfall, och mitt intresse för livscykelbedömningar väcktes. Det är spännande att ta människors beteenden, lagar och regler, prissättning m.m. i beaktande när man gör livscykelanalyser och miljöbedömningar.

År 1997 publicerade vi i Läkare för Miljön (LfM) vår rapport [1] som inspirerade arbetet kring läkemedel och miljö. Vi framförde önskemål om miljömärkning i FASS, att vi som läkare skulle kunna välja ”gröna” läkemedel.

Miljöinformationen i fass.se är en miljöklassificering av läkemedelssubstanser. Miljöriskbedömning är en kombination av farlighet och exponering. Den svenska modellen har fått global acceptans.

Vi hade en övertro på användbarheten för landsting och läkare. Den medicinska effekten är alltid överordnad miljöpåverkan. Miljödata i fass.se har dock varit viktigt för öppenheten. Nästa steg är märkning av hela produkten, inte bara av den aktiva substansen.

En livscykelanalys är tidskrävande. I Skandinavien talar vi om utsläpp av API (active pharmaceutical ingredient) i samband med tillverkningen, t.ex. i Indien och Kina. I Storbritannien lägger man större vikt vid utsläpp av växthusgaser. NHS (National Health Services) har identifierat att 35 % av sjukvårdens ”carbon footprint” kommer från läkemedelsområdet.

Båda finns med i läkemedelsstrategin

[2] där LIF ansvarar för ett pilotprojekt med receptfria läkemedel. När produktens hela miljöpåverkan finns i fass.se kommer man att se skillnad på produkterna.

”Industrin är en del av problemet men också en del av lösningen.”

Det går inte fort. En riksdagsman berättade att alla förändringar tar minst 10 år från idé till resultat. Enda sättet att göra förändringar i en demokrati är att göra det på ett kontrollerat sätt där varje litet steg är en framgång. Det har hänt mycket när det gäller hur industrin, hälso- och sjukvården och läkarna hanterar ny information.

Läkemedelsindustrin har ett dåligt rykte. Bengt Järhult ger exempel på sid 21. När ISDE (International

Doctors for the Environment) tog frågan till SAICM (Strategic Approach to International Chemicals Management, ett FN-organ) föreslog jag att du skulle tas med i arbetet. Men det blev blankt nej till industrin.

Industrin innehåller goda och dåliga människor. Det finns bolag med högre och de med lägre ambitioner. Det finns folk som är beredda att fuska med kvalitetskrav och på så sätt utsätta patienter för livsfara.

Sverige har lyckats väl med partsöverläggningar. Industrin är en del av problemet men också en del av lösningen. Det är våra produkter, det är vi som ska regleras och som ska efterleva regleringen.

Det blir svårare för SAICM att genomdriva verklig förändring. De åtgärder som kommer att föreslås blir bland annat hantering av överblivna läkemedel, sådant som vi satte på plats för 20-25 år sedan. Idag diskuterar vi hur vi ska få fram data om hur antibiotikautsläpp påverkar resistensutvecklingen. Vi ska förstå och förpacka informationen för dig som läkare. Jag är inte säker på att SAICM-processen

Bengt Mattson

Ålder: 51 år

Familj: Sonen Christoffer samt flickvän och bröder med familjer

Bor i: Täby

Utbildning: Civilingenjör, KTH. Doktorerat i polymerkemi.

Arbete: Började sin karriär på Pharmacia som köptes upp av Pfizer 2003. Är nu hållbarhetschef 50 % vardera på Pfizer och LIF.

Fritidsintresse: Spela svensk folkmusik på fiol.



Bengt Mattson spelar på sin hardingfela. Foto: Maria Ehrman.

hjälp oss i det arbete som bedrivs här för att ställa om sektorn.

Industrin äger problemet när det gäller tillverkning. Men användarledet ägs av proffsen i hälso- och sjukvården. Miljöriskbedömning används som ett av underlagen vid godkännande av läkemedel för veterinärbruk men inte för humanbruk, vilket är riktigt. Ett av Sveriges mål är att få upp miljömålet "giftfri miljö" på EU-nivå.

Miljöpåverkan skapas inte av att en produkt finns tillgänglig utan av användningen. Därför ska den vara kontrollerad och restriktiv. Jag som patient ska ha tillgång till produkten även om den har miljöpåverkan, men kan kanske tvingas kissa i påse. Hälso- och sjukvården ska säkerställa en ansvarsfull och hållbar användning.

Läkemedelsföretagens marknadsföring är genomtänkt och kommer in på ett tidigt stadium. Läkare och läkemedelskommittéer påverkas av forskarna och av marknadsföringen.

Om man lever i enlighet med regleringarna ska informationen baseras på fakta. Jag ser större risker med att vi säger nej tack till produkter som kan vara värdefulla i morgon. Jag vill ha godkännande men att det finns en god kontroll över användningen.

Bengt Järhult talar bland annat om Socialstyrelsens rekommendationer som kan leda till "maximal användning av läkemedel" för varje åkomma.

Vi som industri kan inte visa det långsiktiga värdet av maximerad behandling av varje åkomma. Det kan inte vara patientnytta att någon står på 15-20 läkemedel utan uppföljning. Jag är övertygad om att det är industrins intresse att vi säkerställer en klok användning av läkemedel.

Om vår marknadsföring är problemet kastar jag tillbaka: Hur det är möjligt att ha ett beslutssystem som inte larmar och där miljöperspektivet inte lyfts fram?

Ett läkemedels miljöpåverkan kan rättfärdigas om det ger patientnytta. Samverkan är viktigt, och det är vi bra på i Sverige. Om vi talar med varandra över aktörsgrensarna kan vi driva utvecklingen framåt.

Vill du säga något om din blogg?

Ansvarsblogg.se startade 2008. Bloggen har varit ett viktigt verktyg i mitt arbete



Bengt Mattson.

Foto: Ingrid Eckerman

och har också ökat medvetenheten internt och externt. Många studenter och andra intressenter undrar över hållbarhet, läkemedel och läkemedelsindustri och hittar fram till mig. Det har lett till flera studentprojekt. Branschen hälso- och sjukvård och läkemedel berör oss alla, men ändå är medvetenheten om dess miljöpåverkan låg.

"Min dröm är att vi går från att vara pillertrillare som framför allt tjänar pengar på att sälja läkemedel till att tillhandahålla intelligenta hälsolösningar för att förebygga ohälsa men också för att skapa hälsa, kurera."

Du skriver mycket om CSR, corporate social responsibility.

CSR är ett luddigt begrepp. För mig handlar det om ansvarstagande företagande – det gäller exempelvis SLL (Stockholms läns landsting) så väl som Pfizer. För tjugo år sedan var miljöfrågan aktuell,

det sociala handlade om välgörenhet. Idag har frågorna vuxit ihop. Miljön påverkar samhället och ger en social påverkan. Vi ser det i form av klimatflyktingarna och föroreningarna.

Socialt ansvarstagande innefattar också god tillgänglighet till läkemedel när betalningsförmågan är låg. Det största värdet skulle vi ge om vi var skickligare på att förebygga ohälsa. Min dröm är att vi går från att vara pillertrillare som framför allt tjänar pengar på att sälja läkemedel till att tillhandahålla intelligenta hälsolösningar för att förebygga ohälsa men också för att skapa hälsa, kurera. Varför skulle vi inte kunna jobba med livsstilsförändringar?

Det skulle ni vinna på. Då lever vi längre, blir riktigt gamla med kroniska sjukdomar och behöver mer läkemedel.

Vi har lämnat marknaden öppen för kvacksalvare och hälsokostbranschen. Tänk om vi hade varit med i gymexplosionen och skapat samverkan med dietister, apotekare etc. Ett hälsoställe där vi fanns med. Då tycker jag att vi talar hållbarhet och CSR på riktigt. Tillgänglighet till läkemedel måste finnas med. Det är mitt drömhållbarhetsprojekt. Vi måste göra det tillsammans med professionen.

Hela samhället måste ställa om från att föra över resurser för efterbyggande verksamhet till ökade preventiva insat-

ser. Miljön är en liten del av det. Det är lättare för TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) att räkna på botande effekter. Vi har en modell för att prissätta värdet av vacciner, så det borde gå att räkna på t.ex. motion och kost. Jag vill att läkemedelsindustrin ska vara med då.

Är industrin intresserad?

Ett av mina favoritcitat från Jeff Kinder, Pfizers tidigare koncernchef: "Är det inte dags att gå från att bota människor till att hjälpa dem att inte bli sjuka?" Jag tror att många håller med. Varför kan vi inte jobba mer förebyggande i stället för efterhjälpande?

Då är du inne på hela samhället. Utbrändhet, cykelbanor. Skulle Pfizer ägna sig åt stresshantering?

Vi har ett mindfulnessprogram för våra medarbetare. Om vi tror på det för medarbetarna borde vi tro på det för samhället. Vår VD Malin Parkler vågar tänka utanför rollen. Är det bra för våra medarbetare borde det vara bra för läkaren. Om verksamheten på exempelvis NKS (Nya

Karolinska sjukhuset) skulle vara dysfunktionell pga. missnöjd personal har våra läkemedel inte en chans att hjälpa patienten.

Vad är största problemet i Sverige och internationellt?

Bristen på förtroende och respekt mellan akademien, hälso- och sjukvårdsproffsen och industrin. Om vi tror att andra sidan är ond och elak löser vi aldrig några problem. Pengarna tryter i landstingen, men om vi gör det tillsammans kan vi lösa problem.

Jag brukar säga att den enda riktiga miljöinsatsen när det gäller läkemedel och miljö är att konsumtionen minskar, att vi äter färre piller. Människor vill ha "quick fix" och är positiva till piller.

Här har vi inte olika åsikter. Man har rätt som patient att få en adekvat behandling. Överförskrivning och överbehandling är inte i ditt eller mitt intresse.

Intervjun avslutas när en student från Stockholms universitet ringer för handled-

ning. Därefter ska Bengt bege sig till "det andra jobbet", dvs. Pfizer i Sollentuna.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör

F.d. ordförande för Läkare för Miljön
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. Läkemedel och miljö – vad vet vi idag? En kort analys av dagens kunskapsläge. Läkare för Miljön 1997.
2. Nationella läkemedelsstrategin för bättre läkemedelsanvändning 2016-2018. Socialdepartementet och SKL.

Pfizer har, som de flesta kemiska och läkemedelsindustrier, sina egna skandaler av olika slag. Detta berördes inte under intervjun.

Ska vi oroa oss över de eventuella biverkningarna vid långtidsanvändning av protonpumpshämmare?

Det förskrivs ungefär 20 gånger så mycket protonpumpshämmare (PPI) nu som för 20 år sedan. Runt 10 % av befolkningen använder sig idag av dessa läkemedel. En automatiserad journalgranskning på 60 000 patienter visar att det möjligen finns risker med långtidsanvändning av protonpumpshämmare, men att de i så fall är mycket små. Med tanke på att många patienter tycks få PPI förskrivet under långa perioder utan uppfylla nuvarande behandlingsindikationer är det dock fullt möjligt att enskilda patienter drabbas i onödan.

Omeprazol, den mest använda protonpumpshämmaren, är idag det fär-

de mest förskrivna läkemedlet och det femte mest sålda receptfria läkemedlet. Förskrivningen korrelerar exponentiellt med patientålder. Hos gruppen 85+ är det således närmast en tredjedel som får PPI förskrivet. Detta återspeglas till viss del när man jämför förskrivningsmönster med medelålder i olika landsdelar. I Stockholm är både medelåldern och PPI-förskrivningen låg, i Norrbotten är det omvända sant. Det finns dock vissa regioner som sticker ut. I Västra Götaland är medelåldern relativt låg, men förskrivningen relativt hög. På Gotland är istället medelåldern hög och förskrivningen låg.

Man har också kunnat se att förskrivningsincidensen, dvs. antalet nya använ-



Illustration: Annika Andén

dare, ligger relativt konstant. Däremot ökar förskrivningsprevalensen, dvs. det totala antalet användare. Gruppen långtidsanvändare, här definierat som patienter som tagit fler än 180 DDD/år, svarar således för en allt större andel av mängden förskrivet PPI. I flera tidigare journalgranskningsstudier, från såväl Sverige som Danmark, har man noterat att uppemot hälften av dessa patienter får PPI mot funktionell dyspepsi som inte är en giltig behandlingsindikation.

Potentiella biverkningar vid långtidsanvändning av protonpumpshämmare

Det kommer allt fler rapporter om misstänkta biverkningar vid långtidsbehandling med PPI. År 2000 publicerades runt 50 studier relaterade till kombinationen av MeSH-termerna "proton pump inhibitors" och "adverse effects", 2010 publicerades 200 studier.

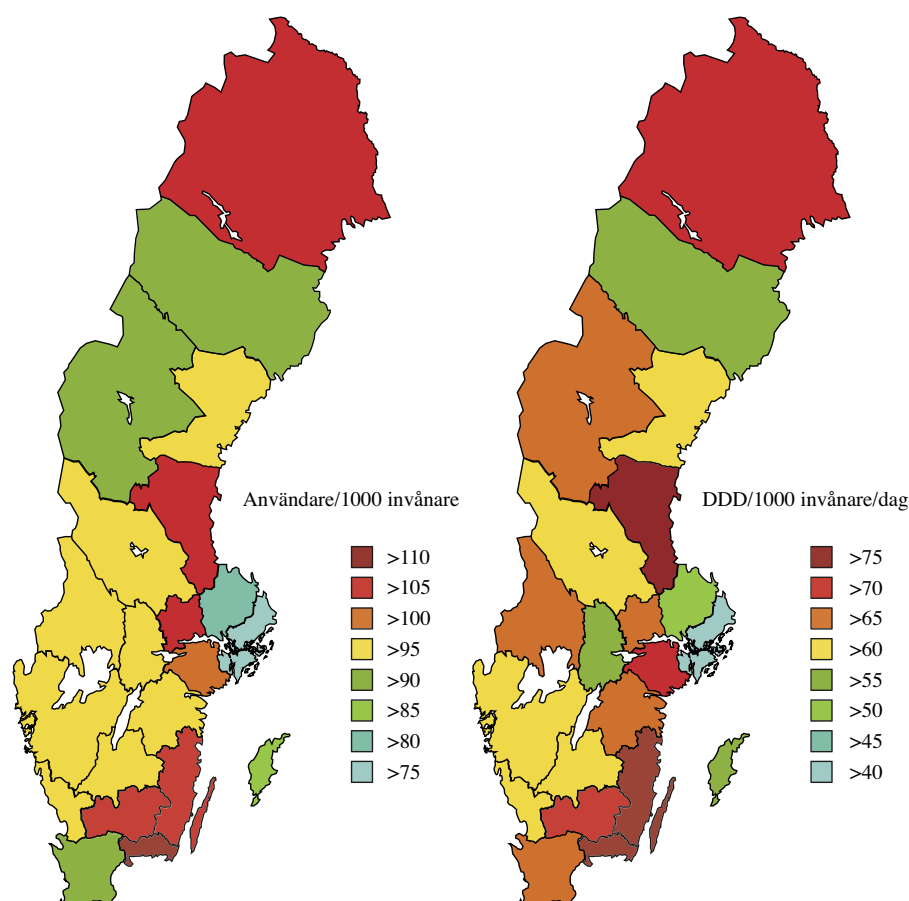
Många av de misstänkta biverkningarna är direkt relaterade till magsyrans fysiologiska funktioner, såsom att förhindra tarminfektioner och underlätta upptaget av vissa näringsämnen. Evidensläget för några av de mest omtalade, potentiella biverkningarna av långtidsanvändning av PPI sammanfattas i tabell 1. Gemensamt för i stort sett samtliga är att det finns studier som talar både för och emot biverkningar samt att de riskökningar som räknats fram i metastudier antingen är små eller saknar statistisk signifikans.

Potentiella läkemedelsinteraktioner

Interaktionen mellan klopidoogrel och omeprazol/esomeprazol bedöms i nuläget sakna klinisk relevans. Däremot bidrar alla PPI till att öka koncentrationerna av citalopram/escitalopram, vilket i sin tur ökar risken för rytmrubbningar (via QT-påverkan). Samtliga PPI leder också till en halverad absorption av doxycyklinmonohydrat (dvs. den beredningsform som används i doxycyklin-tabletter).

Hur ser det då ut i verkligheten?

Som mitt FoU-arbete har jag gjort en automatiserad journalgranskning av de patienter som fått PPI förskrivet vid någon av Bräcke Diakonis fem vårdcentraler i Västra Götalandsregionen under tidsperioden 2010-2015. "Automatiserad" innebär att jag skrivit ett datorprogram som extraherar avidentifierade data från



Figur 1: Andel patienter som får PPI förskrivet samt medelålder i olika delar av landet.

journalsystemet gällande diagnoser, utvalda labprover samt förskrivningar för alla patienter som haft kontakt med någon av våra vårdcentraler. Sammanlagt rör det sig om ungefär 60 000 patienter, 800 000 patientkontakter, 300 000 recept och 120 000 labsvar.

Utifrån dessa grunddata har jag delat upp patienterna i fyra olika grupper: patienter som ej fått något PPI förskrivet, patienter som fått <180 DDD PPI förskrivet under året, patienter som fått 180-365 DDD PPI förskrivet under året samt patienter som fått >365 DDD PPI förskrivet under året. jämförelser mellan dessa grupper har gjorts gällande utvalda labprover, förekomst av associerade diagnoser etc. Arbetet är ännu inte helt slutfört och resultaten därmed också preliminära. Sammanfattningsvis går det dock att säga att:

- Förskrivningar av omeprazol, 20 mg svarar för nästan 85 % av allt förskrivet PPI. Av dessa utgörs en majoritet av recept på 4 x 100 tabletter, vilket svarar för nästan 50 % av allt förskrivet PPI.

- För c:a 40 % av förskrivningarna saknas klar indikation, definierat enligt VGR:s regionala medicinska riktlinje för PPI-behandling: (1) förekomst av relevanta diagnoskoder såsom ulcus, esofagit och GERD, (2) pågående behandling med NSAID hos patienter med en eller flera riskfaktorer för GI-blödning, dvs. ålder över 75 år och/eller samtidig medicinering med ASA, glukokortikoider, SSRI eller antikoagulantia, (3) pågående behandling med ASA hos patienter som tidigare haft ett ulcus.
- Lite mer än 20 % av behandlingarna motiverades av funktionell dyspepsi, som inte utgör en giltig behandlingsindikation.
- De patienter som fått mycket PPI förskrivet var, inte helt oväntat, äldre, hade fler diagnoser, fler förskrivningar av övriga läkemedel samt fler läkar- och sköterskekontakter.
- Det gick inte att se någon tydlig skillnad mellan grupperna gällande förskrivning av antibiotika, B12- och järntillskott eller bisfosfonater.

- Det gick heller inte att se några skillnader vad gäller Hb, MCV, homocystein, kobalamin eller BMI.

Detta stämmer väl överens med tidigare slutsatser i litteraturen, dvs. PPI-förskrivningen är omfattande men de associerade biverkningarna av långtidsbehandling tycks trots allt små eller mycket ovanliga.

Slutsats

Sammanfattningsvis kan man säga att det möjligen finns risker med långtidsanvändning av protonpumpshämmare, men att de i så fall är mycket små. Med tanke på att många patienter tycks få PPI förskrivet under långa perioder utan uppfylla nuvarande behandlingsindikationer är det dock fullt möjligt att enskilda patienter drabbas i onödan.

Även om det saknas tydlig evidens för att stegvis uttrappning underlättar utsättning av PPI finns ingen fara associerad med att avbryta en onödig behandling annat än att patienterna riskerar drabbas av reboundfenomen.

Hur man på bästa sätt identifierar de patienter som äter PPI i onödan för att sedan sätta ut denna behandling är en kvarstående fråga, som skulle behöva studeras ytterligare.



Segerkvist Mårten
martin.segerkvist@brackediakoni.se

Biverkan	Bakgrund	Evidensgrad, klinisk betydelse
Reboundfenomen	Hypergastrinemi, som ger upphov till hyperplasi av ventrikeln's parietalceller samt enterokromaffina celler, vilket i sin tur orsakar hypersekretion då behandlingen avslutas.	Klar evidens för att dyspeptiska besvär kan uppstå hos patienter som ätit PPI i 8 veckor eller mer. Evidensläget mer oklart vad gäller minskade besvär vid stegvis uttrappning.
Ökad risk för bakteriella tarminfektioner	Minskad saltsyra-barriär.	Låg, men finns sannolikt viss ökad risk för infektioner med <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> och <i>C. difficile</i> .
Osteoporos	Minskat (syraberoende) kalciumupptag, möjlig påverkan på osteoblaster.	Låg, sannolikt ingen klinisk betydelse.
Försämrat järnupptag	Minskat (syraberoende) upptag av icke-hemjärn, dvs. den dominerande källan till järn i vanlig kost.	Låg, klinisk betydelse endast kunnat visas hos patienter med hemokromatos, där man observerat att minskat flebotomibehov hos patienter som använder PPI.
Försämrat upptag av vitamin B12	Försämrad spjälkning av proteinbundet kobalamin (syraberoende), hämmad parietalcellssekretion av intrinsic factor, bakteriell överväxt i duodenum.	Låg, sannolikt ej kliniskt relevant.
Försämrat magnesiumupptag	Oklar bakgrund.	Låg, saknar sannolikt klinisk betydelse.
Pneumoni	Bakteriell överväxt i ventrikel och duodenum med bl.a. pneumokocker.	Låg, riskökning endast noterats för icke-sjukhuskrävande pneumonier.
Alzheimerdemens	Ökade nivåer av Aβ-peptider i CNS har observerats vid PPI-behandling.	Låg, oklar klinisk signifikans.
IBS	Förändrad tarmflora.	Mycket låg.
Mikroskopisk kolit	Oklart.	Mycket låg.

Jäv saknas.

Tabell 1: Potentiella biverkningar av långtidsanvändning av PPI.

Alternativa läkemedel

Homeopatins svenska resa vid sidan av de farmakologiska allfarvägarna

Kan homeopatiska medel klassificeras som läkemedel? Hur ska innehåll och effekt kunna granskas? Varför har inte homeopatin försvunnit, trots att den dissats av ledande representanter för svensk medicin, farmakologi och natur-

vetenskap i snart 200 år? Homeopatins resa genom riksdag, lagar och domstolar visar hur svårt det kan vara att hantera medel som inte alltid passar var tids medicinvetenskapliga normer för bedömning.

Från läkande medel till läkemedel

I och med den "farmakologiska revolutionen" har läkemedel blivit lika med industriellt framställda farmaka, prövade i laboratorium, på djur och i kliniska studier på människa. Idag definieras läkemedel som just substanser eller kombination av substanser med avsikt att förebygga eller behandla sjukdom eller ställa diagnos.

Allt har inte passat formatet för det kontrollerande nålsöga varigenom substanserna ska passera för att få spridas. Smittkoppsvaccinet var en innehållsrik icke-standardiserad biologisk substans som under lång tid hanterats utanför läkemedelsregleringen [1]. Veterinär Elis Sandbergs thymusextrakt THX väckte huvudbry innan det till slut klassificerades som "naturläkemedel för injektion" [2]. Att antroposofiska och homeopatiska medel med anpassning till EU-lagstiftningen idag omtalas som "läkemedel" i läkemedelslagen (2015:315) och omfattas av specialbestämmelser har väckt ont blod bland medicinvetenskapliga företrädare [3, 4].

Homeopatins principer och preparat har varit omdiskuterade i relation till människors hälsa respektive medicinvetenskapliga krav och juridiska regelverk i 200 år [5]. Medlen har under olika tidsperioder varit inkluderade eller exkluderade ur lagstiftningen rörande farmaka. Striderna kring homeopatin belyser svårigheten att hantera en läkemedelslära som inte passar in i normerna för den sedan 1900-talet allt mer reglerade läkemedelssektorn. Striderna sätter också fingret på frågan om läkarens ställning som en yrkesutövare, som i kraft av lång och vetenskapligt grundad utbildning ska ha stor självbestämmanderätt i medicinska frågor.

Apoteksvara och recepttvång

Kring 1800-talets mitt avfärdades homeopaters hänvisningar till empiriska studier och jämförande statistik av svenska läkare som företrädde en mer eminsensbaserad medicin [5]. I 1913 års apoteksvarustadga klassificerades de homeopatiska medlen som apoteksvaror, men inte som farmaceutiska specialiteter. Homeopatiska medel definierades som läkemedel som inte innehöll något verksamt ämne i en myckenhet överstigande en hundratusendel av sin vikt. Apoteken var skyldiga att tillhandahålla homeopatika; de medel som inte kunde importeras skulle tillverkas på plats.



Möte för homeopatins sak år 1917 med tal av bl.a. läkaren och homeopaten Hjalmar Sellén (1849–1922) och Sveriges vid denna tid mest kända lekmanahomeopat, Klara Fransén (1862–1943).

Homeopatiska principer för läkare och läkemedel

Den homeopatiska läran utvecklades av den tyske läkaren Samuel Hahnemann (1755–1843) kring sekelskiftet 1800 i reaktion mot dåtidens medicinska teori och praktik, såväl de alltför spekulativa teoretiska varianterna, som de giftigare och blodigare medlen och metoderna.

Homeopatins viktigaste principer enligt Hahnemann gäller läkaren och läkekonsten, först därefter följer själva läkemedelsläran [6]. Grundtanken är att en sjukdom kan botas med läkemedel som hos friska personer framkallar samma symtom som den sjuke lider av, därav devisen *similia similibus curantur*, liknande botar liknande. Medlen ordinerar med ledning av noggrann beskrivning av den sjukes individuella symtomkomplex.

En central princip är att läkemedel ska ges i minsta möjliga dos. Medlen framställs enligt en s.k. potenseringsprocess, som innebär att en ursprungssubstans – läkeväxt, animalisk substans eller mineraliskt ämne – fördelas i vatten och späds ut i flera omgångar för att – vilket förenklat är tanken – kraften ska överföras till mediet. Den sjätte decimalpotensen D6 exempelvis innebär "förtunning" 1:10 sex gånger utifrån det först förtunnade preparatet.

Således används inom homeopatin ett annat förfaringsätt än vad som varit och är gängse inom reguljär medicin för att ställa diagnos, framställa, pröva och ordinera läkemedel.

År 1916 införde Medicinalstyrelsen recepttvång för homeopatiska medel som beretts av giftiga ursprungssubstanser. Riksdagen modifierade Medicinalstyrelsens vilja år 1919 så att även medel fr.o.m. sjätte decimalpotensen (D6) fick säljas fritt på apotek, utan recepttvång.

Undantag från farmaceutiska krav

I och med 1934 års specialitetskungörelse undantogs även fortsättningsvis de homeopatiska medlen från kraven som ställdes på farmaceutiska specialiteter, som endast skulle få säljas på apotek samt underkastas bedömning och undersökning innan registrering. Medel som inte innehöll något verksamt ämne överstigande en hundratusendel av medlets vikt gick ju ändå inte att analysera på kemisk väg, ansåg lagstiftarna.

Medicinalstyrelsen misslyckades med nya försök att ändra kungörelsen så att försäljningen av homeopatika skulle förbjuda.



Carl Sundberg (1859–1931), tidigare professor i patologisk anatomi vid Karolinska Institutet, utövade på äldre dagar homeopati efter att ha gått i lära hos Klara Fransén.

das. Läkemedelsutredningens förslag i samma riktning från 1951 gick inte igenom. Inte heller en åklagares och Medicinalstyrelsens försök på 1950-talet att (be)döma homeopatin i sig som bedräglig lyckades. År 1964 när 1962 års läkemedelsförordning trädde i kraft exkluderades homeopatiska medel helt från läkemedelslagstiftningen och definierades som "fri handelsvara" i linje med synsättet att de var rena sockerkarameller. När apoteken tio år senare förstatligades var det också definitivt slut med försäljningen av homeopatiska medel där.

Utebliven "erforderlig" behandling – en oklar hypotes

En allmänläkare som utövade homeopati anmälades vid 2000-talets början av Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndighet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för att han "inte utfört sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och visat allvarliga brister i yrkesutövningen". Socialstyrelsen likställde (fortfarande) homeopati med överksam behandling, vilket ansågs äventyra patienternas säkerhet.

Läkaren fälldes i HSN. Ärendet vandrade genom kammar- och regeringsrätt till Högsta förvaltningsdomstolen, som emel-

lertid ansåg att Socialstyrelsen inte hade belagt någon konkret fara för patientsäkerheten. Risken att "erforderlig" behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet "skulle kunna utebli" som konsekvens av homeopatisk behandling ansåg domstolen som "alltför oklar och hypotetisk för att kunna beaktas". Läkaren friades år 2011.

Farmakologi och patientsäkerhet

Än idag råder strid om homeopatiska medels ställning i relation till läkemedelslagen. Upprördheten över homeopatin gäller främst en befarad bristande tilltro till vetenskapen och att begreppet "läkemedel" ska förlora sin koppling till effektprövade och säkerhetskontrollerade substanser. Eftersom ingen mätbar kvantitet av ursprungssubstansen finns kvar i många homeopatiska medel anses det röra sig om placebo [2]. Övergripande analyser över sentida studier av effekter av homeopatisk behandling har uppvisat delvis tvetydiga resultat. En australisk rapport från 2015 sammanfattar att det inte finns tillförlitlig evidens för effekt [7].

Inte heller den rapporten lär få homeopatisk praktik att upphöra. Tillräckligt antal utövare och patienter finner att homeopati kan vara verksamt. Så har varit fallet relativt oberoende av den medicinska vetenskapens skiftande teoribildningar och kriterier för vetenskaplighet (eminens- respektive evidensbaserad) under de gångna tvåhundra åren. Variationen i bedömningarna av vad som är vetenskapligt och att betrakta som läkemedel lär fortsätta.



Homeopatiska Månadsbladet, här nr 4 1934, var bara en av många tidskrifter för homeopati av varierande livslängd som utgavs under 1900-talet första hälften.

Motzi Eklöf

Fil.dr, docent i tema hälsa och samhälle
Enheten för medicinens historia och kulturarv,
Karolinska Institutet
motzi.eklof@ki.se



Referenser

1. Eklöf M (2016) *Variola & Vaccinia: Om massvaccination och folkhälsopolitik, vaccinforskning och läkaretik*. Malmö: Exempla.
2. Björk M (2016) "Kalvbrässkontroversen: Veterinärmedicinaren Elis Sandberg, cancermedlet THX och skolmedicinen i Sverige från 1952 till 1989", *Lychmos: Årsbok för idé- och lärdomshistoria*, s. 129–154.
3. Moberg Ch & Larhammar D (2016) "Homeopati i Europa", *Akademinyheter* nr 4. Kungl. Vetenskapsakademien.
4. Eklöf M (2017) "Den problematiska medicinska integrationen: En betraktelse över betydelsen av nation, tradition och organisation i svensk vård", *Socialmedicinsk tidskrift* vol 94(1), s. 60–69.
5. Eklöf M (2014) *Homeopati i Sverige: En kontroversiell medicinhistoria*. Stockholm: Carlssons.
6. Hahnemann S (1835) *Organon för läkekonst; eller första grunderna till den specifika och homeopathiska sjukbehandlingen*. Stockholm.
7. National Health and Medical Research Council (2015). *NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions*. March 2015. CAM02A. Commonwealth of Australia: NHMRC.

Bilder: Från homeopatins storhetstid i Sverige, 1910–30-tal.
Källa och repro: Kungliga biblioteket.

Annons

Allmänläkaren möter patient med medicinskt oförklarade symtom

Allmänläkaren kan uppleva vanmakt när det inte går att hjälpa patienten med medicinskt oförklarade symtom (MOS). Mötet med sådana patienter kan ses som en pendling mellan hopplöshet och hopp, där allmänläkaren använder sig av olika roller och strategier för få pendeln att peka åt hoppet. Det blev slutsatsen av denna kvalitativa intervjustudie, som fick priset ”årets uppsats” vid specialistexamen 2016.

MOS (medicinskt oförklarade symtom) beskrivs som tillstånd med symtom utan objektiva fynd. Det kan handla om magsmärta, i nacke-rygg-axlar, huvudvärk, trötthet, sömnbesvär, irritabel tarm, kronisk trötthetssyndrom o.s.v. Många patienter har en kombination av dessa symtom vilket indicerar gemensam bakomliggande mekanism.

Kvalitativa studier har visat att allmänläkare upplever vanmakt, frustration och ångest när de inte kan förklara symtomen och uppfylla patientens förväntningar, och det kan leda till att läkaren avfärdar patienten [1]. Att bidra till ökad förståelse av allmänläkares erfarenheter i mötet med dessa patienter skulle kunna gagna patienten genom möjligheten att hitta bättre strategier till samförstånd.

Syftet med denna studie var att belysa allmänläkares erfarenheter av mötet med patienter med MOS.

"Att tolka mötet mellan allmänläkaren och patienten med MOS som en pendling mellan hopplöshet och hopp har inte förekommit i tidigare forskning."

Material och metod

Semistrukturerade intervjuer gjordes med tre specialister i allmänmedicin (40-65 år gamla, 7-33 års erfarenhet). Intervjuerna spelades in och skrevs ned ordagrant. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys identifierades meningsbärande enheter i texten och kondenserades till koder som sorterades under olika kategorier. Tolkningen av hela texten resulterade i ett tema. I slutet gjordes även en jämförelse mellan intervjuerna.

Resultat

"...o så kommer det in nån som jag har känt jättemånga år o ... jag uppfattar att det kommer krav på att jag ska hitta nåt helt nytt fantastisk mirakel o... o då kan jag känna... hur jag... liksom blir provocerad o tycker 'men jag som har varit så himla schysst...' alltså jag kan känna de känslorna men ur det där frustrationen... jag

hinner ju som tur är inte säga allt det där... jag hinner bara känna det, så kan det komma liksom att... men, hur är det egentligen? Har du tänkt på, är det det här jobbet du ska ha?..."

Att pendla mellan hopplöshet och hopp

Analysen resulterade i det övergripande temat *att pendla mellan hopplöshet och hopp* som exemplifieras av citatet ovan. Innehållet kategoriserades under *upplevelser av mötet* och *Strategier i mötet* som i sin tur delades i underkategorier:

Tema	Pendla mellan hopplöshet och hopp	
Kategorier	Upplevelser av mötet	Strategier i mötet
Underkategorier	Hjälplöshet Tillit	Mänsklig roll Yrkesroll

Upplevelser av mötet

Hjälplöshet

Många gånger har patienten redan träffat andra läkare före besöket hos allmänläkaren och kommer besviken och missnöjd för att hen inte blivit bättre eller inte fått önskad hjälp. Patienten förmedlar vanmakt, uppger t.ex. att hen inte kan jobba och kan komma med krav på sjukskrivning som läkaren kan uppleva som mycket jobbigt. En av läkarna tyckte att det typiska för dessa patienter är att de vill lägga över ansvaret för sitt tillfrisknande på läkaren, patienterna tycker inte själva att de behöver träna eller skaffa bättre sömnrutiner t.ex. Detta gav en känsla av utmattning hos läkaren. Enligt en läkare skrämmer diffusa symtom patienten för att de kan vara tecken på allvarlig sjukdom eller "i värsta fall" vara psykiskt orsakade som patienten kan ha svårt att acceptera. Symtomen kan också skrämma läkaren som är rädd att missa något allvarligt och därför garderar sig med extra utredningar.

Tillit

Trots svårigheterna i mötet finns ofta en tillit mellan patienten och läkaren. Känslan kan komma direkt vid första mötet, där patienten kan verbalt uttrycka uppskattning av läkarens ärlighet även om läkaren säger nej till recept på beroendeframkallande medicin. När patienten förstår att symtomet inte orsakas av allvarlig sjukdom kan hen också känna tillit och nöja sig. Mötet kan dock sluta med att patienten inte nöjer sig med läkarens bedömning och byter doktor.

Strategier i mötet

Mänsklig roll

Ofta börjar mötet med att läkaren bjuder in patienten och låter denna berätta hela sin historia ostört för att förstå hens upplevelser. Läkaren kan fråga efter patientens föreställningar och förväntningar. När patienten är missnöjd kan det väcka irritationskänslor hos läkaren som försöker dölja dem för att

inte störa relationen. En läkare menade att det är viktigt att lyssna noga på just den patienten eftersom det alltid finns ett (dolt) skäl till att patienten är "jobbig". Att skapa god relation var en viktig strategi. Läkaren kunde vara mer personlig, t.ex. genom att säga att hen kände igen sig i patientens svåra situation eller att säga "jag är inte orolig för dig" istället för "det är inget farligt" och på så sätt förmedla en känsla av personlig omtanke. Att erbjuda kontinuitet genom återbesök, var också en strategi som läkarna använde sig av för att skapa trygghet för patienten. Läkaren kunde gå utanför de medicinska ramarna och föreslå yoga eller byte av jobb. Detta kunde ändra läkarens roll till att vara en samtalspartner och tröstare.

När patienten frågar efter åtgärder som inte är medicinskt motiverade kan läkaren ibland gå hen till mötes med motivationen att patientens tillit ökar av att se att doktors bedömning var rätt, men också för att undersökningen är lätt att utföra eller av tidspress.

Yrkesroll

Läkarna gjorde oftast först en noggrann medicinsk bedömning, dels för att det är förtroendeskapande, dels för att försäkra sig om att inte missa något allvarligt. Därefter försökte läkaren erbjuda en förklaring, t.ex. att ledsmärtan kan bero på ojämnheter i ledytan eller yrselbesvären tillhör åldrandet.

När patienten kräver olika åtgärder använder sig läkaren av sin professionella kunskap genom att säga nej till t.ex. beroendeframkallande medicin och förklara att det är skadligt. Läkaren kan också använda sig av sin erfarenhet och neka till onödiga utredningar genom att förutsäga resultatet av en efterfrågad utredning. Läkaren kan ta hjälp av kollegor genom remiss för second opinion för att försäkra sig själv att inte missa något väsentligt. Det fanns också god erfarenhet av teambedömning med fysioterapeut.

Jämförelse mellan intervjuerna

Vid enskild analys av varje intervju framkom det tre olika huvudroller som läkarna använde sig av: *shamanen*, *modern* och *skådespelaren*. Varje läkare lyfte fram en av rollerna som viktigast men kunde växla till de andra beroende på patienten.

Shaman-rollen utgår ifrån att den viktigaste hjälpen för patienten är att få symtomet förklarad. Läkaren anstränger sig som en detektiv för att hitta och leverera en förklaring om orsakssamband genom att syna historien noggrant efter ledtrådar som kan användas till en möjlig förklaringsmodell. Om sådana ledtrådar saknas kan hen lägga fram en hypotes där den objektiva sanningshalten inte är viktigast utan det är att patienten kan acceptera den. Shamanen använder sig extra starkt av sin läkarauktoritet.

Moder-rollen går ut på att känna av patienten som en människa, våga gå in i en djupare känslomässig relation som en ställföreträdande vän och moder. Genom att ge av sin personliga kärlek får läkaren patienten att känna sig sedd. Istället för att trösta genom en intellektuell förklaring håller denna moder den hjälplösa patienten i handen och säger: det här är hemskt, jag vet, men jag håller dig i handen och vi går tillsammans, du ska se att det blir bättre...

Skådespelar-rollen kan sägas vara ett mellanting mellan shamanen och modern; läkaren analyserar den patient hen har framför sig och betar sig enligt dennes uttalade önskan om



hur läkaren borde vara. I ett möte med en patient som har stark tillit till auktoriteter kan läkaren briljera med sina kunskaper för att förstärka sin auktoritet och peka med hela handen. I ett annat möte kan hen vara en finkänslig person som följer med och går patienten till mötes.

Diskussion

Huvudfynd

Mötet mellan allmänläkaren och patienten med MOS är känsloladdat. Läkaren möter en patient som ger uttryck för sin hjälplöshet genom oro, frustration och krav. Läkaren står handfallen när symtomen inte kan hanteras enligt biomedicinska kunskaper och verktyg. Dessutom upplever läkaren svårigheter med att nå patienten och få samförstånd. Detta gör att läkaren "smittas" av patientens känslor; frustration, oro och hjälplöshet. I denna situation, när två hjälplösa människor möts, kan en känsla av hopplöshet infinna sig. I värsta fall kan *hopplösheten* utmynna i uppbrott och man skiljs åt. Dock finns det en stark motor av *hopp* hos allmänläkaren som genom olika strategier försöker nå och hjälpa patienten. T.ex. använder sig allmänläkaren av sin personlighet för att skapa hopp eller sin professionella auktoritet för att hitta förklaringar. Det underliggande temat som genomsyrar mötet är således pendlingen mellan *hopplöshet* och *hopp*.

Diskussion av resultatet

Resultatet av denna studie ligger i linje med tidigare studier som visar på negativa upplevelser av vanmakt, frustration och oro hos allmänläkare [1, 2], likaså har man tidigare visat allmänläkares svårigheter med att nå patienten [3] och ta emot patientens krav [4]. Man har beskrivit allmänläkares positiva upplevelser, främst hos läkare som lyckas gå utanför den biomedicinska modellen för att hjälpa patienten och lyckas skapa en relation med patienten över tid [1]. En svensk studie har identifierat liknande strategier hos läkaren som framkommer i denna studie; att skapa god relation, att remittera vidare, gå med på patientens krav, hitta förklaring, se över patientens egen lösning, avgränsa genom sin auktoritet [5].

Att tolka mötet mellan allmänläkaren och patienten med MOS som en pendling mellan hopplöshet och hopp har inte förekommit i tidigare forskning. Detta skulle kunna vara ett bidrag för att nyansera förståelsen av mötet.

Något som var speciellt överraskande i denna studie var de tre olika rollerna (shamanen, modern och skådespelaren) som allmänläkarna använde i mötet med patienten med MOS. Man kan tänka sig att dessa roller har vuxit fram i ett samspel med läkarens personliga läggning och de goda erfarenheter hen har samlat på sig av att ha använt den rollen.

Slutsats

Att tolka mötet med patienten med medicinskt oförklarade symtom som en pendling mellan hopplöshet och hopp skulle kunna bidra till ett mer positivt sätt att se på mötet och göra att allmänläkare skulle kunna känna igen sig i hopplösheten men inspireras och känna en utmaning för att skapa hopp istället för att fastna i vanmakten. I denna studie har det även framkommit framgångsrika strategier som andra allmänläkare skulle kunna inspireras av för att nå samförstånd och hjälpa patienten.

Referenser

1. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Med Educ.* 2016;16:27.
2. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract.* 2002 Apr; 19(2):178-82.
3. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of un-

Författaren kan kontaktas via mail för att få kopia på hela uppsatsen med tillhörande igenkännande citat.

Hamed Shayegh
Vårdcentralen Ekensberg, Nyköping
hamed.shayegh@gmail.com



Handledare:
Björn Hallström
Specialist i Allmänmedicin, Med Dr, Primus, Landstinget Sörmland
Lena Nordgren
Forskningshandledare, docent, FoU-centrum, Landstinget Sörmland

Jäv saknas.

explained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract.* 2004 Mar; 54(500):165-70.

4. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract.* 2002 Apr; 19(2):178-82.
5. Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *J Health Psychol.* 2006 Jan; 11(1):107-16.

Hur gick det för patienten?

Reflektioner kring en studie om allmänläkarkonsultationers resultat

När primärvården diskuteras är det intressant att förstå vilka olika resultat vården kan få. Vårdens resultat har ursprungligen mätts i morbiditet, mortalitet och invaliditet men mer patientbaserade mått har införts. I en kvalitativ studie hade studerats vilka resultat patienter upplevde av sina konsultationer. En kvantitativ undersökning med frågor baserade på den kvalitativa undersökningen visade att nästan alla patienter kände att de blivit tagna på allvar och var nöjda med resultatet av besöket.

En fråga som följt mig genom åren är "vad leder mitt arbete till?" Jag har stretat på med mina mål om lägre blodtryck och hantering av olika former av försämrat välbefinnande. Men vad åstadkommer jag/vi/vi allmänläkare egentligen?

Ursprungligen mättes morbiditet, mortalitet och invaliditet för att värdera vårdens resultat. I takt med att samhällets syn på sjuklighet förändrats utvecklades mer patientbaserade mått på vad vården får för effekt. Intresset för patienters erfarenheter av läkarbesök ökade, både för att göra vården mer anpassad till deras önskemål och krav men också som ett led i kvalitetsarbete.

Tankar om kvalitetsarbete har dock hämtat mycket inspiration från industrin. Där är nöjda kunder och driften att utvidga marknaden genom att få fler kunder i fokus. När man tänker

på resultat av läkarbesök i sådana termer känns det som att det borde finnas mer.

En del av frågan om vårdens resultat är vad patienter upplever att de får ut av sitt besök hos en allmänläkare. För att förutsättningslöst börja från början hade jag gjort en kvalitativ studie där jag intervjuat jag patienter enskilt och i grupp. De beskrev resultat av sitt senaste allmänläkarbesök i termer av bot/lindring, lugnande, bekräftelse, ökad förståelse, förändrad bild av sig själva och att de var nöjda eller i några få fall missnöjda [1].

Den nya studien

Nu visste jag hur patienter kunde uppleva resultat av sina konsultationer, men undrade hur vanligt det var. För att förstå i vilken utsträckning olika patienter upplevde olika resultat fick 250 patienter en enkät. Frågorna formulerades med hjälp av hur patienterna hade uttryckt sig i de tidigare intervjuerna.

För att få en blandning av patienter och problem fick 25 slumpvis utvalda allmänläkare dela ut den till 10 konsekutiva patienter var. Patienterna fick svara omedelbart efter besöket. Svartalternativen var ja, nej eller vet inte. Det sista alternativet kunde innebära att resultatet, t.ex. bot, ännu inte inträffat eller att det inte var aktuellt, t.ex. att bli lugnad när man inte varit orolig. Läkaren fick inte ta del av svaren. Patienterna fick lämna sina ifyllda enkäter i en sluten låda i receptionen som

sedan hämtades av mig. Enkäterna var märkta så att de i en senare studie skulle kunna kopplas ihop med läkarnas svar kring samma besök. Läkarna såg aldrig sina patienters svar och jag visste inte något om patienternas identitet.

Resultatet

Enkäten besvarades av 243 patienter. Av dessa angav 94 % att de blivit tagna på allvar och 88 % att de blivit lugnade. 74 % hade fått veta mer om sin sjukdom och 60 % trodde att besöket skulle göra dem bättre. 91 % var nöjda med resultatet, 4 % missnöjda. Fem personer var både nöjda och missnöjda. Knappt hälften angav att de fått en förändrad syn på sig själv; en tredjedel svarade "vet ej". (Se tabell 1.)

Diskussion

I litteraturen jag studerat fanns olika beskrivningar av hur man gått tillväga för att värdera konsultationer ur olika aspekter. Då hade man oftast haft en inriktning att se hur nöjda patienterna var, värdera läkarnas kvalitet eller studera ett specifikt tillstånd, t.ex. diabetesvård, eller hur mycket man kunde förbättra allmänläkares prestationer genom att specialister lärde dom olika saker, t.ex. att slynga hemorrojder. Jag saknade en mer förut-sättningslös beskrivning av hur patienter faktiskt kunde tänkas uppleva resultat och gjorde därför den kvalitativa studien där jag frågade olika patienter.

De här frågorna tillsammans kan ge en slags bild av konsultationens resultat. Eftersom allmänläkare möter så oerhört många slags patienter och sjukdomstillstånd är det intressant att hitta en sådan helhetsbild. Många patienter har sjukdomar och kombinationer av tillstånd som inte låter sig fångas i en diagnos eller insorteras i ett fack.

De flesta frågorna kan återfinnas i någon form i instrument som används för utvärdering eller kvalitetsarbete. Viktiga sådana instrument är CQI [2], Europep [3], EuroQual (EQ) [4], GHQ [5], GPAQ [6], GPAS [7], IPQ [8], MISS [9], PEI [10], SF-36 [11]. De frågor som här undersökts finns dock inte tillsammans i något instrument.

För oss som sitter med patienten framför oss hela dagarna har det ett värde att veta vad patienter kan tänkas tro eller förvänta sig om vad som ska ske. Om man inte vet att ett slags resultat kan uppkomma så kan man ju inte förstå när det gör det, t.ex. att patienten får en förändrad självbild. Men eftersom konsul-



Illustration: Annika Andén

tationen också kan leda till annat än det patienten förväntar sej är det viktigt att läkaren förstår vad som kan tänkas bli resultat av en konsultation. Det behövs finnas en medvetenhet om det för att både patienten och läkaren ska kunna ha realistiska förväntningar på besöket, se det positiva som händer och inte bli besvikna i onödan.

I den här studien har patienternas bedömning av konsultationens resultat inte relaterats till vad patientens sökte för, fick för diagnos eller önskade eller förväntade sig att konsultationen skulle leda till. Allmänläkarna fick också fylla i en enkät om hur de tänkte sig konsultationens resultat, och i en annan artikel har allmänläkarnas och patienternas bedömning av resultat av samma konsultation jämförts [12].

Om man funderar på frågorna var för sig är det intressant att så många förväntade sig att de ska bli botade eller få lindring. Man får hoppas de inte blir besvikna. Många har kroniska besvär eller funktionsnedsättning av åldrande kroppar där man inte kan förvänta sig förbättring utan i bästa fall minskad försämring, men hur mäter man det? Andra söker för tillstånd de inte känner av, hypertoni eller diabetes, eller tom. friskintyg. Eftersom enkäten delades ut omedelbart efter konsultationen är det naturligt att 35 % inte visste om de skulle bli botade eller få lindring; det hade helt enkelt inte hunnit hända.

Tack vare besöket...	Ja	Nej	Vet ej
... kommer mina besvär eller min sjukdom att bli bra eller bättre	60 %	5 %	35 %
... känner jag mig lugnad	88 %	6 %	6 %
... känner jag att jag blivit tagen på allvar	94 %	2 %	4 %
... har jag fått veta mer om min sjukdom/ mina besvär	74 %	13 %	13 %
... har jag fått en förändrad syn på mig själv och hur jag kan fungera	49 %	30 %	21 %
Jag är nöjd med resultatet av besöket	91 %	3 %	5 %
Jag är missnöjd med resultatet av besöket	4 %	91 %	5 %

Tabell 1

Många kände sig lugnade; många fler än man skulle ha trott skulle vara genuint oroliga före besöket. Jag tänker att det är ett uttryck för att läkarbesök är en allvarlig sak för de flesta, man blir synad och bedömd och man riskerar att hamna i en situation där man själv inte har riktigt koll. Att vara lugnad är en färskvara, det är en känsla som är starkast just efter konsultationen.

Att ha blivit tagen på allvar är så viktigt att man får undra vad som gick snett för de 10 patienter som svarade nej på den frågan. En läkare och en patient kan förvisso ha olika syn på hur ett tillstånd ska hanteras, t.ex. sömnstörning eller hypothyreos typ 2, men det är ändå alltid önskvärt att patienten ska känna sig sedd och hörd.

De intervjuade patienterna sa nästan samfälligt att det viktigaste inte var att de blev botade utan att de fick reda på "vad de hade". De ville alltså förstå mer om sin sjukdom eller sina besvär. En ökad förståelse kunde vara på mycket olika nivå. En diagnos räckte för någon och inte alls för en annan. Många klagade över saker de glömt att fråga. Jag tänker att det beror på att förståelse ofta uppstår i flera steg; ett svar på en fråga kan ge upphov till nya frågor. Ibland kommer man inte på dem förrän man kommit hem. Var finns då möjlighet att fråga? Från en läkares horisont handlar förståelse oftare om att patienten ska förstå vad läkaren säger, men från patientens att hen ska förstå vad det får för betydelse.

"Som jag ser det är det egentligen bara en fråga som man önskar att alla ska kunna svara ja på och det är att de ska få känna att de blivit tagna på allvar."

De flesta frågorna finns i olika instrument som används för utvärdering eller kvalitetsarbete, med undantag för att ha fått en "förändrad bild av sig själv och sitt sätt att fungera". Utan att beskriva antal eller andelar har en sådan förändring beskrivits hos patienter med cancer eller patienter med svår sjukdom [13, 14]. Det har också beskrivits i samband med klimakteriet [15]. Nu förstärktes fyndet från den tidigare intervjustudien; att en förändrad självbild är ett inte ovanligt konsultationsresultat.

Det verkar logiskt att en allmänläkarkonsultation kan vara ett tillfälle att acceptera sakernas tillstånd och förstå att nu ska det vara så här, att anpassa sig till förändringar i kroppen och bygga in dem i sin självbild. En sådan process kan vara till nytta för patienters hantering av åldrandeförändringar, funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar. Kanske kan den även vara till skada som t.ex. vid långvariga sjukskrivningar? Om man inte vet att det kan ske kan man ju varken underlätta eller begränsa det. Det är en förändring som förtjänar vidare studier, både när det kan inträffa, hur det fungerar hur det kan underlättas eller kanske undvikas.

Patienterna var överväldigande nöjda. Det få som inte var nöjda går inte att dra några slutsatser om. Intressant var ändå att av dem som inte var nöjda var bara hälften missnöjda. Fem

personer var både nöjda och missnöjda. Detta förstärker intrycket av att "nöjd" är ett komplicerat begrepp.

Om patienten var nöjd efterfrågas ofta, men forskare har visat att det kan betyda så olika saker. Det kan betyda om patienten var nöjd med doktorn eller mottagningen eller var nöjd med konsultationen eller var nöjd med resultatet av denna. Det används också både som ett mått på konsultationen och som ett mått på dess resultat.

Om sådana här frågor ska användas som utvärdering behöver man fundera på hur stor måluppfyllelse som är önskvärd. Man kan inte förvänta sig att alla ska vara nöjda.

Som jag ser det är det egentligen bara en fråga som man önskar att alla ska kunna svara ja på och det är att de ska få känna att de blivit tagna på allvar.



Annika Andén

Specialistläkarhuset Hermelinen, Luleå
annika.anden@telia.com

Ingår i redaktionskommittén för Läkemedelsboken.

För hjälp med tänkandet kring det här arbetet vill jag tacka
Malin André, Lars Borgqvist och Carl Edvard Rudebeck.

Referenser

1. Andén A, Andersson SO, Rudebeck CE. Satisfaction is not all- patients perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. BMC Family Practice 2005; 6:43.
2. Howie JG, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: Issues of definition, measurement and delivery. Fam Pract. 2004 Aug;21 (4):458-68
3. Grol R, Wensing M. for the Europep Group. Patients evaluate General/Family Practice. The Europep Instrument. Wonca, editor. Nijmegen: Wonca Equip;200.
4. Brooks R. EuroQol: The current stat of play. Health Policy. 1996 Jul;37(1):53-72
5. General Health Questionnaire. London England 2008 website Available from: www.GL-assessment.co.uk
6. General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). [Homepage]: National Primary Care Research and Development Center, University of Manchester/ NEMCH;22007 Available from <http://www.gpaq.info/>
7. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS) tests of data quality and measurement properties. Fam Pract.2000 Oct;17(5):372-9.
8. Greco MP, Sweeney. The Improving Practice Questionnaire (IPQ), a practical tool for general practices seeking patient views. Education for Primary Care.2003;14:440-8
9. Meakin R, Weinman J. The medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21) adapted for British general practice. Fam Pract2002 Jun;19(3):257-63.
10. Howie JG, Heaney D, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. 1998 Apr;15(2):165-71.
11. Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure MYMOP compared with the SF-36 health survey BMJ.1996 Apr 20;312 (7037):1016-20
12. Andén A, André M, Rudebeck C E. What happened? GPs' perceptions of consultation outcomes and a comparison with the experiences of their patients. European Journal of General Practice. 2009 00:1-5.
13. Corbin J, Strauss A. Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of work. Qualitative Sociology. 1985;8:224-47.
14. Grundén I. Reclaiming the body. A study of life after a spinal cord injury. Avhandling 5 Göteborgs Universitet. 2005
15. Ekström H. Keeping my ways of being. Avhandling Lund: University of Lund;2005

Sjukvårdsrådgivning på telefon eller på internet?

Sjukvårdsrådgivning på telefon kan tyckas gammalmodigt i jämförelse med trendigare kommunikationsformer som chat och videokonsultationer. Men om man bortser från vår fascination inför ny teknik och istället ser till funktion, förtjänar telefonrådgivning sin plats i det totala sjukvårdssystemet?

Sjukvårdsrådgivning – en historisk tillbakablick

Det är bara drygt tio år sedan ett gemensamt kortnummer för sjukvårdsrådgivning i Sverige infördes. Redan har det blivit en självklarhet att ringa 1177 när man har ett sjukdomssymtom man undrar över, kanske efter att först ha googlat på symtomet.

Människor har säkert sökt råd från varandra om symtom och sjukdomsupplevelser i alla tider. Under förra seklet fanns Läkarboken i många hem. Den första medicinska handledningen för sjuksköterskor i telefonrådgivning i Sverige var boken Symtom Råd Åtgärd, utgiven 1981. Den användes även i sjuksköterskeutbildningen och uppdaterades nio gånger, sista upplagan 2008 [1]. Konceptet digitaliserades 1996 och kopplades till journalsystem i primärvården. Från 2006 övertogs alla texter och dataprogram av Sjukvårdsupplysningen/1177 för att utgöra basen i det beslutsstöd som då togs fram.

Vad är sjukvårdsrådgivning?

Sjukvårdsrådgivning per telefon innebär att bedöma symtom som den inringande presenterar och avgöra om det finns behov att söka vård och i så fall med vilken brådskegrad.

Sjukvårdshänvisning är något annat. Hänvisning till rätt vårdinstans kan mycket väl förmedlas på enklare sätt, till exempel via internettjänster som Hitta vård på 1177.se. *Egenvårdsråd* kan också förmedlas via internet.

Det är bedömningen av aktuella symtom som är svår och som kräver en välutbildad och erfaren sjuksköterska eller läkare för att kunna göras med rimlig precision och säkerhet.

Vad är det för fel på mig?

Människor har en inbyggd förmåga att uppfatta när något är fel. Ett symtom kan vara tecken på en sjukdom, ett strukturellt biomedicinskt fel, men det kan också vara ett funktionellt fel som vi kan ha svårt att förklara med våra vanliga biomedicinska modeller, eller till och med ”fel i livet”.

Hur är det möjligt för en människa, eller en dator för den delen, att skanna igenom alla möjliga felfunktioner och matcha dem mot de symtom som presenterar sig och göra det med någon rimlig grad av precision?



1177 Vårdguiden svarar varje år på cirka 4,5 miljoner samtal.

Foto: Juliana Wiklund

Mönsterigenkänning och heuristik

Ett sätt på att behandla all denna information och matcha symtom mot möjliga biomedicinska fel är det som inom kognitionspsykologin kallas för *mönsterigenkänning*. Utifrån ett begränsat antal data kan vi bygga upp en bild, en gestalt, som blir betydligt lättare att hantera än de isolerade data den består av.

Ett annat sätt vi använder för att hantera komplexiteten är heuristik, även kallat *tumregler*. Det kan ge oss ofullständiga men för situationen tillräckligt adekvata svar eller kunskapsunderlag inför olika beslut.

När vi upplever en förändring i kroppen som skulle kunna vara tecken på sjukdom börjar vi att med hjälp av mönsterigenkänning och heuristik försöka förstå vad det är som händer. Oavsett om vi är medicinskt utbildade eller inte har vi alla en mångfald av inre bilder av vad det innebär att vara sjuk och tumregler för vad det innebär och hur vi bör agera. Om vi googlar våra symtom får vi ännu mer information som matas in i de här systemen. Nya bilder kanske uppstår, vi lär oss nya tumregler.

Men den klarhet och visshet som kan uppnås på det sättet sker till priset av *kognitiv bias* av olika slag, som kan leda till felaktiga slutsatser på grund av de förenklingar och genvägar vi använder (se faktaruta).

Rådgivningsstödet

Till hjälp för telefonrådgivningssjuksköterskor inom 1177 finns ett datoriserat rådgivningsstöd som fyller flera olika funktioner.

Det kan utgöra en hjälp i sköterskans spontana mönsterigenkänning och heuristiska analys.

Det fyller en viktig roll genom att förebygga kognitiv bias. Genom att följa ett strukturerat, algoritmiskt protokoll får sköterskan information som annars kanske omedvetet hade filtrerats bort eller förvrängts.

Ett datoriserat rådgivningsstöd kan också skapa trygghet för sköterskan så att hon kan slappna av och verkligen lyssna på den inringande och därmed uppfatta subtila signaler, budskapet mellan raderna, och tonläget hos den som ringer.

"Under överskådlig tid kommer sjukvårdsrådgivning på telefon säkerligen att ha sin plats."

Är sjukvårdsrådgivning på telefon säker?

En systematisk översikt för att belysa den medicinska säkerheten visade att triageringen var säker i 97 % av fallen och i 89 % av de fall som bedömdes ha hög angelägenhetsgrad [2]. I studier där man använt simulerade högriskpatienter var säkerheten klart lägre (46 %), men frågan är hur relevanta simulerade patientsituationer är.

Telefonrådgivarnas kompetens och vilka stödsystem de använder är av betydelse för säkerheten. Internationellt kan det variera. På många håll utförs telefonrådgivning av icke medicinskt utbildad personal.

I en översikt från 2015 granskades studier publicerade 2002 – 2012 [3]. Man jämförde graden av adekvata hänvisningar från sjuksköterskor, läkare och administrativ personal samt

Exempel på kognitiv bias som kan uppträda i en rådgivningssituation

Tillgänglighets-bias: Att man förlitar sig på de omedelbara exempel som dyker upp i medvetandet när man ställs inför ett visst problem. "Förra patienten som ringde hade influensa, så den här har nog också det."

Förankrings-bias: Att hänga upp sig alltför mycket på en viss aspekt av situationen och förlita sig för mycket på den som grund för ett beslut. "Vad sa du att tempen låg på? 38,7. Ja, då tycker jag att du ska åka in."

Konfirmerings-bias: Att selektivt söka efter sådant som bekräftar ens förutfattade mening. "Så du har kräcks sedan igår kväll. Åt du något olämpligt igår? Jo, men det kan nog ändå vara något du fått i dig."

Selektiv perception: Att sortera bort sådan information som vi uppfattar som oväsentlig. "Hudutslag? Ja, men det kan ju bero på att det blir varmt när man ligger i sängen."

Kognitiv tröghet: Ovilja att ändra på invanda tankemönster som visats sig stämma tidigare. "Unga människor som låter stressade och säger att de har ont i bröstet och har svårt att andas brukar alltid ha panikångest."

vilka stödsystem respektive grupp använde sig av, t.ex. beslutsstöd och utbildning i telefonrådgivning. Sjuksköterskor hade genomgående tillgång till sådana stödsystem och uppvisade den högsta graden av adekvata hänvisningar (91 %), jämfört med 82 % för läkare som i mindre grad hade tillgång till stödsystem. Hänvisningar av administrativ personal gick inte att bedöma, eftersom de inte utförde telefontriage enligt gängse definitioner. Artikelförfattarna menade att ett minimikrav för att verksamheten ska kunna betraktas som säker bör vara att telefonrådgivare har en medicinsk grundutbildning.

Vilken nytta gör sjukvårdsrådgivning på telefon?

Det övergripande syftet med sjukvårdsrådgivning är att hänvisa patienter korrekt, så att fler patienter söker rätt vård i rätt tid jämfört med vad de skulle ha gjort om de förlitat sig på sitt eget omdöme utifrån egna kunskaper, fakta från internet och eventuella råd från närstående.

Det finns visst stöd för att telefonrådgivning kan avlasta primärvården. En amerikansk översikt från 2004 som inkluderade nio studier tydde på att antalet mottagningsbesök och jourbesök hos allmänläkare minskade som resultat av telefonrådgivningen [4]. En brittisk studie fann att sköterskelett telefontriage minskade arbetsbördan för allmänläkare, men att det sammantaget medförde en ökad kontakttid om man räknade in den tid triageringen tog [5].

En undersökning av vårdsökande på en akutmottagning, presenterad i Läkartidningen 2016, väckte tvivel om telefonrådgivning verkligen minskade behovet av akutbesök [6]. Författarnas slutsats var att en hög andel av patienter som söker akuten har haft kontakt med någon sjukvårdsinstans före besöket och att telefonhänvisning föregår en betydande andel av akutbesöken.

Utgångspunkten för studien var att antalet besök på akutmottagningar i Sverige ökar och att mycket tyder på ett överutnyttjande av sjukhusens akutmottagningar. Frågan är dock om orsaken är felaktiga hänvisningar från 1177 (och primärvården). En tidigare svensk studie från 2007 visade tvärtom att telefonrådgivning av sjuksköterskor oftare ledde till hänvisning till egenvård eller besök i primärvården, och att patienterna själva tänkt att söka akutvård i högre utsträckning om de inte fått rådgivning [7].

Internetrådgivning

Skulle internetrådgivning kunna ersätta telefonrådgivning?

Den typ av rådgivning som finns på internet, t.ex. 1177.se, är till övervägande del envägskommunikation som visserligen är mer lättillgänglig än den tryckta information som fanns förr men i övrigt inte skiljer sig så mycket. Med interaktiva funktioner, som symtomguider, blir informationsvärdet större.

Chat-funktioner ger större möjligheter till informationsutbyte, men kräver nästan lika stora personresurser som telefon – någon måste ju bemanna chatten. Icke-verbala budskap som förmedlas av röstläge saknas, såsom pausering, upprepningar, att orden stockar sig, etc.

Videosamtal ger möjlighet till mer informationsutbyte än telefoni och brukar snarare jämföras med fysiska möten, även om där finns uppenbara begränsningar. Framför allt saknas möjligheten till fysisk undersökning. Som alternativ till vanlig telefonrådgivning har videosamtal en uppenbar potential. Det kräver inte mer personella resurser än vanlig telefoni och ger mer information genom att man kan se den man talar med.

Kan inte datorer sköta allt?

Troligen kommer det att finnas datorsystem i framtiden som kan bedöma symtom och även diagnostisera med lika stor eller större precision än läkare och sjuksköterskor gör.

Det finns redan nu interaktiva symtomguider, men de har hittills inte visat sig vara särskilt exakta. När en grupp forskare från Harvard granskade 23 engelskspråkiga symtomguider visade de sig ställa rätt diagnos i 34 % av fallen och triagera rätt i 57 % av fallen [8]. Det är sämre resultat än för en läkare med möjlighet att undersöka patienten, vilket bedöms ge en diagnostisk precision på 85–90 %. Däremot konstaterar forskarna att symtomguiderna överträffar en vanlig Google-sökning och i vissa studier har legat i nivå med telefonsjuksköterskors bedömningar.



Illustration: Katarina Liliequist

Slutsatser

Vi menar att sjukvårdsrådgivning per telefon försvarar sin plats inom dagens sjukvårdssystem. Det finns många som inte är vana datoranvändare. Envägsinformation via internet i form av kunskapsartiklar och vårdhänvisningar som riktar sig till allmänheten har uppenbara begränsningar, eftersom de måste tolkas och förstås av individen på egen hand. Man ska heller inte underskatta komplexiteten i att bedöma symtom.

Interaktiva symtomguider kommer säkert att utvecklas och bli en del av utbudet, till exempel på 1177.se. Men under över-skådlig tid kommer sjukvårdsrådgivning på telefon säkerligen att ha sin plats.

Kenneth Nolkranz
Medicinskt sakkunnig på 1177
Vårdguidens redaktion
kenneth.nolkranz@sll.se



Bertil Marklund
Adj. professor i allmänmedicin,
FoUU-centrum Fyrbodal
Ordförande i faktagranskningsgruppen
för rådgivningsstödet 1177 Vårdguiden



Jäv: Båda författarna har uppdrag för 1177 Vårdguiden men åsikter och slutsatser som framförs i artikeln är författarnas egna och representerar inte 1177 Vårdguidens officiella ståndpunkt.

Referenser

1. Marklund B. Symtom Råd Åtgärd, handledning vid patientrådgivning. Studentlitteratur. 2008, Uppl 9.
2. Huibers L, Smits M, Renaud V, et al. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2011 Dec;29(4):198-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126218>
3. Wheeler SQ, Greenberg ME, Mahlmeister L, et al. Safety of clinical and non-clinical decision makers in telephone triage: a narrative review. *J Telemed Telecare*. 2015 Sep;21(6):305-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25761468>
4. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD004180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495083>
5. Holt TA, Fletcher E, Warren F, et al. Telephone triage systems in UK general practice: analysis of consultation duration during the index day in a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2016 Mar;66(644):e214-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26917660>
6. Helmrot K, Ziegler B. Läkartidningen. 2016;113:DXUP <http://www.la-kartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2016/05/Telefonh-anvisning-till-akuten-bakom-en-stor-del-av-besoken/>
7. Marklund B, Ström M, Månsson J, et al. (2007), Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of Nursing Management*. 2007, 15: 180–187. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00659.x/full>
8. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, et al. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ* 2015;351:h3480 <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3480>

Idén "Mobilmedicin" – enklare kontakt mellan patient och vård

Informationsutbytet mellan patient och vårdgivare är sjukvårdens kärna. Patientens uppgifter, vårdgivarens frågor och patientens svar kompletteras med undersökningar av olika slag, med resultat som lagras i journalen. "Mobilmedicin" är ett förslag på effektivisering av detta informationsutbyte mellan patient och vårdgivare med hjälp av den senaste teknologin [1]. Idén är oförankrad, ofinansierad och hittills mycket ofullständigt presenterad för vårdgivare.

"Mobilmedicin" är tänkt som ett system för säker vårdkommunikation med lagring av väsentliga data i en molntjänst. Patienten själv har alltid tillgång till sina data och kan ge valfri vårdgivare tillträde till dem vid behov. Detta skulle troligen avsevärt minska patienters irritation över att behöva upprepa sin sjukhistoria när de träffar en ny vårdgivare, vänta "en evighet" (> 5 minuter [2]) i telefonen för att ställa en enkel fråga, eller att behöva gå till vårdcentral för att få ett kort besked. "Mobilmedicin" ska i princip vara öppet så att vilken patient som helst (med modern mobiltelefon och mobilt bank-ID) kan etablera krypterad kontakt med valfri vårdgivare. Tekniken är välkänd – ca 70 % av medborgarna använder den redan för bankärenden och/eller deklaration [3].

Grundtanken är ingalunda ny. Företaget Medgate i Schweiz startade 2000 och har sedan dess gjort 6,2 miljoner telekonsultationer [4]. Enligt företaget sparar försäkringsbolagen, som Medgate samarbetar med, 12–17% av kostnaderna, jämfört med konventionell vård. En andel av besparingen går tillbaka till patienterna, som får rabatt på försäkringspremien om de förbinder sig att alltid kontakta Medgate i första hand. Flera av de läkare som arbetar i Medgate bor i Tyskland, i delstaten Baden-Württemberg, där distanskonsultationer hittills inte varit tillåtna. Nyligen ändrades regelverket delvis, så nu planeras ett försök i delstaten. Men det finns ett hinder – regelverket



tillåter fortfarande inte apoteken att lämna ut läkemedel som ordinerats av läkare utan personlig kontakt med patienten. Ansträngningar pågår för att lösa detta administrativa problem [5].

Förenklad vårdkontakt har kanske störst värde för yrkesverksamma personer. Totalt har 1 218 403 personer i åldersintervallet 30 – 59 år under år 2015 sökt öppenvård för någon åkomma inom tolv stora diagnoshuvudgrupper [6]. Om varje patient istället gör ett vårdbesök via mobiltelefon skulle redan det innebära avlastning för den traditionella vården.

Teknologin [1] tillåter lagring av förvånansvärt mycket data direkt i telefonen och samtidigt i en s.k. molntjänst (i princip en datorhall där data lagras på flera datorer samtidigt för att minska risken för dataförlust om en maskin skulle haverera). Användaren kan lagra uppgifter om vårdbesök, diagnoser, läkemedel och instruktioner från vårdgivare. Uppgifterna kan vid behov visas direkt i Mobilmedicin för både patient och vårdgivare. Hantering av medicinska data är dock underkastad betydande restriktioner, som kan behöva modifieras för att vården/patienterna ska få tillgång till ett optimalt informationssystem.

Det finns två privata initiativ [7, 8] för konsultation via Internet, som av uppgifter i media att döma uppskattas av patienter. I pressdebatten ryms både kritik [9] och jubelrop [10].

Om den offentliga vården vill vara lika patientvänlig uppstår en intressant fråga: vem ska ansvara för utvecklingen av t.ex. ett mobilmedicinskt system? ehälsomyndigheten [11] har planer

Ta över Mobilmedicin®!

Vi söker någon som kan ta över idén och utveckla den! Namnet registrerades som varumärke innan vi hade tänkt igenom projektet i detalj. En seriös aktör får givetvis överta det. "Mobilmedicin" kan vara en offentligt finansierad tjänst, som "fritt" står till vårdens förfogande. Det kan finnas fördelar med ett självständigt aktiebolag, motsvarande Praktikertjänst, som lättare kan anpassa sig till användares önskemål och den tekniska utvecklingen.

"Mobilmedicin" fordrar inte någon gigantisk grundinvestering. Det skulle till en början räcka med 1 mkr, dvs. 250 kr per allmänläkare om man använder "crowdsourcing" [14]. Dessutom behövs minst en drivande och entusiastisk allmänläkare som någorlunda förstår systemutveckling.

inom området men verkar utgå från ett annat perspektiv än patienters och vårdgivares faktiska behov av lättillgängligt informationsutbyte. Medscape's chefredaktör Eric Topol [12] har en frejdig ansats – en av hans böcker heter *The Creative Destruction of Medicine* [13]. Den publicerades 2012 och beskriver en kommande digitalisering av hälso- och sjukvård. Den tekniska utvecklingen har gått kraftigt framåt sedan dess.

Peter Wanger
Docent, ögonläkare
Delägare i EyeDiagnostics AB,
verksam inom teleoftalmologi
peter.wanger@telia.com



Lene Martin
Professor i vårdvetenskap
Mälardalens Högskola



Jäv: Författarna äger tillsammans KunskapsProgram Wanger-Martin AB. Företaget har sysslat med experimentella projekt inom medicinsk informationsteknologi sedan 1987.

Konceptet bakom "Mobilmedicin" innebär öppenhet, vårdgivaren och patienten kommer överens om att använda systemet när så behövs. Vårdgivaren använder sitt journalsystem som vanligt. På sikt ska detta kanske kompletteras med en meddelandetjänst till Mobilmedicin, men det ligger en bit in i framtiden, eventuellt bortom de nuvarande journalsystemens livslängd.

Referenser (alla besökta 2017-03-09)

- 1 <https://developers.google.com/web/progressive-web-apps/>
- 2 https://www.borderlight.net/pdf/Den_goda_kc_vigillar.pdf
- 3 <http://www.soi2015.se/fakta-information-och-e-handel/e-legitimation-mobilt-bankid-och-swish/>
- 4 <http://www.medgate.ch/en-us/telemedicinecenter#1744651-international-medical-assistance->
- 5 <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/baden-wuerttemberg-testet-online-behandlungen-14895131.html>
- 6 <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>
- 7 <https://mindoktor.se/>
- 8 <https://kry.se/>
- 9 <http://www.dn.se/debatt/natlakarbolagen-dranerar-en-underfinansierad-primarvard/>
- 10 <http://www.dn.se/debatt/replikor/digitala-lakarbesok-kan-spara-180-miljarder/>
- 11 <https://www.ehalsomyndigheten.se/>
- 12 https://en.wikipedia.org/wiki/Eric_Topol
- 13 <http://creativestructionofmedicine.com/>
- 14 <http://crowdsourcingweek.com/what-is-crowdsourcing/>

Annons

Medicinska åldersbedömningar av asylsökande

Huruvida en asylsökande är under eller över 18 år har stor betydelse för omhändertagandet och möjligheten att få uppehållstillstånd. De nya medicinska åldersbedömningarna anses säkrare än tidigare metoder. Sjukvården har skyldighet att ge dem de anser vara barn den vård de behöver, oavsett vilken ålder Migrationsverket gett dem.

Vi minns alla massmigrationen 2015. Hur tusentals människor kom vandrande till fots genom Europa. Av alla dessa människor landade 162 877 personer i Sverige och sökte asyl. Av dem var 35 369 ensamkommande barn/unga. Merparten kom från Syrien, Eritrea, Afghanistan och Somalia. Flyktingströmmen till Sverige stannade av redan när kontrollerna av pass/ID vid gränserna i söder infördes och sinade ytterligare när de nya asylreglerna inklusive tillfälliga uppehållstillstånd gick igenom riksdagen.

"Det är oklart hur många av migrationsverkets handläggare som har utbildning i de metoder för åldersbedömning via samtal som finns."

Situationen med många ensamkommande barn/unga och den belastning det medförde på sociala enheter gjorde att det ifrågasattes om de asylsökande verkligen var under 18 år och skulle betraktas som barn i lagens mening. Det rör sig sällan om det vi i daglig mening menar med barn; det är i en överväldigande majoritet ungdomar, tonåringar.

En del av debatten har handlat om att dessa unga inte är barn utan över 18 år och ska behandlas som vuxna. Det är en fördel att vara under 18 år för att få asyl och för att få rätt till studier, boende, hälso- och sjukvård etc. Många vet bara ungefär när de är födda. De är i många fall brådmogna av att ha varit på flykt i många år, en del i hela sitt liv. Afghanerna har ofta aldrig varit i det land deras familjer kommer från utan är födda på flykt i Iran eller Pakistan. Förutom krig flyr man undan förföljelse pga. etnicitet. Syrierna har haft det lättare eftersom det har varit allmän asyl för alla från Syrien pga. kriget där.

Hur ska man då avgöra åldern?

Vi som lever och arbetar i västvärlden är bortskämda med att veta exakt hur gammal någon är kronologiskt. I lagens mening är det kronologisk ålder som är den sanna åldern. Inom vården är åldersbestämning något som används vid extrem kort eller långvuxenhet samt vid en del endokrina tillstånd.

För den ensamkommande unga är läget ett helt annat. Hen

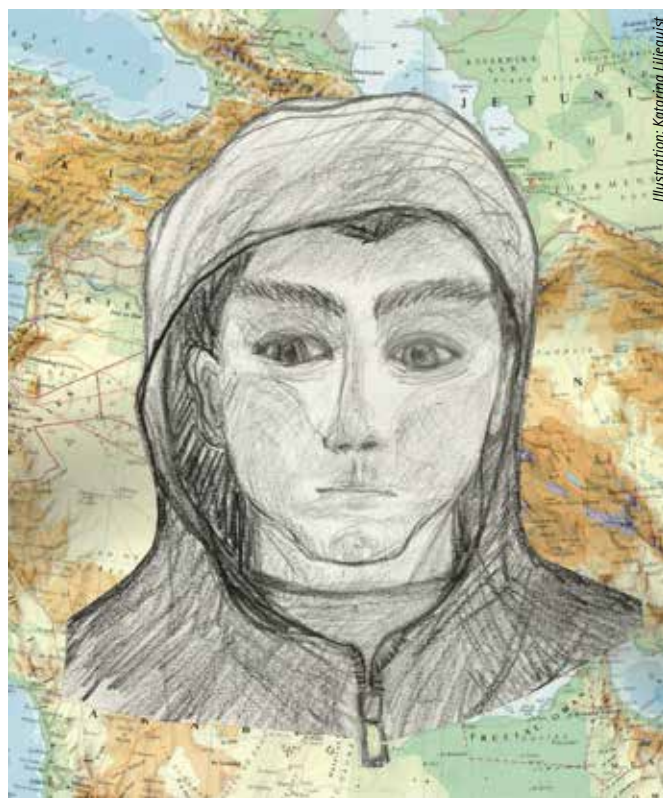
ska bevisa att hen är under 18 år; bevisbördan ligger på den asylsökande. Många av dem som kommer har papper med sig, t.ex. en "tazkira" om de kommer från Afghanistan. Dessa liknar våra gamla personbevis, maskinskrivna på pastorsexpeditioner runt om i landet innan Skatteverket tog över arbetet.

En tazkira har inget foto men är det bästa näst ett pass de kunde få med sig. Dessa godtas i de flesta fall inte av Migrationsverket. Den asylsökande blir då tvungen att försöka göra sin ålder trolig på annat vis. Det har blivit en del av den intervju alla asylsökande kallas till då man ska lägga fram allt man vill åberopa för att visa sitt behov av asyl.

Det är oklart hur många av migrationsverkets handläggare som har utbildning i de metoder för åldersbedömning via samtal som finns. Många handläggare har kort erfarenhet inom asylbedömningar och det har lagts ett stort tryck på dem att göra bedömningar och ta beslut under tidspress. Granskningar gjorda av programmet Kaliber i P1 indikerar att bedömningarna är för dåligt underbyggda. Därför har kravet på medicinska åldersbedömningar blivit allt starkare.

Att tolka resultat

Under en period gjorde barnläkare åldersbedömningar av flyktingar. Denna skulle i originalöverenskommelsen göras av barnläkare som skulle tolka den radiologiska åldersbedömningen med hjälp av sin kunskap, men även bedöma den unge och



avgöra vad som kunde bedömas vara en så korrekt ålder som möjligt. Under 2014 bröt Migrationsverket överenskommelsen då man ansåg sig tillräckligt kompetent att göra den slutgiltiga bedömningen själv. Hela det sista besöket hos barnläkaren slopades och med detta den unges möjlighet att få röntgenresultaten tolkade av en person utbildad i att tolka just medicinska undersökningar. Barnläkarföreningen gjorde ett etiskt ställningstagande och vägrade medverka till dessa som de ansåg osäkra undersökningar.

"...för att kunna etiskt försvara dessa undersökningar måste man alltid tolka resultaten till den undersöktes fördel."

Alla läkare lär sig under utbildningen att tolka resultat inom olika fält: röntgen, labvärden och fynd i status. Vi lär oss att inget är absolut utan allt måste sättas i sitt sammanhang. Det hänger på situationen, patientens mående, andra undersökningar och parametrar. Detta förstår inte människor utanför sjukvården, utan allting är lika absolut som svaren på matematiken i grundskolan. Det gör att saker blir fel när människor med denna bakgrund tolkar medicinska undersökningar.

Metoder

De medicinska undersökningar som fram tills nyligen legat till grund för åldersbestämningarna har varit röntgen av handled och visdomständer. Grundmaterialet för hur man avgör ålder via handledsröntgen är framtaget på 1920- och 1930-talen i USA bland vita relativt välbärgade medborgares barn som följdes under några år för att få på varandra följande bilder. Detta material är studerat i förhållande till andra grupper. Även om man inte går längre än till afroamerikanska eller s.k. latinobarn uppvuxna i USA finns diskrepanser i hur skelettet mognar och i och med detta hur man ska bedöma åldern [1].

FIFA hade bekymmer med att diverse länder verkade skicka för gamla spelare särskilt till U-17 turneringarna och behövde ta fram ett system som dels var utan strålning och dels var tillräckligt säkert. Man tog därför initiativ till egna studier [2]. Stora undersökningar gjordes i flera olika länder för att få ett brett material att använda som referenser. FIFA valde att använda MR av handleder och man fick goda resultat som sedan testades live under en turnering och befanns fungera praktiskt [3].

Det finns fler studier av MR av olika leder för att bestämma ålder och de har givit goda resultat samtidigt som de inte innebär någon strålning.

Rättsmedicinalverkets nya undersökningsprotokoll

I det nya testprotokollet för åldersbestämningar som Rättsmedicinalverket (RMV) har tagit fram, och som togs i bruk i mars i år, har de valt att använda MR av knäled i kombination med röntgen av visdomständer. Deras metod innebär också att man involverar två oberoende och blindade granskare av respektive undersökning. Svaren sammanställs och sammanvägs

av en rättsläkare på RMV innan det slutgiltiga svaret skickas till Migrationsverket. Svaren lämnas inte som exakt ålder eller ens ett intervall utan man uttrycker sig som att personen är under eller över 15, 18 eller 21 år [4]. Dessutom görs det en sannolikhetsbedömning av svaren såsom att resultatet talar för att personen är över 18 år, möjligen över 18 år respektive möjligen under 18 år. Det finns osäkerhet runt hur dessa utlåtanden kommer att fungera i realiteten då metoden är ny.

Etiken

Statens medicinsk etiska råd har varit inblandat i frågan om medicinska åldersbedömningar. Deras bedömning är att för att kunna etiskt försvara dessa undersökningar måste man alltid tolka resultaten till den undersöktes fördel. Att ett barn felaktigt blir uppskrivet i ålder ses som mer fel än det motsatta, att en vuxen felaktigt blir bedömd som barn [5].

Som allmänläkare kommer vi troligen inte att vara involverade i dessa ärenden varken som beställare och särskilt inte som bedömare. Ungdomarna dyker dock upp på våra mottagningar. Om de bedöms vara över 18 år är deras rättigheter till subventionerad sjukvård inskränkt. Vare sig landsting eller kommuner har dock stöd i lag att per automatik agera utifrån en åldersuppskrivning gjord av Migrationsverket [6]. Vårdgivaren har skyldighet att se till barns rättigheter och kan alltså utgå från den ålder som patienten själv uppger.



Cecilia Spjuth
Sätilla Vårdcentral
cecilia.spjuth@vgregion.se

Jäv: Inget känt.

Referenser

1. Ontell, F. K., Ivanovic, M., Ablin, D. S., & Barlow, T. W. (1996). Bone age in children of diverse ethnicity. *AJR. American journal of roentgenology*, 167(6), 1395-1398.
2. Dvorak, J., George, J., Junge, A., & Hodler, J. (2007). Age determination by magnetic resonance imaging of the wrist in adolescent male football players. *British journal of sports medicine*, 41(1), 45-52.
3. Dvorak, J., George, J., Junge, A., & Hodler, J. (2007). Application of MRI of the wrist for age determination in international U-17 soccer competitions. *British journal of sports medicine*, 41(8), 497-500.
4. Metoder för medicinska åldersbedömningar. Rättsmedicinalverket. Hämtat 20170412. <https://www.rmv.se/verksamheter/medicinska-aldersbedomningar/metoder/>
5. Medicinska åldersbedömningar i asylprocessen – etiska aspekter. Statens medicinetiska råd. Hämtat 20170412. <http://www.smer.se/skrivelser/medicinska-aldersbedomningar-i-asylprocessen-etiska-aspekter/>
6. Glotz Stade N. Hur ska kommunen göra när Migrationsverket skriver upp ett ensamkommande barns ålder under handläggningen? – analys. JP info-net <https://www.jpinfo.net.se/contentassets/68e9265becda41e5b306c461afb2a61e/hur-ska-kommunen-gora-nar-migrationsverket-skriver-upp-ett-ensamkommande-barns-alder-under-handlaggningen--analys.pdf>

Se även "Vård som inte kan anstå – ett odefinierat begrepp med allvarliga individuella följder", *AllmänMedicin* 2017;1:39-40.

Dålig arbetsmiljö orsakar dödsfall

Tidningen Sjukhusläkaren har gått igenom de Lex Maria-anmällda dödsfall som anmälts till IVO under 2016. Totalt hittade man 55 fall, varav 13 kunde kopplas till platsbrist, personalbrist eller extrem arbetsbelastning. Åtta av dessa dödsfall hade vårdats på skånska sjukhus [1].

I en tidningsintervju reagerar Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna, kraftigt och menar att det nu krävs krafttag och att kommuner och primärvård måste dra sitt strå till stacken. Äldre patienter ska inte behöva komma till akuten i onödan. Uppföljning på hemorten måste ske så fort patienten är färdigbehandlad. Karin Båtelson menar också att lokala chefer måste få mandat och budget för att kunna ge de anställda en bra arbetsmiljö [2].



Sjukhusläkaren 1-2017.



Therese Kleveland.

Att läkares stressnivå medför sämre patientsäkerhet och kan leda till felaktiga beslut och katastrofala misstag är lätt att föreställa sig. Är situationen densamma för sjuksköterskor? Therese Kleveland är journalist och har nyligen läst till sjuksköterska. Tillsammans med två studiekamrater har hon i en C-uppsats gått igenom vetenskapliga studier om hur arbetsmiljön

påverkar skattningen av patientsäkerhet och omvårdnadskvalitet

Vad kom ni fram till?

– Vår slutsats är att stress och hög arbetsbelastning försämrar säkerheten. Ju bättre bemanning och ju mindre egenupplevd stress, desto bättre skattar man patientsäkerhet och omvårdnadskvalitet.

Hur upplever du arbetet på en vårdavdelning?

– Jag har begränsad erfarenhet, men det jag kan säga är att jag blev chockad när jag såg hur stressigt det var. Tiden räcker sällan till för eftertanke och ofta saknas tid att sitta ner och ta en fika eller göra ett toalettbesök. Även under utbildningen dras man med in i det här arbetssättet.

Kan du tänka dig jobba så i fortsättningen?

– Nej. Inte särskilt länge i alla fall. Kontinuerlig stress med

högt ansvar är förödande och de lugna perioderna blir allt färre. Man bär ständigt på känslan av att inte räcka till. Jag har sett en kollega på avdelningen falla ihop av psykisk utmattning.

Men arbetsgivaren har ju ansvar för arbetsmiljön?

– Ja, det borde finnas stöd från ledningen, men det gör det inte. Jag får intrycket att varken sjukhusledning eller politiker riktigt förstår att patientsäkerheten är så hotad som den är.

Är det platsbristen eller brist på personal som skapar stress?

– Det hänger ihop. När man stängde vårdavdelningar hos oss på grund av personalbrist, så blev det platsbrist och stress på andra. Men i samma veva talade vår sjukhusledning om att minska antalet vårdplatser ännu mer.

Tar primärvård och kommuner sitt ansvar?

– Primärvården har ju redan svårt att ta hand om alla som söker. Och när akuterna fylls med patienter som skulle behöva en vårdplats skyller de på kommunerna, eftersom de inte tar hand om sina färdigbehandlade patienter.

Är läkarna också stressade?

– Svårt att bedöma. Det kan vara svårt att få tag i dem när man behöver hjälp. Vi får ofta vända oss till en jourläkare som då kan stå på operation.

Vilka möjligheter finns att förbättra situationen?

– Det handlar om ledning. För det första borde ledningen ge bekräftelse på att man gör ett bra jobb och det händer tyvärr alltför sällan. För det andra måste professionernas åsikter tas på allvar. Idag är det "vi" mot "dom" i stället för samarbete.

Kan du nämna en konkret åtgärd?

– Synpunkter från golvet måste fortplantas uppåt i ledningshierarkin, men idag stannar det upp på vägen. Öppen dörr till sjukhusdirektören kanske kan vara ett sätt. Ofta får vi höra att ledningen arbetar med något som ska förbättra situationen. Men vi får sällan veta vad det handlar om förrän beslutet är taget. Då känner man sig väldigt liten och oviktig.

Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Jäv saknas.

Referenser

- 1 Gavelin M, Dahl AS. Vårdplatsbrist och hög arbetsbelastning bakom vart fjärde dödsfall. Sjukhusläkaren 2017 (1) <http://www.sjukhuslakaren.se/vardplatsbrist-och-hog-arbetsbelastning-bakom-vart-fjarde-dodsfall/>
- 2 Backman L, Kleveland T, Wetterlöv M. Jag älskar mitt jobb men ... Aspekter i sjuksköterskors arbetsmiljö som påverkar omvårdnadskvaliteten. C-uppsats. Halmstad: Högskolan i Halmstad 2016.

Snart har alla vårdcentraler tillgång till PrimärvårdsKvalitet!

I början av 2016 fick de första vårdcentralerna tillgång till det nya primärvårdsanpassade nationella kvalitetssystemet, PrimärvårdsKvalitet. Sedan dess har i princip alla landsting och privata vårdgivare påbörjat förberedelserna för anslutning. Hur stora investeringar och arbete som krävs beror på landstingets förutsättningar med datalager och tillgång till så kallade utdatasystem, som hämtar och sammanställer information från journal och andra källor. I praktiken finns två alternativ: att köpa in tjänsten för datainsamling och -visning med hjälp av programmet Medrave, eller att landstinget bygger den funktionen själv i sitt befintliga rapportsystem och tillhandahåller en visningsyta på varje vårdcentral.

Speglar bredden i primärvården

Utgångspunkten för indikatorerna i PrimärvårdsKvalitet är att spegla bredden i primärvårdens verksamhet, både vad gäller sjukdomspanorama, kärnvården och professioner, samtidigt som de uppfyller följande krav:

- Automatisk hämtning (utan extra registreringar),
- Evidensbaserade (t.ex. nationella riktlinjer, Strama)

I den första versionen finns 82 indikatorer som täcker in de vanligaste kroniska sjukdomarna, infektioner samt mer övergripande, primärvårdsspecifika faktorer som samsjuklighet, prioritering, kontinuitet, levnadsvanor, läkemedel och sköra äldre.

Under våren 2017 uppdateras indikatorerna utifrån eventuella nya riktlinjer och i höst tillkommer ytterligare några ämnesområden. Arbetet med att ta fram indikatorerna görs av professionsföreningarna, som de senaste åren gemensamt sökt och fått statliga medel för ändamålet. SFAM och de övriga

professionsföreningarna har även inför 2017 sökt pengar och beviljats 400 000 kronor ur den statliga satsningen på kronisk sjukdom.

Viktigt verktyg för fortbildning och utveckling

En stor del av landets vårdcentraler kan redan se data om sina egna patienter enligt specifikationerna i PrimärvårdsKvalitet. Det har potential att vara en viktig del i fortbildning och löpande utvecklingsarbete och är dessutom en tillgång för alla ST-läkare i såväl vetenskapliga som förbättringsarbeten. Data ger också information svart på vitt om primärvårdens viktiga roll i sjukvårdssystemet.

Vill du veta mer?

PrimärvårdsKvalitet kommer vara på plats vid

- SFAM:s ST-dagar i Åre 13-15 september
 - Nationella primärvårdskonferensen i Stockholm 27-28 september
 - SFAM:s nationella kvalitetsdag för primärvården 5 oktober
- Mer information finns på www.skl.se/primarvardskvalitet.



Ulrika Elmroth
Båda allmänläkare, SKL
ulrika.elmroth@skl.se



Stina Gäre Arvidsson

Sköra äldre lyfts fram av Nationellt programråd primärvård

Sedan 2014 finns ett nationellt programråd (tidigare kompetensgrupp) för primärvård (NPR PV) för att bidra till en vård som bedrivs med bästa tillgängliga kunskap och för att systematiskt arbeta för en mer jämlik och jämställd vård i samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå. Uppdraget kommer från den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, NSK-R. Programrådets uppdrag är att:

- Bidra till ökad kunskap och dialog såväl inom som mellan lokal, regional och nationell nivå
- Fortlöpande följa och analysera kunskapsutvecklingen och variationer i praxis

- Kartlägga befintliga kunskapsunderlag och utarbeta gemensamma nationella vårdprogram och riktlinjer
- Identifiera behov av nya/reviderade kunskapsunderlag
- Utarbeta beslutsunderlag och indikatorer som bygger på bästa tillgängliga kunskap
- Vara dialogpartner med de kunskapsstyrande myndigheterna

Ledamöterna i NPR PV är verksamma i primärvården i sitt "hemmlandsting" och utses av respektive sjukvårdsregion. Det finns även företrädare för patientorganisationerna. Till

programrådet har knutits en referensgrupp med professionsföreträdare, där SFAM:s representant är Ulrika Elmroth.

Namnen på ledamöterna återfinns på SKL:s hemsida.

Arbete

Programrådet leds av ordförande Sten Tyrberg och träffas ca 6 gånger per år på SKL. Det fungerar som expertgrupp och bollplank gentemot övriga, sjukdomsspecifika programråd samt berörda myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen. Programrådet stödjer de nationella utvecklingsprojekten PrimärvårdsKvalitet och Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd och fungerar som en länk

mellan nationell och regional nivå vad gäller kommunikation och införande i respektive sjukvårdsregion.

Sköra äldre

Under 2016 togs initiativ till ett fördjupat arbete kring sköra äldre, och en tvärprofessionell arbetsgrupp bildades, där SFAM:s råd för sköra äldre är väl representerat. Arbetet har utmynnat i en konceptsamling med exempel på beprövade arbetssätt och verktyg som praktiskt fungerar för att ge bästa möjliga vård åt denna patientgrupp. Under 2017 kommer arbetssätten att pilottestas på ett antal vårdcentraler.

Sveriges sjukvårdsregioner och landsting har bestämt sig för att ha en organisation med nationella programråd för att ta fram gemensamma medicinska kunskapsunderlag för att få en jämlik och god vård över hela Sverige. Ledamöterna utses av respektive sjukvårdsregion. Nationellt programråd primärvård är ett av dessa råd.



Ulrika Elmroth
SKL
Vice ordförande SFAM
ulrika.elmroth@sfam.se

Sten Tyrberg
Allmänläkarkonsult
Skåne



Varför är vårdcentralen i Tidän så bra?

Tidän är ett litet stationssamhälle några mil NO om Skövde, någonstans mellan Väneren och Vättern. I samhället finns en läkarmottagning sedan 1946. Den nuvarande vårdcentralen var inflyttningsklar 1986. I dagsläget har vårdcentralen 4200 listade patienter med en åldersfördelning som Sverige i stort och en socioekonomi under snittet. Sammanlagt fem allmänläkare delar på 2,5 tjänster. Just nu finns också tre ST-läkare och en AT-läkare i tjänst. Dessutom fem distriktsköterskor, en undersköterska, två medicinska sekreterare och del av psykosocial resurs.

Björn Landström kom till Tidän som ganska nybliven specialist i allmänmedicin 1988. Med undantag för några år på 90-talet har han varit vårdcentralen trogen, numera bara på minimal deltid. Under åren här har han hunnit med att skriva en akademisk avhandling, jobba på Skaraborgsinstitutet och att undervisa på läkarlinjen i Göteborg. Det speciella med Tidän säger Björn är nog den goda kontinuiteten. De allra flesta trivs här och vill vara kvar.

Detta är absolut något att ta till sig i dessa tider med många vakanser och hyrläkarelände inom svensk primärvård, tänker jag och tar sikte på Tidän en dag i början av april på väg från trandansen vid Hornborgasjön.

Vi känner våra patienter och vi respekterar varandra

Vårdcentralchefen **Ami Herzman** möter i kortärmat i snällblåsten på parkeringsplatsen. Ami utstrålar välkomnande energi. Hon tar mig direkt till fikarummet och en gemensam lunch med all personal. Idag ligger den rökta laxen med nykokad potatis och diverse exotiska frukter på bordet. Så här är det

inte varje dag skrattar Ami, men ibland festar vi till det lite. Stämningen i rummet är varm och välkomnande.

Jag hinner knappt presentera mig innan jag osökt kan kasta in nyckelfrågan: Varför är Tidän en så bra vårdcentral? ”Därför att vi känner våra patienter”, svarar Ami omedelbart! ”Vi kan fråga direkt utan onödiga krumbukter: Vad kan vi hjälpa dig med idag, Rune?” Ami berättar och smittar med sin entusiasm. Många i personalgruppen kompletterar med egna exempel.

Det är uppenbart att Ami är en del av arbetslaget. Hon sköter chefskapet på en mindre del av sin tjänst, för övrigt är hon



Vårdcentralchef Ami Herzman och nestorn Björn Landström.

Foto: Christer Petersson



Lunch i gemensamma fikarummet.

Foto: Christer Petersson

distriktssköterska med ansvar för bland annat diabetesvården. "Jag skulle behöva lite mera tid för att vara chef, men vill samtidigt inte offra den nödvändiga kliniken." Sorlet av röster i fikarummet bekräftar en nästan osannolik omtanke och respekt mellan olika personalgrupper och ledningen.

Kesharbai Kerai är undersköterska och har bara jobbat här några månader. Tidigare tjänstgjorde hon på sjukhuset i Skövde. "Jobbet här är hårdare. Du måste alltid slutföra det du har påbörjat. Ingen annan kan hoppa in och avlösa. Ändå trivs jag mycket bättre här. Stämningen är god. Vi trivs med varandra och med patienterna."

Jag har inte varit någon annanstans än här!

Per Pettersson jobbar heltid som distriktsläkare. Liksom flera andra i personalgruppen har han rötter i trakten. Han började som AT-läkare på vårdcentralen, fortsatte som ST och har nu jobbat som färdig specialist i snart 5 år. "Egentligen har jag inte varit någon annanstans än i det här rummet", säger han självironiskt, där han sitter framför datorn på sin expedition och brottas med signeringslistorna efter de två ST-läkare han handleder. De är just nu på sjukhuset för sidoutbildning och Per får ta hand om eftermälet. Betydligt över 100 signeringar



Per Pettersson – djupt koncentrerad.

Foto: Christer Petersson



Sofia Isaksson – ST-läkare med dragning till socialantropologi.

Foto: Christer Petersson

väntar. "Detta är tungt" säger Per. "Jag sitter ofta över tiden. Hade det inte funnits så stor förståelse för att detta är en viktig och energislukande del av jobbat som kräver schematid hade jag nog inte klarat av det. Nu kan jag ändå känna att jag är på rätt plats."

Allmänmedicinens bredd inspirerar. "Vi är lyckligt lottade på många sätt här, men vi skulle behöva ytterligare läkarresurser och möjligen också se över vårt arbetssätt en smula. Vi kanske inte kan lösa alla problem på orten? Avgränsning är inte vår bästa gren. Men sammantaget har jag inget behov av att flytta. Jag stannar gärna i det här rummet", säger Per med trovärdigt allvar och med klar blick också för världen utanför sitt eget rum.

Ibland känner jag mig som en socialantropolog

På vårdcentralen finns just nu tre ST-läkare. Idag är bara **Sofia Isaksson** på plats. "Jag valde att söka mig till Tidan som AT-läkare därför att den är en liten vårdcentral med gott rykte. På den tiden valde jag mellan att bli psykiater eller allmänläkare. Under halvåret som AT-läkare blev jag övertygad om att allmänmedicinen var min specialitet. Jag trivdes med bredden, att få träffa människor av många olika sorter i alla åldrar. Ibland kunde jag uppleva mig som en privilegierad socialantropolog, som fick djup inblick i så många människors liv. Det var väldigt berikande och det är det fortfarande."

Som alla andra jag talar med betonar Sofia att Tidan är en "hälsosam vårdcentral", där alla medarbetare blir sedda och respekterade. Den interna, kollegiala utbildningen är väl strukturerad med 1,5 timma per vecka, som helt ägnas medicinska frågor med patientfall och varierande teman som alla kollegor tar gemensamt ansvar för enligt ett bestämt schema. En halvdag i veckan ägnas åt utbildning tillsammans med studierektor och övriga ST-läkare i området, eller åt egna studier. Det är heller inga problem att få tid och resurser för externa kurser.

Nästan omöjligt att remittera patienter till specialist

Eliza Chesinska-Wysota har varit på vårdcentralen sedan slutet av 2012. Hon kom hit under sista året som ST efter byte från en annan vårdcentral, där hon tyckte att arbetsmiljön blev outhärdligt p.g.a. ständiga interna konflikter som sög all energi. Tidan är motsatsen.

Eliza bekräftar de andras vittnesmål om respekt och engagemang och värdet av en chef som finns på golvet och ser sina



Distriktssköterska Lina Särelid undersöker patient med misstänkt vattkoppor på parkeringsplatsen. Foto: Christer Petersson

medarbetare. Hon uppskattar teamarbete med distriktssköterskorna, som bl.a. innebär att sköterskorna plockar de enklare fallen av öli och en del annat. Där fungerar hon själv som konsult på ett smidigt sätt. En baksida av detta arbetssätt är att hennes egen mottagningslista blir betydligt tyngre. Men det går att leva med!

Värre är att det snart är nästan omöjligt att remittera patienter till specialister på sjukhus. "De blir alltmer otillgängliga samtidigt som vi får allt fler tunga patienter remitterade till oss." Från sitt hemland Polen är hon van vid många specialister i öppenvården, men ser samtidigt problem med detta.

Eliza deltar i en Balintgrupp en gång per månad tillsam-

mans med kollegor från ST-tiden. Det är en värdefull del av fortbildningen. Hon deltar i gemensamma utbildningar med kollegor i området ett par gånger per termin och går högst en nationell kurs per år.

Vilken är hemligheten med Tidan?

Så vilken är hemligheten med vårdcentralen i Tidan? frågar jag till slut distriktssköterskan **Lina Särelid** som jobbat på vårdcentralen i 13 år. Det rör sig nog inte om några hemligheter, menar hon, utan om en ganska enkel god gemenskap på en arbetsplats som inte är för stor och där alla medarbetare och patienter är viktiga. Och där många problem kan lösas vid "köksbordet" i fikarummet. Chefens roll är viktig. Hennes engagemang har vi alla god nytta av, men ömsesidigheten finns på många plan. "Alla är måna om varandra. Arbetet som distriktssköterska har blivit tyngre under senare år. Den uppfattningen delar jag med kollegorna på arbetsplatsen. Det är hårt tryck på mottagningen och ännu hårdare på telefonen. Jag tror inte att det i första hand beror på en åldrande befolkning utan på en ökad osäkerhet om den egna hälsan och att många mår psykiskt dåligt."

Det är lätt att känna igen den bilden från övriga delar av Vårdsverige. Tidan är en välfungerande liten vårdcentral, som överlevt många organisationsförändringar tack vare ett gott inre arbetsklimat som är värt att lära av. Men någon idyll är det inte. Människors hälsoproblem ser ut ungefär som i Sverige i stort

För mig blir timmarna på Tidan en påminnelse om att "Litet är vackert". På 70-talet var detta en seriös vision för samhället i stort inklusive primärvården. Det är längesedan dess, men personligen är det en av de visioner jag har svårast att lämna. Jag tror att vårdcentraler som Tidan kan byggas även i storstäder – för att inte säga i metropoler. Det finns exempel och de är värda att ta efter för alla som önskar en god primärvård i framtiden.



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

En svensk läkare söker sig till USA:s mest avlägsna hörn

En söndag under min AT-tid hemma i Norrköping läste jag i en av Stockholmstidningarna om den lilla svenska kolonin New Sweden i norra Maine, grundad 1870 för att få igång jordbruk i det bistra klimatet där.

Min amerikanska fru och jag visste redan då att vi någon gång ville hamna i nordöstra USA, inom bilavstånd från hennes släkt i Boston. Jag skrev till en av personerna i artikeln och fick snart

brev från båda sjukhusen i trakten, i Caribou och Presque Isle, med arbetserbjudanden.

När vi sedan flyttade från Sverige till Bucksport i den sydligare tredjedelen av Maine började vi söka oss till New Sweden för deras årliga midsommarfirande. De är lågmälda och nyktra tillställningar med sill och Jansson, korb, läsk, hambo och ringlekar vid majstången. Till och med Burger King i Caribou har svensk atmosfär, med Carl Larsson-bilder på väggarna.



Mottagningen i Van Buren. Här ryms primärvård, sjukgymnastik, diabetes-sköterska, samtalsterapeut, och på nedre botten ett sjukhem för utvecklingsstörda.

Jag hade alltid sett mig själv som glesbygdsläkare, med en mottagning i ett krympande brukssamhälle med 4000 invånare och över tre mils bilavstånd, utan allmänna kommunikationer, till fem sjukhus av olika storlek runtom oss.

Så kom en ledningsstrid på mottagningen som fick mig att fatta ett radikalt beslut. Jag ville inte slösa min tid på internpolitik, utan ville göra verklig nytta som läkare någonstans där man inte hade tid eller råd till annat.

Svaret syntes ganska uppenbart – flytta till New Sweden!

Caribou

Tjugosju år efter den första kontakten bestämde jag mig alltså att besvara de två breven och inom en månad var vi på husjakt i och kring New Sweden. Vi fastnade för en liten röd stuga med fyra hektar mark i Caribou.

Cary Medical Center i Caribou har 49 vårdplatser och ett formellt samarbete med Pines Health Services, som är ett "Federally Qualified Health Center". Sådana kliniker tjänar glesbygder och minoritetsbefolkningar i vissa storstäder. De får federala anslag och extra hög ersättning från Medicare och

Hans Duvefelt

- Studerade medicin i Uppsala, gjorde sin AT i Norrköping och blev legitimerad läkare 1981.
- Flyttade därefter till USA och specialiserade sig i allmänmedicin.
- Arbetat som chefsläkare på en allmänläkarmottagning i Bucksport, Maine 1985 – 2009.
- Arbetade i Van Buren, med ca 2000 invånare, 2009 – 2015.
- Är sedan 2015 åter i Bucksport.
- Hans blogg heter "A country doctor writes".
<http://acountrydoctorwrites.com>

Medicaid, sjukförsäkringarna för äldre och mindre bemedlade amerikaner. I gengäld kan de behandla patienter gratis eller till reducerad avgift och de har extra möjligheter att erbjuda stöd till patienter som behöver "case management".

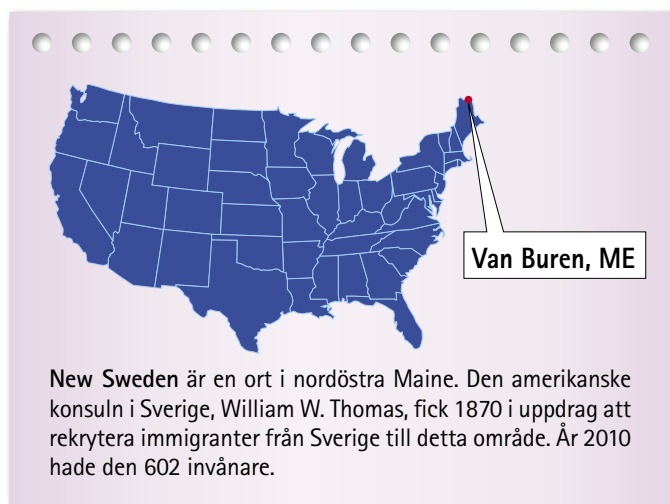
Akutläkarna vid Cary Medical Center är liksom narkosläkarna anställda av sjukhuset. Ett par akutläkare är fast anställda, men minst en läkarplats per dygn fylls av vad man i Sverige kallar stafettläkare.

Sjukhusläkarna på dagtid och de flesta helger är fasta och tekniskt anställda av Pines, som också flyger in stafettläkare som arbetar fem vardagsnätter i taget.

På primärvårdssidan är det ständig underbemanning. Under mina sex år i nordligaste Maine såg jag ett halvdussin nya allmänläkare komma till trakten och flytta bort inom 2-3 år. Alla dessa läkare var i USA på den sortens visum som kräver att de arbetar i ett läkarbristområde. Många av dem valde norra Maine som sista chansen och flyttade söderut så fort de kunde.

Van Buren

I mitt nya arbete var jag den ende heltidsläkaren i Van Buren, en stad med 2000 invånare alldeles vid gränsen mot Kanada. Själva mottagningen är inrymd i stadens nedlagda sjukhus, som ligger vid gränsflodens strand med amerikansk mobiltäckning bara i vissa rum. Som så många andra småstäder i USA kunde





Burger King, Caribou.

Van Buren inte behålla sitt lasarett när sjukvården blev allt mer komplicerad på sjuttioalet. Till och med McDonalds-restaurangen hade lagts ned på grund av stadens sjunkande befolkningsunderlag.

Jag var också chefsläkare för Borderview, ett ålderdomshem och rehabiliteringssjukhus med 108 vårdplatser, och för L'Acadie, en del av Cary Medical Center som är ett hem för svårt utvecklingsstörda patienter.

Van Buren är överrepresenterat med utvecklingsstörda sedan delstaten stängde en anstalt med 1,500 patienter och lagstiftade om att de skulle integreras i samhället. Privata familjevårdhem



för patienter med lindrigare utvecklingsstörningar blev en av få nya inkomstmöjligheter i norra Maine när detta hände under 1990-talet. En del av de svåraste patienterna vid L'Acadie har bott där sedan Pineland stängdes.

Befolkningen i trakten kring Van Buren är mestadels fransktalande, av kanadensiskt ursprung, med en tjock, svårförståelig dialekt. Mina äldre patienter var långt ifrån typiska amerikaner. Många sökte sällan för vanliga krämpor. De drog sig för att åka till sjukhuset i Caribou 2,5 mil söderut för en röntgenundersökning eller för att se en allmänkirurg eller ortoped.

Så många andra specialiteter hade vi inte. Vi hade en urolog, numera bortflyttad, två gynekologer och under en kort tid en neurolog. För icke-invasiv kardiologi, psykiatri, pulmonologi eller gastroenterologi fanns närmaste specialistläkare i Presque Isle, nästan sex mil söderut. Där fanns en neurolog, en gastroenterolog, en pulmonolog och, några gånger i månaden, en dermatolog och en reumatolog.

Jag hade två patienter i min egen ålder med obehandlad fenylketonuri, svårt drabbade av sin sjukdom; screening av nyfödda började först några år efter de föddes. Jag såg patienter söka med avancerad cancer, helt oförstående om hur allvarliga deras symptom var. Jag såg många äldre patienter med lunginflammation eller hjärtsvikt, som sa "gör vad du kan göra här, men jag åker inte till sjukhuset", trots att det bara var 2,5 mil dit.

En del patienter som inte hade råd med sina mediciner kunde få gratis mediciner från läkemedelstillverkarna. Vi hjälpte dem ansöka om detta. En del patienter valde istället att åka över bron och hämta ut sina recept i Kanada. Jag har därför en gränslicens som gör mina recept lagliga i den kanadensiska delstaten New Brunswick.

Om mina patienter behövde se en njurläkare eller thoraxkirurg, eller om någon behövde hjärtkatetrisering, var enda alternativet Bangor, trettio mil söderut. Flera specialister från Bangor håller också regelbundna klinikdagar vid Cary Medical Center. Eftersom jag arbetat i många år bara ett par mil ifrån Bangor var det lätt för mig att ringa upp specialister där för att be om råd och för att facilitera en snabb remiss. Dessa läkarrelationer var ovärderliga och gav mig extra mod att möta sjukdomspanoramat på egen hand.

När något gick gale med en patient, en esofagusruptur under gastroskopi, en fibulafraktur efter en knäledsoperation eller vid hjärnblödning och akut koronarsyndrom, var patientens enda hopp att ambulansflyget kunde starta och landa, eller att ambulansen kunde ta sig fram snabbt nog och säkert nog för att komma till Bangor, Portland eller Boston, 30, 50 respektive 70 mil söderut.

Norra Maine

Klimatet i norra Maine är dramatiskt. Vinterstormarna kan ofta lämna en meter snö på ett dygn. En vintermorgon registrerade min biltermometer minus 40 grader (samma gradtal i Celcius och Fahrenheit). Den dagen var det många patienter som inte kunde ta sig in till mottagningen på grund av frusna bilbatterier. Somrarna har fuktigt, hett inlandsklimat med åskväder som inte liknar något jag har sett i Sverige.

Djurlivet är rikt på älg, som jag såg nästan varje dag på min trettio minuters bilväg till jobbet. En flock prärievargar bodde varje år i en björkdunge alldeles norr om vår tomtgräns. På senvåren kunde man se valparna skymta under träden och



när höstsolen sken på björkarna var de ute och brottades som vanliga hundvalpar på kanten av vår gräsmatta. På nätterna kunde deras ylande få våra schäferhundar att svara inifrån huset.

En vintermorgon såg jag ett halvdussin Kanada-lodjur korsa vägen i den djupa snön. Vi såg svartbjörn ganska ofta, till och med på farstubron, sniffande på tröskeln trots hundskall och morrande inifrån huset. Flera gånger såg vi björnen öppna sopkontainern och stjäla våra kökssopor. Till slut satte vi upp staket runt kontainern och runt en stor del av tomten.

Trots att många av urinvånarna i norra Maine kan se på nykomlingar med viss misstänksamhet kände jag mig totalt välkommen och accepterad som läkare. Jag insåg inte riktigt förrän jag var där hur det känns att vid 55 års ålder lämna sitt goda rykte bakom sig och börja från början någon annan stans. På många sätt fick det mig att inte ta något för givet utan att alltid verkligen göra mitt yttersta; något man kanske kan tumma i kanterna på om man har känt sina patienter i mer än 25 år.

Åter i Bucksport

När gamla mottagningens nya ledning efter sex år kontakta- de mig för att höra efter om jag skulle kunna tänka mig att återvända till min gamla tjänst under helt nya villkor var det ett svårt beslut att fatta. Men till slut valde jag trakten jag bott längre i än någon annan stans, där mina barn växte upp och fortfarande bor, och där jag kan se och känna doften av öppet saltvatten och höra fiskmåsarna.

Fast efter mindre än ett år är jag tillbaka igen, om än bara som en av många stafettläkare. Jag arbetar nu varje söndag vid Borderview. När jag går min rond på avdelningarna känner jag mig hemma bland alla mina gamla patienter och anhöriga. "Oh, Doctor D, you're back!"

Jag är tillbaka i mitt andra hem här i Amerika.

Hans Duvefelt
Allmänläkare
Bucksport Regional Health Center,
Bucksport, Maine
Cary Medical Center, Caribou, Maine
hduvefelt@gmail.com



Midsommarstången i New Sweden väntar på att kläs.

Citatet



Olof von Dalin 1708–1763

Äta litet
Dricka vatten
Lägligt bo
Stillhet någon stund
på dagen
Roligt sällskap
Sömn om natten
Käckt arbete
Det är lagen
för min hälsa
och min ro.

Framtidens sjukvård enligt (s)

För första gången bevistade jag Socialdemokraternas partikongress i Göteborg. Det var en imponerande tillställning. Ett väloljat byråkratiskt system för att fastställa riktlinjerna för det kommande arbetet. En tydlig illustration om vad demokrati innebär – gräsrotsarbete och förankring, motioner uppåt och remisser neråt, utkast till dokument och färdiga uttalanden. Inte ett arbete som går fort.

Samtidigt var mycket förutbestämt. Formalia gick snabbt undan utan andningspauser: förslaget är – ordet är fritt – kan vi gå till beslut – kan vi fastställa att – svaret är ja – pang. I praktiken fanns det ingen möjlighet att bryta in.

När det gällde de stora frågorna som skulle diskuteras och där riktlinjerna för framtiden skulle tas hade förslag tagits fram av partistyrelsen. Ledamöterna fick första kvällen möjligheter att i temagrupper diskutera förslagen. Det ledde inte till några revolutionerande ändringar men till tillägg som i viss mån kunde påverka inriktningen. I plenum, inför beslut, fick ledamöterna möjlighet att på 1-2 minuter framföra sina åsikter och yrkanden. Omröstningarna ledde till att förslagen antogs.

Axplock om sjukvården

Sjukvårdsdebatten bedrevs under rubriken ”Bra vård i hela landet”.

Partistyrelsen delade i allt väsentligt analys i utredningen Effektiv vård med en större roll för primärvården och mer fokus på förebyggande arbete. Hemsjukvården ska byggas ut.

En tillitsdelegation ska se över hur vi kan styra välfärden med tillit. Svensk hälso- och sjukvård ska bli bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter för hälsa och välfärd.

En regelbunden och förebyggande tandvård ska gynnas. Tandhälsan ska inte vara en klassfråga.



Ingrid Eckerman på Svenska mässan.

I många frågor framhöll man arbetsgivarnas ansvar, t.ex. när det gäller vilka professioner som ska anställas, arbetstidsfrågor, bisysslor och hyrpersonal.

När det gäller kompetensförsörjning har såväl stat som landsting ansvar. Partistyrelsen ställer sig bakom förslaget att korta tiden från påbörjad läkarutbildning till färdig specialisering. För undersköterskor bör nationella kompetenskrav fastställas, men man avvisar kravet på yrkeslegitimation.

Kommunerna bör få möjlighet att anställa läkare efter överenskommelse med landstinget.

Etableringsfrihet enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV, bör bort som tvingande princip. Respektive landsting eller kommun ska bestämma när den offentliga vården kan kompletteras med privata och ideella aktörer.

Universitetssjukhusen ska inte privatiseras vare sig helt eller delvis. Ett förstatligande av sjukhusen skulle innebära att bygga in en huvudmannagräns mellan primärvården och sjukhusvården. Det vore att sätta upp hinder för utvecklingen.

De punkter som partistyrelsen ville prioritera var:

- **En mer nära vård med kortare köer.** En bred tillgänglighetsreform ska genomföras. Patientkontrakt med tidplan för remisser, återbesök och behandlingar ska upprättas. Vårdcentraler ska finnas nära människor. Ny teknik och digitala lösningar ska ge snabbare hjälp. Elevhälsan ska stärkas.
- **En bättre cancervård.** Väntetiderna ska kortas och vårdens kvalitet säkras. Sjukhus med högspecialiserad kompetens ska finnas på flera platser i landet. Universitetssjukhusen ska ägas och drivas av det offentliga. Forskning, utbildning och den högspecialiserade akutsjukvården ska hållas ihop.
- **Vård efter behov – inte plånbok.** Principen att vård ska ges efter behov och inte efter plånbok ska gälla. Den offentligfinansierade vården ska vara så bra att tilläggsförsäkringar inte är nödvändiga. Avskaffa möjligheten att göra skatteavdrag för privata sjukvårdsförsäkringar.

Ledamöternas inlägg

Diskussionerna visade att det inte är så lätt att nå målet en bra vård i hela landet. Finansieringen är ett problem. I SLL ökar privata kliniker medan sjukhusen åläggs sparbeting. Akutkriser och växande antal privata sjukförsäkringar är problem.

Vården måste bli mer attraktiva som arbetsgivare för att bli kvitt hyrpersonal. Här hoppades man på ett tydligt besked från kongressen.

Tandhälsan lyftes i flera inlägg. Man ville att tandhälsa ska ingå i den vanliga subventionerade sjukvården.

Primärvården ska vara centrum och hemsjukvården byggas ut. Men läkare anställda i kommunerna kan uppfattas som konkurrenter till landstingen.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm

chefredaktor@sfam.se



Nya principer för fortbildning

Nedan presenteras 21 viktiga principer för fortbildning. Avsikten är att konkretisera den fortbildningsmodell som antogs 1993 enligt ett förslag som togs fram i den så kallade efterutbildningsutredningen (*Måwe U. Allmänläkares efterutbildning. Stockholm: SFAM 1993*). I utredningen lyfter man fram värdering av egen kompetens, interaktiv pedagogik och självstyrt, problembaserat lärande.

SFAM har i denna anda skapat kompetensvärderingsmetoder (Mitt-i-ST och specialistexamen), tagit fram kurskriterier, medverkat i fortbildningsenkäter och formulerat krav på fortbildningsresurser (Golden standard).

Tidigare handlade fortbildning till största delen om att tillägna sig nya kunskaper och att öva på olika uppgifter. Man ansåg att kunskaper ska tillföras med hjälp av lärarstyrda föreläsningar och utan tydlig koppling till den egna verksamheten. Detta brukar kallas CME, *continuing medical education*.

Idag är fortbildning betydligt mer än bara kunskapsinhämtande. Den är grundvalen för läkares professionella utveckling och hänger samman med de erfarenheter, problem och lärandebehov som dagligen uppstår i vardagsarbetet.

Siktet är inställt på att öka förmågan till överblick, att ompröva etablerade rutiner och att kunna hantera oväntade och komplexa uppgifter och problem. Aktiviteter som kompetensvärdering, upprättande av fortbildningsplan, diskussioner i FQ-grupp och återkoppling av journaldata är viktiga moment. Nu talar vi om fortbildning i betydelsen fortsatt professionell utveckling, *continuing professional development* (CPD).

Principerna nedan har tagits fram av SFAM och ligger i linje med internationella rekommendationer från WONCA och World Federation of Medical Education (WFME).

Principer

Fortbildningens syfte och Innehåll

1. Syftet med allmänläkares fortbildning är att fylla de luckor som identifierats genom värdering av medicinsk verksamhet, genom reflektion och självvärdering av egen praktik och genom analys av innehållet i en personlig fortbildningsplan. (WFME B 2.4.1)
2. Allmänläkares fortbildning ska vara anpassad till den enskilda läkares behov och önskemål med beaktande av sjukvårdsorganisationens behov. (WFME B2.1.1)
3. Fortbildningsaktiviteter bör vara baserade på en personlig fortbildningsplan. (WFME Q 2.3.1)
4. Det ska finnas möjlighet att upprätta en personlig fortbildningsportfölj där planerad och genomförd fortbildning dokumenteras. Portföljen ska användas som ett formativt verktyg för lärande och vid behov diskuteras med kollegor. (WFME B 3.2.2-3)
5. Allmänläkare ska ha möjlighet att ingå i kollegiala nätverk för att kunna dela erfarenheter och utnyttja fördelarna med gruppgemensamt lärande. (WONCA Q 2.1)
6. Allmänläkare ska tillförsäkras deltagande i kvalitetsutveckling som en del i fortbildningen. (WFME B 6.6.1)
7. Allmänläkare ska ha möjlighet att delta i forskningsprojekt som en del i fortbildningen. (WFME Q 6.6.1)

8. Det bör finnas tillgång till pedagogisk expertis när det gäller rekommendationer om fortbildning. (WFME Q 6.7.1)
9. Allmänläkare bör ha möjlighet att planera och genomföra fördjupande studier för att kunna uppnå en högre kompetensnivå. (WONCA Q 6.4)

Fortbildningssystem

10. Det ska finnas ett transparent system för uppföljning och dokumentation av genomgångna fortbildningsaktiviteter. (WFME B 3.2.1)
11. Fortbildning ska ses som ett gemensamt intresse för läkare och verksamhetsansvarig och en del av den medicinska verksamheten, vilket ska återspeglas i budget, resursfördelning, arbetsmiljö och schemaläggning. Hänsyn bör tas till att fortbildningsaktiviteter kan minska sjukvårdsproduktionen. (WFME Q 2.4.1)
12. Professionella föreningar ska stödja utvecklingen av den enskilda läkares förmåga att planera, genomföra och dokumentera praktikbaserat lärande. (WFME B 4.2.1)
13. Allmänläkarnas organisationer ska ta ansvar för fortbildningen när det gäller ledarskap och organisation. (WONCA B 8.2)
14. Professionen ska, tillsammans med andra aktörer, utveckla system som uppmuntrar och värdesätter deltagande i lokala, nationella och internationella fortbildningsaktiviteter, vetenskapliga möten och annan formaliserad fortbildning (WFME B 6.5.1)
15. Ett fortbildningssystem ska utgå från att den enskilda läkaren tar ansvar för sitt deltagande i fortbildningsaktiviteter (WFME B 4.1.2)
16. Ett fortbildningssystem ska uppmuntra läkare att själva bedöma värdet av tillgängliga fortbildningsaktiviteter. (WFME B 4.1.5)
17. Ett fortbildningssystem ska vara uppbyggt så att det ökar motivationen och lusten till lärande. (WFME Q 4.1.1)
18. Det ska finnas riktlinjer som förhindrar kursgivare att utnyttja läkares behov av fortbildning för egen vinning eller för ändamål som inte är för patientens bästa. Intressekonflikter bör deklarerats och minimeras. (WONCA B 5.1; WONCA Q 5.1)

Fortsatt utveckling

19. Det ska finnas procedurer för regelbunden uppföljning och uppdatering av struktur, funktion och kvalitet av det aktuella fortbildningssystemet. Påvisade brister ska åtgärdas. (WONCA)
20. Verktyg för självvärdering ska vidareutvecklas så att de kan användas för att identifiera behov av lärande. (WONCA B 4.2)
21. Fortbildning ska anpassas till aktuell vetenskap och till den socioekonomiska och kulturella utvecklingen i samhället. (WFME Q 9.0.3)

Gösta Eliasson

gosta.eliaasson@sfam.se



Att vara Mitt-i-ST-värderare

Några vana värderare berättar

Denna artikel har sammanställts av Karin Lindhagen utifrån e-postintervjuer med några erfarna Mitt-i-ST-värderare och medlemmar i SFAM:s råd för kompetensvärdering.

Vad innebär det att vara Mitt-i-ST-värderare?

Gunilla

– Jag tycker att jag sysslar med empowerment och det är det som gör dagen så dynamisk och kreativ. Att se och känna hur personen växer i sina egna ögon under sista timmens sammanfattning och går vidare med en bättre bild av resten av sin ST-tjänst och med en glädje över sina styrkor. Precis som när en patient klarar att ta vara på sina styrkor i arbetet med den problematik som gör att hon söker.

Meta

– Det är spännande att komma till nya och olika mottagningar i vårt land. Att se hur förutsättningar varierar kan ibland vara frustrerande men samtidigt för mig som värderare nyttigt och lärorikt. ST-läkarna är för det mesta fantastiska. Jag får vara med om spännande, ibland enkla och uppiggande men ibland svåra samtal med ST-läkare och med handledare och chefer. Det känns meningsfullt att kunna lämna synpunkter på möjliga förändringar av återstående ST.

Hur får du ditt uppdrag som värderare?

Karin

– Mitt-i-ST-administratörerna skickar några gånger per termin information till alla värderare om vilka ST-läkare som önskar värderingar den närmaste tiden och jag får ange vilka jag kan ta hand om utifrån tidpunkt och geografi. Själv vill jag helst kunna åka över dagen, men det kan också vara lockande att komma till någon plats längre bort, kanske där jag kan passa på att besöka anhöriga eller vänner.

Hur arbetar du som Mitt-i-ST-värderare?

Cecilia

– Första kontakten med ST-läkaren handlar om tidpunkten för Mitt-i-ST och vad jag vill att vi skall hinna med under praktikdagen. Jag vill se minst 6 patienter, hinna med samtal med handledare och chef och ha tid för ett avslutande samtal innan dagen är slut.

Jag läser alla dokument och funderar över vad som ännu inte genomförts av utbildningen. Jag tittar på videon och dokumenterar vad jag ser där och jämför med ST-läkarens egen värdering. Jag tittar också på vårdcentralens hemsida för att orientera mig om vad jag skall möta – vilka resurser finns, hur många medarbetare i olika yrkesgrupper.

Efter praktikdagen skriver jag genast ned berättelser om patientmötena medan jag fortfarande har en klar bild av individerna och allt som hänt. Det tar sin tid att i relativt kort text fånga vad som hänt och kommentera det i syfte att det skall vara utvecklande. En kapphäst: patientens livssituation! Vad avgjorde att patienten gick till doktorn, hur ser omvärlden ut

för patienten, jobb, familj. Har andra haft synpunkter på tillståndet? Hur hantera framtiden med kroniska besvär? ST-läkarna är ofta inriktade på att klara av det medicinska men får inte fram vilken dimension detta tillstånd har för patienten.

Kirsten

– Rapporten skriver jag utifrån mallen som finns på SFAM:s hemsida. Jag skriver bara om det som vi har diskuterat under dagen och försöker hålla det allmänna omdömet så neutralt och positivt som det går. Jag sammanfattar de styrkor som finns och under förbättringar de råd som kan hjälpa läkaren att få stöd med det som behöver utvecklas. Det kan vara strukturella problem, oförmåga att säga nej, svårigheter att skilja mellan arbete och fritid, svårigheter att begränsa ett besök eller att avsluta besök, långa journalanteckningar, svårigheter att leda mm. ST-läkaren får min preliminära rapport för eventuella synpunkter. Efter justeringar av eventuella sakfel eller formuleringar som kunnat missförstås skickar jag den undertecknade rapporten och intyget i brev till hemadressen.

Vad är Mitt-i-ST?

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

Mitt-i-ST består av:

- Portfölj med reflektion, skriven av ST-läkaren, samt video av patientmöten, skickad i förväg.
- Praktikdag på ST-läkarens mottagning – medsittning och samtal med handledare, chef och studierektor.
- Rapport från värderaren med fokus på rekommendationer för hur sista delen av ST kan ge bästa möjliga utbildning för ST-läkaren.

Ärligen anmäler sig närmare 200 ST-läkare till SFAM för att göra Mitt-i-ST. Dessutom görs mittvärderingar i annan regi under liknande former, exempelvis av studierektorer som utbildats på SFAM:s kurser. Det finns omkring 90 värderare som är aktiva i större eller mindre utsträckning med Mitt-i-ST i SFAM:s regi.



Hur blir man Mitt-i-ST-värderare?

Grundkrav för att bli Mitt-i-ST-värderare är att du har gått SFAM:s kurs för kompetensvärderare, ett tredagars internat. Kursen ges alltid i januari, vecka 3, och ofta även någon annan gång under året. Den annonseras på SFAM:s hemsida www.sfam.se och i AllmänMedicin. Kursen är också av värde om du är handledare eller studierektor, och du behöver inte bestämma i förväg om du ska bli aktiv värderare. Men vi hoppas förstås att du ska bli inspirerad till det. Vid din första Mitt-i-ST-värdering har du en medvärderare, och du kan alltid vända dig till en mer erfaren värderare om du behöver stöd för din bedömning.

Vad gör man när det strular?

Karin

– För det mesta fungerar allting precis som det är tänkt, men naturligtvis blir det problem ibland. Portfölj som inte kommer i tid eller inte omfattar det som ska ingå, videoinspelningar som är bristfälliga, tidsplanering för praktikdagen som inte följer anvisningarna, chef eller handledare som uteblir. Och då får man göra det bästa av situationen ändå.

Kirsten

– En ST-läkare hade alldeles för sent skickat en portfölj som saknade viktiga delar, och fast jag i upprepade mail bad om komplettering fick jag inte någon

adekvat sådan. Den kommunikationen var sådan att jag nästan övervägde att ställa in praktikdagen. Men på videon såg jag att hen hade ett fint och respektfullt patientomhändertagande även om det fanns mycket att lära om bra konsultationer, och den medicinska handläggningen var acceptabel. Det blev till slut en bra praktikdag, som jag tror var lärorik för ST-läkaren.

Lisa

– Vid ett tillfälle blev jag rent chockad. Jag hade läst en välskriven portfölj från en kvinna som bland annat varit föreläsare på internationella kongresser. Jag fick bevittna otroligt fina patientmöten och såg

att hon hade bra medicinsk kompetens. Men hon berättade om uselt självförtroende och hade till och med funderat på att sluta som läkare. Nu kände hon sig lyft av mina omdömen. Vid mötet på eftermiddagen med chefen och den nya handledaren så skäller chefen ut denna ST-läkare och säger bland annat att hon är blyg och måste göra en kompletterande placering. Jag har aldrig upplevt något liknande och förstod då varför denna ST-läkare mår så dåligt. Inget av det chefen sa såg jag någon som helst grund för, och jag frågade chefen om hen verkligen visste vilken bakgrund ST-läkaren hade. Inte konstigt att läkaren mår så dåligt. Här tror jag min insats vid Mitt-i-ST gjorde skillnad.

Varför bli Mitt-i-ST-värderare?

Lisa

– Jag unnar alla mina kollegor, specialister i allmänmedicin, att göra mittvärderingar med ST-läkare. Det ger så oerhört mycket, du blir inte rik på pengar, det tar mycket tid, men däremot blir du rik på upplevelser. Vid varje värdering har jag fått med mig något hem. En aha-upplevelse, tips i mitt eget arbete med patienter eller tips till små ändringar på den egna vårdcentralen. Så ge dig själv chansen!



Karin Lindhagen
Uppsala
karin.lindhagen@sfam.se



Cecilia Ryding
Stockholm



Gunilla Stenninger
Örebro



Lisa Månsson Rydén
Hälsingland



Kirsten Nilsson
Skåne



Meta Wiborgh
Norrbotten

Socialstyrelsens virtuella vårdcentral

Primärvården möter många patienter som är föräldrar, då 2 g § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är aktuell [1]. Men många läkare är osäkra på hur de ska närma sig de känsliga frågorna om föräldraskap och barns behov med sina vuxna patienter.

För att stärka implementeringen av 2 g § HSL i primärvården har Social-

styrelsen tagit fram en interaktiv virtuell vårdcentral. Där kan den blivande eller yrkesarbetande allmänläkaren öva på att ställa frågor och få svar från filmade fiktiva patienter. Syftet är att öka uppmärksamheten på barns behov och ytterst att stärka stödet till barn i dessa situationer.

Vårdcentralen finns på Kunskapsguiden <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Virtuell-vardcentral-for-starkt-stod-till-barn-som-anhoriga/Sidor/default.aspx>

se/utbildning/Virtuell-vardcentral-for-starkt-stod-till-barn-som-anhoriga/Sidor/default.aspx

1. Enligt bestämmelsen i 2 g § HSL ska hälso- och sjukvården beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen i familjen har missbruk, psykisk ohälsa, allvarlig sjukdom eller skada eller oväntat avlider.



Allmänläkardagarna i Skövde 25-27/1 2017

Astrid Seeberger fängslande på KursDoktors allmänläkardagar

Allmänläkardagarna i Västra Götalandsregionen genomfördes i år på Billingshus i Skövde. KursDoktor, Närhälsans kursgivare för regionens offentligt anställda specialister i allmänmedicin, stod för ett tre dagar långt arrangemang.

I år kunde man lyssna till föreläsningar om dermatoskopi, demens, ögonsjukdomar, flyktingmottagande, endokrinologi, diabetes och hjärta-kärl, och om användningen av tumregler i vår vardag. Allan Linnér, radiopsykiater i SR P1 reflekterade över det goda samtalets läkande kraft och Astrid Seeberger, läkare och författare, visste att trollbinda sina åhörare med en känslomässigt laddad föreläsning om hur nyfikenhet och omtanke gör oss till empatiska doktorer.



Astrid Seeberger.

Mötet avslutades med att Årets Allmänläkarvän 2016, Göran Stiernstedt, presenterade idéer kring hur de brister som påtalas i hans utredning "Effektiv vård" bör åtgärdas för att skapa bättre primärvård.

Fängslande föreläsning

Astrid Seeberger är född i Tyskland och kom till Sverige som sjuttonåring. Hon tog först en filosofie kandidatexamen i teater- och filmvetenskap och filosofi för att sedan bli läkare, docent i njurmedicin och överläkare på Karolinska sjukhuset. På senare tid har hon ägnat sig åt patientmötet och menar att det goda samtalet präglas av nyfikenhet, något som gör det möjligt att nå fram till patientens inre rum. Hon har skrivit två böcker, i ämnet, "Den skamlösa nyfikenheten" (2010) och "Nästa år i Berlin" (2015).

Astrid Seeberger undervisar blivande läkare i professionell utveckling på Karolinska Institutet och driver Pedagogiskt forum, ett projekt där landets ledande konstnärer och samhällsdebattörer möter personer i sjukvården.

Skamlös nyfikenhet

Under Allmänläkardagarna föreläste hon inspirerat om "Den skamlösa nyfikenheten", en titel hämtad från en av hennes böcker. Hon trivs med att föreläsa och att träffa kollegor och säger att det är underbart att möta allmänläkare som, precis som hon själv, värnar om patientmötet.

– Jag lär mig alltid något av att träffa läkare och andra som jobbar i sjukvården. Publiken på allmänläkardagarna är fantastiskt engagerad. Att möta sådant engagemang ger mig kraft!

Hennes budskap är enkelt: för att läkaren ska kunna hjälpa

Antal deltagare på Allmänläkardagarna 2017

Från Västra Götaland, offentligt drivna vårdcentraler (Närhälsan)	107
Från Västra Götaland, privata vårdcentraler	17
Från andra regioner och landsting	20
Administrativ personal, föreläsare och utställningsmontrar	23
Totalt	167

sin patient krävs inte bara kunskaper, utan också helhetssyn och empati.

– Vi möter inte en diagnos. Läkarens uppgift är ju att ta hand om hela människan. Därför är patientens berättelse så oerhört viktig.

Hela människan

Men det finns många hot mot det goda mötet, stress till exempel. En fråga som många ställer sig är hur man ska klara av att bevara och utveckla ett individcentrerat arbetssätt när arbetsmiljön är så pressad.

– Det viktigaste är att få in det i grundutbildningen. Det tycker jag faktiskt vi har lyckats med, för även om det går lite trögt så pågår ändå ett paradigmskifte. Idag är det inte bara det medicinska som gäller, vi börjar se värdet av att ta hand om hela människan. Men det är en lång kamp.

Journalisten Maciej Zaremba har skrivit om nackdelarna med new public management, och nu börjar nya begrepp som värdefull vård vinna terräng. Finns det ingen modell som förmår ta tillvara de värden Astrid Seeberger talar om?

– Jag tror att det gäller att övertyga våra politiker om att det inte går att bedriva sjukvård som en industriell process. Patienter är unika, och vi måste bemöta dem som individer. Maciej Zaremba kom fram till att sjukvård borde bedrivas mer som ett konsthantverk. Det ligger mycket i det. New public management är bara ett ekonomiskt styrmedel och handlar inte om människovärde.

Vad tyckte deltagarna?



Nils Erik Johansson, Guldvingens vårdcentral, Lidköping

– Föreläsningen "Den skamlösa nyfikenheten" med Astrid Seeberger var mycket bra! Hon visade att compliance är lägre än vi tror och kunde förklara hur mycket det är som slås sönder genom korta besök och dålig kontinuitet.



**Margareta Berzén,
Chefläkaravdelningen Närhälsan**

– Allmänläkardagarna är ett stående inslag i mitt yrkesliv som läkare. Flyktingmedicin och demens var bra och dermatoskopiseminarier var nyttigt. Hud är svårt men spännande!



**Karin Rignér,
Chefläkaravdelningen Närhälsan**

– Allmänläkardagarna är jätteviktiga. Hypertonsseminariet var givande och jag blev imponerad av en modell från Tidaholm. Det talades om task-shifting och rädslan att förlora kontrollen och börja samverka med andra yrkesgrupper trots den höga arbetsbördan.



**Johan Lindström,
Närhälsan, Lerum Vårdcentral**

– Det handlar inte bara om föreläsningar, jag blir entusiastisk att fortsätta i yrket av att vara här och uppleva det sociala, den glada stämningen. Astrid Seeberger och demensföreläsningen var väldigt bra. Jag kommer även nästa år – om jag får för chefen!

Jäv saknas.

Text och foto:

Gösta Eliasson

Ledmot av fortbildningsrådet

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Dalarnas distriktsläkardagar drar folk



I Dalarna träffas alla länets allmänläkare på distriktsläkardagar två gånger om året. Mötet varar en dag och är dubblerat för att alla ska kunna delta. Även ST- och AT-läkare bjuds in. I april låg mötet i Tällberg och temat var risk- och missbruk. Zigge Freijs, fortbild-

ningssamordnare i Dalarna är nöjd med dagarna.

– Jag är verkligen nöjd. Vi har över hundra ST-läkare i Dalarna. Det är fantastiskt att kunna samla kollegor i alla åldrar.

Hur många brukar delta?

– I år omkring 170. På förra mötet var vi 71 specialister och 108 ST-läkare.

Vad tror du det är som lockar?

– Att alla förutsätts delta och att det bokas av i vårdcentralernas tidböcker. Och så känns det nog konstigt att inte delta när alla andra gör det.



Zigge Freijs, fortbildningssamordnare.



Green hotell.



Årets allmänläkarvän: Peter Hallgren (och Nils Rodhe, f.d. ordförande SFAM-Dalarna).

Vilka är med och planerar tema?

– Det gör jag tillsammans med Hälsoval och vår lokala SFAM-styrelse. Nästa utbildningsinsats är en extra dubblerad temadag om cancer för att förbättra samarbetet med slutenvården.

Text och foto:

Gösta Eliasson

Ledmot av fortbildningsrådet

gosta.eliasson@sfam.se

Jäv saknas.



Kultur-spalten

Risktänkande, tillit och existentiell realism

I februari körde jag igenom isen med skridskor på den blankfrusna Växjösjön. Jag tog mig snabbt upp ur vaken, men var illa tilltygad i bröstorg och axelparti. Händelsen blev en dramatisk påminnelse om att det är livsfarligt att leva.

Om detta blir vi ständigt uppdaterade i massmedia. På löpsedlar och nyhetspuffar är våld, död och hemska hälsorisker regeln. Den värsta löpsedeln jag kan minnas förkunnade: "Din kropp kan vara en dödsmaskin". Tragiskt nog är påståendet sant, men motsatsen är ännu sannare: "Min kropp är min livsmaskin". Den sanningen är kanske inte lika säljande?

Medicinen och riskerna

Inom medicinen är risktänkandet utbredd. Nästan varje dag basunerar forskningen ut budskap om nya faror i kost, livsstil och miljö. Det är medicinens uppdrag att informera om sådant, men ofta upplevs budskapen som motstridiga och sanningarna alltför kortvariga. Det som var sant igår är osant idag.

Borde inte läkarvetenskapen kunna röja i riskepidemien, fungera som motvikt och erbjuda lite tröst? Hur ofta talar vetenskapen om kroppens underbara förmåga att fungera, anpassa sig och bekämpa sjukdomar? Kanske är vetenskapen dåligt lämpad för denna uppgift. Kanske är det nödvändigt att någon tolkar och modifierar risktänkandet.

Vi allmänläkare borde vara bäst skickade genom vår personkännedom. Att låta den tioprocentiga risken att dö inom en femårsperiod i en viss sjukdom bli till den nittioprocentiga chansen att överleva trots sjukdomen är en god början.

Min avhandling handlade om risker för luftvägsinfektioner hos förskolebarn. Jag kan stå för mina slutsatser efter mer än 20 år, men under slutet av avhandlingsarbetet drabbades jag av tvehågsenhet. Därför valde jag som motto några rader ur en dikt av Tomas Tranströmer. I samlingen Östersjöar skriver han: "Ingenstans lä. Överallt risk. Som det var. Som det är".

Den totala uppgivenheten? Hur vi än vänder oss har vi ändå bak! Nej, inte alls! Läkarvetenskapen och sjukvården har ett ansvar att befatta sig med risker och hälsans bestämningsfaktorer. Hälsan har förbättrats under senare decennier, inte bara i vår del av världen, utan globalt, vilket den nyligen bortgångne Hans Rosling visade med mästertlig pedagogik.

Existentiell realism

Tranströmer går ett steg längre. Jag tolkar raderna ovan som ett uttryck för hans existentiella realism. Med öppna ögon gör han trösterik poesi av grundsanningen att vi alla till slut är dödliga.

Hur hälsosamt vi än lever, hur bra sjukvården och samhället än blir, kommer vi inte undan.

I långdikten *Schubertiana* inspirerad av Schuberts stråkkvintett i C-dur visar han hur tillit ändå är möjlig:

Så mycket vi måste lita på för att kunna leva vår dagliga dag utan att sjunka genom jorden!

Lita på snömassorna som klamrar sig fast vid bergsslutningen ovanför byn.

Lita på tysthetslöftena och samförståndsleendena, lita på att olyckstelegrammen inte gäller oss och att det plötsliga yxhugget inifrån inte kommer.

.....

*Men inget av det där är egentligen värt vårt förtroende
De fem stråkarna säger att vi kan lita på någonting annat*

På vad? På någonting annat, och de följer oss en bit på vägen dit.

Som när ljuset slocknar i trappan och handen följer – med förtroende – den blinda ledstången som hittar i mörkret.

Det är uppenbart att konsten och musiken i Tranströmers värld kan stärka vår tillit. "De följer oss en bit på väg", fram till "den blinda ledstången, som hittar i mörkret". Men därefter måste vi lita till ledstången.

Stången som leder i mörkret

Det är inte långsökt att göra ledstången till en gudsbild, men jag tror inte det är nödvändigt att föra in en metafysisk gud. Kanske räcker det med en djup medmänsklighet, möjligheten att få hålla någon man litar på i handen. En hand som säger att man inte är ensam: en anhängare, en käresta, en doktor som finns kvar trots att man är "medicinskt färdigbehandlad".

Jag minns med sorg de gånger jag som doktor inte haft (tåla)mod att bli kvar när allt hopp är ute. Jag minns också de gånger jag stannat kvar och fått uppleva att patienten och jag har blivit varandras ledstänger.

Tranströmer var själv en sådan ledstång. Jag vet att hans poesi vill mig väl.



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Fedra Amorin.

Årets handledare i Stockholm



Fedra Amorin, St Eriks vårdcentral, Stockholm, har belönats med Guldkorset, Sylf Stockholms årliga pris till bästa ST-handledaren.

”Fedra är en fantastisk handledare som besitter kombinationen av en stor medicinsk

kompetens och ett brinnande intresse för handledning och utbildningsfrågor. Hon strävar efter att ge våra patienter det medicinskt bästa omhändertagandet samtidigt som hon verkar för att vi läkare skall ha en sund balans mellan arbetsliv och fritid, något som man ibland kan behöva bli påmind om som utbildningsläkare. Fedra står upp för utbildningens betydelse i vården, inte bara i ord på möten utan också i handling då hon alltid svarar på de frågor som kommer upp utan knussel och är nogga med att handledning prioriteras i schemat. Hon har en bra struktur och är nogga med att ha en tydlig plan framåt för ST:n vilket är en stor trygghet. Kort sagt är Fedra ett riktigt guldskrud för oss som arbetsplats i allmänhet och mig som adept i synnerhet. Bättre handledare hade jag inte kunnat önska mig!”

Årets pristagare i Örebro – Värmland

SFAM Örebro - Värmland har vid årets fortbildningsdagar på Loka Brunn utdelat priser till särskilt förtjänata kollegor.

I **Värmland** tilldelades ”Bästa allmänmedicinska insats” **Klaus Stein**, Vårdcentralen Charlottenberg, för framgångsrikt arbete med att minska förskrivningen av beroendeframkallande smärtläkemedel. Framgångsfaktorer i arbetet med detta kom-

plicerade kliniska område har varit kunskap, struktur och lagarbete.

”Kunskapens ljus” tilldelades **Tiia Toomessoo**,



Klaus Stein, Tiia Toomessoo och Madelene Anderson.

Hagfors vårdcentral, för ett uppskattat handledningsarbete. Hon är som handledare pedagogisk, lugn, tydlig, stöttande och hjälpsam.

I **Örebro** gick priset ”Bästa allmänmedicinska insats” till **Madelene Andersson**, Lekebergs vårdcentral. Madelenes insatser för allmänmedicinen i länet är svårövertärfad, som kollega, handledare, studierektor, ledamot i SFAM-styrelse och allmänläkarråd. Hon har en stor del i att ST-utbildningen håller så hög klass i länet.

”Kunskapens ljus” tilldelades **Richard Wentzel**, Tybble vårdcentral. Han har varit en samlande kraft vid Tybble vårdcentral och har genom stor erfarenhet och stort engagemang för allmänmedicinska frågor varit en trygg person som ger sig tid att handleda, utbilda och svara på frågor kring hela det allmänmedicinska fältet.



Richard Wentzel.

Årets allmänläkarvän 2017



Christer Andersson.

Svenska Distriktsläkarförbundet har utsett **Christer Andersson**, verksamhetschef på Bergsjöns vårdcentral i Göteborg, till årets allmänläkarvän 2017. Motiveringen lyder: ”En engagerad entreprenör som tror på långsiktighet och kontinuitet som startat primärvård i det kanske mest utsatta området i Göteborg. Han har exempelvis hanterat ett stort flyktingmottagande med

oortodoxa metoder som tolkar på öppna mottagningen. Christer vill stå för en primärvård med långsiktighet och kontinuitet. Vårdcentralen har successivt vunnit befolkningens förtroende och ett nybygge vann dessutom ett arkitekturpris. En vårdcentral med personal att vara stolt över. Christer Andersson visar att det går att göra det omöjliga och är en sann allmänläkarvän.”



Årets handledare i Blekinge

AT-läkarna i Sylf Blekinge har gett handledarpriset 2016 till två allmänläkare.

Boel Jönsson, Brunnsgårdens vårdcentral i Karlshamn. ”Hon är en ob-

eskrivlig arbetsmyra som trots ständigt hög belastning alltid

får en att känna sig välkommen och inte drar sig för att hjälpa till på allra bästa sätt.”



Boel Jönsson.



Johanna Söderström.

Johanna Söderström, Jämsjö vårdcentral i Jämsjö. ”Hon gjorde sig alltid tillgänglig för handledning, och handledde då genom att kräva ett öppensinnat utbyte av kunskap och erfarenhet på ett sätt som stärkte mig i läkarrollen och bidrog till att entusiasmera mig inför allmänmedicin som specialitet!”



Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse

Titeln på Peter C. Gøtzsches bok är uppfriskande provokativ. Den samstämmer väl med hans tidigare publikationer och kontroversiella ståndpunkter i olika medicinska frågor. Att läsa denna bok är som att gå in i en charkuteributik, där psykiatri som vetenskap och praktik slaktas och styckas, liksom läkemedelsindustrin, patientföreningarna och i synnerhet samröret mellan alla dessa.

Boken dumpades i en recension i LT av psykiatern Mikael Landén hösten 2016 [1]. I anslutning till recensionen bröt en häftig debatt ut i kommentarsfälten. Positivt och negativt vägde lika.

Gøtzsche är inte vilken tyckare som helst. Som föreståndare för Cochraneinstitutets nordiska gren i Köpenhamn är det hans uppgift att kritiskt granska och bedöma vetenskaplig litteratur. Boken har 715 referenser varav 180 gäller depression. Kanske bombmattan av referenser gör boken svårläst även för en positivt stämd läsare med hygglig läsvana.

Jag var nyfiken på hur bruket av psykofarmaka kunde minskas med minst 98 % och på bevis för att de dödar en halv miljon människor om året i USA och Europa. Jag får inga tydliga svar på de frågorna, men jag sympatiserar med Gøtzsches kritiska inställning till diagnosglidning inom psykiatri, vilket leder till sjukförklaring av många normala mänskliga upplevelser och beteenden. Det är inte rimligt att 80 % av eleverna i fattiga områden i USA medicinerar mot ADHD (jag har sett det på plats) eller att en allt större andel av befolkningen medicinerar med antidepressiva. Det blir vanligare att läkemedel sätts in vid lätta depressioner, att bipolär diagnos spåras ned i spädbarnsåldern mm.

Den biologiska psykiatrins bild av psykisk sjukdom som en obalans i hjärnkemin leder till en reduktionistisk människosyn. Är depression bara ett serotoninbristsyndrom analogt med insulinbrist vid diabetes typ 1? Gøtzsche menar att det är lögn! Han är skoningslös i sin kritik av metoder i flertalet vetenskapliga (behandlings)studier. Kritiken gäller allt från studiedesign till slutsatser och i ännu högre grad produktlanseringen via läkemedelsföretagen, som ofta har sponsrat studierna, och läkemedelsmyndigheter som inte kan stå emot inflytelserika psykiater som driver på. Han kallar dessa psykiater med inflytande för "silveryrghar" i analogi med beteckningen för alfahannar i en babianflock, som bekräftar varandra med ömsesidigt ryggekliande.

Trots min positiva inställning kan jag inte fullt ut skriva under på Gøtzsches slutsatser. Det svårt att frigöra sig från intrycket att han gräver ner sig i en konspiratorisk värld, där jag som läsare blir insnärjd i det strida flödet av fakta och referenser. Det ges

inga pauser för reflektion eller möjlighet till kritisk distans.

I minnet jämför jag med journalisten Ingrid Carlbergs Pillret från 2008 [2]. Hon begränsade sig till spelet kring moderna antidepressiva medel. Jag kände mig upplyst av den lugna saklighet med vilken Carlberg trovärdigt visade på hur tunga kommersiella krafter styrde utbud och efterfrågan på i första hand SSRI-preparat.

Carlberg behövde inga invektiv eller slarviga generaliseringar. Flitigt bruk av begrepp som "förfärliga", "korrupta", "kriminella" kan få omvänd effekt mot den avsedda. När Gøtzsche hävdar att mer än hälften av alla psykiater är korrupta menar han något annat med korruption än vad vedertaget språkbruk tillåter. Det blir ett sätt att skjuta sig själv i foten.

Trots mina invändningar tycker jag att detta är en bok värd att ta på allvar. Mina egna slutsatser som allmänläkare ser ut ungefär så här:

1. Psykiatri (och vi andra inom vården) måste bli mera varsamma med diagnostiska etiketter.
2. Den biologiska psykiatri förstärker synen på människan som en komplicerad kemisk lösning.
3. Det förskrivs alldeles för mycket psykofarmaka i världen.
4. Omgivningens betydelse för uppkomsten och utvecklingen av psykiska problem är gravt underskattad.
5. I motsats till Gøtzsche anser jag att psykisk sjukdom är en realitet och att psykofarmakologisk behandling kan vara till stor hjälp, men att psykoterapi i vid mening nästan alltid bör vara ett förstahandsmedel.

Till sist en stilla kollegial vädjan till Peter Gøtzsche att använda ett röstläge som även kan få motståndare att lyssna och därmed nå fram med sitt budskap ännu effektivare.



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Referenser

1. Landén M. Gøtzsches bok är motsatsen till vetenskaplig hederlighet. Läkartidningen.se 2016;113:D9SP
2. Carlberg I. Pillret: en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader. Stockholm: Norstedt; 2008.

Heusser, Peter. *Anthroposophy and Science, an introduction*. Översatt från tyska till engelska.

Pappersbok: Peter Lang AG 2016. 368 s. ISBN 9783631672242.

E-bok: EPUB med Adobe-kryptering. Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften. ISBN 9783653950472. DOI: <http://dx.doi.org/10.3726/978-3-653-06753-8>.



Hur kan vi införa ett mer holistiskt tänkande i naturvetenskapen?

Är det möjligt att utvidga, förändra det vetenskapliga synsättet så att även antroposofisk medicin kan rymmas inom det som kan kallas vetenskap?

Frågan ställs i boken *Anthroposophy and Science, an introduction*, skriven på tyska av professor Peter Heusser 2011.

Det är 317 sidor text med genomgång och citat av mängder av vetenskapliga artiklar och böcker. Sedan följer 50 sidor med referenser, cirka 650 artiklar. Författare från den amerikansk-engelska forskarvärlden och från det tyska språkområdet finns med. En utgångspunkt är att kunna förstå människan som människa genom ett holistiskt synsätt istället för det nu förhärskande mekanistiska, reduktionistiska synsättet på "människan som "en molekylär-genetisk neurobiologisk maskin".

De inledande två kapitlen i boken behandlar grundläggande kunskapsteori, ett ämne som vi medicinare i Sverige inte brukar ägna oss åt. Där framhåller författaren att syftet med denna bok är att skapa ett holistiskt synsätt inom medicinen som möjliggör att integrativ medicin får sin egen teoretiska grund.

Kunskapsteori eller epistemologi är den vetenskapliga kartläggningen av hur det går till att samla kunskaper. Jag sammanfattar ur boken hur Rudolf Steiner, antroposofins grundare, har bearbetat kunskapsteori bl.a. genom sina studier av Goethes naturvetenskapliga skrifter. Vetenskaplig kunskap behöver alltid två olika element: 1) det empiriskt givna, varseblivna fenomenet och 2) teorin, dvs. tankarna som används för att förklara hur fenomenen förhåller sig till varandra. Det som skiljer vardaglig kunskap från vetenskap är att teorin som förklarar fenomen i naturen strävar att nå fram till den lagbundenhet som fenomenen kan förklaras av. Experiment bekräftar sedan att den upptäckta naturlagen är giltig. I boken beskrivs att Steiners kunskapsteori bygger på att betrakta både 1) och 2) ovan som lika verkliga. Själva naturlagen som upptäckts genom människans tänkande är lika verklig som de fenomen i naturen som man studerat. Denna filosofiska ståndpunkt, kallad tanke-realism, delar han med många andra tänkare och vetenskapsmän sedan Aristoteles tid. Författaren betecknar detta synsätt som *ontologisk idealism*.

Den motsatta ståndpunkten är tanke-nominalismen, med

Kant och Popper som viktiga representanter. Naturlagarna betraktas som resultat av människans subjektiva tänkande förmåga att skapa ordning på allt som man samlat av fenomen i världen. Verkligheten består enbart av de yttre materiella beståndsdelarna, och människans begrepp och teoribildning genom sitt tänkande räknas inte till det som är verkligt.

Inom de biologiska och medicinska vetenskaperna reduceras idag den vardagliga verklighet som vi uppfattar med våra sinnen till att det är de minsta beståndsdelarna, atomer och molekyler, som är det enda verkliga. Med denna reduktionism har man byggt sina teorier. Men det finns en möjlig komplettering med en holistisk kunskapsmetod som bygger på ontologisk idealism.

I den här boken följer vi nu det tanke-realistiska tänkesättet och får ta del av vilka fördelar det har att växter, djur och människor blir som helheter lika reala som de molekyler som ingår i deras kroppar. Som ett exempel på hur man kan tänka i helheter visas på den kemiska nivån hur natrium och klor som ämnen förhåller sig till natriumklorid, koksalt. Egenskaperna hos den oerhört reaktiva natriummetallen och den stickande klorgasen försvinner fullständigt och istället uppträder koksalt som något helt annat, som kristaller, vattenlösliga, saltmakande. De två beståndsdelarnas egenskaper försvinner, blir submergenta. Koksaltet uppträder med nya, annorlunda emergenta, dvs. framträdande, egenskaper.

Tredje kapitlet ägnar han åt beskrivningar som visar att alla levande organismer kan betraktas som självorganiserande system, som styr sin egen utveckling i tid och rum. De levande



Rudolf Steiner, antroposofins grundare.

organismerna styr uppbyggnaden av ämnen och formar sig enligt sina egna lagar som kopplar in och kopplar ur de proteinskapande gener som behövs i ett lagbundet tidsförlopp.

Vi får i de följande kapitlen följa tankegången om de levande organismerna till genetiken och vidare till medvetande-bärande djur och människor, med frågan: är själen verklig eller endast en följd av neurobiologi? De hjärnfysiologiska processerna visar sig vara en förutsättning men inte en orsak till vår tankeförmåga och vilka tankar vi tänker. Det är jag som tänker, inte hjärnan.

Ett exempel, som visar att människans medvetna egenaktivitet är överordnad de biokemiska processerna, är neuroplasticitet. Den stroke-drabbade patienten tränar med sin aktiva vilja upp förlorade förmågor. Man har visat att det förändrar nervförbindelserna i hjärnan som motsvarar dessa förmågor. En sådan ombyggnad av hjärnan kan inte ske genom passiva rörelser eller med hjälp av läkemedel.

Bokens sista tre kapitel handlar om den självmedvetna människan, har hon ett jag, något helt individuellt, en andlig kärna, som är mer än arv och miljöpåverkan, har hon en fri vilja? Frågan besvaras med ja.

Boken är svårläst med mängder av fakta som belyses i nytt ljus. Den är intressant för den som vill befria sig från den reduktionistiska uppfattningen om verkligheten till att bejaka

att hela människan jag möter som patient på vårdcentralen är verklig. Med hela människan menar jag att hon också har en andlig dimension, där hon får allt större insikter om världen, ökar sin självkännedom och skapar sin individuella biografi.

Jag längtar efter att förstå hela verkligheten och har funnit denna utvidgade antroposofiska människokunskap värd att studera och ha som hypotes. Peter Heussers bok gör det möjligt att med vetenskaplig stringens få underbyggt det som jag samlat som erfarenhet om människan. Den vänder sig mest till andra som vill förstå varför det behövs en holistisk (integrativmedicinsk) verklighetsuppfattning som kan komplettera den reduktionistiska teoribildningen och förklara dess forskningsresultat.



Kristian Holmberg
Vidar vårdcentral, Järna
kristian.holmberg@telia.com

Jäv saknas.

Provinsialläkarstiftelsen

Fortbildningskurser för distriktsläkare

PÅMINNELSE!

1. Barnhälsovård för allmänläkare,
2. Endokrinologi för allmänläkare,
3. Äldrepsykiatri i primärvården,
4. Fortbildningsplanering i kollegial dialog (ASK),
5. Idrottsortopedi,
6. Symtombehandling i palliativt skede

För att läsa på om kurserna:

<http://www.trippus.net/Provinsialläkarstiftelsen2017>

Anmäl dig direkt på:

<http://www.trippus.net/Provins-Hosten2017>

Kursavgift: Alla kurser kostar 5 000 kr (inkl moms).

Obs! att kostnad för logi och reskostnad tillkommer.

Information om tid, plats och detaljerat schema kommer att skickas ut per mail till de som antagits till respektive kurs.

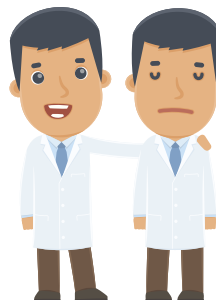
Om Du har några frågor ang. kurserna går det bra att kontakta Helena Grönbacke på DLFs kansli
Tel. 08-790 33 91, helena.gronbacke@slf.se

Efteranmälningar kan göras vid ev. lediga kursplatser. Kontakta Helena Grönbacke för mer information (kontaktuppg. ovan).



Läkare stödjer läkare – ett kollegialt nätverk

Läkare som hamnat i en svår situation kan hitta en utomstående samtalspartner hos de kollegiala rådgivarna. Rådgivarna är utsedda av de lokala läkarföreningarna och finns över hela landet. Man kan kontakta vilken rådgivare man vill. Man garanteras sekretess och kan även vara anonym.



Mer information hos Läkarförbundet
www.slf.se/Lon---arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk



**Sveriges
läkarförbund**

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Hanna Åsberg
hanna.asberg@sfam.se

Vice ordförande
Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Facklig sekreterare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter
Maria Wolf
maria.wolf@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akeesson@sfam.se

Peter Berggren
peter.berggren@sfam.se

SFAM:s råd
Fortbildningsrådet
Andreas Thörneby
andreas@thorneby.se

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.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@gmail.com

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvane frågor
Åsa Wetterqvist
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

IT-rådet
Anne Björk
annebjork@gmail.com

SFAM:s nätverk
Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

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

Balintgrupper
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sl.se

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

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@regionostergotland.se

Infektioner i primärvården
Sigvard Mölsted
sigvard.molstad@med.lu.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
evaarv@gmail.com

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

Euripa
euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS
www.nfgp.org
Hanna Åsberg
hanna.asberg@sfam.se

Nordiska kongressen
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Maria Nordendahl
maria.nordendahl@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN
Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND
Jan Håkansson
jan.hakansson@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND
Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

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

DALARNA
Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND
Jonas Foldevi
jonas.foldevi@ptj.se

UPPSALA
Karin Salomonsson-Wohlin
karin.salomonsson.wohlin@lul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dli.se

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

GOTLAND
Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@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.sfamnv.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@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
Märil Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser

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

Illustratörer

Katarina Liliequist
katli@telia.com

Annika Andén
annika.anden@telia.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson
webmaster@sfam.se

Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2017

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
14–16.6 Reykjavik

22nd WONCA Europe conference
28.6–1.7 Prag

September

ST-dagar i allmänmedicin, SFAM
13–15.9 Åre

Oktober

Kvalitetsdagen, SFAM Q
5.10 Stockholm

November

Framtidens medicin och hälsa, SLS
14–15.11 Stockholm

December

Konsultationsnätverket
8.12 Stockholm

2018

Januari

Kurs i kompetensvärdering
15–17.1 Nyköping

April

SFAM:s kongress
18–20.4 Norrköping

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se
KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.



Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.
chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se

Utgivningsplan för 2017

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	21.8	25.9	23.10	Vad ska vi äta och varför?
4	16.10	20.11	18.12	Fortbildning

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

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

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

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
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.se 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/foreningen och klicka på Ordbyte



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialistförening i Sveriges läkarförbund.

Annonser