

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2015 ÅRGÅNG 36



Teman: Alternativ till piller och kniv; Matsmältningssystemet

Berättelsernas betydelse för sjukdom och hälsa sid 15

Uppföljning efter obesitaskirurgi sid 34

- 2 **Ledare: Lärande och utveckling hela livet**
Karin Träff Nordström
- 3 **Chefredaktören: Drömmen om svensk primärvård**
Ingrid Eckerman
- 3 **Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2015**
- 4 **SFAM i referensgrupp för SKL-projekt om kroniska sjukdomar**
Åsa Niper
- 4 **Ordbyte blir forskat på**
- 5 **Stöd AllTrials kamp för bättre vetande!**
Josabeth Hultberg
- 7 **Ett oslagbart team**
Inge Carlsson
- 8 **Förtroendekris i Danmark – regioner kör över allmänläkarna**
Gösta Eliasson
- 10 **Dags för framtidens allmänläkarroll?!**
Helena Dreber
- 11 **Sommargyllingar och patientbilder i evidensens lustgård**
Christer Petersson
- 13 **Sommargylling**
Tord Olsson
- 15 **Berättelsernas betydelse för sjukdom och hälsa**
Linn Getz och Lotte Hvas. Övers. Josabeth Hultberg
- 18 **Mindfulness och medkänsla i primärvården**
Leena Maria Johansson
- 20 **Ojämlig vård för psykiskt sjuka**
Anna Hertin
- 22 **Långvarig smärta: Patienten själv bästa resursen**
Stefan Bergman och Jan Bagge
- 25 **NOPI bättre för patienterna än relativ riskreduktion**
Bertil Hagström
- 27 **Kan natur och grönområden minska behovet av sjukvård?**
Matilda Annerstedt van den Bosch
- 31 **Allmänläkaryrkets lov**
Tord Olsson
- 34 **Uppföljning efter obesitaskirurgi – en livslång allmänmedicinsk angelägenhet**
Malin Werling, Ingmar Näslund och Björn Eliasson
- 37 **Leverfibros: En nål i en fet höstack**
Per Simonsson
- 40 **Primärvård och Viktväktarna: samarbete gav resultat**
Joakim Borg
- 43 **"Omsorgsmedicin" – vuxna patienter med utvecklingsstörning**
Lena Nylander, Monica Björkman och Gunnar Sandström
- 46 **Samverkan mellan primär- och slutenvård från ett generellt läkarperspektiv**
Carolyn Koumal
- 48 **Eva Pilsäter Faxner engagerar medarbetarna i IT-utvecklingen**
Ingrid Eckerman
- 52 **Olle Lyngstam tar ST-läkarna till havet**
Gösta Eliasson
- 54 **ST-kurser på "Lady Ellen" ger unika tillfällen till kollegial dialog**
Gösta Eliasson
- 55 **Hälsosamt möte Allmänläkardag på Loka brunn för Värmland och Örebroregionen**
Kenneth Widäng
- 56 **Forskarträff på Kreta**
Hans Thulesius
- 57 **Utmärkelse**
- 58 **Lyckad kvalitetsdag 2014**
Ingrid Eckerman
- 59 **Recension: Inspirerande om att klara av ett svårt arbete**
Tina Nyström Rönnäs
- 59 **Recension: En vacker bok om patientarbete**
Ingrid Eckerman
- 60 **Recension: Patienter borde förbjudas att googla**
Johanna Hellberg
- 61 **Recension: Omtänk för journaler skulle hjälpa**
Emil Péclard
- 62 **Kulturspalten**
Agnes Lutz
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAMS råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema 1 artiklar ■ Tema 2 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning



Sommargylling – en skygg fågel

Efter flera års besök i Skåne utan någon skymt av sommargylling bestämde jag mig våren/sommaren 2014 att ge allt för att få åtminstone någon skymt av den gäckande fågeln på bild. Vid tredje resan på kort tid till bland annat Vomb hördes en sommargylling trumpeta inne i skogen.

Efter ett försiktigt smygande allt närmare skymtade då och då ett par snabbt flygande förbi i trädkropparna. De hade ett bo i en av tallarna. De var helt omöjliga att fånga på bild då de aldrig satte sig synligt mer än en sekund. Till slut var enda chansen att bara trycka av på måfå när någon flög förbi eller satte sig på håll. Den här bilden tog jag genom att sikta på tallen hundralet meter bort där gyllingen flög in. Först när jag kom hem hittade jag den lyckligtvis i bildytan.

Hans Falklind, hans.falklind@telia.com, www.falknatur.se

Lärande och utveckling hela livet

Hur kan SFAM bidra till god och jämlik vård genom att stötta allmänläkares lärande och utveckling?

Den frågan ägnar sig styrelsen åt med stort fokus just nu, stöttat av de medel vi fått av Socialdepartementet ur kronikersatsningen. I och med det glädjande beskedet nyligen att vi får pengar även i år har regeringen nu bidragit med drygt fem miljoner kronor till vår satsning på en digital mötesplats för allmänläkare med fokus på lärande och utveckling, hittills kallad "fortbildningswebben".

Förarbetet har pågått under hösten och vintern med intervjuer och fokusgrupper runtom i landet. Tack alla ni som bidragit!

Nu vidtar arbetet med den tekniska plattformen och vi integrerar den med sfam.se till en helt ny hemsida. Pilot ska igång i maj, vi kan visa den på Nordiska kongressen i juni och målet är att lansera den färdiga sajten efter sommaren. Håll ögonen öppna!

Målet är att göra det lätt för dig som allmänläkare att utveckla din yrkeskompetens, såväl den rent medicinska som allt annat som hör till vårt yrke såsom etiskt förhållningssätt och konsten att sätta relevanta gränser.

Vi tror att alla efterfrågar lärande och utveckling. "Fortbildning" är oftast förknippat med kurser men lärande är så mycket mer. Än viktigare är kanske lärandet genom diskussioner med kollegor såväl inom den egna specialiteten som inom andra specialiteter.

Verksamhetscheferna behöver verktyg för att förstå vikten av att skapa en kultur där lärande och utveckling är en naturlig del av arbetet, en del som är nödvändig för att upprätthålla en hög medicinsk kvalitet och en god patientsäkerhet.

Landstingen och beställarkontoren behöver hjälp att följa upp så att allmänläkare kompetensutvecklar sig i tillräcklig omfattning. I regelböcker och ackrediteringsvillkor bör krav ställas och ekonomiska resurser ställas till förfogande.

Styrelsen fick i uppgift av fullmäktige i Västerås i maj 2014 att se över förutsättningarna för en recertifiering av specialister i allmänmedicin, som ett sätt att försäkra oss om att kompetensen håller sig på en hög och jämn nivå. Den satsning SFAM nu gör är ett första steg i att skapa ett verktyg för att hitta, registrera och följa upp lärande och utveckling, ett verktyg som kan bli möjligt att använda som grund i ett eventuellt framtida recertifieringssystem.

Precis som när det gäller registrering och uppföljning av medicinska och andra indikatorer kan vi bara registrera och följa upp det som är mätbart. Det allra viktigaste går inte att mäta, ej heller när det gäller lärande och utveckling.

Hur mäter vi lärandekultur, dialogklimat och hur jag tillgodogör mig de kurser jag går på? Hur mäter vi förmåga att hjälpa patienten att hålla ihop vården, konsten att göra ingenting eller att säga "du är frisk" utan att man är helt säker?

Jag är helt övertygad om att lärande och utveckling är "lön-samt" ur flera olika perspektiv. För medicinsk kvalitet och patientsäkerhet, för arbetsmiljö och rekryteringsattraktivitet och för produktivitet och ekonomi. En välutbildad allmänläkare blir bättre på att använda sin tid på ett klokt sätt till gagn för sina patienter. Arbetar man dessutom med listning på namn-given läkare och största möjliga kontinuitet i såväl patient/läkarrelationen som i relation med andra yrkeskategorier och sjukhuskolleger blir det än bättre.

Den medicinska och medicintekniska utvecklingen går framåt, de demografiska utmaningarna blir allt större, ekonomin växer inte i takt med behoven. Utmaningarna är många för hälso- och sjukvården i hela världen. Vi kan vara helt säkra på att vi kommer att arbeta annorlunda om femton år än idag. Vi kan vara lika säkra på att den generalistkompetens vi besitter som allmänläkare kommer att bli alltmer värdefull.

Den medicinska och medicintekniska utvecklingen går framåt, de demografiska utmaningarna blir allt större, ekonomin växer inte i takt med behoven. Utmaningarna är många för hälso- och sjukvården i hela världen. Vi kan vara helt säkra på att vi kommer att arbeta annorlunda om femton år än idag. Vi kan vara lika säkra på att den generalistkompetens vi besitter som allmänläkare kommer att bli alltmer värdefull.

SFAM kan ge dig det stöd och den inspiration du behöver för att orka ett helt yrkesliv som allmänläkare.

Väl mött, i vår främst på Nordiska kongressen i Göteborg i juni!

Karin Träff Nordström
Ordförande
ktn@sfam.se



SFAM informerar

Nytt nätverk för infektionssjukdomar

I höstas träffades ett 30-tal allmänläkare intresserade av infektionssjukdomar. De har nu bildat ett nytt nätverk som räknar med att träffas en gång per år. Kontaktperson är Sigvard Mölstad, professor i Lund, sigvard.molstad@med.lu.se.

SFAM informerar

Skaraborg vann medlemstävlingen

SFAM Skaraborg ökade mest under 2014. En medlem får nu en gratisbiljett till kongressen i Göteborg.

Vilken förening vinner 2015 års tävling?



Drömmen om svensk primärvård

På kvalitetsdagen november 2014 påminde oss Cecilia Björkelund om primärvårdens arbete: Vi möter 70 % av befolkningen varje år. Över 40 % av patienterna över 15 år har kroniska sjukdomar, och den absoluta majoriteten sköts i primärvården. Vi sätter 700 olika diagnoser. Det är inte dåligt.

Vi som började vår allmänläkarbana på 70-talet fick uppleva hur primärvården byggdes upp för att närma sig den dröm vi då hade (se AllmänMedicin 4-2014). Men i samband med 90-talskrisen stannade uppbyggnaden, för att sedan, i knappt märkbara myrsteg, vändas i en nedrustning.

Idag saknas inte bara 1400 specialister i allmänmedicin i primärvården utan också ett stort antal sjuksköterskor. Bristerna kommer att öka under kommande år, i samband med pensioneringar och flykt från dålig arbetsmiljö.

Samtidigt som vi har en mycket hög läkartäthet i Sverige dignar även många andra specialiteter under sin arbetsbörda. Att kontinuiteten ofta är icke-existerande gör inte vården mer effektiv.

När jag reflekterar över tillståndet i vård och omsorg ser jag hur vi närmar oss den situation vi hade på 70-talet – men idag har vi betydligt högre krav på patientsäkerhet, kvalitet och tillgänglighet till avancerad sjukvård. Jag ser också att tillståndet är *akut*. Om det inte händer

någonting mycket snabbt så kommer primärvården snart att ha försvunnit i delar av landet.

Det är inte lönenivån utan arbetsförhållandena som är det avgörande i konkurrensen om läkare och sjuksköterskor. Primärvården måste återigen bli ett attraktivt arbetsfält.

De områden som har det svårast är ofta samma områden som får del av skatteutjämningen, dvs. de har en låg skattebas. Staten måste därför skjuta till pengar till primärvården i dessa områden för att den ska kunna konkurrera om tillgänglig arbetskraft.

"Primärvården måste återigen bli ett attraktivt arbetsfält."

Följande kan man göra ganska snabbt:

På landstings- och regionnivå:

- Anställ fler och låt annan personal göra allt det som man inte måste vara läkare eller sjuksköterska för att göra. Återutveckla teamarbete.
- Bygg upp gröna öar där antalet listade invånare är anpassade till den reella bemanningen och där det finns

resurser för utbildning, fortbildning, forskning och reflektion.

- Erbjud seniora allmänläkare individuellt anpassade arbetsuppgifter.
- Justera ersättningarna så att de delvis stödjer etablering i bristområden, delvis ger personalen möjlighet att själva utveckla sin verksamhet.
- Ta fram program för omskolning av andra specialister.
- Inrätta FoU-enheter där det saknas, med uppgift att på olika sätt stödja forskning, utveckling och kvalitetsarbete på primärvårdsenheterna. Varje enhet ska ha ett stort eller litet utvecklingsprojekt på gång, och tid ska finnas för detta.

På statlig/övergripande nivå:

- Omfördela forsknings- och utvecklingsanslag – mer till primärvården.
- Justera värddvalslagen så att etablering i bristområden uppmuntras och underlättas.
- Ge riktlinjer för ersättningssystem som stödjer "verklig" kvalitet i primärvården, t.ex. kontinuitet.

Det återstår att se vad våra egna organisationer kommer att göra för att påverka myndigheterna, och vad myndigheterna slutligen kommer att göra.

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2015

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2015.

Plats: Svenska Mässan, entré 8.

Adress: Mässans gata 8/Korsvägen, Göteborg.

Tid: måndagen den 15 juni 2015, kl 15.30–17.30.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: kansli@sfam.se.

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAM:s stadgar:

§ 4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) från den 15 maj.

Välkommen!

Karin Träff Nordström, Ordförande

SFAM i referensgrupp för SKL-projekt om kroniska sjukdomar

SFAM är med i en referensgrupp för SKL:s projekt "Kronisk sjukdom i primärvården – kartläggning och förbättringsområden".

Projektet har tre delar: Att ta fram ett urval kroniska sjukdomar med mätbara kvalitetsindikatorer (där det anses finnas tillgänglig kunskap om vad som är god praxis) och samla in data för dessa indikatorer på nationell basis; att analysera förutsättningar, framgångsfaktorer och hinder för att uppfylla indikatorerna; samt att göra en samlad analys och kommunicera ut den till landstingen.

Man har tagit fram en lista över diagnoser (hypertoni, förmaxflimmer, hjärtsvikt, astma, KOL och osteoporos) och indikatorer. En enkät har skickats till samtliga landsting. Projektet har även haft kontakt med arbetsgruppen för Nationellt primärvårdsregister.

Vid första mötet i oktober framförde vi (representanter för SFAM, sjuksköterskeföreningen och fysioterapeuterna) bland annat följande:

- Upprepade mätningar på en enskild vårdcentral är ofta användbart som diskussionsunderlag vid lokalt förbättringsarbete. Däremot är det förenat med stora metodologiska problem att jämföra olika vårdcentraler, t ex med olika patientsammansättning, bemanning och förutsättningar. Olika utfall speglar inte nödvändigtvis olika kvalitet i vården på ett lättolkat sätt. Därför måste man noga väga sina bedömningar och slutsatser.
- Ersättningssystem inom primärvården leder ofta fel och bidrar till icke önskvärd praxis och olika sätt att dokumentera åtgärder. Vid jämförelser och upprepade mätningar måste man ta hänsyn till skillnader och eventuella ändringar i ersättningssystem.
- Vissa landsting använder primärvårdsklassifikationen KSH97P medan andra har börjat använda den fullständiga ICD10 listan. Detta kan innebära svårigheter vid jämförelser och andra analyser.

- Det är viktigt att titta närmare på primärvårdens prioriteringar, inte minst mellan behandlande och förebyggande insatser.
- När man presenterar statistik och jämför primärvårdens insatser är det viktigt att differentiera besöken: sker de exempelvis på patientens eget initiativ eller inom ramen för hälsoprogram eller liknande?

Vid andra mötet i november presenterade två allmänläkare, som är ansvariga för datainsamlingen, sin metod och sina tankar. Vi var alla eniga om vikten av att denna typ av projekts begränsningar framkommer i rapporten, så att siffrorna inte misstolkas eller felanvänds. Främst diskuterade vi kvaliteten på in-data, olika faktorer som påverkar vad som registreras och den egentliga betydelsen av dokumenterade diagnoser.

I december träffade vi det företag som intervjuar landstingen om deras förbättringsarbete. Deras slutsatser var i linje med vad vi som arbetar i primärvården upplever.

Vi kommer att få ta del av och ha synpunkter på den slutgiltiga rapporten i slutet av januari.



Åsa Niper

Ledamot SFAMs styrelse
asa.niper@sfam.se

Ordbyte blir forskat på

Till Ordbyte kom information om en doktorandstudie i folkhälsovetenskap med inriktning mot medicinsk antropologi, på tema risk och hjärtsjukdom. Studien är i huvudsak kvalitativ, och rör förhållningssätt kring risk för hjärtsjukdom inom ett urval av skolmedicinska kontexter.

Studien av SFAM Ordbyte kommer att ske under 2015, genom sökning bland inlägg relaterande till risk, hjärta, sjukdom, hälsa och prevention, på forumets webbplats. Dessa inlägg sparas ner, kategoriseras, och sätts i relation till studiens övriga empiriska och litterära material.

Mer information finns på www.sfam.se/allmanmedicin.



Stöd AllTrials kamp för bättre vetande!

Registrera alla kliniska prövningar och rapportera alla resultat!

Det är budskapet från organisationen AllTrials som startade 2013, efter att Ben Goldacre beskrivit problemen med opublicerade och selektivt publicerade läkemedelsstudier i sin bok "Bad Pharma" [1]. Målet är att alla studieprotokoll ska registreras innan studierna startar. Det går då att säkerställa att de genomförs som tänkt, att kräva rapport om alla resultat, samt göra rådata tillgängliga för oberoende granskning.

USA kräver sedan 2007 registrering av studieprotokoll i www.clinicaltrials.gov, men en fjärdedel av studierna har förblivit opublicerade, utan några sanktioner. Hundratusentals människor deltar i läkemedelsprövningar i tron att de bidrar till ökad kunskap. På grund av bristande transparens i både forskningsprocessen och myndighetsgranskningen av nya läkemedel, är deras insats ofta förgäves. Hindren för AllTrials mål är minst lika stora inom det medicinska vetenskaps-samfundet och myndighetsutövningen på läkemedelsområdet, som hos läkemedelsindustrin.

Massivt stöd för AllTrials krav

Hittills stöds AllTrials av över 80 000 individer och 500 organisationer, inklusive SFAM. Flera stora framsteg har gjorts. WHO arbetar med att etablera ett internationellt register och formulera en policy för offentliggörande av resultat från kliniska prövningar.

Flera läkemedelsföretag, med GSK först ut, har förbundit sig att tillhandahålla data från sina läkemedelsstudier via www.clinicalstudydatarequest.com.

Johnson & Johnson ger anonymiserade patientdata från läkemedelsstudier till projektet YODA (Yale University Open Data Access) där forskare kan ansöka om tillgång till data.

Exemplet oseltamivir (Tamiflu) fick EU/EMA att ändra sig

The Cochrane Collaboration fick efter en lång batalj med Roche ut studieresultat om influensaläkemedlet oseltamivir och kunde avslöja att det inte begränsar epidemisk spridning eller minskar mortaliteten. Flera länder har investerat stora summor i att lagrera läkemedlet, beslut som baserats på ofullständiga och snedvridna data. Den massmediala uppmärksamheten, tillsammans med AllTrials intensiva information till EU-parlamentariker, blev starten till förändring inom den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA.

EU beslutade i april 2014 att lätta på sekretessen för studiedata som tidigare klassats som affärshemligheter. EMA kan därmed upprätta ett obligatoriskt register för studieprotokoll, kräva rapport av resultat och bötesfälla dem som inte uppfyller kraven. Fortfarande kommer EMA i viss mån att kunna begränsa och redigera vad som lämnas ut med hänvisning till skydd av kommersiella intressen. Vad värre är: dessa initiativ gäller bara nyligen genomförda och framtida studier [3].

Bör gälla även dagens läkemedel

Kunskapen om de flesta läkemedel vi använder idag är mycket bristfällig. Evidensen, den bästa tillgängliga kunskapen, för patienter och läkare som ska fatta beslut om behandling, är långt ifrån så bra som



Initiativtagare till AllTrials:
Bad Science, the BMJ, Centre for Evidence-based Medicine, Cochrane Collaboration, James Lind Initiative, PLOS och Sense About Science.

den borde vara. Under nästa år planerar AllTrials att intensifiera arbetet för att göra studieresultat och rådata också för dagens läkemedel tillgängliga för oberoende granskning.

Referenser

1. B. Goldacre, *Bad Pharma: How drug companies mislead doctors and harm patients*. London: Fourth Estate, 2012.
2. J. S. Ross, T. Tse, D. A. Zarin, H. Xu, L. Zhou, och H. M. Krumholz, "Publication of NIH funded trials registered in ClinicalTrials.gov: cross sectional analysis", *BMJ*, vol 344, num jan03 1, ss d7292–d7292, jan 2012.
3. F. Godlee, "One promise fulfilled, much still to be done", *BMJ*, vol 350, num jan02 1, ss g7811–g7811, jan 2015.



Josabeth Hultberg

Doktorand

Allmänmedicin, IMH, Linköpings universitet
Åby Vårdcentral, Region Östergötland
josabeth.hultberg@gmail.com



SFAM:s motivering

"Swedish College of General Practice strongly endorses this campaign. SFAM promotes professional education, research and development in general practice. We work for the practice of evidence based medicine and for rational pharmacotherapy in cooperation with our patients. To achieve this, we regard it as fundamental that all trial protocols and results without exceptions are made publicly available for independent and critical appraisal."



Skriv på du också!

Och/eller donera pengar!
www.alltrials.net/petition



16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN
19th Nordic Congress of General Practice

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

54 WORKSHOPS/SYMPOSIA
220 INDIVIDUAL ABSTRACTS

KEYNOTE SPEAKERS

Jan de Maeseneer, Linn Getz, Simon Griffin, John Brodersen
Margrét Ólafía Tómasdóttir, Merete Mazzarella

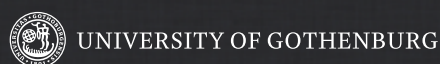
REGISTRATION IS NOW OPEN

New Early bird deadline: 22 Mar 2015

www.nordicgcp2015.se



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNMEDICIN





Ett oslagbart team

Har vi redan glömt Teamet?

Det har funnits tider då detta Team var självklart. De behövde inte ifrågasättas. Möjligen fördjupas, förbättras, förstärkas.

Jag talar om den basala sjukvårdens, den primära vårdens, arbetslag. Dess ryggrad var allmänläkaren, dess stödstruktur sköterskan eller undersköterskan.

Denna grundstomme i vården tycks på väg ut. Jag ser det vid besök runtom i landet. Och i denna reträtt tumlar nu allmänläkarna frustrerade runt medan sköterskorna, lika vilsna, tappat sin stödjande funktion och letar alternativa sätt att jobba, system att hantera trycket, egna karriärvägar.

Nu vill jag säga något om tidigare erfarenheter kring team. Jag är medveten om att en skönmålning kan misstänkas. Det funktionella teamet kunde, till exempel, på sina håll hotas av auktoritära och/eller inkompetenta befattningshavare som satt där orubbliga och oavsättliga.

"Ingen känner patienten. En blind ska leda en blind."

Men vad hade det goda teamet? Jo, det hade den personliga vårdens adelsmärke: personkännedom. Antingen läkaren hade en lista eller ett områdesansvar så fanns en grupp (oftast för stor) människor som inte bara läkaren till slut kände väl – men även sköterskan.

Man hade lite olika ingångar till denna patientkännedom. T ex kunde sköterskans lokalkännedom inspirera doktorn – och dennes medicinska perspektiv ökade sköterskans insikter.

Man jobbade nära varandra. Problemen bollades, delegerades, följdes upp. Sköterskan hjälpte till hålla ordning i tidsboken, visste vad doktorn talde, vad som inte orkades med. Blev rätt duktig på att trixa. Blev van och komfortabel att ta eget ansvar. Höll koll på patienterna och, om inget annat att fixa, ett småprat som stärkte allianserna.



fololia.com

Patienterna ringde. De hade ansikten. Även sköterskan hade ansikte. Relationen var konkret. Hur löser vi ryggsmärtan? Många gånger fann patient och sköterska den utväg som så mycket lättare hittas när man känner varandra. Annars fick doktor inkopplas. Tillsammans blev man kreativa.

En och en annan liten enhet i landet känner fortfarande igen detta arbetssätt! De får ofta priser och höga poäng av sina patienter. Rapportera, vi behöver höra!

Nu är de flesta mottagningar stora. Läkarna: om de finns på plats ofta många personer, flertalet deltid. Sköterskorna: sällan som förr hopvuxna med mottagningen. Sammantaget: en skock vårdarbetare med varsina agendor. Patienterna som ringer är anonyma. Sköterskan frågar doktorn till råds. Ingen känner patienten. En blind ska leda en blind.

Jämför denna ineffektivitet och felbeslutsrisk med arbetslaget som säkerställt personkännedom, kontinuitet och samarbetsglädje. Och får beslutskraft.

Läkarna behöver rätt sorts avlastning. Det är en nära sköterska med vilken kunskaperna om patienterna delas. Även sköterskan är allmänmedicinskt inriktad, begriper innebörden. Får en självständig kompetens utvecklad att hantera delegerade uppgifter. Har koll på dagens post och tidboken, sorterar, kontaktar.

Detta enkla koncept är på väg ut? Men på min arbetsplats ska vi nu försöka hitta

de småskaliga fördelarna med teambildning i den storskaliga enheten. Någon som har lyckats härmed? Här börjar vi nu med att koppla läkare och sköterska samman i informella team.

Jag är rätt övertygad om att dessa små funktionella arbetslag på basen av doktors lista är en nödvändig hjälp och profylax mot det som förr kallades "utarbetad". Ett begrepp som sällan behövde användas och därmed ej heller omskrivas till olika diagnoser.

Jag ser också nu att sköterskekollektivet mångenstädes drar på ett håll och en försvagad läkargrupp åt ett annat – eller kanske hellre: drar inte alls, kraften utrunnen. Också ett argument att konkretisera samverkan på mottagningen, dra åt samma håll, kraftfullt.

Kom inte och säg att vi inte kan lära arbetsglädje och effektivitet av historien.



Inge Carlsson

Examinator SFAM

Distr läkare Tåbelund Eslöv

Inge.karin@telia.com

Kommentera artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin/



Förtroendekris i Danmark

– regioner kör över allmänläkarna

Dansk primärvård, som anses fungera bäst i världen, är i gungning. Förra året var allmänläkarnas fackförening nära att säga upp sitt avtal med regionerna. Orsak: ökad statlig kontroll och central registrering av känsliga journaluppgifter. Detta var samtalsämnet under årets Läkardagar i Köpenhamn.

I konferensmänglet står Anders Munck, ledare för Audit Project Odense och Ynse de Boer, tidigare viceordförande i DSAM. De pratar om "konflikten", den förtroendekris som uppstått mellan makthavare och praktiserande läkare.

Konflikten handlar inte om ekonomi och ersättningar, utan om att allmänläkarna anser sig ha blivit utsatta för ett kränkande politikerangrepp på grundbulten i dansk allmänmedicin: självständigheten och patientförtroendet.

I Danmark äger och driver allmänläkarna själva sina mottagningar. Besöken till allmänläkarna är kostnadsfria för patienten och taxan är nationell. Hittills har fackföreningen, PLO, vart tredje år förhandlat med regionerna och staten om

regler och ersättningsnivåer. För något år sedan sade regionerna oväntat upp kollektivavtalet och ville omförhandla det. Anledningen sades vara att man ville ha mer styrning över primärvården och att man ville kontrollera vad allmänläkarna gör på sina mottagningar.

– Samtidigt med uppsägningen av vårt avtal avslöjade sundhetsministern att det som vi tidigare skött förhandlingsvägen

"... allt hade förberetts in i minsta detalj, i akt och mening att knäcka allmänläkarna och deras självständighet."

skulle lagregleras. Därmed skulle det inflytande vi alltid haft över vår verksamhet gå förlorat. En annan punkt i lagförslaget var praxisplanläggning, nya regler som bestämmer var allmänläkarna får etablera sig. En tredje punkt gällde kvalitetsövervakning av primärvården genom överföring av data direkt från patientjournalen till centrala register, berättar Ynse de Boer.

Allmänläkarna reagerade mycket negativt på detta, inte minst för att det uppdagades att det pågått hemliga förhandlingar mellan sundhetsministern och de danska regionerna om lagförslaget. När detta blev känt ville över 90 procent av allmänläkarna säga nej till fortsatt avtal med regionerna, vilket skulle innebära att de hade fått ta betalt direkt av sina patienter.

I juni 2013 valde dock PLO:s representantskap med röstetalen 26 mot 25 att förhandla, och till slut landade man i ett avtal som motvilligt kunde accepteras av två tredjedelar av kåren. De som röstade mot att skriva under avtalet är fortfarande mycket negativa till överenskommelsen och menar att allt hade förberetts in i minsta detalj, i akt och mening att knäcka

allmänläkarna och deras självständighet.

Varför vill politikerna kontrollera er?

– De vill veta om de får tillräckligt mycket vård för skattepengarna. Och så vill de effektivisera sjukvården genom att börja styra vad allmänläkarna ska göra, säger Anders Munck.

Men primärvården fungerade ju bra som det var?

– Det får du nog fråga politikerna om. Men i ärlighetens namn ska väl sägas att Folketingets Riksrevision nyligen påpekade att de danska regionerna vet alldeles för litet om vad som försiggår i primärvården för att kunna styra effektivt, något som de är skyldiga till enligt lag. Så ur politisk synpunkt är kontrollerandet ett legitimt önskemål, även om en del hävdar att riksrevisorernas rapport bara är ett beställningsverk från regeringen, säger Ynse de Boer.

Anders Munck håller inte med om att det skulle vara "legitimt" att kontrollera.

– På vilken nivå ska politikerna i så fall ha rätt att kontrollera oss? Ska de ner på



Anders Munck, amunck@dadlnet.dk

Foto: Gösta Eliasson



Ynse de Boer, ynse.boer@dadlnet.dk

Foto: Gösta Eliasson



våra mottagningar, eller rent av på patientnivå? Ett potent övervakningsverktyg till ingen nytta!

– Riksrevisionens rapport hävdade att det går att missbruka ersättningssystemet. Men om allmänläkarna verkligen gör det blev inte klarlagt. Det är en allvarlig anklagelse och den analysen borde ha varit grundligare.

Danska allmänläkare har varit självständiga i över hundra år. Varför händer detta just nu?

Anders Munck har en förklaring.

– Under senare år har regionadministratörerna lyckats få fullständig kontroll över sekundärvården. Ämbetsmännen styr sjukhusen och byråkratin ökar. Nu vill man göra samma sak med primärvården eftersom man ser att allmänläkare åtnjuter större frihet än sjukhuskollegorna. ”Kan vi styra sjukhusen, så ska vi nog få styrning på primärvården.”

En del i konflikten gäller ekonomin. Tidigare ersattes allmänläkarna efter vad de presterade. Den nya lagen innebär att de kan bli tvingade att utföra allt fler och tyngre arbetsuppgifter, men med oförändrad ersättning.

– Tidigare har våra avtal bestämt priset på besöken. Ju fler patienter, desto större blev intäkten. Men vem vill bli ålagd att jobba mer utan att få ett öre mer betalt, säger Anders Munck.

Det som vållat störst uppståndelse är att den nya lagen tvingar dem att lämna ifrån sig känsliga patientdata till centrala register. Myndigheterna har nu börjat ifrågasätta det lagliga i att skicka uppgifter som lämnats till läkare under tystnadsplikt till centrala register. Därför har de stängt databasen i allmänläkarnas journalsystem i väntan på en utredning. Nyligen blev Syddansk Region polisanmäld för olaglig inhämtning av sekretessbelagd information.

– Vi är rätt säkra på att journaldataregistreringen kommer att fortsätta, men då med restriktioner som garanterar patienterna personlig integritet, inte minst gäller det vår tystnadsplikt, säger Anders Munck.

Ynse de Boer menar att det finns vissa fördelar med att dela patientinformation mellan olika delar av hälso- och sjukvår-

den, men att det är juridiken som är oklar.

– Vilka data får användas? Vem får använda dem? Vem äger dem? Det har aldrig blivit utrett. Dessutom vet alla som sysslar med vårdkvalitet att det är olämpligt att använda data insamlade för kvalitetsutveckling och forskning som styr- och kontrollinstrument.

Vad har denna turbulens betytt för trivselen och arbetsmoralen hos allmänläkarna?

– Många av oss har blivit modlösa och rekryteringen till specialiteten är problematisk. Jag besökte en gång en svensk kollega, Anders Lindman, då husläkarformen precis hade upphört. Då bredde modlösheten ut sig bland svenska läkare. Nu har vi samma situation i Danmark.

– Många hävdar att de nu har sämre villkor än om de varit anställda. Varför skulle de då anstränga sig och driva sin praktik i egen regi? säger Anders Munck.

Systemet håller tydligen på att krackelera, hur känns det?

– Väldigt, väldigt trist. Vi har alltid berömt oss av att ha ett av världens bästa primärvårdssystem. Blir det förstört av långvariga konflikter, oenighet och politikernas överdrivna kontrollbehov så är allmänläkaren utrotningshotad, säger Anders Munck allvarligt.

Både Anders Munck och Ynse de Boer räknar sig som ”moderata” i den pågående konflikten. I själ och hjärta har de nog inte tappat tron på dansk allmänmedicin. Frågan är hur de ”rabiata” kommer att förhålla sig. Kommer de att stanna kvar? Framtiden får utvisa.



Gösta Eliasson

SFAM:s fortbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Läkare för miljön

Vill du klimatkompensera på ett bra sätt?

Kom till
årsmötet 28 mars!



www.lakareformiljon.se

AllmänMedicin informerar

Ska SFAM gratulera?



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

Kommentera artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin!



Dags för framtidens allmänläkarroll?!

Mot bakgrunden av medicintekniska framsteg, ökad patientcentrering och en förändrad läkarroll frågar jag mig och mina kollegor följande:

- Vilken plats vill vi att allmänmedicin ska ha i framtidens högteknologiska, datoriserade sjukvård?

- Hur ska vi utbilda läkare som vill och kan möta framtidens förväntningar på allmänmedicinens uppdrag?

Vi lever i en omdanande tid. Framtidsanalytiker och programmerare spår att vi om några decennier kommer titta tillbaka på 2010-talet som inledningen på en ny era. Utvecklingschefen på Google, Ray Kurzweil, går så långt som att säga att neocortex är på väg att ta ett kliv ner i hjärnans hierarki till förmån för "hybrid thinking". Med "hybrid thinking" kommer våra hjärnor med mindre än en knapptryckning få tillgång till "the cloud" och därmed hela internets informationsflöden [1].

Den medicinska vetenskapen har sent hoppat på den informationsteknologiska revolutionen. Så smått börjar innovationsföretag undersöka hur ettor och nollor kan bidra till helt nya typer av medicinska landvinningar. IBM:s superdator Watson Oncology stödjer läkarna på Memorial Sloan Kettering Cancer Center till individualiserade behandlingsval [2]. Vid Stanford University utvecklades redan 2011 programvara som kunde förutsäga cancermortalitet utifrån histologitolkning [3].

"Att effektivt kunna föra ett samtal kring patientens agenda blir nyckeln till korrekt medicinsk handläggning."

Båda teknologierna kan sammanfattas under "Computer-aided-diagnosis" (CADx), system som är möjliga tack vare att informationslagring blivit så billig och därför vuxit exponentiellt. Datorer kan numera inte bara förvara information, utan med hjälp av nya algoritmer också börja känna igen bilder, ljud, mönster, ja till och med mänskliga beteenden i syfte att lära sig tyda okända intryck (så kallad "machine learning", "deep learning").

Svindlande teknologiska framsteg inträder samtidigt som vi ser en maktförskjutning från läkare till patient. Det senare är särskilt tydligt i den nya patientlagen (2014:821) som betonar patientens rätt till integritet, samarbete, egna värderingar och delaktighet. Patienten förväntas ta ett större ansvar för sin behandling. Läkaren ska agera som patientens konsult, redo att vara en samtalspartner gällande utredningsförslag, behandlingsval etc.

Vi står således inför en förändrad läkarroll både vad det gäller typ av arbetsuppgifter liksom typ av diagnostiska hjälpmedel.



Illustration: Katarina Liliequist

Jag tror att allmänmedicinen behövs mer än någonsin i denna tid. Att effektivt kunna föra ett samtal kring patientens agenda blir nyckeln till korrekt medicinsk handläggning. Det mänskliga mötet borde bli ännu viktigare än idag för att undvika onödiga utredningar som en algoritm tagit fram. "Mötet" går inte att hitta på nätet, dr Google kan aldrig ge det. Vilka specialister är experter på detta om inte allmänmedicinerna?

Jag befärar dock att allmänmedicinen riskerar att åsidosättas i en värld där tydliga svar från en dator blir lika med sanningen med stort S. Vi allmänläkare behöver vara än mer aktiva i den teknologiska utvecklingen, både på håll och i processen. Vi behöver visa på betydelsen av den allmänmedicinska kärnan, till exempel i form av konsultation och kontinuitet, när det kommer till att lösa medicinska frågeställningar.

Referenser

1. Ray Kurzweil: Get ready for hybrid thinking. Mars 2014 [Citerat 15 jan 2015]. http://www.ted.com/talks/ray_kurzweil_get_ready_for_hybrid_thinking
2. Memorial Sloan Kettering Trains IBM Watson to Help Doctors Make Better Cancer Treatment Choices. 11 april 2014 [Citerat 15 jan 2015]. <http://www.mskcc.org/blog/msk-trains-ibm-watson-help-doctors-make-better-treatment-choices>
3. Beck AH, Sangoi AR, Leung S, et al. Systematic analysis of breast cancer morphology uncovers stromal features associated with survival. *Sci Transl Med* 3, 108ra113 (2011).



Helena Dreber

ST-läkare

Capio Lekebergs VC

helenadreber@yahoo.com

Kommentera artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin!

Sommargyllingar och patientbilder i evidensens lustgård

Riktiga sjukdomar har med skadade vävnader att göra. Eller med funktionsfel i celler och organ. Sådant som kan observeras och mätas med linjal, biokemiska analyser eller avancerad bilddiagnostik. Lidande som inte kan mätas ens med hjälp av den allra senaste tekniken ligger illa till, eftersom vår tanketradition har lärt oss att tänka enkelriktat om orsak och verkan (1).

Vi vill tänka nerifrån och upp, från de enkla beståndsdelarna till det mer sammansatta: Rubbningar i cellens kemi och funktion kan orsaka organrubbningar som – hos individen – kan ge förnimbara symtom, som kan leda till läkarbesök, som i bästa fall kan leda till att läkaren söker sig bakvägen över symtom, organ, celler, biokemi och finner den sjuka cellen eller den kemiska rubbningen. Vi är besatta av tanken att varje symtom måste ha ett ”organiskt underlag”. De stora framstegen inom patologi och många andra biomedicinska grundvetenskaper har lärt oss att tänka så. Det har öppnat oanade diagnostiska och terapeutiska möjligheter.

Vi är sällan riktigt nöjda om vi inte kan hitta roten till det onda i någon mätbar avvikelse. Ibland kan det löna sig att stanna upp och tänka efter istället för att rota vidare, eftersom många sjuka aldrig kvalar in i gruppen med specifika rubbningar. Särskilt inom primärvården förblir många symtom oförklarade trots intensivt utredande. De flesta symtom är oskyldiga och försvinner spontant men alltför många leder till sjukskrivningar, sjukpensioner, långvarigt lidande och ständiga frustrationer.

Att tänka dubbelriktat

Skulle det göra någon skillnad om vi på allvar kunde tänka ”dubbelriktat”, dvs. fullt ut accepterade möjligheten att den högsta nivån, det mänskliga medvetandet med alla sina förbindelser till yttervärlden, kan orsaka störningar neråt på alla nivåer och att dessa störningar långt ifrån alltid medför några mätbara biologiska avvikelser? Att det alltså är helt i sin ordning att inte hitta något specifikt organfel! Att man bör kunna kalla en smärta ”funktionell” utan att förklara den.

I ett äkta möte mellan holistisk och analytisk medicin väger illness och disease precis lika tungt! Det är ingen nyhet för erfarna allmänläkare, men ändå tror jag att de flesta av oss har svårt att hantera detta faktum. Precis som patienten själv vill vi kunna peka på den specifika rubbningen som helst ska kunna angripas med piller, kniv eller strålar.

Men när det inte går? Vad har vi då att ta till? Vi kan skriva remisser till andra specialister (ger sällan något större utbyte i de svårknäckta fallen), till sjukgymnast eller samtalsterapeut (ofta klokt). Vi kanske t.o.m. kan gå utanför ramen och rekommendera patienten kiropraktor eller naprapat eller deltagande i mindfulnessgrupp eller varför inte yoga, avslappning och meditation. Det finns idag evidens för att många av dessa aktiviteter kan vara bra vid en rad olika tillstånd (2). Och fysisk aktivitet är bra för nästan allt! Man behöver alltså inte skämmas för att

föreslå något i den vägen om man själv känner sig förtrogen och patienten visar intresse.

Så här långt talar jag som någon slags diversehandlare med en uppsättning handlingsalternativ i butiken. Det tror jag är praktiskt nödvändigt för den dagliga verksamheten, men det kan skymma betydelsen av att varje patient är en unik person och att vi som doktorer också är unika personer som går patienten till mötes.

Mötets kraft

I själva mötet finns en kraft som vi lätt underskattar. Det får vi höra i olika sammanhang, inte minst på kurser och konferenser, men det tar tid att göra omtalad sanning till personlig erfarenhet. Man måste hinna höra många patienter vittna om hur viktigt det är att jag finns till som deras doktor, innan man förstår att personlig närvaro och ansvar är just den starka drog Michael Balint talade om en gång i tiden (3). Filosofen Hans-Georg Gadamer uttrycker denna kvalitet så här:

”I ’behandlingen’ kan man fortfarande bokstavligen höra handen, den kunniga, övade handen, som känner sig fram över vävnaden och förstår. Behandlingen går långt bortom de framsteg som gjorts genom modern teknik. Här har vi inte endast handen, utan också det lyhörda örat, som lyssnar till det avgörande ordet, och vi har läkarens observanta öga, som skonsamt söker dölja sin blick.” (4)

”I själva verket tror jag att varje doktor som sätter sig ned och tänker efter kan erinra sig episoder som är släkt med berättelsen om sommargyllingen och pappan i kris.”

Handen, örat och ögat som diagnostiska och terapeutiska instrument. Inte alls illa! Lägg därtill nyfikenhet och förmåga till improvisation och den terapeutiska arsenalen börjar likna något. Det vi lite nedlåtande benämner placebo handlar i stor utsträckning om tillit och kraftöverföring mellan personer. Vi vet idag att den kraften kan ge mätbara förändringar i hjärnkemin, men det är bara av sekundärt intresse. Varför måste vi söka oss till en lägre nivå (hjärnkemin), när vi redan har svaret på en högre nivå, dvs. i *upplevelsen av lindring och tröst* eller t.o.m. bot? Jo, därför att vi ovillkorligen vill reducera det hela till sina delar. Vi vill bekräfta personliga upplevelser med hjärnkemi för att få fast mark under fötterna. Men hjärnkemi kan vara en omväg när fasta marken finns i själva relationen.

Att våga leva ut den insikten har inget med bristande respekt

för evidens eller grundvetenskap att göra. Evidenstänkandet är något gott. Det skiljer oss "skolmedicinare" från alla möjliga charlataner. Jag tillhör dem som har stort förtroende för vetenskaplig kunskap, men jag instämmer med idéhistorikern Sverker Sörlin när han skriver: "En tid tror nästan alla på något. En tid tror nästan alla på något annat. En del vetenskapsbaserad övertygelse står sig ograverad mycket länge, annan byts ut med en hastighet som visserligen är imponerande (vi kallar detta för "ny kunskap") men samtidigt förfärande, eftersom vi nyss trodde på vad som just blivit 'gammal kunskap'" (5).

Ingenting är enkelt. Vi behöver vetenskapen, men problem uppstår när vi underkänner värdefull kunskap utanför vetenskapens aktuella räckvidd. Låt mig ta några exempel:

"Att mäta är intressant, det vidgar vårt vetande, men lägger varken till eller från för att förstå eller se värdet av själva mötet."

Sommargyllingen vid Vombsjön

I Läkartidningen 26 september 2014 (6) publicerade kollegan Tord Olsson en krönika under rubriken "Trösten är en sommargylling". Den handlar om hur Tord lyckades förmedla djup tröst till en förtvivlad pappa vars son drabbats av en elakartad hjärntumör. Hans metod var lika okonventionell som enkel. Under samtalen hade det framkommit att pappan var fågelskådare, men att han aldrig hade lyckats få syn på den lysande vackra sommargyllingen som fanns i trakten.

Doktor Olsson var också ornitolog och hade mer eller mindre av en slump upptäckt bobyggande sommargyllingar i en tall vid Vombsjöns strand. Han föreslog sin patient en gemensam tur till tallen. Det blev en oerhörd upplevelse för den förtvylade pappan att få möta sommargyllingen i försommarljuset. Hoppet och glädjen kom tillbaka och han fick kraft att fortsätta leva.

Tord Olssons krönika fick massor av kommentarer på nätet. Den slog an en ton och väckte ett behov hos många kollegor. Det är osäkert om dr Olsson någonsin tidigare gjort något liknande eller om han kommer att göra det igen, men jag är övertygad om att spontana handlingar av detta slag skapar upptäckarlust och handlingsberedskap inför nya, svåra patientmöten.

Det lär dröja innan vi får evidens för den terapeutiska effekten av att se en sommargylling bygga bo eftersom upplevelsen inte kan generaliseras. Den är unik och förutsätter en känslig, öppen mottagare (patient), som möter en lyhörd doktor, som vet exakt om tiden och metoden är den rätta. Att handla rätt kräver "känslans skärpa och tankens inlevelse" liksom självkännedom och närvaro i mötet.

Vardagen på våra mottagningar kan tyckas ligga ljusår från sommargyllingen, men jag är övertygad om att den rymmer många liknande tillfällen som vi alltför sällan upptäcker eftersom vi är låsta i det gamla vanliga vanetänkandet med uppåtstigande orsakskedjor, vårdprogram, piller och knivar. I själva verket tror jag att varje doktor som sätter sig ned och tänker



Erik Olson Sökaren 1935

Foto: Mjellby Konstmuseum

efter kan erinra sig episoder som är släkt med berättelsen om sommargyllingen och pappan i kris.

Bildberättelserna om sjukdomen

I olika sammanhang har jag själv berättat om hur jag och en äldre kvinnlig patient under flera års tid lyckades fördjupa konsultationen med hjälp av patientens egna bilder och mina tolkningar (7). Utgångspunkten var ett samtal kring ett konstverk av Halmstadgruppens Erik Olson. Jag hade en reproduktion hängande på min mottagning. Samtalet gav upphov till en skapande och tolkande aktivitet kring patientens sjukdomar och svåra livshändelser. Bilderna och samtalen, inom ramen för ordinarie mottagning, utvecklade vår relation på ett hjälpnadsväckande sätt. De räddade inte patienten från den sjukdom som slutligen ändade hennes liv, men de gav oss båda glädje och mening på vägen.

Jag hade aldrig tidigare kommunicerat med en patient på det sättet och kommer kanske inte att göra det igen, men jag vet bestämt att inspirationen och upptäckten kom många andra patienter till del genom att jag blev uppmärksam på sådant som jag aldrig tidigare hade sett.

Både mötet med sommargyllingen och min egen bildskapande patient är exempel på att viktiga processer startar på högsta nivå i den enskilde personens medvetande och i mötet. Bara en mycket närsynt biomedicin kan bortse från detta faktum. Medvetna upplevelser kan sätta biokemiska och fysiologiska spår som ibland är mätbara. Att mäta är intressant, det vidgar vårt vetande, men lägger varken till eller från för att förstå eller se värdet av själva mötet.

Referenser

1. Noble D. The music of life: biology beyond genes. Oxford: Oxford University Press; 2008[2006].
2. Sundquist J et.al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2014 Nov 27. pii: bjp.bp.114.150243
3. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. [Ny utg.]. Lund: Studentlitt.; 1978.
4. Gadamer H. Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag. Ludvika: Dualis; 2003.
5. Sörlin S. Rädslan för svaghet: en berättelse om sjukdom, smärta och löje. Stockholm: Weyler; 2014.
6. Olsson T. Trösten är en sommargylling. Läkartidningen.se 2014;111:C4TD
7. Petersson C. Kunskap och läkekonst: tankar om allmänmedicin. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.



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



Hans Falklind, hans.falklind@telia.com, www.falknatur.se

Sommargylling (*Oriolus oriolus*)

En smäcker traststor fågel med omisskännligt utseende. Med sin lysande knallgula kropp, kolsvarta vingar och gulbrämade svarta stjärt kan hanen färgmässigt tävla med de vackraste tropiska fåglarna. Ändå är det få i vårt land som har sett fågeln. En orsak är att den är mycket skygg och har en imponerande förmåga att gömma sig för det mänskliga ögat bakom träd och grenar. Med andra ord en mästare på kurragömmalek. En annan orsak är att den är ganska fåtalig i vårt land.

Den förekommer regelbundet under sommarmånaderna på enstaka platser, främst i Skåne på den östra sidan runt Ravlunda skjutfält och kring Vombsjön och Krankesjön. På Öland häckar den också med några få par årligen.

Boet liknar en korg och fästes hängande mellan grenar högt upp i ett träd, oftast bok men även tall. För den tålmodige fågelskådare som lyckas identifiera ett sommargyllingbo öppnar sig en fantastisk möjlighet till närstudium av fågeln. Annars uppmärksammas sommargyllingen främst genom sin sång, ett med jämna mellanrum upprepat vemodigt flöjtande som ljuder vida omkring.

I slutet av juli och augusti, när ungfågeln växt till sig, kan den som rör sig i sommargyllingsmarker påträffa hela flockar med sommargyllingar som sitter i vildkörsbärsträd och smaskar i sig körsbär. En efterlängtat delikatess tycks det. Men så en dag i augusti är de plötsligt borta. Saknaden känns bedövande. Sommargyllingfamiljerna har anträtt den långa färden till det tropiska Afrika där de tillbringar vintern.

Ett citat från den välkände ornitologen Erik Rosenbergs bok Fåglar i Sverige får avsluta denna lilla vinjett till sommargyllingen: "Bästa tiden att observera den skygga och i lövverket undan gömda fågeln är vid soluppgången. Han sätter sig då gärna i en torr-topp eller en ännu olövad ask för att njuta av de första solstrålarna och för att ta hand om soliststämman i fågelkören. Om fågeln är en gammal hane är synen enastående – något så gyllene gult som en solbelyst sommargylling finns icke!"

Tord Olsson
Vårdcentralen Arlöv
tord_olsson@telia.com



NYHET!

Tresiba® (insulin degludek)

FlexTouch® 200 E/ml

– från 2 till 160 enheter
i en enda injektion.¹

- Den första insulinpennan som ger patienter möjlighet att ta mer än 80 enheter per injektion.
- Halva volymen per injektion.
- 600 enheter i en penna och 8 veckors hållbarhet.*

Referenser: 1. Tresiba® SPC 05/2014 www.fass.se. 2. Kurtzhals P, Heise T, Strauss HM, et al. Multi-hexamer formation is the underlying mechanism behind the ultra-long glucose-lowering effect of insulin degludec. Diabetes 2011;60(Suppl.1):LB12 (Abstract 42-LB).

* 3 ml x 200 enheter/ml = 600 enheter. Räcker 50 dagar vid 12 enheter/dag – 12 enheter x 50 dagar = 600 enheter. Före första användning: förvara i kylskåp (2°C – 8°C).¹ Under användning: förvara inte i kylskåp och inte vid temperaturer över 30°C.¹ Tresiba® FlexTouch® 200 E/ml är hållbart i upp till 8 veckor (56 dagar) under användning.¹

Tresiba® (insulin degludek), Rx, (F), ATC-kod: A10AE06. Injektionsvätska, lösning 100E/ml. Injektionsvätska, lösning 200E/ml.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Samtidig användning av pioglitazon. Byte från andra insulinpreparat. **Förpackningar:** Tresiba® FlexTouch® 100E/ml 5x3 ml förfylld injektionspenna, Tresiba® FlexTouch® 200E/ml 3x3 ml förfylld injektionspenna, Tresiba® Penfill® 100E/ml 5x3 ml cylinderampull. SPC uppdaterad 05/2014. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se.

Subventioneras vid typ 1-diabetes. Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.



Tresiba® – duration i över 42 timmar.²

**SÄNKER
BLODSOCKRET.
JÄMNT, STABILT
OCH MED FLEXIBILITET.¹**



changing
diabetes®

At Novo Nordisk, we are changing diabetes.
In our approach to developing treatments,
in our commitment to operate profitably
and ethically and in our search for a cure.

TRESIBA®
insulin degludek

Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 1

Berättelsernas betydelse för sjukdom och hälsa

För allmänläkare är det en grundläggande uppgift att lyssna till patientens berättelse och försöka förstå och uppmärksamma hur patientens upplevelser kan påverka sjukdom och sjukdomsuppfattning. Narrativ medicin kan betraktas som en modern beteckning för något som i viss utsträckning alltid försiggått. Samtidigt är begreppet användbart eftersom det riktar uppmärksamhet mot dialogens grundläggande betydelse i kliniskt arbete.

Att det tillitsfulla samtalet mellan patient och läkare är fundamentet i vården är otillräckligt belyst i den pågående debatten om styrning, uppföljning och ersättningssystem i primärvården. Fortsatt begreppsutveckling av narrativ medicin kan bidra till att synliggöra dessa viktiga aspekter av allmänmedicinen.

”Narrativ” betyder kort och gott berättelse eller historia. Ordet härstammar från latinets *narrare*: att berätta. Ett narrativ handlar inte bara om den konkreta faktiska historien, utan också om hur vi tolkar och konstruerar berättelserna i våra liv, så att de ger oss mening.

”Narrativ” har blivit trendigt och allt fler talar om berättelser: Journalister skapar berättelser som människor kan identifiera sig med, terapeuter såväl som företag talar om ”storytelling”, politiker inser att den goda berättelsen ger röster, och många skapar berättelser om sig själva på Facebook.

Även om berättandet är en urgammal mänsklig aktivitet används narrativer nu i nya syften. Flera professioner är i färd med att anamma det men det saknas ännu en gemensam definition och begreppsapparat.

I denna och en kommande artikel försöker vi visa hur ett narrativt perspektiv kan ha relevans för allmänmedicinskt arbete och vara en tillgång i mötet mellan läkare och patient.

”En kaoshistoria som går att berätta slutar därmed att vara kaotisk.”

Berättelsernas betydelse för hälsa och sjukdom

Under en middagsbjudning diskuterades penicillinbehandling vid banala infektioner. En kvinna skrattade och sa att det är för dumt att folk ränner till läkaren för ingenting: ”I vår familj har vi alltid sagt att det tar sju dagar att bli frisk *utan* penicillin, och en vecka *med* penicillin.”

Detta exempel är en stark familjeberättelse som direkt påverkar hennes vårdsökande och hälsobeteende. Det är på ett helt annat sätt för väninnan, som svarade: ”Jamen, om man inte går till läkaren i tid, så kan det bli kroniskt. Min syster fick kronisk bihåleinfektion för att hon var envis och inte ville söka.”

Människans hjärna har genom evolutionen utvecklats till att uppfatta och tolka symboler, leta efter mönster i tillvaron

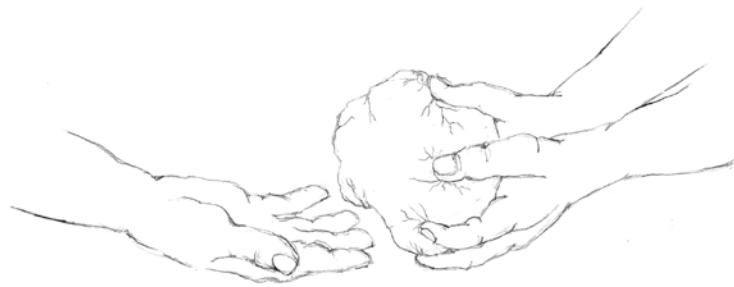


Illustration: Katarina Liliequist

och konstruera narrativer (1). Vi har i alla tider strävat efter att finna mening och sammanhang i tillvaron. Till det använder vi berättelserna, både anekdoter från vårt eget liv och de övergripande religiösa och politiska berättelserna. Det gäller också sjukdom och hälsa (2). ”Varför blev just jag drabbad?” frågar sig var och en som diagnostiseras med en allvarlig sjukdom, men svaren är olika. Alla söker mening och förklaring: Är det mitt fel? Finns det en djupare avsikt? Beror det på mina gener? Jobbar jag för mycket, eller bor jag på fel plats?

På samma sätt letar vi möjligheter att bli friska, och de berättelser vi har med oss leder till olika lösningar: Vitaminer är sunt, läkemedel är något bra (eller dåligt), det är viktigt att säga ifrån på jobbet, eller att återfå sin inre ro genom bön eller meditation.

Symtom och skavanker är en oundgänglig del av livet. Hur de upplevs handlar inte bara om objektiva fakta utan också om hur vi förhåller oss till dem. ”Det är inte hur man har det utan hur man tar det”, som man brukar säga.

I allmänmedicinsk klinisk praxis är det ofta uppenbart att identiska symtom kan ta sig fullständigt olika uttryck beroende på vem som är drabbad och i vilket sammanhang. Någon kan skaka av sig ett hälsoproblem och gå vidare i livet efter att ha vidtagit nödvändiga åtgärder, medan samma problem får bägaren att rinna över för en annan. Avgörande skillnader i ”hur man tar det” kan visa sig i narrativen, där nya symtom görs begripliga i förhållande till allt annat i livet och till det liv man upplevt.

Om de två kvinnorna får bihåleinfektion och feber är det inte i första hand deras symtom som skiljer sig åt utan deras förståelse och beteende. En stannar hemma tills det går över, den andra skyndar sig till läkaren och ber om medicin. En läkare som förhåller sig bara till symtomen kommer snart till korta. Information om att bihåleinfektion inte nödvändigtvis behöver antibiotikabehandlas sparkar in en öppen dörr hos den ena, men möts med skepsis av den andra.

Vad har patienten i ryggsäcken?

Att lyssna på patientens unika berättelse är en allmänmedicinsk kärnkompetens. Vi kan i varje konsultation se hur sjukdom och det levda livet påverkar människors liv, och ännu tydligare så



Illustration: Katarina Liliequist

i en relation över tid med många möten. Även om vi inte kan ändra något kan det vara till hjälp att lyssna på berättelsen och försöka förstå hur det är att vara "i patientens skor". Läkaren har en viktig roll som vittne och ledsagare (3)(4).

Narrativ medicin handlar inte bara om att läkaren förstår betydelsen av vad patienten "har i ryggsäcken". Det handlar också om att patient och läkare tillsammans kan undersöka hur berättelsen blev till, och om att en berättelse kan påverkas, utvecklas och därmed fungera bättre.

Patientens tolkning

Narrativ medicin bortser inte från fakta utan vidgar blicken också till konstruktionen av berättelsen om vad som faktiskt hänt, det vill säga hur händelser och faktiska förhållanden erfars och tolkas. Det handlar både om vad som har hänt och vilken berättelse som har tagit form och som patienten därmed lever vidare med. Det kan förklara att en del drabbas hårt av händelser som för en utomstående inte verkar särskilt dramatiska, medan andra tolererar sådant som ter sig mycket värre.

I ett litet samhälle skedde ett kioskbråk. Rånarna kom inte så långt eftersom kioskägaren lyckades hindra dem. Läkaren var bekymrad för kioskägaren, som hade blivit hotad till liv och lem, och tänkte genast på posttraumatiskt stressyndrom. Men mannen var idel leenden och förklarade glädjestrålade att lokaltidningen hade utnämnt honom till hjälte.

Patient och läkare skapar en berättelse tillsammans

Både läkaren och patienten tar med sina narrativer in i konsultationen, såväl de personliga som de professionellt inlärd. Vi är sällan medvetna om vårt eget inflytande på hur berättelserna kan förändras i konsultationen, men som den brittiske allmänläkaren *John Launer* har skrivit (5): "I mötet med patienten skapar och förmedlar vi 'the grand narrative of biomedicine' varje gång vi tolkar ett symtom, ger en diagnos eller ett läkemedel."

Den moderna medicinens berättelse påverkar människor. Den har på många sätt varit framgångsrik. Operationer och läkemedel har räddat många från död och handikapp. Däremot är medicinens berättelse inte så framgångsrik i förhållande till kroniska smärttillstånd och annat lidande som inte går att förklara med dagens diagnostik (6).

Information om genetiska risker eller biokemiska riskmarkörer är problematiskt. Varje gång sjukvården tar initiativ till att informera om risk för framtida sjukdom kan en ny berättelse ta form. Berättelser om risker och svagheter kan bekymra och i värsta fall införliva känslor av otrygghet i tillvaron (7, 8, 9). Möjligen kan de iatrogena effekterna lindras genom ökade hälsoåtgärder och teknologi, men det kan också skapa ytterligare otrygghet. Vilka former av screening och prevention som ger lägre sjuklighet och längre överlevnad, därom tvista de lärde (vi). Att förebyggande medicin är associerat med biverkningar och etiska dilemman är väl belagt (10, 11).

"Begreppet narrativ medicin är användbart eftersom det riktar uppmärksamhet mot dialogens grundläggande betydelse i kliniskt arbete."

Möjligheterna att skapa en ny och mer välfungerande berättelse

Berättelser är hela tiden under konstruktion. Läkaren kan medvetet inta en roll som en kompetent medtänkare, alltså en medmänniska, som tål att höra det som sägs och som tillerkänner berättelsen en fundamental betydelse i den andras liv. Utgångspunkten är att kunna lyssna fördomsfritt och engagerat utan tankar på att finna lösningen på patientens lidande. Arthur Frank understryker att den narrativa processen innebär att "förändra ett liv lev i kaos till en berättelse om kaos". Det har en egen inneboende terapeutisk effekt. En kaoshistoria som går att berätta slutar därmed att vara kaotisk (12). Genom kommentarer och kreativt nyfikna frågor om berättelsen kan läkaren gradvis introducera nya perspektiv som kan leda till alternativa tolkningar och till lösningar.

"My story is broken; can you help me fix it?" är titeln på en artikel som kom redan 1994 (13). Launer beskriver hur patienterna kan komma till primärvården med sin *broken story*: "A narrative approach sees the search for better stories, and the attempt to provide these, as the basis of all the work that is done in primary care" (14). Narrativ medicin handlar enligt detta synsätt om att patient

En uppföljande artikel i nästa nummer av AllmänMedicin kommer att ta upp flera teoretiska perspektiv på narrativ medicin. På nordiska kongressen för allmänmedicin i Göteborg 2015 planeras ett symposium om humanistisk medicin med bland annat det narrativa perspektivet.

och läkare tillsammans kan finna och utveckla patientens egna inneboende resurser, av några kallat "hoppets arkeologi" (15).

Är en diagnos en bra eller en dålig historia?

För en människa som har en lång rad av obegripliga symtom och som kanske tänker "Håller jag på att bli galen?" kan en medicinsk diagnos representera en långt "bättre" historia med mening och hopp om bot. I andra sammanhang kan diagnoser skapa vanmakt. Som den norske allmänläkaren John Nessa skriver: "*Diagnoser drep og gjer frisk*" ("Diagnoser dödar och botar") (16).

När diagnosmanualen DSM-5 kom kritiserades bland annat att sorg diagnostiseras som "depression" kort tid efter förlusten av en närstående. Intressant nog har avskaffandet av den specifika diagnosen "Asperger" mött betydande motstånd bland patienter och anhöriga. "Asperger" verkar ha gett utrymme åt berättelser och hopp om "kreativt annorlundaskap" – berättelser som hotas av att själva namnet försvinner, så att diagnosen blir en anonym kategori inom autismspektrat. På samma vis diskuteras den kraftiga ökningen av antalet ADHD-diagnoser hos barn, och vilken betydelse det får att ge små barn en etikett som genom den rådande deterministiska berättelsen om genetiska orsaker förklarar deras avvikande beteende. Vilka perspektiv hamnar utom synhåll då? Går det att bli frisk igen när etiketten väl är satt?

Avslutning

Den värld av meningsskapande berättelser vi omger oss med har stor betydelse för vår hälsa och hur sjukdomar tar sig uttryck i våra liv. Det narrativa perspektivet ger förutsättningar att beskriva varför, och hur, patient-läkarmötet fungerar som den grundläggande byggstenen i all vård, genom alla tider.

Referens

1. Nigam SK. The Storytelling Brain. *Sci Eng Ethics*. 2012;18:567–71.
2. Frank AW. Five Dramas of Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2007;50:379–94.
3. Mehl-Madrona L.. Narrative Medicine: The Use of History and Story in the Healing Process. Rochester: Bear & Co; 2007.
4. 7 teser for allmennmedisin Norsk forening for allmennmedisin. Hämtad från: <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/hva-er-en-fastlege/allmennmedisin-fastlegens-fag/7-teser-for-allmennmedisin>
5. Launer J. Narrative-based medicine: a passing fad or a giant leap for general practice? *Br J Gen Pract*. februari 2003;53:91–2.
6. Eriksen TE, Kirkengen AL, Vetlesen AJ. The medically unexplained revisited. *Med Health Care and Philos*. 2013;16:587–600.
7. Hvas L, Reventlow S, Jensen HL, Malterud K. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. *Scand J Public Health*. 2005;33:203–7.
8. Brodersen J, Siersma VD. Long-Term Psychosocial Consequences of False-Positive Screening Mammography. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11:106–15.
9. Brodersen J, Hovelius B, Hvas L.. Skapar vården ohälsa? : allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur; 2009.
10. Davis D. Opportunistic testing: the death of informed consent? *Health Matrix Clevel*. 2012;23:35–54.
11. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston: Beacon Press; 2011
12. Frank AW. Just listening: Narrative and deep illness. *Families, Systems, & Health*. 1998;16:197–212.
13. Brody H. "My story is broken; can you help me fix it?" Medical ethics and the joint construction of narrative. *Lit Med*. 1994;13:79–92.
14. Launer J. Narrative-based Primary Care: A Practical Guide. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2002.
15. Monk G. Narrativ terapi i praksis: hånets arkæologi. Köpenhamn: Akademisk; 2007.
16. Nessa, J. Diagnoser drep—og gjer frisk. *Utposten* 2000;29(1):4–7

Josabeth Hultberg

Doktorand

Allmänmedicin, IMH,

Linköpings universitet

Åby Vårdcentral, Region Östergötland

josabeth.hultberg@gmail.com



Jäv saknas.

Ursprungligen publicerad i Månedsskrift for almen praksis oktober 2013. Översatt och lätt bearbetad av Josabeth Hultberg i samråd med författarna:



Linn Getz

Allmänläkare,
professor, Allmenn-
medisinsk forsknings-
enhet, Institutt for
Samfunnsmedisin,
Norges Teknisk-
Naturvitenskapelige
Universitet (NTNU)



Lotte Hvas

Allmänläkare, med dr.
Forskningsenheden i
almen praksis,
Københavns universitet

Mindfulness och medkänsla i primärvården

*Mindfulness, eller "medveten närvaro", är ursprungligen ett buddhistiskt begrepp. Mindfulness-baserade metoder introducerades i Sverige för omkring 15 år sedan, först inom psykoterapi och sedan mer allmänt inom vården. Kliniska psykologer och forskare har därefter utvecklat metoder att mer specifikt träna **medkänsla**, som nu börjat användas även i Sverige.*

Denna artikel tar upp mindfulness-baserade metoder och medkänsla (compassion) och hur de kan användas inom primärvården.

Mindfulness-baserade metoder

I slutet av 1970-talet utvecklade molekylärbiologen Jon Kabat-Zinn i USA en mindfulness-baserad metod, MBSR, för stressreduktion hos kroppsligt svårt sjuka människor. Den hade god effekt på vissa sjukdomstillstånd och kunde förbättra immunförsvaret [2]. Forskningsläget sammanfattades redan 2006 i en artikel i Läkartidningen [3]. I den redovisas 14 mestadels små studier där MBSR haft effekt.

Idag används mindfulness vid rehabilitering av patienter med utmattningsyndrom och andra stressrelaterade symtom, långvarig smärta samt psykiska besvär såsom ångest och depression.

Den popularitet mindfulness rönt har dock lett till en risk att metoden urvattnas och kommersialiseras. Det finns numera kvalitetskrav (Teaching Assessment Criteria) och riktlinjer (Good Practice Guidelines) [4]. Kraven uppfylls till exempel av mindfulnessbaserad stressreduktion, mindfulness-baserad kognitiv terapi (MBCT) och Breathworksmetoden [5]. Dessa metoder är evidensbaserade och används inom vården.

Därtill används mindfulness inom dialektisk beteendeterapi (DBT) och Acceptance and Commitment therapy (ACT) som hör till "tredje vågens" kognitiva beteendeterapier. Även dessa metoder är evidensbaserade och kan användas som komplement till sedvanlig medicinsk behandling.

Psykologiprofessorerna Mark Williams, Zindel Segal och John Teasdale har vidareutvecklat MBSR för behandling av återkommande depression [6]. Deras metod, MBCT, minskar signifikant recidiven hos patienter som haft minst två depressions-

episoder i sitt liv. Den används numera även vid enstaka depressiva episoder och vid olika ångestsyndrom. Människor som har haft en depression har lärt sig att bete sig på ett sätt som kan skapa ännu mer nedstämdhet. I MBCT ges en möjlighet att bryta den onda cirkeln av nedstämdhet med hjälp av kognitiv beteendeterapi och mindfulnessbaserade övningar. Patienter lär sig att bli uppmärksamma på när de är på väg in i eller redan har hamnat i ett självcentrerat grubbleri och tränar upp förmågan att acceptera och uppleva svåra känslor, samtidigt som de lär sig att uttrycka egna känslor, t.ex. vid gränssättning.

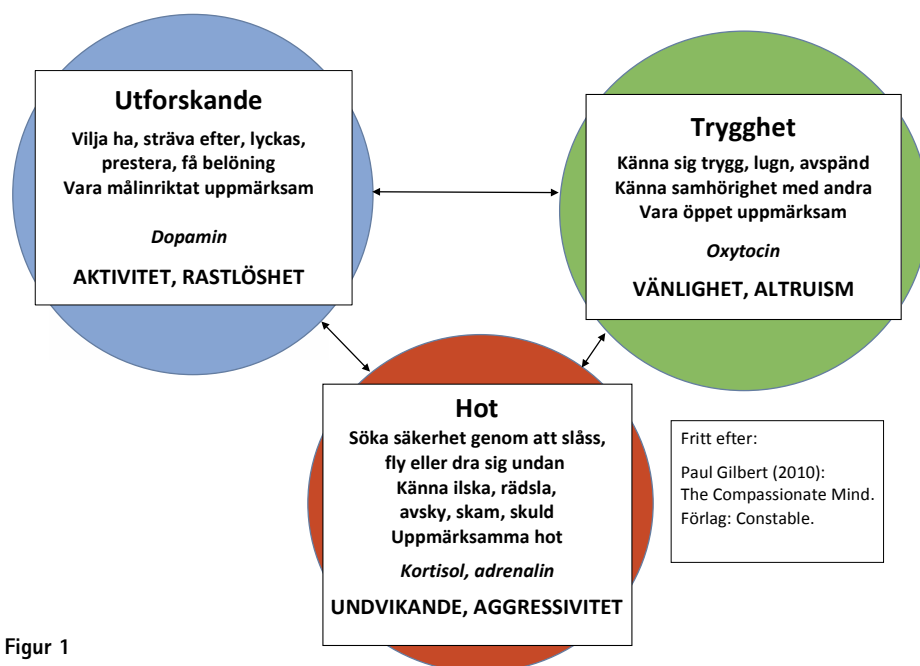
Breathworksmetoden [7], framtagen av Vidyamala Burch, är en annan vidareutveckling av MBSR. Där försöker man inte minska det *primära lidandet* (orsakerna) vid kronisk smärta och stressrelaterade besvär. Man lär istället ut hur man med olika tekniker kan hantera det *sekundära lidandet* (symtomen, besvären) såsom anspänning, ångest, ilska och nedstämdhet med till exempel uppmärksamhet på andningen och kroppsliga förnimmelser, skonsam rörelseträning med bra rytm mellan aktivitet och vila, samt vänlig uppmärksamhet på egna upplevelser och på omgivningen.

I Sverige har Ola Schenström, allmänläkare, utbildat många i mindfulness. Hans bok *Mindfulness i vardagen* [8] är avsedd att användas vid stressrelaterade besvär, men fungerar utmärkt även vid ångest och lindrig depression. I en uppdaterad och moderniserad nyutgåva av *Mindfulness-baserad kognitiv terapi vid depression* [9] skriver Ola Schenström i förordet till den svenska upplagan att han hoppas att denna utgåva "blir en basbok i mindfulness i utbildningen av bland annat läkare, psykoterapeuter och sjuksköterskor."

Compassion-fokuserad terapi

Mindfulness och medkänsla (compassion) hör ihop. Paul Gilbert, brittisk psykologiprofessor, har utvecklat en metod som kombinerar KBT och mindfulnessmeditation [10]. I hans metod Compassion Focused Therapy beskrivs tre motivationssystem för känsloreglering som fokuserar på hot, utforskande och trygghet (se figur 1). I vår moderna värld kan de två första systemen ta för stor plats. För att balansera detta behöver man förstärka det tredje systemet genom återhämtning, "att bara vara" och genom samvaro med närstående. Här är mindfulness och medkänsla till stor hjälp.

Motivationssystem som styr känslor, tankar och beteenden



Figur 1

Forskning

Det finns ett stort antal studier om mindfulness men få stora randomiserade kontrollerade studier. En tidig studie [11] visade att återfallsfrekvensen i depression under en femårsperiod var signifikant lägre i MBCT-gruppen, 34 % jämfört med 63 % i kontrollgruppen. I en nyligen publicerad randomiserad studie [12] med två års uppföljning inkluderades patienter med tre eller fler episoder av depression där sedvanlig behandling jämfördes med MBCT i grupp. Bland dem som deltagit i fyra eller flera sessioner med MBCT återinsjuknade 11,6 % jämfört med 32,6 % i kontrollgruppen ($p=0,002$).

I Sverige har genomförts en omfattande randomiserad kontrollerad studie på vårdcentraler i Region Skåne under ledning av professor Jan Sundquist, nyligen publicerad i *British Journal of Psychiatry* [13]. Mindfulness-baserad gruppbehandling jämfördes med individuell KBT. Resultaten tyder på att gruppbehandling med mindfulness, genomförd av certifierade instruktörer i primärvården, är en lika effektiv behandlingsmetod som individuell KBT för att behandla depression och ångest. Gruppbehandling med mindfulness bör speciellt övervägas som alternativ till individuell psykoterapi, särskilt på de vårdcentraler som inte har möjlighet att erbjuda individuell terapi till alla.

Mindfulness-baserad behandling inom primärvården

Mindfulness-baserad behandling bedrivs med fördel i grupp, inte bara för att det nedbringar kostnaden. Patienterna får ett annat perspektiv på sina besvär när de möter andra i samma situation. Det kan leda till ett snabbare tillfrisknande. Inom primärvården är många läkare utbildade i patientcentrerad konsultationsmetod. Den kan kombineras med egen träning i mindfulness och medkänsla för att stärka

medvetenheten om ens egna och patientens reaktioner, samtidigt som man är empatisk.

Mindfulnessmeditation används också för att förhindra allvarliga stressreaktioner hos personal inom vården. Vi behöver alla träna medvetenhet och vänlighet mot oss själva och andra för att bättre kunna möta det som är svårt i våra upplevelser både i privat- och arbetsliv samt att se oss själva i ett större perspektiv. I Stockholm ges kurser för primärvårdspersonal i mindfulness och medkänsla vid Centrum för Allmänmedicin [14].

Referenser

- Gilbert P (2011). *Compassion-Focused Therapy: An Introduction to Theory, Research and Practice*. Förlag: Routledge.
- Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. Jul-Aug; 65(4):564-70.
- Åsberg M, Sköld C, Wahlberg Kristina och Nygren Å (2006). Mindfulness-meditation – nygammal metod för att lindra stress. *Läkartidningen* nr 42.
- Crane RS, Soulsby JG, Kuyken W, Williams JMG, Eames C et al (2012) The Bangor, Exeter & Oxford Mindfulness-Based Interventions Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC). <http://www.bangor.ac.uk/mindfulness/documents/MBI-TACJune2012.pdf>
- Persson-Jarl L (2012). Comparison of three training programmes for Mindfulness Teachers. Master of Art Thesis (MA) in Teaching Mindfulness-Based Courses at CMRP, Bangor UK
- Williams M, Teasdale J, Segal Z & Kabat-Zinn J (2007): *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. Förlag: Guilford Press.
- Burch V (2011). *Mindfulness: en väg att hantera smärta*. Förlag: Bonnier Fakta.
- Schenström, O (2007): *Mindfulness i vardagen*. Förlag: Viva.
- Zindel V, Segal, J, Williams MG och Teasdale, JD (2014). *Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression*. Natur & Kultur.
- Gilbert P (2010). *The compassionate mind*. Förlag: Constable.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 68(4): 615-23. *På svenska* (2008): *Mindfulness - En väg ur nedstämdhet*. Natur & Kultur.
- Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL et al (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 48(8) 743–755.
- Sundquist J, Lilja Å, Palmér K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, Sundquist K (2014). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety, and stress and adjustment disorders: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, publicerad online 27 november 2014.
- Akademiskt primärvårdscentrum (f.d. Centrum för Allmänmedicin) www.akademisktprimarvardscentrum.se: kurser i mindfulness och medkänsla.



Leena Maria Johansson

Psykiater, leg psykoterapeut, docent
Akademiskt primärvårdscentrum (f.d. CeFam),
Karolinska institutet
lmse.johansson@bredband.net

Jäv föreligger ej

Vad är medkänsla?

Medkänsla (compassion) har sin grund i vänlighet och innebär deltagande i någon annans lidande, svårigheter och lycka. Det handlar inte om snällhet. Exempelvis inom vården behöver personalen se vad patienten behöver och inte bara önskar. En sund relation förutsätter tydlig gränssättning och ärlighet [1].

Vad är mindfulness?

Mindfulness eller medveten närvaro är ett tillstånd av avsiktlig, icke-värderande uppmärksamhet på nuet och samtidigt en aktivitet att i varje stund försöka hålla en klar och riktad uppmärksamhet på vad som sker inom en och i omgivningen. Man tränar sig att bli medveten om olika företeelser, t.ex. den egna andningen, andra kroppsörnimmelser, känslor och tankar, utan att ryckas med av dem. Under meditationspass och i vardagen övar man sig att observera sin egen mentala aktivitet.

Ojämlig vård för psykiskt sjuka

Personligt referat från konferensen "Somatisk hälsa och psykisk sjukdom – helhetssyn för god och jämlik vård" den 9–10 oktober 2014

Vården är inte jämlik, det går att konstatera efter höstens kanske viktigaste konferens där Svensk förening för Diabetologi (SDF), Svenska Psykiatriska föreningen (SPF) och Svensk Förening för allmänmedicin (SFAM) samarbetade för att belysa somatisk hälsa hos patienter med psykisk ohälsa.

Det var ett bra tag sedan inbjudan kom och mina funderingar kring konferensen startade. Är detta något som berör mig och mitt arbete på hälsocentralen? Inte har väl jag några patienter som får ojämlik vård eller sämre somatisk vård på grund av psykisk ohälsa? Eller har jag det? Ja, tyvärr så visade det sig att det var precis vad jag hade. Det uppdragades för mig en dag när det blev "akut uttryckning" eftersom en av mina patienter med schizofreni och insulinbehandlad diabetes hade slutat att ta sitt insulin. Patienten hade således mycket höga sockervärden och behövde sjukhusvård. Det hela avlöpte väl och inga tvångsåtgärder behövdes vidtas denna gång.

Känns ovanstående scenario igen?

Efter konferensen förstod jag att det inte bara var jag som misslyckats med denna patientgrupp. Det levererades skrämmande fakta kring hur ojämlik vården är för denna patientgrupp. Det finns ökad risk för patienter med psykiatrisk diagnos att vårdas inom slutenvården för diagnoser som vanligen sköts i primärvården, t.ex. astma, KOL och diabetes. Patienter med psykiatrisk diagnos löper ökad risk att dö i hjärt-kärlsjukdom, stroke eller diabetes samt att dö i förtid, ca 15 år tidigare för kvinnor och 10 år för män.

Ingrid Dieset, forskare från Norge, visade att även i Norge

lever patienter med psykisk sjukdom kortare närmare med 25 års förkortad livstid. Livslängden är förkortad även om den justeras för suicid. Exempelvis lever en man med schizofreni 15 år kortare i Sverige. Om suicidrisken tas bort så är den förkortade livslängden 13 år. Detta kan jämföras med hjärtsjukdom där livslängden är förkortad med 4,6 år.

"Inte har väl jag några patienter som får ojämlik vård eller sämre somatisk vård på grund av psykisk ohälsa?"

Hos patienter med psykisk sjukdom finns inte en ökad risk att få cancer, men cancer upptäcks för sent vilket försvårar behandlingen. För hjärtsjukdom gäller detsamma, det vill säga ingen ökad risk att få hjärtsjukdom men ökad risk att dö i den.

Flera föreläsare berörde livsstilen hos patienter med psykisk ohälsa. Signy Reynisdottir och Helena Dreber förmedlade att det finns en hög andel "feta" bland patienter med psykiatrisk diagnos och att det är viktigt med en bra anamnes för att kartlägga fetmauppkomst. Kenneth Jue från USA illustrerade med hjälp av filmklipp hur man lyckats förbättra livsstilen hos patienter med kroniska psykiatridiagnoser. Det var starkt att se



Kort bensträckare med Åsa Wetterqvist.



Kenneth Jue från USA delger sina erfarenheter av Behavioral Health Consultant.



"Samverkan kring patienter Signy Reynisdottir.



Mai-Lis Hellenius föreläser på temat: Vi har underskattat livsstilens betydelse - vad säger senaste forskningen?

olika exempel på hur de psykiatriska patienterna förändrade sin livsstil och förbättrade sin fysiska och psykiska hälsa genom ett omfattande åtgärdsprogram förlagt till ett vanligt "gym".

Vad kan jag göra?

Vad kan jag göra för att förbättra den somatiska hälsan för mina patienter med psykiatrisk diagnos?

Det första är att överhuvudtaget se patientgruppen och att se behovet av samarbete för att kunna förbättra. På konferensen deltog flera sjuksköterskor och läkare från den lokala psykiatrienheten där jag arbetar. Under konferensen kunde kontakter knytas och problem diskuteras för att på hemmaplan hitta former för ett förbättrat samarbete så att det i framtiden inte kommer att krävas "akuta uttryckningar".

Den avslutande paneldebatten uppmnade till ökat samarbete kring den här patientgruppen. Jag upplevde att viljan till samarbete inte endast fanns bland paneldeltagarna utan även i auditoriet. Det var skrämmande siffror som gång på gång presenterades för oss under konferensen om hur illa ställt det är för patienter med psykisk ohälsa och somatisk sjukdom och det är svårt att inte tänka sig att arbeta för en förbättring.

En aktör saknades under konferensen: kommunerna. Det är ofta personal inom kommunen som har den största kontaktytan gentemot våra psykiatriska patienter. Självklart ska representanter från den kommunala omsorgen vara med vid nästa konferens.

Jag hoppas på en framtida konferens för att få nya uppslag och idéer kring hur man kan arbeta vidare för att förbättra!



Anna Hertin

Esplanadens hälsocentral, Västervik

anna.hertin@ltkmar.se



med fetma och psykisk ohälsa" med Helena Dreber och



Paneldebatt mellan Åsa Wetterqvist (SFAM), Lena Flyckt (SPF), Mona Landin Olsson (SFD) och Lise-Lotte Risö Bergerlind (Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa, VGR) på temat: Hur går vi nu vidare? 2015 och framåt!

Långvarig smärta:

Patienten själv bästa resursen

Som allmänläkare möter vi dagligen patienter med smärtor i rörelseapparaten. Det är viktigt att fånga upp specifika och allvarliga sjukdomstillstånd, men också att tidigt identifiera dem som löper risk att utveckla en mer långvarig smärta. Strategier för behandling och rehabilitering kan anpassas efter denna risk, med allt från enkla råd till en full multimodal rehabilitering. Inom ramen för en patientskola kan patienter få kunskap och få prova fysisk träning.

Långvarig smärta är en vanlig besöksorsak i primärvården och en av de ledande orsakerna till långvarig sjukskrivning och nedsatt livskvalitet. Personer med långvariga smärttillstånd förefaller också vara sårbara för andra allvarliga sjukdomstillstånd och löper en närmast fördubblad risk att vårdas på sjukhus för svåra infektioner, hjärtinfarkt och stroke [1]. Samtidigt som konsekvenserna av långvarig smärta är stora för både den drabbade och samhället är vår kunskap kring hur dessa smärttillstånd utvecklas och bäst behandlas fortfarande begränsad. Drabbade patienter upplever också ofta att de inte får en klar diagnos eller tillräcklig hjälp.

Begreppet långvarig smärta är delvis ett problem i sig eftersom det inte syftar på långvariga smärtor av en känd och mer specifik karaktär, där diagnostiken pekar ut en tydlig orsak och behandlingen kan riktas direkt mot denna. Det rör sig istället om smärttillstånd som kännetecknas av att smärtan varar längre än förväntat utifrån läkning av en skada eller behandling av underliggande sjukdom. Smärtan kan också vara mer uttalad än vad skadan eller sjukdomen förklarar.



Värk i leder.

fotolia.com

Gemensamt är att smärtan inte längre fyller sin skyddande funktion, utan snarare blivit en sjukdom i sig. Detta innebär dock inte att smärtan skulle vara mindre verklig eller allvarlig för den som är drabbad, utan att bakgrunden till den är mer komplex och ofta måste förstås utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv.

"Det är sällan som 'kniv eller piller' är särskilt verkningsfulla. Det vassaste verktyget i lådan är patienten själv."

Planerade nationella riktlinjer från Socialstyrelsen kring långvarig smärta har lagts på is på grund av svårigheter att hitta tydliga evidens för vad som kan förhindra en utveckling av långvarig smärta och hur den bäst behandlas. Detta innebär inte att det saknas kunskap och erfarenhet inom området eller att vi inte kan hitta vägar att hjälpa de som är drabbade. Det är sällan som "kniv eller piller" är särskilt verkningsfulla, utan det vassaste verktyget i lådan är patienten själv. Patientens förmåga att vara denna resurs för sig själv kan stärkas genom olika insatser i mötet med olika medarbetare i hälso- och sjukvården. Det kan röra sig om allt från enkla råd över telefon till mycket resurskrävande insatser av team med flera professioner i multimodal rehabilitering.

En av våra stora utmaningar idag är att rikta rätt nivå av insats till rätt patient. Såväl för liten som för stor insats kan i det enskilda fallet innebära en försämrad prognos och onödigt långa sjukskrivningar. Det är därför viktigt att läkare, fysioterapeuter och andra som möter dessa patienter tidigt identifierar den långvariga smärtan och då gärna innan den blivit "långvarig".

Redan i samband med ett akut besök för ett smärttillstånd i rörelseapparaten kan anamnes och status ge misstankar om att det finns en risk för att utveckla långvarig smärta. Här är tidigare episoder med smärta som blivit långdragna en varnings-signal. Samtidig förekomst av smärta på flera ställen eller en mer utbredd regional smärta är också prognostiskt ogynnsamt, liksom att inte känna sig utvilad på morgonen. Psykosociala riskfaktorer, så kallade gula flaggor, kan fångas upp med till exempel *Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire* (ÖMPQ). I status kan en ökad ömhet för tryck och ökad smärta vid upprepade tryck (temporal summation) tala för en central sensitisering i smärtsystemet, vilket innebär att situationen kan vara mer komplex än vid en ren vävnadssmärta [2].

Såväl vetenskapliga studier som klinisk erfarenhet talar för att en mer begränsad insats med enbart rådgivning kan vara tillräcklig i ett tidigt skede av smärta i rörelseapparaten [3]. Det



Yoga, exempel på avslappning.

fotolia.com

kan handla om att uppmuntra till fysisk aktivitet och att försöka genomföra sina normala aktiviteter trots förekomst av smärta. Genom ett kognitivt förhållningssätt i mötet kan man även fånga upp tankar, farhågor och val av strategier för beteenden som kan ge långsiktigt negativa konsekvenser för patienten.

I ett senare skede, där en långvarig smärta etablerats tillsammans med konsekvenser i form av arbetsoförmåga och nedsatt livskvalitet, krävs vanligen betydligt större insatser med intensiv multimodal rehabilitering, där flera professioner arbetar interdisciplinärt. Mellan dessa ytterligheter och som integrerad del i multimodal rehabilitering används också med framgång beteendemedicinska tekniker, kognitiv beteendeterapi (KBT) och den inriktning av KBT som benämns acceptance and commitment therapy (ACT).

Smärtskola kan vara viktigt komplement

Som en del i omhändertagandet, oavsett insatsens storlek i övrigt, behöver patienterna en ökad kunskap om vad smärta är, hur smärtsystemet fungerar och hur smärtupplevelandet påverkas av såväl fysisk aktivitet som olika psykosociala faktorer. De behöver även konkreta råd kring hur de ska förhålla sig till fysisk aktivitet och träning när smärtan oroar och sätter begränsningar. Ett rationellt sätt att ge denna kunskap och pröva på fysisk träning under handledning är genom gruppundervisning i en patientskola.

Värdet av olika sätt att undervisa patienter med kroniska sjukdomar kan ifrågasättas, men när det gäller långvariga smärttillstånd där patienterna ofta lämnas utan en specifik diagnos

är det extra efterfrågat från patienterna att få en förklaring till vad det är som värker. Många behöver ett incitament till att våga röra på sig trots smärta.

Patientorganisationen Reumatikerförbundet har i många år engagerat sig för att i samverkan med hälso- och sjukvården utveckla patientskolor som riktar sig till patienter med smärta och andra problem från rörelseapparaten. Utmärkande för deras koncept är en medverkan av utbildade informatörer med egna erfarenheter av inflammatoriska reumatiska sjukdomar, artros och långvarig smärta. Ett exempel på en mycket framgångsrik sådan samverkan är den artrosskola som vidareutvecklats och fått stor spridning i landet under namnet BOA (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Delvis inspirerade av artrosskolan har Reumatikerförbundet i samverkan med Västra Götalandsregionen utvecklat ett koncept för en smärtskola – *Kunskap för livet*. Denna patientskola har i dagsläget en särskild inriktning mot patienter med fibromyalgi (FM) och annan långvarig generaliserad smärta, men är under utveckling och innehållet är relevant för all långvarig smärta.

De olika delmomenten i smärtskolan bygger på aktuell forskning kring FM och långvarig smärta [4-6]. Detta har ställts samman till ett komplett koncept med grundskunskap och undervisningsmaterial, som kan användas under fyra träffar (figur 1). Under varje träff har man ett moment för att pröva på avspänning samt någon form av anpassad fysisk träning. Skolan är tänkt ges inom ramen för primärvård samt ledas av fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut som genomgått en tvådagars utbildning.

I dagsläget har 450 personer, företrädesvis fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter, deltagit i utbildningarna, som givits i fem landsting/regioner. Erfarenheterna av skolan är fortfarande begränsade och den är ännu inte vetenskapligt utvärderad i sin helhet, även om delmomenten är evidensbaserade. Av de som genomgått utbildningen och svarat på en enkät hade hälften startat upp skolor och de var genomgående nöjda eller mycket nöjda med skolan och materialet. Andra har integrerat



Figur 1: Undervisningsprogramets innehåll beskrivs i pyramidens bas. Behandlingar eller åtgärder i pyramidens övre sektorer omfattas inte av programmet, men kan vara viktiga för några deltagare.

delar av materialet i sin redan befintliga smärtehabilitering.

Sammanfattningsvis är patienterna själva den bästa resursen i behandling och rehabilitering vid långvarig smärta eller när det finns risk för att utveckla en sådan smärta. Det är viktigt att vi i primärvården tidigt fångar upp dessa patienter och erbjuder en rätt anpassad behandlingsinsats. Som komplement till andra behandlingsinsatser kan en patientskola med inriktning på långvarig smärta bidra till att på ett rationellt sätt ge patienten nödvändig kunskap och ett incitament till fysisk aktivitet trots smärta.

Referenser

1. Lindgren H, Bergman S. Chronic musculoskeletal pain predicted hospitalisation due to serious medical conditions in a 10 year follow up study. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Jun 18;11:127.
2. Lidbeck J. Centralt störd smärtemodulering vid muskuloskeletal smärta. Ny kunskap kräver ny modell för mekanismbaserad smärtanalys. Läkartidningen. 2007;104:2959-64.
3. Stewart M, Maher C, Bogduk N, Nicholas M. Randomized controlled trial of exercise for chronic whiplash-associated disorders. Pain. 2007;128:59-68.
4. Mannerkorpi K, Nordeman L, Ericsson A, Arndorw M, the GAU Study Group. Pool-exercise for patients with fibromyalgia and chronic widespread pain. Controlled randomised trial and a subgroup analysis. J Rehabil Med. 2009;41:751-760.
5. Mannerkorpi K, Nordeman L, Cider Å, Jonsson G. Does moderate-to-hard aerobic exercise improve functional capacity and pain in FM? A prospective randomized controlled trial. Arthritis Res Ther 2010; 12 (5) :R189 [Epub]
6. Håkansson C, Dahlin-Ivanoff S, Sonn U. Achieving balance in everyday life. Journal of Occupational Science, 2006; 13 (1): 74-82.



Stefan Bergman

Professor i Hälsa och livsstil
vid Högskolan i Halmstad
Forskningschef vid FoU Spenshult
stefan.bergman@spenshult.se



Jan Bagge

Kvalitetsansvarig smärtskolan
Kunskap för livet,
Reumatikerförbundet/
Reuma Utveckling AB
jan.bagge@reumatikerforbundet.org

*Jäv saknas för Stefan Bergman.
Jan Bagge har ett blygsamt arvode för att sköta smärtskolan.*

Men information om smärtskolan:
www.reumautveckling.org

Kalcipos®-D forte

800 IE D-vitamin, 500 mg kalcium

Tilläggsbehandling till patienter med osteoporos och samtidig bisfosfonatbehandling. Till patienter med brist på D-vitamin och kalcium.



- ✓ Tas en gång om dagen
- ✓ Kan dosdispenseras¹
- ✓ Lägst dygnspris²



**5-6 % lägre pris (AUP) från 1 januari 2015.
Gäller hela Kalcipos-serien***

1851.024 feb.2015, AM.L.

BRIST
guiden

Indikationer: Profylax och behandling vid brist på vitamin D och kalcium hos äldre. Vitamin D- och kalciumtillskott som komplement till specifik osteoporosbehandling hos patienter med risk för vitamin D- och kalciumbrist. Kalcium 500 mg, vitamin D³ 800 IE (20 µg). ATC-kod: A12AX. Receptbelagd. Inom förmånen. **Sortiment och pris:** Sväljtablett 90 st, 184 kr. 180 st 290 kr, tuggtablett 90 st, 184 kr. **Dosering:** 1 tablett dagligen. För fullständig information se www.fass.se. Produktresumén är granskad 2013-12-03 respektive 2014-04-16. Referenser: 1) www.fass.se 2) www.tlv.se (lägst pris per tablett: Kalcipos-D forte 500 mg/800 IE, 180 tabletter, AUP 290 SEK har ett pris per tablett som är 21 % lägre jämfört med Calcichew-D3 Forte Citron 90 tuggtabletter AUP 183 SEK).

Meda AB. Box 906, 170 09 Solna. Tel: 08 630 19 00, Fax: 08 630 19 50. E-post: info@meda.se www.medasverige.se www.bristguiden.se

MEDA

NOPI bättre för patienterna än relativ riskreduktion

Att presentera samma information om risk och riskbehandling, uttryckt på olika sätt men logiskt identiskt, kan leda till olika val beroende på vilka perspektiv man delges. Både läkarens och patientens beslut kan bli olika om man talar om minskad risk att insjukna eller ökad chans att förbli frisk.

Risk eller chans?

Att tala med patienter om risken att drabbas av sjukdom är problematiskt eftersom risken bara kan beskrivas på gruppnivå. Det man egentligen vill veta som enskild individ är ju hur det ska bli med just mig. Av alla stjärnor på himlapäppet vet vi inte vilken som skall slockna, bara att någon släcks ikväll. Så är det också med oss.

Ord är starka krafter (för att inte säga en drog), och bara användandet av ordet "risk" leder lätt till katastroftänkande och oro. Hur man sen uppfattar själva riskbegreppet är i sin tur högst individuellt. En del upplever varje risk, hur liten den än är, som hotfull. Andra menar att hela livet är ett riskprojekt och somliga till och med utmanar livet med avancerad bergsklättring eller andra halsbrytande aktiviteter. Risken kan vara liten men

konsekvensen stor, eller så kan risken vara stor men konsekvensen mer eller mindre betydelslös, och hur man då resonerar varierar sannolikt utifrån man hur man är som person och vilka livsupplevelser man har i bagaget.

Själv har jag inte riktigt förstått varför man bara utgår från begreppet risk och sällan dess motsats chansen. Därför ville jag utforska ett i medicinska sammanhang föga studerat område – sannolikheten för att inte drabbas (eller staying alive, som the Bee Gees sjöng 1977). Det har blivit till två akronymer, NOP (non-occurrence probability – "sannolikheten för att något inte ska inträffa") och NOPI (non-occurrence probability increase – "ökningen av sannolikheten för att något inte ska inträffa"). Jag menar att det är ett mycket mer hoppingivande sätt att närma sig livsviktiga frågor.

Risk – absolut eller relativ?

Nästan varje dag läser jag något i tidningen om att man har minskat risken för en allvarlig händelse med 50 % eller att någon företeelse har ökat med 50 %. Bra så, men var minskningen från 4 % till 2 %

eller från 50 % till 25 %, och ökningen från 2 % till 3 % eller från 40 % till 60 % – det har väl ändå en viss betydelse?

En Relativ Risk Reduktion (RRR) på 50 % för en kardiovaskulär händelse i en population är bra ur ett samhällsperspektiv, även om den Absoluta Risk Reduktion (ARR) är låg.

För att påvisa en eventuell behandlingseffekt av ett läkemedel när det gäller riskfaktorer använder man sig av stora randomiserade, kontrollerade populationsstudier; det kan gälla risker såsom förhöjt blodtryck eller förhöjda lipidnivåer.

Antag att man har en population på 5000 män i 60-årsåldern som visat sig löpa en risk på 3 procent att drabbas av en primär slutpunkt, såsom hjärtdöd eller en icke-dödande hjärtinfarkt, inom tre år. Antag vidare att man med läkemedelsbehandling för alla dessa män kan sänka motsvarande risk till knappt 2 procent. Det är en inte helt ovanlig storlek av risk och riskförändring. Det skulle innebära en relativ riskminskning på cirka 35 procent och ett inte föraktligt antal färre patientfall, cirka 50 personer. Från ett samhällsperspektiv och inte minst från hjärtintensivavdelningens synvinkel är detta ett resultat att glädjas åt. Det är också denna RRR och detta grupperperspektiv som ofta delges patienter, såväl via enskilda patientsamtal som via massmedierna. »Risken att drabbas minskade med 35 procent!« – den typen av rubriker är inte helt obekanta i pressen. Hur stor den initiala risken egentligen var brukar mer sällan tydliggöras.

Individperspektivet – chansökningen

För den enskilde mannen i ovanstående exempel är befolkningsperspektivet inte lika intressant. En viktig uppgift att ha med i beslutet, när han ska bestämma sig för om han ska låta sig behandlas med läkemedel eller inte, är NOPI. Chansen att slippa drabbas är 97 % utan behandling, men kan öka till 98 % med behandling. ARR, som i ovanstående exempel bara är en procentenhet (från 98 till 97 procent), kan också användas, även om jag hellre



Läkare kastar tärning för att få vägledning om vad som ska göras. Tavla av Barbara Frankel.

NOP *Non-occurrence probability* = sannolikheten för att något inte ska inträffa

NOPI *Non-occurrence probability increase* = ökningen av sannolikheten för att något inte ska inträffa

vill tala om chans och möjlighet med mina patienter än om risk.

Vad behöver patienten veta?

Jag hävdar att information redovisad som RRR inte är till särskilt stor hjälp för patienten när det ska fattas beslut om medicinering. Många gånger leder det till ett beslut som egentligen inte är i linje med patientens egna värderingar. Syftet med min studie var att undersöka hur presentationen av NOPI jämfört med RRR påverkade läkarens attityd till samma behandling.

"Uppenbarligen är vi läkare för egen del mindre angelägna om en farmakologisk behandling när effekten presenteras som NOPI jämfört med RRR."

Jag tänkte att om inte ens läkarna själva fattar samma beslut med RRR som underlag jämfört med NOPI, hur ska då patienterna kunna göra ett avvägt beslut?

Mentometer

Under åren 2007 till 2009 höll jag fem föreläsningar för sammanlagt 145 primärvårdsläkare om sjukdomsrisk och behandling. Med mentometersystem och data från Risk Score och Ascot-studien presenterades två frågor, först som RRR utan angivande ARR: "Du är en 55-årig kvinna, skulle du vilja minska risken för kardiovaskulär död med 50 % under en

10-årsperiod med medicin?", och "Du är en 60-årig man med minst två riskfaktorer, skulle du vilja minska din risk med 33 % för en hjärthändelse under 3-4 år med medicin?". Därefter ställde jag samma spörsmål, men då som NOPI: "Vill du öka din chans att undvika en kardiovaskulär död under en period från 98 % till 99 % med medicinering i 10 år?" och "Vill du öka din chans att undvika en kardiovaskulär händelse under en 3-4 årsperiod från 97 % till 98 % med medicin?"

Och hur blev det?

När första frågan presenterades som RRR svarade 68 % (90/132) av läkarna ja, och när den presenterades som NOPI svarade endast 18 % (25/136) ja ($p < 0,001$). När det andra exemplet presenterades som RRR svarade 86 % (55/64) ja, och när det presenterades som NOPI svarade 16 % (10/62) ja ($p < 0,001$).

Uppenbarligen är vi läkare för egen del mindre angelägna om en farmakologisk behandling när effekten presenteras som NOPI jämfört med RRR. Naturligtvis finns metodologiska svagheter med att undersöka en publiks attityder med mentometersystem, men att potentiella fel skulle kunna förklara hela skillnaden mellan RRR- och NOPI-svaren verkar inte sannolikt.

Riskvärdering är således komplex

Pressen söker gärna uppseendeväckande rubriker, och visst är det då mer säljande att skriva att en behandling minskar risken för en sjukdom med 50 % än att berätta att chansen att klara sig ifrån eländet ökar från 98 till 99 % med insatt terapi. Visst är det roligare att som forskare be-

rätta om hög RRR än en marginell ARR eller NOPI.

Hur man presenterar risken omfattar alltså en etisk aspekt. Att bara presentera risk som RRR kan vara betänkligt, och gör man så i kliniska sammanhang undanhåller man väsentligt beslutsunderlag för patienten. Inte ens läkare i denna studie väljer behandling när NOPI är liten, men vi är rätt benägna att förskriva ut läkemedel till våra patienter med RRR som argument.

NOPI SCORE

Jag tycker att det är dags att konsekvent försöka använda NOPI i samtal med patienterna. Den exakta vetenskapliga chansen eller risken går naturligtvis ofta inte att beräkna, utan man får använda sig av så hygglig gissning som man bara kan. Risk Score tabellerna går utmärkt att använda med angivelser av NOPI istället. Allra helst skulle jag vilja ha en tabell ("NOPI Score") som dessutom också visade på vad NOPI blir med t.ex. motion i olika former och grader.

Drömma kan man ju alltid få göra.

Referens

- Hagström B, Gunnarsson RK, Rosenfeld M. Presenting the improved possibility for staying well might be better than talking about change in risk: use of the non-occurrence probability increase (NOPI). *Scand J Prim Health Care*. 2013;31:138-40.



Bertil Hagström

FoU primärvård, VG-regionen,
FoU-centrum S:a Älvsborg
hagstrom.bertil@gmail.com

Jäv saknas.

AllmänMedicin informerar

Endast på nätet

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

Kan natur och grönområden minska behovet av sjukvård?

Dagens hälsoproblem kräver samarbete mellan hälso- och miljösektorer

Miljöns utformning och ekosystemens bevarande har traditionellt inte betraktats som hälsofrågor, utan snarare något för miljösektorn att studera och åtgärda. I en situation där rådande vårdprogram tycks gå bet måste vi vända oss utanför sjukhusets väggar för att minska behovet av sjukvård och ofta verkningslösa behandlingar. Vår omgivande miljö är en potentiellt minst lika viktig hälsfaktor som farmaka eller sjukhusbunden intervention.

Enligt WHO domineras den globala sjukdomsburden av icke smittsamma sjukdomar, såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och mental ohälsa [1]. Dessa har ofta sitt ursprung i livsstil och miljö. Medicinskt kunnande kombinerat med kunskap om hur miljön påverkar oss i både positiv och negativ riktning behövs för att möta problemen.

Forskning kring gröna miljöer

Naturmiljöers effekt på hälsa har studerats vetenskapligt under ett antal årtionden [2].

Man har bland annat studerat hur närhet till natur kan befrämja fysisk aktivitet och social interaktion samt minska stressnivåer.

De positiva effekterna av fysisk aktivitet är oomtvistade [3] och det finns god evidens för att tillgång till grönska leder till ökad fysisk aktivitet [4]. Forskning har visat att barn och ungdomar som har tillgång till grönområden är mer fysiskt aktiva, får förbättrad motorik [5] och har minskad risk för övervikt [6]. Ett flertal studier har visat på liknande effekter hos vuxna, med minskad prevalens av sjukdomar relaterade till fysisk inaktivitet som följd [7]. Samma sak gäller hos äldre individer [8].

I Sverige bor 80 % av invånarna i städer och urbaniseringstakten förväntas öka, vilket minskar tillgången till naturliga landskap. Därför är det viktigt att samarbeta kring miljö och stadsplanering och att poängtera att urbana grönområden

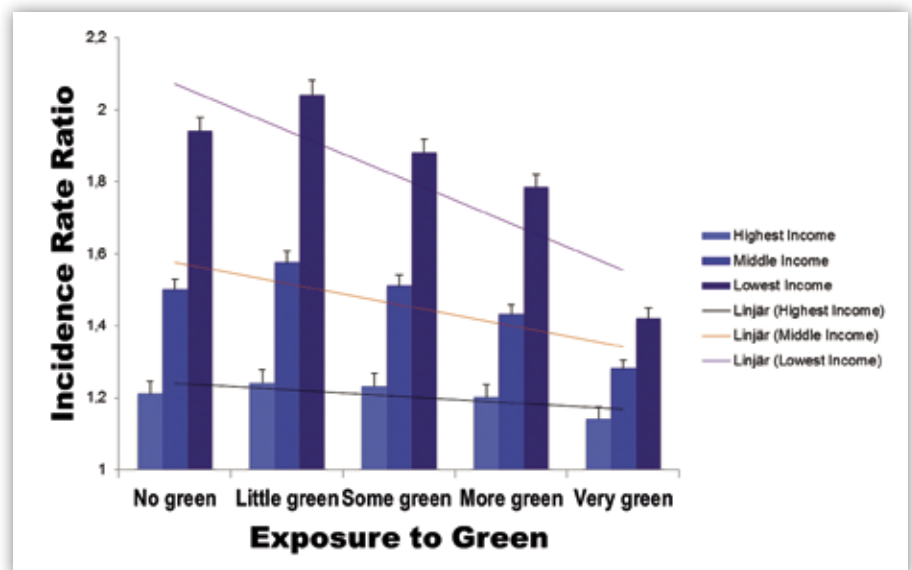
måste bevaras för att möta behovet av fysisk aktivitet för folkhälsans skull.

Kronisk stress är en riskfaktor för många vanliga sjukdomar. Genom att skapa miljöer lämpliga för återhämtning kan vi reducera risken för stressrelaterade tillstånd. Många studier har visat på stressreducerande effekter av naturexponering, exempelvis sänkta kortisolnivåer och andra biomarkörer [9, 10]. Tydligast är effekterna i socioekonomiskt svaga grupper [11]. Naturen verkar kunna buffra mellan ett stressfullt liv och förmågan till "coping" [12] (figur 1).

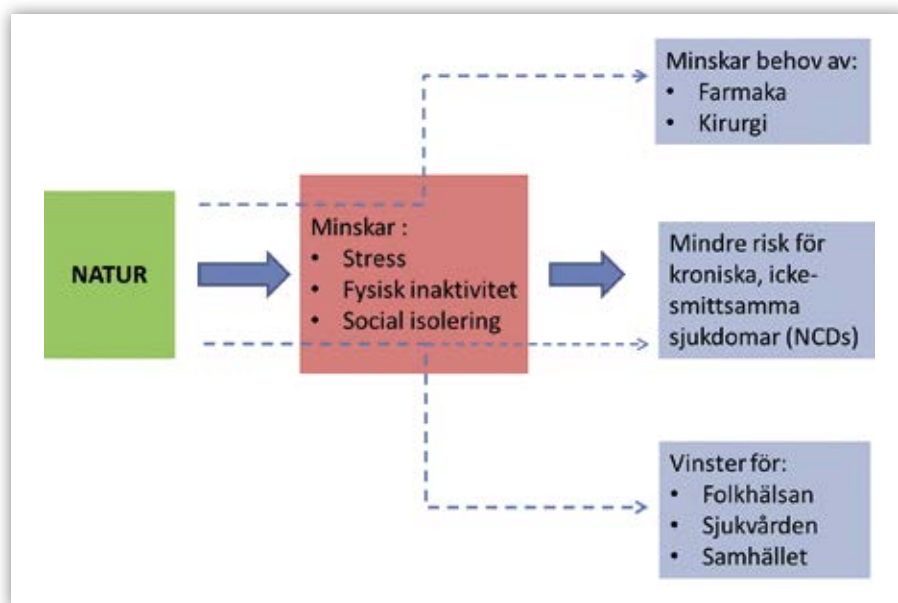
En bred forskningsbas har visat hur social isolering leder till försämrad hälsa. Därför behöver kunskapen spridas att parker och grönområden bidrar till att människor möts och interagerar, också över kulturella och sociala gränser, vilket i vissa områden har medfört en lägre prevalens av mental ohälsa [13].



Barn blir mer fysiskt aktiva om de har tillgång till natur.
Foto: Matilda van den Bosch



Figur 1: Hälsoskillnader mellan olika socioekonomiskt starka grupper minskar i områden med mer grönt. Källa: Mitchell & Popham, 2008 [12].



Figur 2: Genom att minska risken för stress, fysisk inaktivitet och social isolering kan naturen fungera som en "friskfaktor" och därmed minska behovet av farmakologisk eller kirurgisk intervention.

De ovan beskrivna sambanden kan vara del i förklaringen till att tillgång till grönområden medför lägre prevalens av kardiovaskulär dödlighet, graviditetsåkommor och avvikande födelsevikt hos barn samt olika former av mentala sjukdomar och beteendestörningar, inklusive Attention Deficit Hyperactivity Disorder [14-19] (figur 2).

Vi vet också att urbana grönområden sänker den lokala temperaturen och minskar dödligheten i värmeböljor [20]. Dessutom reducerar träd halten av luftföroreningar [21].

Natur på recept?

Genom att skapa alternativ till sjukvården kan behovet av farmaka och kirurgi minskas. Naturassisterad terapi kan vara ett sådant alternativ [22].

I Region Skåne kan man remittera patienter med utmattningssyndrom eller med behov av strokehabilitering för trädgårdsterapi vid Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) i Alnarp [23]. Liknande möjligheter finns i Umeå där SLU samarbetar med Stresskliniken vid Norrlands Universitetssjukhus för rehabilitering av utmattade i skogsmiljö [24]. I Danmark

pågår forskningsprojekt där man studerar hur svåra stressstillstånd kan behandlas i terapeutiskt utformade naturmiljöer [25].

Experimentell forskning kring natur och hälsa

I litteraturen kring samband mellan natur och hälsa återfinns evolutionära teorier samt referenser till centrala processer, där kunskap om kognition och beteende ur ett biologiskt perspektiv är grundläggande.

En teori baseras på hur naturens fraktaler påverkar oss. Fraktaler består av ett mönster som upprepar sig, exempelvis en snöflinga med trianglar i olika skalor. Liknande självupprepning finner man i träd, kustlinjer och många andra naturliga element. Caroline Hägerhäll, professor vid SLU, har med hjälp av bland annat EEG studerat preferenser för och hur hjärnan påverkas positivt av naturliga fraktaler [26, 27].

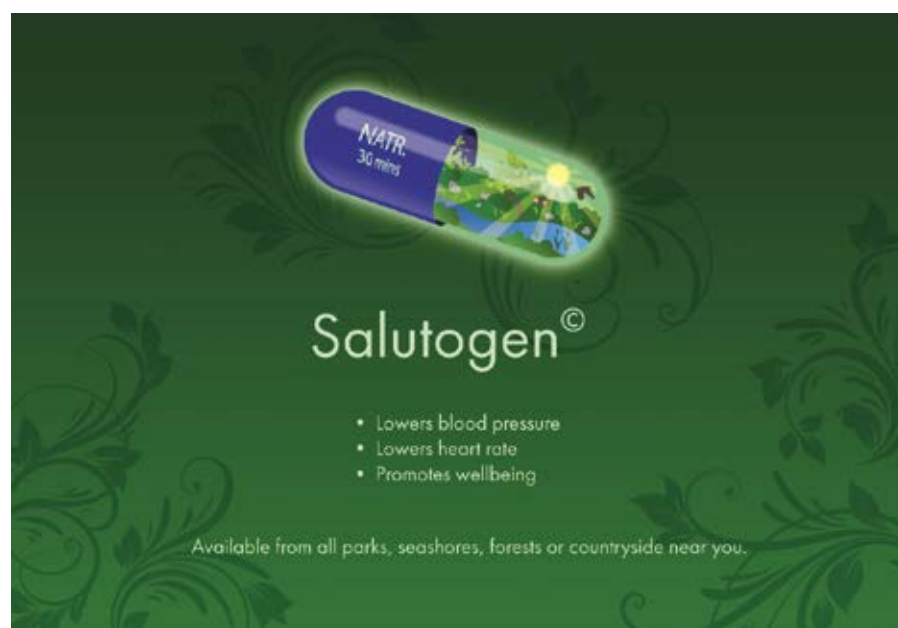
"Vår omgivande miljö är en potentiellt minst lika viktig hälsofaktor som farmaka eller sjukhusbunden intervention."

På senare tid har man med hjälp av funktionell magnetresonanstomografi funnit neurobiologiska belägg för naturens restorativa egenskaper [28]. Man har också konstaterat biologiska skillnader mellan individer från stad respektive landsbygd, där personer från urban miljö uppvisat förändringar i amygdala, vilket ökar deras neurala sårbarhet för social stress [29].

Vägen framåt

Betydelsen av urbana grönområden har uppmärksammats av WHO. I arbetet med att skapa hälsorelaterade miljöindikatorer har man utvecklat en urban grönyteindikator [30]. Genom att bestämma tillgången till grönytor får man ett mått på stadens "gröna" folkhälsopotential.

I Storbritannien finns redan liknande anvisningar (the Natural England's Accessible Natural Greenspace Standards) [31].



Upphovsman: Dr Will Stahl-Timmins, PhD

Interactive Data Graphics Designer.



Ett dillstånd med naturliga fraktaler. Från varje litet utskott, till blomman, till klasen, till hela växten upprepas samma struktur och varje del blir en avbildning av sig själv i en annan skala. Samma fenomen återfinns i trädets grenar, där varje liten kvist uppvisar en självlikformighet med den större grenen och till sist med hela trädet.

Foto: Matilda van den Bosch

Allteftersom forskning visar på sambanden mellan hälsa och natur uppstår fler och fler internationella initiativ för att stimulera samarbeten mellan folkhälso- och miljöinstitutioner. Trots detta finns det mycket kvar att göra för att kunna implementera resultaten i sjukvården. För att komma vidare behövs mer forskningspengar till tvärvetenskapliga projekt som kan analysera och utvärdera hälsoeffekter av naturexponering. Detta skulle kunna göra det möjligt att använda natur som en kostnadseffektiv resurs i sjukvården.

"Genom att bestämma tillgången till grönytor får man ett mått på stadens 'gröna' folkhälso-potential."

Referenser

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases Geneva:WHO. 2010.
2. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. Science. 1984;224:420.
3. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 2012;380:219-29.
4. Konijnendijk et al. C, Annerstedt, M., Busse Nielsen, A., Maruthaveeran, S. Benefits of Urban Parks - A Systematic Review. <http://www.ifpra.org/images/park-benefits.pdf>. 2013.
5. Roemmich JN, Epstein LH, Raja S, et al. Association of access to parks and recreational facilities with the physical activity of young children. Preventive Medicine. 2006;43:437-41.
6. Bell JE, Wilson JS, Liu GC. Neighborhood greenness and 2-year changes in body mass index of children and youth. American Journal of Preventive Medicine. 2008;35:547.
7. Maas J, Verheij RA, de Vries S, et al. Morbidity is related to a green living environment. Journal of Epidemiology and Community Health. 2009;63:967-73.
8. Gong Y, Gallacher J, Palmer S, et al. Neighborhood green space, physical function and participation in physical activities among elderly men: the Caerphilly Prospective study. The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2014;11:40.
9. Ulrich R, Simons R, Losito B, et al. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. Journal of environmental psychology. 1991;11:201-30.
10. Hartig T, Evans G, Jamner L, et al. Tracking restoration in natural and urban field settings. J Environ Psychol. 2003;23:109 - 23.
11. Roe J, Thompson C, Aspinall P, et al. Green Space and Stress: Evidence from Cortisol Measures in Deprived Urban Communities. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013;10:4086-103.
12. Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. The Lancet. 2008;372:1655-60.
13. Sugiyama T, Leslie E, Giles-Corti B, et al. Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? Journal of epidemiology and community health. 2008;62.
14. Tamosiunas A, Grazuleviciene R, Luksiene D, et al. Accessibility and use of urban green spaces, and cardiovascular health: findings from a Kaunas cohort study. Environmental Health. 2014;13:20.
15. Dadvand P, de Nazelle A, Figueras F, et al. Green space, health inequality and pregnancy. Environment International. 2012;40:110-5.
16. Markevych I, Tiesler C, Fuertes E, et al. Access to urban green spaces and behavioural problems in children: Results from the GINIplus and LISAPLUS studies. Environment International. 2014;71:29-35.
17. Annerstedt M, Ostergren P-O, Björk J, et al. Green qualities in the neighbourhood and mental health - results from a longitudinal cohort study in Southern Sweden. BMC Public Health. 2012;12:337.
18. Markevych I, Fuertes E, Tiesler CMT, et al. Surrounding Greenness and Birth Weight: Results from the GINIplus and LISAPLUS Birth Cohorts in Munich. Health & Place. 2014;26:39-46.
19. van den Berg AE, van den Berg CG. A comparison of children with ADHD in a natural and

built setting. *Child Care Health and Development*. 2011;37:430-9.

20. Chen D, Wang X, Thatcher M, et al. Urban vegetation for reducing heat related mortality. *Environmental Pollution*. 2014;192:275-84.

21. Escobedo FJ, Kroeger T, Wagner JE. Urban forests and pollution mitigation: Analyzing ecosystem services and disservices. *Environmental Pollution*. 2011;159:2078-87.

22. Annerstedt M, Währborg P. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:371-88.

23. Währborg P, Petersson I, Grahn P. Nature-assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: Long-term follow-up including comparisons with a matched population-based reference cohort. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2014.

24. Sonntag-Öström E, Nordin M, Lundell Y, et al. Restorative effects of visits to urban and forest environments in patients with exhaustion disorder. *Urban Forestry and Urban Greening*. 2014;13:344-54.

25. Corazon SS, Stigsdotter UK, Moeller MS, et al. Nature as therapist: Integrating permaculture with mindfulness- and acceptance-based therapy in the Danish Healing Forest Garden Nacadia. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 2012;14:335-47.

26. Hägerhäll CM, Laike T, Taylor RP, et al. Investigations of human EEG response to viewing fractal patterns. *Perception*. 2008;37:1488.

27. Hägerhäll CM, Purcell T, Taylor R. Fractal dimension of landscape silhouette outlines as a predictor of landscape preference. *Journal of environmental psychology*. 2004;24:247-55.

28. Hunter MD, Eickhoff SB, Pheasant RJ, et al. The state of tranquility: Subjective perception is shaped by contextual modulation of auditory connectivity. *NeuroImage*. 2010;53:611-8.

29. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*. 2011;474:498-501.

30. Annerstedt M, Egorov, A., Mudu, P. A GIS-based Urban Green Space Indicator – The Public Health Rationale and Results from a Case Study. 2014; Manchester, UK.

31. Handley J, Pauleit, S., Slinn, P., Barber, A.,

Baker, M., Jones, C., Lindley, S. Accessible Natural Green Space Standards in Towns and Cities: A Review and Toolkit for their Implementation. Peterborough, UK: Nature E; 2003.



Matilda van den Bosch

Läkare och doktor i landskapsplanering med folkhälsoinriktning
Sveriges Lantbruksuniversitet, Alnarp
matilda.van.den.bosch@slu.se

Jäv saknas.



Tryggare kan ingen vara.

När det verkligen behövs.

Som läkare vill man aldrig missa en patient som är allvarligt sjuk. Många gånger är det enkelt att ställa en diagnos och sätta in rätt behandling. Men i vissa fall är situationen mer oklar. Ska man vänta eller ska man påbörja behandling "för säkerhets skull"? Hur kan man snabbt identifiera någon som är allvarligt sjuk?

Med HemoCue® WBC DIFF får du svar direkt, vilket gör att...

...ytterligare en pusselbit kan adderas till den kliniska bilden. Något som kan bidra till att hitta en patient som kan vara allvarligt sjuk.

HemoCue WBC DIFF är ett unikt patientnära system för bestämning av totala antalet vita blodkroppar och en 5-parts differentialräkning av dessa. Inom 5 minuter får du ett resultat med laboratorie kvaliteten.

För mer information besök vår hemsida hemocue.com eller ring 077-570 02 10.



Allmänläkaryrkets lov

Den där vintern när jag fyllde 65 år blev ovanligt grå och regnig i Skåne. I två månader regnade det oavbrutet. Doften av lera och fukt som trängde in överallt, fick mina lemmar att stelna till varje gång jag stack näsan utanför dörren. Dagarna som allmänläkare på vårdcentralen, som på 70-talet hade byggts på en åker mitt på den skånska slätten, blev alltmer melankoliska. Utanför mitt regnvåta fönster såg jag de korta dagarnas gråa dis och sorgsna horisonter trögt och enformigt flyta fram. Allt som oftast hördes regnets tröstlösa droppande mot fönsterblecket. Inte blev det bättre av en envis hosta.

Livet hade för första gången blivit grått och trist. Oro och ångest nästlade sig in i själen lika obönhörligt som vinterfukten. Tanken på den nära förestående pensioneringen skrämde mig men mest av allt skrämde det mig att kärleken till mina patienter hade försvunnit. Minnet av misslyckade patientkontakter, tillkortakommanden, oförrätter och all möjlig tyngande tankebarlast tog överhanden. Koncentrationen var borta. Sönnen ville inte infinna sig trots en enorm trötthetskänsla. För första gången under min medicinska bana började jag tvivla på om jag valt rätt yrke.



Frederic Chopin

Foto: wikimedia

Själen var död men ändå fortsatte jag att fysiskt sprattla som en marionett i min yrkesroll. Ingen tycktes märka något av skådespeleriet. De enda skimrande färger jag kunde uppfatta i min omgivning var på en hög reklampelare utanför det jättelika affärskomplexet Burlöv Center men det var artificiellt och kunde inte jaga bort tungsinnets.

"- Kära hjärtanes så ledsen doktorn ser ut? Hur står det egentligen till?"

Att lyssna på Regndroppspreludiet av Frédéric Chopin lindrade en smula dessa tröstlösa dagar. Jag identifierade mig med tonsättarens eländiga vistelse på Mallorca vintern 1838-39 då regndroppar med en pendyls envishet slog mot taket, endast överröstade av hans eget hostande. Den store kompositörens förfrysning hade också blivit min, och jag var inte ensam om att känna det så här. Dessutom förstod jag att musiken mer än ord kunde uttrycka en känsla eller ett sinnestillstånd.

Vad hade hänt med mig? Jag måste vara sjuk. Nu började en tid med ständigt grubblande över orsaken. Kanske var det anemi eller hypotyreos. Jag bad undersköterskan ta blodprov men allt var normalt. Hostan föranledde en remiss till lungröntgen med frågeställningen tuberkulos men det var det inte. Jag hade börjat bli hypokondrisk och först när hostan hade upphört släppte jag den tanken.

I stället fick jag värk i ryggen och benet. Direkt tänkte jag på prostatacancer med skelettmetastaser och bad undersköterskan komplettera med ett PSA-prov. Det var normalt. I alla fall blev det remiss till ortopedspecialist som gav lugnande besked. Så här höll det på ett tag. Min journal blev med tiden tämligen tjock för att inte säga voluminös utan att någon diagnos på sjukdomstillståndet hade satts.

Jag vet inte varför men en kväll fick jag syn på en artikel om olika skattningsformulär vid depressionstillstånd och till vilken stor hjälp de kan vara i en allmänläkares praktik. En av de mest använda är MADRS som betyder Montgomery – Åsberg Depression Rating Scale, ett skattningsformulär för bedömning av depressionstillstånd utformat på 1970-talet av den brittiske psykiatriprofessorn Stuart Montgomery och den svenska psykiatriprofessorn Marie Åsberg. MADRS har variabler som nästan helt täcker kriterierna för egentlig depression.

Samma kväll fyllde jag i formuläret så ärligt som möjligt och räknade samman poängen. Det blev en chock. Utfallet tydde på svår depression. Nu började tankarna snurra på behandling. Ska jag börja med antidepressiva? Ska jag gå till psykolog? Ska jag träna bort depressionen som det så frejdigt utlovas i reklam? Eller måste jag sluta arbeta som allmänläkare eftersom det hade blivit för tungt? Inte ens ett sista halmstrå fanns att klamra sig fast vid. Usch, vilket banalt slut det skulle bli.

Hur jag tog mig till arbetet dagen efter minns jag inte. Jag

minns inte heller om det var den dagen eller någon dag senare jag träffade henne, den gamla damen som skulle förändra allt. 80 år fyllda var hon ändå fullt vital och hennes ögon lyste av godhet. Hon kom egentligen bara för att få sin diabetes kontrollerad. Hennes första replik när hon såg mig ska jag aldrig glömma. Ordagrant har den etsat sig fast i minnet.

– Kära hjärtans så ledsen doktorn ser ut? Hur står det egentligen till?

Inte visste jag då att det skulle bli starten på en fantastisk resa in i den klassiska musikens värld och ett fullständigt tillfrisknande från depressionen. Det visade sig att den gamla damen var pensionerad konsertpianist och musiklärare. Med anledning av det hade jag råkat nämna att jag som barn spelade lite piano och på kvällarna lyssnade på Chopins Regndroppspreludium. Nu kom nästa replik som jag också ordagrant minns.

– Min käre lille doktor, då tycker jag att du ska återuppta spelandet så blir du säkert lite gladare. Jag kan förresten hjälpa dig.

"Musiken blev 'terapeuten' som hjälpte mig att återfå kärleken till mitt yrke och mina patienter."

Sedan dess har det gått ytterligare tre vintrar och jag arbetar fortfarande som allmänläkare. Intresset och entusiasmen är tillbaka. Jag har förstås med ålderns rätt dragit ner på arbetstempot för att få tid till min återuppväckta hobby. Varje fredagskväll sitter jag hemma hos min patient i vardagsrummet och övar pianospel på hennes stora svarta flygel. Mellan spelningarna tar vi en "fika" och jag noterar att hon inte är så noga med sockerfritt. Någon bättre pianolärare kan jag inte få. Hon säger rent av att jag har talang och skojar med att jag i stället borde blivit pianist men då svarar jag bestämt nej.

För mig finns inget mer intressant och stimulerande yrke än allmänläkarens. Men jag har samtidigt förstått att själen måste få tid till återhämtning. Min pianolärare säger att Guds största gåva till mänskligheten är musiken, och efter de här tre åren är jag benägen att hålla med. Musiken väcker positiva känslor som lugn, trygghet, glädje, vitalitet och hopp.

Jag upplever hur skönt och underbart livet är. Vackra minnen från barndomen dyker upp ur ingenstans: Jag ligger åter en varm julidag i skogsgläntan och betraktar solljusets flimmer eller drömmer mig bort till främmande länder och förgångna tider. Picnic i Wienerwald utanför Wien som på Schuberts och Beethovens tid eller en slädtur i det ryska vinterlandskapet med Peter Tjajkovskij kan med musikens hjälp lätt återskapas. Julnattens magiska stämning i en rysk by insvept i snö och frost upplever jag med Rimskij – Korsakov. Eller så reser jag in i sagans värld till Griegs förtrollande toner färgade av fjordar och fjäll. Upplevelserna är oändliga till min stora lycka.

Nej, miraklens tid är ännu inte förbi, inte heller på en vårdcentral. Musiken hade visat vägen ut ur depressionen. Musiken blev "terapeuten" som hjälpte mig att återfå kärleken till mitt yrke och mina patienter. I vetenskapliga sammanhang när depressionsbehandling diskuteras kallas det musikterapi.

Den har otvetydigt en stor terapeutisk potential som min egen fallbeskrivning visar.

Efter tillfrisknandet har jag reflekterat över om det var en ödets nyck eller en förborgad makt som sände den förtjusande gamla damen till min mottagning med ett kärleksljus i handen, den där regniga dagen för tre år sedan. Något givet svar har jag inte men jag förnimmer allt starkare för varje jul som kommer, den gamla psalmens ord:

I varje hjärta kallt och mörkt
sänd du en stråle blid,
en stråle av Guds kärleksljus
i signad juletid!



Tord Olsson
Vårdcentralen Arlöv
tord_olsson@telia.com



Omslagsbilder sökes!

De måste ha hög upplösning, helst stående format. När du skickar ditt förslag till chefredaktor@sfam.se kan du skicka i mindre format. Berätta lite om bilderna och dig själv.



**Svensk Förening för
Medicinsk Psykologi**
The Swedish Balint Society (SFMP)
Member of the International Balint Federation



Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

har, i samband med att föreningen står värd för the Council Meeting of the International Balint Federation, nöjet att inbjuda till två

Balintmöten

Malmö-Lund – 24-26 april 2015

Balint-workshop 24 april 9.00-17.00, CRC, Malmö Universitetssjukhus, ger möjlighet att i fyra smågrupps-sessioner under handledning utveckla och fördjupa förståelsen för Balintledarskapets utmaningar.

Balintkonferensen 25 april 9.00 – 26 april 14.30, Onkologkliniken, Lunds Universitetssjukhus ger tillfälle för deltagarna att i tre smågrupps-sessioner diskutera sitt kliniska arbete. På programmet står också två föredrag: Om anknytning och läkar-patient-relationen, och om hur motverka missbruk i dess olika former inom sjukvården.

Information, program och anmälningsblankett se www.sfmp.se. Förfrågningar info@sfmp.se.



SFAM informerar

SFAM:s Utbildningsprenumeration



Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

Du behöver varken söka kunskap eller leta inspiration på egen hand. Vi ser till att de hittar dig, i en jämn ström under hela året.

SFAM:s utbildningsprenumeration håller dig uppdaterad och ger dig förmåner och rabatter som till exempel hela 1100 kronors rabatt på avgiften för ST-dagarna och låga priser på facklitteratur.

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på: www.sfam.se/utbildningsprenumeration

Undrar du något? Kontakta Eva Norell på: +46 708 52 39 56 eller eva.norell@sfam.se.

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEK
SWEDISH ASSOCIATION OF GENERAL PRACTICE

sfam.se

Antalet fetmaopererade invånare, från 20-årsaldern och uppåt, ökar stadigt. Inom 10 år kan prevalensen vara över 1 %, dvs. en folksjukdom.

Det finns oklarheter om hur patienter och primärvård uppfattar nödvändigheten av livslång kontroll och mediciner. Några nationella riktlinjer finns inte, och det är

oklart hur många landsting som antagit lokala riktlinjer.

Att patienten ska ha makten över sin hälsa och själv ta ansvar för uppföljning kan fungera dåligt på smygande kronisk sjukdom där organmanifestation kommer sent.

Ingrid Eckerman, chefredaktör chefredaktor@sfam.se

Uppföljning efter obesitaskirurgi – en livslång allmänmedicinsk angelägenhet

*Obesitaskirurgi utgör den mest effektiva behandlingsmetoden mot fetma, med god långsiktig effekt avseende viktne-
dgång och fetma-relaterade sjukdomar. I Sverige opereras cirka 8 000 patienter årligen. Efter operationen måste patienterna följas årligen med läkarbesök i primärvården för provtagning och förskrivning av vitaminer och mineraler. Obesitaspatienterna och deras behandling är i högsta grad en primärvårdsangelägenhet. Samarbetet mellan specialistvården och primärvården bör förstärkas för att ytterligare kunna förbättra behandlingsresultaten samt utnyttja sjukvårdsresurserna optimalt.*

Kirurgisk obesitasbehandling är en möjlighet och en utmaning för hälso- och sjukvården. Så länge incidensen av obesitas ökar, och andra metoder med god långsiktig effekt mot sjuklig fetma saknas, kommer det finnas ett fortsatt behov av obesitaskirurgi.

Det saknas vetenskapligt stöd för hur man bäst följer patienterna efter operation. Ytterligare forskning och utvecklingsarbete behövs för att vårdresurserna skall kunna utnyttjas effektivt och samtidigt ge största möjliga hälsovinsten för patienterna.

Obesitaskirurgi

Gastric bypass (GBP) utgör idag 90 % av obesitasoperationerna i Sverige. En liten ficka skapas av översta delen av magsäcken, som kopplas ihop med övre delen av tunntarmen. Den största delen av ventrikeln, duodenum och översta delen av tunntarmen blir förbikopplad, och födan passerar direkt ner i tunntarmen. Den huvudsakliga verkningsmekanismen anses vara ändrad hormonell signalering mellan magtarmkanalen och hjärnan, vilket medför förstärkta mättnadssignaler och ökad energiomsättning [1-4]. GBP ger en långsiktig viktne-
dgång på ca 30 % av totala kroppsvikten eller ca ¾ av övervikten [5-8].

I Sverige har antalet operationer per år stigit från 700 under 80- och 90-talen till som mest 8 500 under 2011, men därefter minskat till 7700 operationer under 2013 [9]. Alla operationer registreras i ett nationellt kvalitetsregister, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOREg) [9]. Vikt, följsjukdomar, komplikationer och resultat registreras av de opererande klinikerna under fem år efter operation. Registret ger ut årliga rapporter som är offentliga via internet [9].

I stort sett all obesitaskirurgi genomförs laparoskopiskt vilket underlättar återhämtning och läkning. Vårdtiden är mindre än 2 dygn.

Indikationerna för obesitaskirurgi är BMI >40 kg/m², eller BMI >35 kg/m² tillsammans med följsjukdomar, t.ex. sömnapné, hypertoni och diabetes. Seriösa försök att gå ner i vikt med konventionella metoder skall ha gjorts tidigare. Patienter med psykiatrisk sjukdom måste vara stabila och under god uppföljning. Missbruk av droger eller alkohol är kontraindicerat. Utlåtande av psykiatriker kan vara motiverat. Patienter under 18 år opereras endast inom ramen för vetenskapliga studier eller på speciella kliniker. Den övre åldersgränsen för obesitaskirurgi ligger runt 60 år, eftersom risken för komplikationer ökar i högre åldrar och det saknas dokumentation för långsiktig nytta avseende risken för hjärt-kärlsjukdom och död.

Livslång uppföljning

Postoperativt följs patienterna under de första ett till två åren via sin opererande klinik. Därefter remitteras de oftast till primärvården, där de flesta är väl kända.

Efter en framgångsrik operation minskar anledningarna till vårdkontakter men en ny uppstår; behovet av livslång uppföljning! Dessa besök kan i regel begränsas till ett årligt besök och ska bestå av tre delar; viktkontroll, kontroll av annan sjuklighet och eventuella åtgärdskrävande komplikationer, samt ordination av kompletterande vitaminer och mineraler.

Många patienter uteblir från kontroll om de själva ska be-

Remiss från kirurgklinik till primärvård bör omfatta

- Vikt- och labutveckling
- Rekommenderad framtida provtagning
- Rekommenderade tillskott
- Hur ofta klinisk kontroll behövs och av vem
- Eventuella specifika problem eller behov

ställa återbesöksd. De mår för bra för att boka besöket eller tror att det inte behövs. Det är dock helt nödvändigt med årliga kontroller så att problem med t.ex. anemi, bristtillstånd eller samsjuklighet hittas innan de blivit symtomgivande.

Obesitasrelaterade följsjukdomar som t.ex. hypertoni eller diabetes kan recidivera även om de förbättrats av operation och viktne-
dgång. Patienterna ska ordinerar kosttillskott i form av multivitamin- och mineraltablett kompletterat med kalk, vitamin D- och B-tillskott. Vid behov ordinerar extra järn. Kvinnliga patienter som planerar att bli eller är gravida ordinerar extra folsyra.



*Gastric bypass.
Från Ethicon; Johnson & Johnson.*

Komplikationer efter obesitaskirurgi

De flesta patienter har en fin viktne-
dgång efter kirurgisk obesi-
tasbehandling utan komplikationer. Patienter som genomgått obesitaskirurgi skall må väl. Förekommer problem kan det vara viktigt att remittera patienten till en kirurgklinik med erfarenhet av obesitaskirurgi.

Buksmärtor

Buksmärtor förekommer hos cirka 5 %. I några studier utvecklar 10 % postoperativt tarmvred. Återkommande buksmärtor som inte kan förklaras på annat sätt bör utredas. Vid kraftiga akuta buksmärtor skall patienten snarast uppsöka akutmottagning.

Kräkningar

Långvariga besvär med kräkningar är inte normalt och skall utredas.

Problem vid födointag

Efter operationen bör ätandet fungera bra. Vissa upplever illamående, buksmärtor, trötthet och diarréer om maten innehåller mycket fett eller socker, eller man äter fort eller oregelbundet. De patienter som trots följsamhet till kostråden har påtagliga besvär bör utredas.

Diarré

Diarréer är ovanliga. Första åtgärden är att minska fettinnehållet i maten. Vid långvariga diarréer är utredning motiverad.

Förstoppning

Ordinera ökat vätskeintag, ökad fysisk aktivitet tillsammans med osmotiskt aktiva medel, men ge ej bulkmedel i form av fibergranulat eller dylikt.

Gallsten

Gallstensanfall är inte ovanliga på grund av den snabba viktne-
dgången och handläggs på vanligt sätt. Utmaningen är att inte förväxla symtomen med intermittenta tarmvredssymtom.

Håravfall

Håravfall är vanligt under det första året. Hårkvaliteten brukar återgå till det normala efter viktsstabilisering. Ett bra närings-
intag är viktigt.

Viktuppgång

Viktne-
dgången efter obesitasoperation varierar mellan olika individer. Lägsta vikten, som infinner sig mellan 6 och 24 månader efter operationen, stiger ofta runt 5 kg för att sedan stabiliseras. Om patienterna initialt förlorat mycket vikt och senare återfått en större del av viktne-
dgången kan remittering till kirurgklinik med erfarenhet av obesitaskirurgi vara lämpligt. I de fall patienten inte upplever några biverkningar eller negativa symtom ges sedvanliga råd kring förbättrad kost med sänkt kaloriinnehåll och ökad fysisk aktivitet.

Anemi

Järnbristanemi är vanligt. Många behöver järntillskott. B12-brist är en allvarigare orsak till anemi som kan ge neurologiska symtom, och ska utredas hos patienter som slarvat med B12-supplement.

D-vitamin och skelett

D-vitaminbrist är vanligt hos obesa. Omkring hälften av dem som kommer till obesitaskirurgi har D-vitaminbrist. Vid GBP finns risk för att D-vitaminupptaget försämrats. Årlig uppföljning med provtagning och förskrivning av tillskott är viktigt.

Alkohol

Patientgruppen har en låg genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Daglig substitutionsbehandling livet ut efter obesitaskirurgi

- Multivitamin- och mineraltablett (1x1)
- Kalk- och D-vitamin-tillskott (500 mg/400 IE; 1x2)
- B-vitamin-tillskott (tex Behepan 1 mg; 1x1)
- Järntillskott (vid behov; 100 mg; 1x1)
- Folsyra (vid samt inför graviditet; 400 µgram; 1x1)

(Ovan anger att minimum, ytterligare tillskott kan krävas utefter individuella behov.)

Årlig uppföljning livet ut efter obesitaskirurgi

- Blodtryck
- HbA1c och faste-glukos
- HDL, LDL, TG
- D-vitamin och PTH
- Hb, Kobolamin och folsyra

(Ovan utgör ett minimum, ytterligare provtagning kan krävas utefter individuella behov.)

Efter GBP har en ökad risk för alkoholmissbruk rapporterats [10]. Orsaken är antagligen bypassen av magsäckens alkoholdehydrogenas och det snabba upptaget av alkohol som ger en högre och längre koncentration i blodet och kraftigare berusningseffekt. Patienter med alkoholöverkonsumtion måste snabbt upptäckas och slussas till adekvat behandling.

Graviditet

Graviditet rekommenderas tidigast ett år postoperativt på grund av den snabba viktnedgången men innebär inga problem efter viktstabilisering. Kosttillskott och extra folsyra är viktigt.

Hudöverskott

Efter kraftig viktning upplever flertalet patienter överskottshud på magen, låren, armarna och bröstet. Indikationer för plastikkirurgi varierar mellan olika plastikkirurgiska kliniker men kommer att samordnas. Vanligen krävs ett BMI under 30 kg/m² och viktstabilitet under flertalet månader samt rökstopp.

Referenser

1. Borg CM, le Roux CW, Ghatei MA, Bloom SR, Patel AG, Aylwin SJ. Progressive rise in gut hormone levels after Roux-en-Y gastric bypass suggests gut adaptation and explains altered satiety. *The British journal of surgery*. 2006;93(2):210-5.
2. Brolin RE. Bariatric surgery and long-term control of morbid obesity. *Jama*. 2002;288(22):2793-6.
3. le Roux CW, Bueter M. The physiology of altered eating behaviour after Roux-en-Y gastric bypass. *Experimental physiology*. 2014;99(9):1128-32.
4. Werling M, Olbers T, Fandriks L, Bueter M, Lonroth H, Stenlof K, et al. Increased postprandial energy expenditure may explain superior long term weight loss after Roux-en-Y gastric bypass compared to vertical banded gastroplasty. *PloS one*. 2013;8(4):e60280.
5. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2004;292(14):1724-37.
6. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obesity surgery*. 2013;23(4):427-36.
7. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England journal of medicine*. 2004;351(26):2683-93.
8. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England journal of medicine*. 2007;357(8):741-52.
9. www.ucr.uu.se/soreg 2015.
10. Svensson PA, Anveden A, Romeo S, Peltonen M, Ahlin S, Burza MA,

et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity* (Silver Spring, Md). 2013;21(12):2444-51.

Malin Werling

ST-läkare Allmänmedicin, Capio Axess
Vårdcentral, Göteborg.

PostDoc, Institutionen för medicin samt
kliniska vetenskaper, Sahlgrenska Uni-
versitetssjukhuset

malin.werling@vgregion.se



Ingmar Näslund

docent, överläkare, kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset, Örebro.

Registerhållare Scandinavian Obesity
Surgery Registry (SOReg)

ingmar.naslund@orebroll.se



Björn Eliasson

professor, Institutionen för medicin,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,

Göteborg.

VC Regionalt Obesitascentrum (ROC),

Västra Götalandsregionen

bjorn.eliasson@gu.se



Inga jäv föreligger.

Kommentera artikeln på www.sfam.se/allmanmedicin!

Gastric bypass – ingenting för primärvården!

Jag ifrågasätter att primärvården ska sköta kontrollerna efter gastric bypass. Vetenskapligt stöd saknas för hur uppföljningen bäst ska ske. Listan på potentiella biverkningar är lång och fallgroparna många. Troligen finns allvarliga negativa långtidseffekter som vi inte känner till idag. Primärvården saknar kompetens för denna typ av problem (att en viktig del av magtarmkanalen inte fungerar), medan den finns på sjukhusen. Låt sjukhusspecialisterna organisera kontrollerna. När de har presenterat stabila forskningsresultat hur uppföljningen bäst ska ske, och verkliga långtidsresultat, kan vi kanske ändra oss.

Primärvårdens roll i fetmaepidemin är att ta hand om de patienter som inte behöver opereras och kanske till och med förhindra en och annan operation. På de flesta vårdcentraler, inklusive min egen, vansköter vi gruppen fetmapatienter som inte har diabetes. Binder vi upp stora resurser kring bypass-kontroller så minskar chansen att vi åtgärdar detta missförhållande.

Lars Jerdén

Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge, Ledamot i SFAM:s Levnadsvaneråd

Trots att detta är skrivet av klinisk kemist som arbetar för Siemens känns artikeln relevant för allmänläkare eftersom leversteatos verkar dyka upp i allt fler svar från ultraljudsenheten. Jag har ofta känt mig osäker på om fyndet är relevant och hur jag ska

tackla fortsatt handläggning. Här är kanske inte några svar men åtminstone flera olika vinklingar på problemet samlat i ett referat.

Petra Widerkrantz, redaktör p@widerkrantz.se

Leverfibros: En nål i en fet höstack

Levern är ett ofta tyst organ som inte brukar ge ifrån sig några alarmerande symptom förrän sjukdomen är långt gången. Leverfibros, utvecklad ur fettlever, ökar nu. Dagens metoder är otillräckliga. Nya metoder behövs, inte minst i primärvården, som behandlar merparten av patienterna.

Diagnostik av begynnande leverfibros är som att leta efter en nål i en höstack, en höstack av fettlever [1, 2]. Det är inte ett ofarligt tillstånd, utan kan leda till manifest leversjukdomar som cirros och hepatocellulär cancer. Och, likt andra tillstånd associerade med det metabola syndromet, till hjärtsjukdomar. Hur skall vi då finna nålen? Vilka diagnostiska redskap finns och vilka kommer?

Dessa frågor diskuterade tvärvetenskapligt av läkare inom flera av de många medicinska discipliner – allmänmedicin, gastroenterologi, klinisk kemi, bildiagnostik – som nu visar ett allt större intresse för detta nygamla tillstånd. Från primärvården bidrog Staffan Lindeberg, S:t Lars Vårdcentral i Lund, med sina erfarenheter. Vård och arrangör var Siemens Academy.

Fettlever ökar – men är det så farligt?

Det finns ett samband mellan fettlever och olika allvarliga leversjukdomar. Men det är inte ett enkelt samband. Fettlever är mycket vanligt förekommande och kan uppskattningsvis finnas i en femtedel av den svenska befolkningen, med ännu högre förekomst rapporterad från den mer obesa amerikanska. Tillståndet har en nära koppling till det metabola syndromet och diabetes. Hälften av patienter med diabetes typ 2 har redan, eller kommer att utveckla, en abnorm inlagring av fett i levern. Samtidigt utvecklar hälften av fettleverpatienterna diabetes inom fem år, om de inte redan har drabbats. Det är inget klart kausalt samband mellan dem men en gemensam faktor är insulinresistensen. Relationen påminner lite om talesättet hönan eller ägget. Det handlar sannolikt snarare om hönan och ägget, eller, i detta fall, steatos och metabolt syndrom som två samverkande processer.

Reversibelt tillstånd

Något som är positivt är att tillstånden delvis är reversibla. Fettlever kan gå i regress efter några dagars fasta.

– Man skulle kunna lägga en svältande steatospatient i en MR-kamera och se fettets försvinna, sade professor Hanns-Ulrich Marschall, hepatolog och en av föreläsarna.

Även en fibros kan gå i mer eller mindre god regress, tex om orsaken till fibrosen elimineras. Till och med cirros kan uppvisa en reversibilitet.

Däremot är fibros förenat med ökad hjärtsjuklighet, ungefär som andra generella metabola tillstånd som diabetes och metabolt syndrom. Den vanligaste dödsorsaken för denna patientgrupp är just hjärtsjukdom, följt av cancer. Först på tredje plats kommer leversjukdom som dödsorsak.

Gastroenterologen Kristina Önnérhag redogjorde för det komplexa samspelet mellan leversjukdom och insulinresistens [3]. Det finns två former av resistens, och i detta fall är det troligen den centrala, i levern verkande, som spelar in. En förbättrad metabol reglering



Professor Hanns-Ulrich Marschall, Sahlgremska, under diskussion om leverutredning.

Foto: Per Simonsson



Hepatologen Mattias Ekstedt, Linköping, introducerar.

Foto: Per Simonsson

har också en effekt på fibros. Diabetesbehandling, inte minst livsstilsförändring, är gynnsam, även om inte alla diabetestera-
pier är effektiva. Bland annat verkar inte metformin.

Livsstilsförändring behövs men specifik terapi saknas. Nu används glitazoner, men biverkningarna är hämmande för allmänt bruk. Nya terapier som obeticolysyra kan komma i framtiden. Däremot är antioxidanter som E-vitamin sannolikt verkningslösa. Om det finns en samtidig hög alkoholkonsumtion, eller om patienten står på leverpåverkande läkemedel, kan åtgärder här vara viktiga.

Gyllene metod saknas

Histopatologisk diagnostik är referensmetoden men inte en idealisk sådan [4]. Det är inte ofarligt att biopsa en lever, det kräver avsevärda resurser av sjukvården och en punktion ger inte alltid ett representativt utbyte av levervävnad. Det är uppenbart att leverbiopsi inte kan användas inom primärvården för att diagnostisera dessa vanligt förekommande sjukdomar.

Även barn med fetma kan drabbas vilket ställer särskilda krav på utredningen. Det är inte lätt att motivera patient och föräldrar att barnet skall punkteras.

Leverenzymerna fångar – men inte alla

De patienter som idag utreds för leverfibros har ofta fångats upp när man uppmätt förhöjda levervärden. ALAT är den viktigaste markören. Stergios Kechagias, hepatologchef vid universitetssjukhuset i Linköping, har lett arbetet med att ta fram nationella rekommendationer för utredning av förhöjda leverenzymaktiviteter [5]. Våra vanliga leverprover är inte alltid till hjälp vid denna frågeställning. Det är låg korrelation mellan enzymhalt och fibrosstadium, och många patienter med leverfibros har normala halter i blodet.

Fokus på fibros – men hur fokusera?

Alla deltagare var överens om att vi måste fånga fler fibrospatienter, och göra det tidigare i sjukdomsförloppet. Då krävs det metoder som kan användas främst i primärvården. En kunskapslucka är att forskningen utgått från den specialiserade levervården, inte från primärvården, där de flesta av dessa patienter finns.

Det finns idag några icke-invasiva strategier inom diagnostiken och fler utvecklas. Ultraljud görs ofta, kanske för ofta, vid misstanke om leverpåverkan men är vid steatos och fibros en okänslig metod. Mer känslig är elastografi. Där mäter man med speciell utrustning leverns mekaniska elasticitet via en lätt, mekanisk stöt. Korrelationen till histopatologisk stadielinde-
ling är god.

Biokemiska markörer utvecklas och en av de ledande forskarna inom fältet, professor Julie Parkes från universitetet i Southampton, gav en utmärkt introduktion. Ofta nyttjas idag en panel analys i kombination med kliniska parametrar. Ett exempel är FIB-4 (ASAT, ALAT, trombocyter, ålder). Det är en möjlig screeningpanel för att sälla fram de patienter som bör utredas vidare, och att sälla bort de patienter som har en godartad leverpåverkan.

Vad är på väg?

Nya analyser kommer och Julie Parkes redogjorde för sin forskning om ELF (Enhanced Liver Fibrosis score) som nu kommer i kliniskt bruk i Europa [6]. Här kombineras analys av tre molekyler som ingår i fibrosens patobiologi (hyaluronsyra, vävnadsinhibitor av metalloproteinaser och prokollagen III aminoterminal peptid). Genom en speciell algoritm fås ett svar som är korrelerat till fibrosgraden. Vid låga värden kan fibros avskrivas, vid höga bekräftas. ELF har också visat sig kunna identifiera de patienter som har en ökad, ibland kraftigt ökad, risk att utveckla leversjukdom [7,8]. Metodens resultat korrelerar bra med resultat från leverbiopsi.

Den har i flera studier visat samma diagnostiska förmåga som mer komplicerade metoder som elastografi. Nu utvärderas ELF i en stor interventionsstudie primärvården i England för att se om man kan finna leverpatienter tidigare och intervensera i ett inledande skede av sjukdomen. Speciellt viktigt är det att finna de patienter som har en utvecklad fibros, innan cirros och hepatocellulär cancer debuterar.

Inte längre så tyst om levern

Lever är ett tyst organ och det har länge varit tyst om levern. Framsteg inom hepatit- och alkoholdiagnostiken har gjorts men för den stora gruppen med metabola förändringar, en grupp som kan öka i framtiden, har det inte kommit många nya diagnostikmetoder. Glädjande nog verkar de vara på väg, att kombineras med klinik, bild och patologi. Implementeringen av dem kommer att kräva gott samarbete mellan många medicinska specialiteter.

Referenslista

- Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, Diehl AM, Brunt EM, Cusi K, Charlton M, Sanyal AJ. The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. *Hepatology*, 55; 2005-2012: 2012.
- Vernon G, Baranova A, Younossi ZM. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 274-285
- Önnerhag K, Nilsson PM, Lindgren S. Insulin resistance with impaired fasting glucose increases the risk of NAFLD. *Open Journal of Gastroenterology*, 2013, 3, 170-176
- Sumida Y, Nakajima A, Itoh Y. Limitations of liver biopsy and non-invasive diagnostic tests for the diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease/nonalcoholic steatohepatitis. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 475-485
- Nationella riktlinjer för utredning av Patologiska leverprover. Svensk Gastroenterologisk Förening 2012-06-25. http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/pagefiles/Nationella_riktlinjer_Patologiska_leverprover.pdf
- Xie Q, Zhou X, Huang P, Wei J, Wang W, et al. The Performance of Enhanced Liver Fibrosis (ELF) Test for the Staging of Liver Fibrosis: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e92772. doi:10.1371/journal.pone.0092772
- Chou R, Wasson M, Blood Tests to Diagnose Fibrosis or Cirrhosis in Patients With Chronic Hepatitis C Virus Infection. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013;158:807-820.
- Parkes J, Roderick P, Harris S, Day C, Mutimer D, Collier J, Lombard M, Alexander G, Ramage J, Dusheiko G, Wheatley M, Gough C, Burt A, Rosenberg W. Enhanced liver fibrosis test can predict clinical outcomes in patients with chronic liver disease. *Gut* 2010;59:1245e1251. doi:10.1136/gut.2009.203166.



Per Simonsson

Docent, klinisk kemist

Siemens Healthcare Diagnostics AB, Upplands Väsby.

per.simonsson@siemens.com

Jäv: Per Simonsson har fram till hösten 2014 varit verksam som klinisk kemist i Skånes offentliga sjukvård. Han är nu medicinsk rådgivare vid Siemens Healthcare Diagnostics som levererar instrument och reagens till klinisk kemi. I november arrangerade han en tvärvetenskaplig kurs om fettlever och leverfibros.

DIVISUN FÖREBYGGER OCH BEHANDLAR D-VITAMINBRIST

- En tablett säkerställer dagligt minimibehov hos riskgrupper (800 IE)^{1, 2}
- 1-5 tabletter tas en gång om dagen
- Lägst pris³

Kan
dosdispenseras*



Notis: *Divisun® (kolekalciferol) 800 IE 250 tabletter i plastburk godkändes av läkemedelsverket för maskinell dosdispensering 2013-06-05.

Referens: 1) www.slv.se, BAKGRUND, PRINCIPER OCH ANVÄNDNING Nordiska näringsrekommendationer 2012 – REKOMMENDATIONER OM NÄRING OCH FYSISK AKTIVITET 2) Bischoff-Ferrari HA et al, A pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention. *N Engl J Med*. 2012 Jul 5;367(1):40-9. 3) Divisun® 800 IE 250 tabletter har 39,5% lägre pris per IE jämfört med Devitre® 400 IE 180 tabletter: www.tlv.se (feb 2015). Divisun® 800 IE 250 tabletter har 15,5 % lägre pris per IE jämfört med Detremin® 20 000 IE/ml, 10 ml. www.tlv.se (feb 2015). **Divisun®** (kolekalciferol). Receptbelagt läkemedel. **TLV:** ingår i läkemedelsförmånen sedan 2012-11-16. **Beredningsform:** Tablett. **ATC-kod:** A11C C05. **Indikationer:** Profylax och behandling av D-vitaminbrist hos vuxna och ungdomar. Som komplement till specifik osteoporosbehandling hos patienter med risk för vitamin D-brist, tilläggsbehandling med kalcium bör då övervägas. **Rekommenderad dosering:** 1 tablett dagligen. Högre doser kan behövas för att uppnå önskad serumnivå av 25 (OH) D. Den dagliga dosen bör inte överskrida 5 tabletter. **Innehåll:** 1 tablett innehåller: kolekalciferol (vitamin D₃) 800IE (motsvarande 20 mikrogram vitamin D₃). Förpackningsstorlek: 90 tabletter i blister, AUP 183 kr. 250 tabletter i plastburk, AUP 429,50 kr www.tlv.se (feb 2015).

Datum för översyn av produktresumé: 2014-08-19. För ytterligare information och pris se www.fass.se

MEDA MEDA AB. Box 906, 170 09 Solna. Tel 08 630 19 00, E-post: info@meda.se www.medasverige.se www.bristguiden.se

Divisun®
kolekalciferol 800 IE
Flexibel dosering

Primärvård och Viktväktarna: samarbete gav resultat

Fetma är en betydande riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, cancer, psykisk ohälsa och smärta i rörelseapparaten. Primärpreventivt arbete med fetma kan kännas överväldigande i en redan tids- och resurspressad sjukvårdsorganisation. För generell kostrådgivning och stöd till livsstilsförändringar kan gruppbehandling vara en kostnadseffektiv metod.

Denna studie visar att samarbete med en extern aktör kring levnadsvanor kan minska patienternas kardiovaskulära riskfaktorer, öka livskvalitet och minska läkemedelsanvändning utan att anstränga sjukvårdsresurserna ytterligare.

Bakgrund

Fetma och övervikt är ett stort folkhälsoproblem i hela världen, och andelen drabbade tycks bara öka, inte minst i Sverige [1, 2, 3]. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* anges att rådgivande samtal till patienter med ohälsosamma matvanor i samband med sedvanliga mottagningsbesök har föga genomslagskraft på livsstilsförändringar. Det krävs upprepade kvalificerade rådgivande samtal av ämneskunnig personal som dessutom är utbildad i hälsopedagogisk metodik [4].

Ödåkra läkargrupp i Helsingborg inledde 2013 ett samarbete med Viktväktarna för att erbjuda patienter med överviktsrelaterade sjukdomar strukturerad kostrådgivning i grupp med kontinuerlig uppföljning. En utvärdering av utfallet på kardiovaskulära riskfaktorer och livskva-

litet genomfördes som ett vetenskapligt ST-projekt. Stöd för liknande samarbete finns publicerat i Lancet [5].

"Jag vill uppmuntra fler vårdcentraler att etablera samarbete med externa aktörer och samtidigt utvärdera resultaten."

Metod

Inklusion till studien ägde rum under perioden 26 augusti – 23 december 2013. Mätningar utfördes i samband med patienternas första viktväktarmöte samt efter 3 månaders medlemskap. Patienter mellan 18 och 75 år med övervikt eller fetma som sökt för något potentiellt överviktsrelaterat tillstånd har uppmuntrats att delta i programmet i samband med ordinarie läkar- och sköterskemottagning. Exklusionskriterier var graviditet eller cancerdiagnos. Deltagande patienter betalade en reducerad avgift till Viktväktarna på 195 kr i månaden utan bindningstid. Utöver hjälpverktyg via hemsida, smartphone-applikation och receptpärm har deltagarna haft tillgång till motiverande kostrådgivning i grupp en gång i veckan under ledning av en viktväktarcoach i vårdcentralens lokaler

med närvaro av läkare eller sköterska.

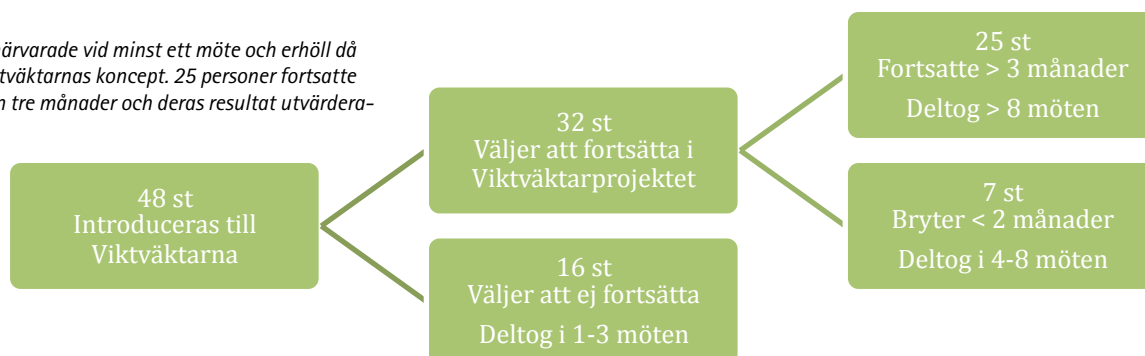
Primärt utfallsmått var förändring av kroppsvikt. Sekundära utfallsmått var förändring av midjemått, blodtryck, kolesterolvärde och hos diabetiker förändring av HbA1c. Deltagarna fick även uppskatta sin hälsa på en VAS-skala mellan 1-100, där 100 är bästa tänkbara hälsa.

Resultat

Det exakta antalet personer som erbjöds deltagande finns ej registrerat. 48 personer som uppfyllde inklusionskriterierna kom till ett första möte och erhöll en introduktion till Viktväktarnas koncept. 16 personer valde efter tre möten att ej fortsätta och ytterligare sju personer avbröt inom två månader. 25 personer fortsatte medlemskapet i mer än tre månader och deltog vid minst nio möten. Följsamheten till programmet var således mer än 50 procent (figur 1). Av de 25 personer som fortsatte var 60 procent kvinnor och medelåldern var 60 år. Patienterna hade ett genomsnittligt BMI på 34 kg/m² med en spridning från lätt övervikt till extrem fetma. Tio personer hade en diabetesdiagnos och 17 hade en behandlad hypertoni.

De 25 personer som fortsatte programmet hade en startvikt på 101,5 kg och hade efter tre månader gått ned i genomsnitt 7,5 kg till 94 kg. BMI minskade genomsnittligt med 2,5 kg/m² och midjemåttet reducerades med 7 cm. Systoliskt blodtryck sjönk med 11 mmHg. Förändringen av kolesterol hade stor spridning mellan deltagarna och det genomsnittliga värdet

Figur 1: 48 personer närvarade vid minst ett möte och erhöll då en introduktion till Viktväktarnas koncept. 25 personer fortsatte medlemskapet i mer än tre månader och deras resultat utvärderades noggrannare.



Utfallsmått (n = 25)	Startvärden	SD	3 månader	SD	p-värde	Styrka, %
Vikt, kg	101,5	21,4	-7,5	4,3	<0,0001	100
BMI, kg/m ²	34	5,4	-2,5	1,4	<0,0001	100
Midjemått, cm	113	13	-7	4	<0,0001	100
Systoliskt blodtryck, mmHg	143	16	-11	16	0,002	92
Diastoliskt blodtryck, mmHg	83	6	-2	10	0,4	17
HbA1c, mmol/mol	58	9	-7,5	6,7	0,006	92
Total-kolesterol, mM	4,9	0,7	+0,1	0,7	0,7	9,3
LDL-kolesterol, mM	3	0,8	+0,1	0,4	0,6	18,6
HDL-kolesterol, mM	1,3	0,4	0	0,2	0,6	Ej tillämpligt
Självuppskattad hälsa	70	16	+10	15	0,004	89

Tabell 1: Programmet har efter 3 månader resulterat i en tydlig trend för viktnedgång och midjemåttreducering samt förbättrade kardiovaskulära riskmarkörer som systoliskt blodtryck och HbA1c. Förändringarna har varit med statistisk signifikans och styrka.

var oförändrat. Den självuppskattade hälsan värderades till 10 enheter högre på en skala från 1-100 (Tabell 1).

Hos de tio diabetikerna sjönk HbA1c med i genomsnitt 7,5 mmol/mol (tabell 1). Samtliga diabetiker utom en sjönk kraftigt i HbA1c (figur 2). Kvinnan som fick en stegring av HbA1c hade under perioden dysreglerade sockernivåer med förekomst av hypoglykemier och stod på

behandling med mixinsulin. Under studien gång ökades eller insattes behandling med metformin hos tre patienter vilket ju självklart bidrar till att blodsockret sjunker. Fyra personer minskade dock sitt insulin vilket potentiellt borde leda till HbA1c stegring. Hos de sex personer utan hypoglykemier där metformin inte ökades eller insattes sjönk HbA1c med i genomsnitt 17 % (minimum 10 %, max-

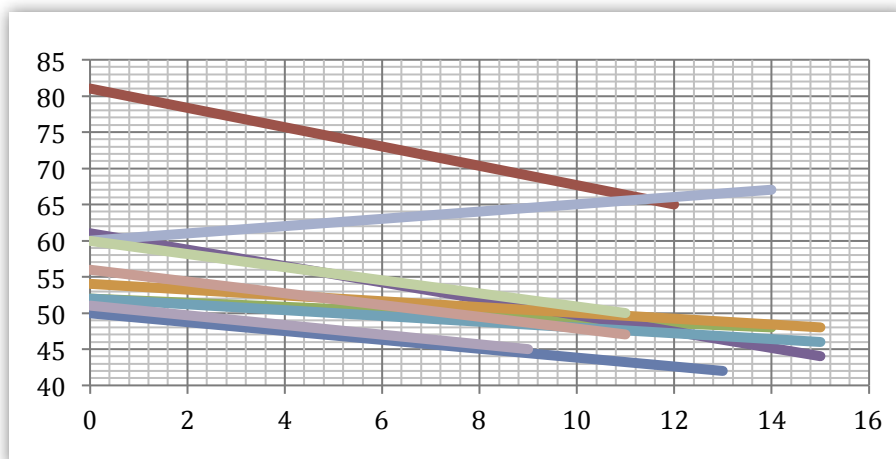
imum 29 %, p=0,006) och vikten med 6,2 kg (SD=5,0 kg, p=0,03). Utöver justeringar i insulin och metformin så har inga andra antidiabetiska läkemedel lagts till eller dragits från.

En långtidsuppföljning av samtliga viktväktardeltagares viktutveckling efter drygt ett års samarbete visade att fortsatt följsamhet till programmet ledde till fortsatt viktnedgång. De 14 patienter som deltagit under 33-56 möten hade i genomsnitt gått ner 16,6 kg (Figur 3).

Patienterna som deltagit i programmet har beskrivit att de känner sig rörligare, piggare och att de har minskade besvär med magen. Några har upplevt en ökad självkänsla och har blivit mer benägna att delta i sociala sammanhang. Man har upplevt en gemenskap med de övriga deltagarna i gruppen och man har ofta roligt tillsammans under mötena. Några har börjat motionera mer och gruppen har inneburit att man har kunnat få kontakt med någon att träna tillsammans med. Patienterna uppskattade sin generella hälsa signifikant högre vilket tyder på förbättrad livskvalitet.

Diskussion

Programmet har resulterat i en tydlig



Figur 2: Samtliga diabetiker utom en sjönk kraftigt i HbA1c. Hos de sex personer utan hypoglykemier där metformin inte ökades eller insattes sjönk HbA1c med i genomsnitt 17 %. Patienterna sänkte även sina insulindoser.



Figur 3: En långtidsuppföljning av samtliga viktväktardeltagares (inklusive nya deltagare) viktutveckling efter drygt ett års samarbete visade att fortsatt följsamhet till programmet leder till fortsatt viktnedgång. De 14 patienter som deltagit under 33-56 möten hade i genomsnitt gått ner 16,6 kg.

Weight Watchers är ett amerikanskt företag som grundades 1963. Den svenska underavdelningen **Viktväktarna** etablerades 1972. Metoden bygger på gruppmöten under ledning av en coach som ger motiverande samtal med kostrådgivning och uppmuntran till motion. Patienten tilldelas en ProPoint-budget baserad på vikt, längd, kön och ålder. Poängen spenderas på mat och dryck under en dag och kan inte överföras till nästa dag. Fukt och grönsaker får låga värden. Fettrika livsmedel får höga värden. Livsmedel med mättnadsfaktor uppmuntras. Viktväktarna förbjuder inga livsmedel men försöker reducera kaloriintaget.

trend för vikttnedgång och midjemåtsreducering samt förbättrade kardiovaskulära riskmarkörer som systoliskt blodtryck och HbA1c. Patienterna i studien bedöms vara representativa för vårdcentralens patientkrets med hänsyn till samsjuklighet. Viss selektionbias är oundviklig då följsamhet till programmet kräver att patienten är motiverad.

Programmet bedöms vara ett värdefullt och effektivt komplement till vårdcentralens övriga verksamhet. Tidig livsstilsintervention minskar incidensen av diabetes och reducerar den framtida risken för kardiovaskulär sjukdom och andra diabeteskomplikationer [6, 7]. Diabetikernas minskning i HbA1c genom vikttnedgång överstiger den förväntade effekten av en insulindosökning med 25 % eller tillägg av ett inkretinpreparat [8, 9]. Att patienterna lyckas minska sina insulindoser och trots detta förbättra sina HbA1c-värden får ses som en framgång i sig själv.

Studien har visat att kostrådgivning i grupp kan vara en effektiv metod för att förbättra kardiovaskulära riskmarkörer och öka livskvalitet hos patienter inom primärvården. Individuell kostrådgivning i samma skala skulle kräva utökade personalresurser, utbildning, kompetensutveckling samt organisatoriskt arbete och

bedöms varken vara kostnads- eller tidseffektivt för att stå emot den fetmaepidemi som råder.

Jag vill uppmuntra fler vårdcentraler att etablera samarbete med externa aktörer och samtidigt utvärdera resultaten. Jag uppmuntrar även våra dietister till att hålla strukturerade kostrådgivande samtal i grupp och att ta ett större ansvar för patienter med övervikt och fetma. Dietisterna är ju den profession inom hälso- och sjukvården som har utbildning i kostlära och motiverande samtal. En del av dagens gigantiska subvention av läkemedel, teststickor och fetmaoperationer kunde kanske styras om till livsstilsinsatser av denna typ?

Referenser

1. Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2013. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut 2013.
2. Global status report on noncommunicable disease 2010. World Health Organization 2011.
3. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96.
4. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2011.
5. Jebb SA, Ahern AL, Olson AD, Aston LM,

Holzappel C, Stoll J et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. Lancet. 2011 Oct 22;378(9801):1485-92.

6. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000 Aug 12;321(7258):405-12.
7. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA et al; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002 Feb 7;346(6):393-403.
8. Hong ES, Khang AR, Yoon JW, Kang SM et al. Comparison between sitagliptin as add-on therapy to insulin and insulin dose-increase therapy in uncontrolled Korean type 2 diabetes: CSI study. Diabetes Obes Metab. 2012 Sep;14(9):795-802.
9. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, Wu M, Meisinger G; Sitagliptin Study 020 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006 Dec;29(12):2638-43.



Joakim Borg

ST-läkare

Ödåkra Läkargrupp, Helsingborg

joakim.borg81@gmail.com

Handledare: Staffan Lindeberg

Centrum för Primärvårdsforskning, Lunds
Universitet

Jäv föreligger ej.

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!

Rekvirera AllmänMedicin till dina studenter, ST-läkare och kursdeltagare!

Förutom att använda dem som diskussionsunderlag gör du SFAM mer känd.

Beställningsformulär finns på hemsidan www.sfam.se/allmanmedicin under "För kursgivare".



"Omsorgsmedicin"

– vuxna patienter med utvecklingsstörning

Att ge god vård till vuxna med utvecklingsstörning kräver en del mer ger mycket tillbaka. Ett samhälles kulturella utveckling kan definieras efter hur vi tar hand om våra svagaste invånare. Alla ST-läkare i allmänmedicin borde få utbildning och handledning i "omsorgsmedicin" – de som tycker om utmaningar kommer att upptäcka glädjen i att arbeta med dessa patienter.

De institutioner som förut härbärgerade personer med medelsvår till grav utvecklingsstörning avvecklades under 70- och 80 talet. Sedan 1986 ska dessa personer erbjudas hälso- och sjukvård på samma villkor som andra, och detta förtydligades 1994 i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den överblick och samlade erfarenhet som läkarna och sjuksköterskorna i omsorgen tidigare haft försvann.

Vuxna med utvecklingsstörning drabbas oftare eller tidigare än andra av sjukdomar. De två viktigaste orsakerna är de genetiska förutsättningarna och livsstilen. Svårigheten att upptäcka eller förstå symtom, och i viss mån att utreda och behandla, spelar också in. Många genetiska avvikelser som leder till utvecklingsstörning medför samtidigt en ökad risk för somatisk eller psykisk sjukdom.

Genetiska avvikelser och sjukdomar

Vid **Downs syndrom**, trisomi 21, (förekomst cirka 1/700) finns ett tidigt åldrande i en rad organ; främst gäller det störningar av syn, hörsel och thyreoidea samt en alzheimerliknande sjukdomsbild. Cirka 10 % har autism. Flera av de ökade sjukdomsriskerna vid Downs syndrom har sin utgångspunkt i autoimmuna störningar.

Tuberös skleros (1/7 000 – 10 000) orsakas av mutation på kromosom 9 eller 16 och medför påverkan på många organ, framför allt tumörbildningar. Symtom kommer i första hand från hjärnan i form av epilepsi, men också sjukdomar i bl.a. njurarna och hjärtat. Autism är vanligt.

Vid **Prader-Willis syndrom** (1/10 000) är bakgrunden en störning i kromosom 15. Somatiska komplikationer är i första hand hypogonadism, hyperfagi och muskulär svaghet eller obalans. Psykos och tvångssyndrom är vanliga.

Williams syndrom (1/10 000) orsakas av deletion på kromosom 7 och kan förutom utvecklingsstörning också leda till hjärt- och kärlsjukdomar.

Andra orsaker till utvecklingsstörning är infektioner i CNS, asfyxi vid förlossningen – ibland med hjärnblödning – samt toxisk påverkan vid exempelvis alkoholfetopati. Slutligen tillkommer de tidigt förvärvade hjärnskadorna, trafikolyckor och drunkningstillbud. Här kan vi inte för närvarande se större samband mellan utvecklingsstörningens orsak och sjukdomspanoramat än vad vi känner till från befolkningen i allmänhet.

Livsstil

Vad gäller livsstil finns mycket stora avvikelser från normalbefolkningen. Barnet med utvecklingsstörning löper risk att tidigt utveckla övervikt och få sämre möjligheter att vara aktivt. Den unga vuxna, som så långt som möjligt ska bestämma själv över sitt liv, kan ha svårt att förstå eller klara av att efterleva råd och varningar, och kosten blir ofta både ensidig och onyttig. Bristsjukdomar kan uppstå. De flesta behöver omfattande stöd för att tillägna sig goda vanor.

Personer med grav utvecklingsstörning och ovanliga medfödda eller tidiga skador hade förr kort eller mycket kort livslängd, men numera överlever de upp i vuxen ålder, inte minst tack vare sjukvårdens insatser. Omfattande vårdinsatser fordras sedan genom hela livet.

I den stora gruppen med lindrig eller medelsvår utvecklingsstörning lever numera många till högre åldrar, men de löper påtaglig risk att drabbas av livsstilssjukdomar och åldersförändringar tidigare än andra.

Svenska Läkarföreningen för Omsorgs- och HabiliteringsMedicin (SLOHM)

SLOHM är en intresseförening av läkare med huvudsyfte att främja förståelse för medicinska aspekter bakom utvecklingsstörning, autism och svåra hjärnskador hos vuxna samt andra kognitiva funktionsnedsättningar som är betydande och av varaktig art. Föreningen verkar gentemot Socialstyrelsen, vårdhuvudmän och andra myndigheter för att främja läkares kunskaper inom området samt har internationella kontakter. Man driver Habiliteringsläkarnätverket, ett nätforum för kollegial diskussion. I januari varje år ordnas vidareutbildningsdagar i samband med årsmöte.

Kontaktpersoner i styrelsen: Sten Björkman sten.bjorkman@ltblekinge.se (ordf)
Lena Nylander lena.nylander@skane.se.

Beteende

Psykiska sjukdomar är inte oväntat överrepresenterade, liksom utmanande beteenden – självskadande, våldsamma eller på andra sätt socialt exkluderande. Också här kan finnas ett samband med genetiska störningar och numera finns ett särskilt forskningsområde: behavioural phenotypes. Ett exempel är det ovanliga Lesch-Nyhans syndrom som kännetecknas av extrem självdestruktivitet. Prader-Willis syndrom är förenat med en oftast lindrig form av självskadebeteende ("skin picking"), ett häftigt temperament och inte sällan tvångsritualer. Vid Williams syndrom förekommer ofta ångslan, ångest och fobier och vid Fragilt-X ett socialt undvikande beteende med bristande ögonkontakt och bitande i handlederna.

Det är ofta just vid utagerande beteende eller någon form av personlighetsförändring som allmänläkaren möter personer med utvecklingsstörning. Det är viktigt att inse att samma

De har ett starkt behov av kontinuitet och förutsägbarhet och av att omgivningen anpassas så att den är kognitivt hanterbar."

beteende kan vara orsakat av en rad olika störningar hos personen eller i livssituationen. Inte sällan är det uttryck för obehag eller smärta. Ibland kan personer med medelsvår eller grav utvecklingsstörning ge starka uttryck för obehag när de drabbats av något bagatellartat och snabbt övergående, t ex magknip vid gasbildning. Samma beteende, med samma intensitet, kan finnas vid svår behandlingskrävande sjukdom som ileus. Medföljande personal eller närstående kan ofta ge en tydlig anamnes och tolka patientens beteende och kommunikation så att läkaren vet vad man ska leta efter.

Vad läkaren kan göra

Det är vanligt att läkaren ombeds att ordinera något lugnande till patienten. Inte sällan används antipsykotika. Patienter med utvecklingsstörning är i de flesta fall känsliga för psykofarmaka, samtidigt som de kanske inte kan förmedla upplevelsen av biverkningar. Om det finns indikation för psykofarmakabehandling, och man är säker på att inte mer kan göras med pedagogiska och psykosociala insatser, bör man starta med låg dos – halv sedvanlig startdos eller mindre. Vid behov ökas dosen i små steg, samtidigt som personal och anhöriga runt patienten får göra fortlöpande skattningar av beteende och symtom, både när personen mår bra och när symtom förekommer. Det bör göras systematiskt och med en enkel metod för att kunna upprätthållas över tid.

Varje behandlingsordination ska vara tydlig, helst skriftlig, med information om målsymtom, förväntad effekt och möjliga biverkningar till personal/anhöriga, och givetvis om möjligt till patienten själv. Man bör planera uppföljningstider, helst när samma person kan följa med. Om den förväntade effekten uteblivit bör medicinen sättas ut, men med försiktighet.

Överförskrivning av psykofarmaka till vuxna med utvecklings-

störning är ett allmänt och känt problem, samtidigt som det inte är rätt att vägra dessa patienter medicin som de behöver. Exempelvis sker förskrivning av antidepressiva mer sällan till personer med utvecklingsstörning än till övriga befolkningen. Apodosordinationer av psykofarmaka bör inte förlängas utan att man övervägt dosminskning och diskuterat patientens tillstånd och behandlingsindikation med kommunens ansvariga sjuksköterska.

Kroppundersökning kan vara tidsödande och svår att genomföra och man gör klokt i att dela upp den i mindre avsnitt. När patienten börjar känna igen sig i lokalerna och känner igen doktorn går det mycket lättare. Att hitta individuellt utformade, pedagogiska sätt att förbereda för till exempel blodprovstagning eller gynekologisk undersökning kan ge stora vinster, bland annat genom att narkos kan undvikas. Om narkos ändå behövs, som vid tandbehandling, bör man passa på att ta blodprover för att bedöma patientens hälsa och utesluta exempelvis brist-sjukdomar eller alltför höga/låga medicindoser. Diagnos är i detta sammanhang i hög grad färskvara. Det finns anledning att ställa tillbaka patienten snart för att verifiera eller ompröva den första diagnosen och få en bild av effekten av insatt behandling.

Hälsokontroller

Vuxna med utvecklingsstörning bör delta i vanliga screeningprogram, som mammografi. Läkaren bör också förvissa sig om att de får adekvat hjälp med de undersökningar och iakttagelser som befolkningen uppmanas utföra på sig själva, till exempel att regelbundet känna igenom bröstet eller observera hudförändringar och givetvis regelbunden vägning. Vid Downs syndrom bör personen, åtminstone från 35 års ålder, kallas till årliga hälsoundersökningar (syn, hörsel, thyreoidea, demenstecken). Hälsoundersökningar är ett utmärkt tillfälle för patient och läkare att lära känna varandra så att undersökning och behandling går lättare att genomföra vid sjukdom. Kommunens sjuksköterskor (LSS-sköterskor) är viktiga samarbetspartners som underlättar kontakten mellan sjukvårdspersonal och boendepersonal, och de bör uppmuntras att införa systematiskt hälsotänkande hos kommunens personal. På en del orter finns goda exempel på väl utvecklat samarbete mellan primärvårdsläkare och LSS-sköterskor.

Det är bra att minnas att många patienter med utvecklingsstörning vill vara till lags och svara på frågor med vad de väntar sig att doktorn vill höra. Somliga kan inte delta i ett samtal eller förstå enkla frågor, några blir oroliga av att lyssna på andra som talar om dem. Alla måste behandlas med respekt för sin integritet och inte utsättas för obegripliga eller skrämmande situationer. De har ett starkt behov av kontinuitet och förutsägbarhet och av att omgivningen anpassas så att den är kognitivt hanterbar. Hur detta ska göras är olika för olika personer. Lyssna alltid på dem som känner patienten, fråga hur man bäst kommunicerar med och undersöker honom/henne, undvik jäkt och för mycket prat och satsa på att bygga en god relation med patienten, med personalen och med de närstående. Man kan gärna försöka ge dessa patienter tider då väntrummet är tomt på patienter. När patientens omgivning känner sig trygg och väl bemött smittar det av sig på patienten, som i sin tur blir lättare att undersöka och att ge god och säker vård.

Lästips:

- Beteenderegistrering: <http://www.groprojektet.se/document/lena-nylander-beteenderegistrering>
- Nylander L, Fernell E, Björkman M. Vuxna med utvecklingsstörning

- en eftersatt grupp i sjukvården. Läkartidningen. 2014;111:CU49.
- Nystrand M. Patienter med utv.störning. Distriktsläkaren 3 • 2014, sid 26-30.
 - Näslund, Inger. Beteendeproblem hos vuxna med psykisk utvecklingsstörning. Psykofarmaka används alltför ofta – pedagogiska insatser vore bättre. Läkartidningen 2007;14;1132-35.
 - Ölund, Ann-Kristin: Medicinsk omvårdnad vid svåra flerfunktionshinder. Stockholm:Gothia; 2011.
 - Primärvårdshandledning; diagnostik, behandling och omvårdnad vid psykisk ohälsa – beteendestörning hos vuxna personer med utvecklingsstörning 2007: <http://www.omsorgsmedicin.nu/PV-HANDLEDNING.PDF>.
 - Lathund (Jönköpings läns landsting) för hälsokontroll vid Downs syndrom: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=15140&nodeId=39678>.

- Tidiga tecken/ Försämrade funktioner och sjukdom. Uppföljning av äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning, eller utvecklingsstörning: http://tidigatecken.se/Tidiga_tecken_samlad_ifylld_www.pdf.
- Socialstyrelsens hemsida om ovanliga diagnoser: <http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser>.
- Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C, First M. Diagnostic manual – intellectual disability(DM-ID): A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. NADD Press;2007.
- Regionalt vårdprogram Stockholms läns landsting ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna https://www.1177.se/Dokument/Stockholms_lan/Regionala%20vardprogram/RV_ADHD_webbversion.pdf.



Lena Nylander

överläkare, specialist i allmän psykiatri, med dr, verksamhetsområde vuxenpsykiatri Lund, psykiatri Skåne; VUB-teamet, region Skåne; Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet
lenna.nylander@skane.se



Monica Björkman

leg läk, specialist i neurologi, verksamhetsområde vuxna personer med utvecklingsstörning eller svår förvärvad hjärnskada;
Omsorgsmedicinska Institutet OMI
monica@omsorgsmedicin.nu



Gunnar Sandström

distriktsläkare, VC Tomelilla; VUB-teamet, region Skåne
gunnar.sandstrom@skane.se

Det är skillnad mellan Betmiga (mirabegron) och antikolinerga läkemedel.^{1,2}

Betmiga är en β_3 -agonist som genom att stimulera β_3 -receptorerna i urinblåsan relaxerar detrusormuskeln varvid OAB-symtomen minskar. Betmiga har effekt på alla grundläggande OAB-symtom – inkontinens, miktionsfrekvens, trängningar och nykturi.¹ Däremot är den antikolinerga biverkningen muntorrhet på placebonivå.^{3,4}

Referenser: 1. Betmiga produktresumé. 2. Vesicare produktresumé. 3. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 4. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. **Betmiga 50 mg och 25 mg depottabletter** (mirabegron) *Urologiska spasmolytika (G04BD12)* **Indikationer:** Symptomatisk behandling av trängningsinkontinens, ökad urineringsfrekvens och/eller trängningar, som kan förekomma hos vuxna patienter med syndromet överaktiv blåsa (OAB). **Recept- och förmånsstatus:** Receptbelagt. Ingår i läkemedelsförmånen för patienter som provat men inte tolererar antikolinergika. **Svensk representant:** Astellas Pharma AB, Box 21046, 200 21 Malmö. Texten är senast uppdaterad 2014-12-01 och baserad på produktresumé daterad 2014-11. För ytterligare information, se www.fass.se.

Astellas Pharma AB | Box 21046 | 200 21 Malmö | Telefon 040-650 15 00 | Fax 040-650 15 01
info.se@astellas.com | www.astellas.se

Muntorrhet på placebonivå^{3,4}



Betmiga® 50 mg ▼
mirabegron

Den första β_3 -agonisten mot överaktiv blåsa

Samverkan mellan primär- och slutenvård från ett generellt läkarperspektiv

Åsikter om samverkan mellan primär- och sekundärvården i Västmanland är många men har inte tidigare kartlagts. Syftet med studien var att utforska vad läkare anser om detta samarbete, att belysa problem och styrkor i samverkan och lyfta fram förslag med förbättringspotential.

Läkarna är nöjda med det kollegiala samarbetet, men strukturen på samverkan behöver förbättras. Enklare remiss- och kommunikationsförfaranden, fler forum för ökad professionell samverkan, förbättrade möjligheter till fortbildning, effektivare implementering av samverkansdokument samt mer tid och resurser efterlyses.

Bakgrundsfakta

Ett stort antal remisser sänds varje månad mellan primärvården och sjukhusklinikerna i Västerås. Som ST-läkare på en stor vårdcentral är min uppfattning att samarbetet med sjukhuset fungerar ganska bra. Ändå finns det omständigheter som skulle kunna förbättras. Detta är särskilt intressant i dag då läkarnas administrativa arbete har ökat på bekostnad av patienttid [1, 2].

Vid kollegiala diskussioner mellan sjukhusläkare och allmänläkare uttrycker många kollegor missnöje över den stelbenta organisationen när det gäller samverkan mellan vårdgivare. Följsamheten till samverkansdokument, de gemensamma vårdriktlinjerna, fungerar dåligt och möjligheten att mötas och samverka interprofessionellt är begränsad. Andra landsting har liknande problem. Att studera denna problematik är därför angeläget.

Forskningsdesign

Studiens genomfördes av författaren som en intervjustudie [3]. Tio läkare, hälften från primärvården och hälften från sjukhuset, samtliga slumpvist utvalda, intervjuades och besvarade samma frågor. Projektet pågick under hösten 2014.

Världvalskansliet Västmanland samt statistikprogrammet RAVE gav uppgifter om de största vårdcentralerna i Västerås och till vilka kliniker dessa sände flest remisser. Fem vårdcentraler och fem kliniker lottades fram. En legitimerad läkare per enhet slumpades fram och tillfrågades om att delta i studien. Både deltagare med lång erfarenhet och de som var lite nyare i yrket deltog. Korttidsvikarier deltog ej.

Metod och analys av data

På de utvalda enheterna gjordes läkarintervjuer under en månad. Samma öppna frågor ställdes till samtliga intervjuade:

- 1) *Vad tycker Du om nuvarande samarbete mellan primärvården och klinikerna vid Västmanlands sjukhus Västerås? Använd dig av en skala från 0-10 där 0 innebär att Du tycker samarbetet fungerar dåligt, och 10 innebär att du tycker samarbetet fungerar mycket bra. Vad är det som fungerar bra respektive dåligt med samarbetet idag?*

- 2) *Vad vill du ändra på? Finns det något med nuvarande samarbete som skulle kunna förbättras, och hur skulle man kunna gå till väga för att få det så? Förslag med förbättringspotential?*

Uppföljande frågor gjordes fortlöpande under intervjuerna med "vad, när, hur"-frågor för förtydliganden. Fältanteckningar togs och transkriberades. De intervjuade läste igenom materialet och rättade till missförstånd så att anteckningarna uppvisade den intervjuades åsikter så ursprungligt som möjligt. Data kodades så att inga enskilda studiedeltagare kunde identifieras i resultatpresentationen.

Kvalitativ innehållsanalys med kategoribildning användes [3]. Metoden syftar till att beskriva skillnader och likheter i kommunikation som insamlats via intervjuer. Texten analyserades och meningsbärande enheter extraherades och kondenserades. Dessa kodades och grupperades i kategorier som återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. Kategoriseringen skulle i största möjliga mån täcka in alla relevanta data. Med kategorierna som utgångspunkt skapades sedan olika teman för att koppla ihop underliggande innebörder av intervjuerna.

Underlaget diskuterades med min handledare samt med andra lärarkollegor och en lärare, vilken har studerat analysmaterialet på samma sätt som undertecknad, varvid inga ytterligare synpunkter framkom.

Resultat

Läkarna var över lag nöjda med samarbetet mellan primärvården och sjukhuset. Eftersom urvalet inte var snett fördelat avseende kön och erfarenhet ansågs variationen av studiedeltagare tillräcklig [4].

Den kollegiala samverkan med sjukhusläkarna ansågs fungera bra, fortbildning var bra och viktig, telefonkonsultation var bra om rätt läkare kunde nås. Det var positivt med ett gemensamt journalsystem. Samverkan med de fasta läkarna ansågs



Tabell 1. Läkarnas förslag på förändring med förbättringspotential

Tema För ett förbättrat samarbete mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare krävs insatser från olika håll	
Kategorier	Underkategorier/innehåll
Effektivare remiss- och kommunikationsförfaranden	Remissförfaranden med hjälp av klinikbundna remissmallar. Möjlighet att skicka subakuta remisser. Bättre feedback på remisser som skickas. Enklare kontaktvägar. Bättre telefontillgänglighet, t ex genom att ha fler konsultationsläkare. System för samordnad planering av gemensamma patienter.
Åtgärder för bättre och mer frekvent professionell samverkan	Fler fora för dialog och professionell samverkan mellan primär- och sjukhusvård för bättre samarbete och ökad kännedom om varandra. Fler möjligheter för vårdcentralers läkare att träffas för att öka kvaliteten i primärvården och diskutera frågor som rör samverkan med sjukhuset. Sidotjänstgöring på vårdcentral för sjukhusläkare för ökad förståelse för primärvårdens arbetssätt.
Optimera möjligheter till fortbildning/utbildning	Systematisk och bättre fortbildning av primärvårdsläkare och tid och resurser avsatt för detta – sjukhusläkare informerar på vårdcentralerna om aktuella rekommendationer för diagnostik och behandling inom respektive specialistområden. Bättre förankring av samverkansdokumenten och nya rutiner genom exempelvis obligatoriska informations-träffar och därmed ökad klarhet i ansvarsfördelningen. Resurser från landstinget/SKL krävs. Beslut behöver fattas på sjukhusets olika verksamhetsnivåer samt vid vårdcentralerna. För ett genomförande krävs gemensamt engagemang från både sjukhus- och primärvårdsläkarna.

välfungerande. Många remisser från primärvården bedömdes som bra. Man fann ingen skillnad på gruppnivå mellan läkarna eller mellan könen avseende uppfattningen om hur samarbetet fungerar.

På detaljnivå kunde en del förhållanden påvisas som de intervjuade var mindre nöjda med och ville ändra på. Samverkan med stafettläkare ansågs fungera sämre, många av deras remisser bedömdes som bristfälliga.

Kunskapsluckor påvisades hos en del primärvårdsläkare och, menade man, resursbristen ökade arbetsbelastningen inom slutenvården. Många läkare ansåg att det fanns brister i kommunikationsvägarna och att vissa kliniker inte heller tog sitt ansvar/inte följde samverkansavtalen. Detta bidrog till en skev ansvarsfördelning. Samtliga intervjuade ansåg att samverkansdokumenten är illa förankrade hos flertalet läkare och efterföljs för dåligt.

Förslag med förbättringspotential som har framkommit under studien presenteras i kategorier och underkategorier enligt tabell 1.

Diskussion

Intervjuerna var innehållsrika och många likheter framkom hos flera av dem. Både sjukhusläkarna och primärvårdsläkarna tog upp likartade problem, såväl positiva som negativa, kring samarbetet, men sett från det egna perspektivet. De hade goda förslag på hur motstående part och den egna organisationen skulle kunna förändras för att förbättra samarbetet. Man ansåg att politiker bör avsätta resurser för detta ändamål.

Studien har få studiedeltagare, varför resultatet inte bör ge-

neraliseras att gälla alla läkare i Västmanland. Däremot ger resultaten en fingervisning åt vilket håll åsikterna pekar.

Fler samverkansmöten är nödvändiga – dels mellan allmänläkare från olika vårdcentraler men också mellan sjukhusets och primärvårdens doktorer. Från primärvårdens sida har man försökt förena olika vårdgivare genom att anordna en västmanländsk kvalitetsdag för professionell samverkan för att förbättra kvaliteten i primärvården. Förhoppningsvis blir detta en återkommande dag. Liknande arrangemang skulle framöver kunna ordnas som en kvalitetsdag för ett ökat bra samarbete även mellan sjukhusets och primärvårdens läkare.

Samverkansdokumenten behöver förankras och följas upp. Stafettläkare och nya läkare har dålig kännedom om samverkansrutinerna. Mycket talar för att nuvarande system för implementering av dokumenten är bristfälligt [5]. När samverkansdokument och samarbetsrutiner presenteras är det få läkare som deltar. En anledning tycks vara tids- och allmänläkarbrist och därför svårigheter med att vara borta från verksamheten.

En möjlig lösning på problemet vore att göra informations-träffarna obligatoriska med öronmärkta medel. En läkare från varje enhet skulle då närvara och samverkansdokument kunna presenteras och spridas vidare. En större delaktighet från primärvårdens läkare efterlyses när samverkansdokument utformas, eftersom innehållet då skulle kunna formas så att kraven som ställs från sjukhusets sida bättre matchas med de resurser och den kompetens som finns i primärvården.

Resultaten från studien pekar även på att ST-läkare inom andra specialiteter än allmänmedicin skulle ha nytta av att randa sig på vårdcentralerna. Detta skulle sannolikt innebära vinster för alla parter [6].

I fortsatt forskning vore det angeläget att studera hur sjukhusläkare och primärvårdsläkare tillsammans gemensamt diskuterar styrkor och brister i samarbetet. Med blandade fokusgrupper skapas möjligheter för att nya synsätt fångas upp.

Referenser

1. Marklund S. Läkarnas administrativa arbete ökar allt snabbare. Läkartidningen. 2010;107:1600-1601.
2. Petersson C. Arbetsvillkoren igår och idag. I: Petersson C: Allmänmedicinens vardag - mitt i det mänskliga. Lund: Studentlitteratur. 2009:115-151.
3. Yin RK. Datainsamlingsmetoder. I: Yin RK: Kvalitativ forskning från start till mål. Lund: Studentlitteratur. 2013:133-156.
4. Rosberg S. Fenomenologi. I: Granskär M. Höglund-Nielsen B (red): Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund: Studentlitteratur. 2012:109-133.5.
5. Persson LG, Ekedahl S, Byskén Henriksson J. Gemensamma vårdriktlinjer för primärvård och sjukhusvård ökar samverkan. Läkartidningen. 2012;109:1958-1960.
6. Segernäs Kvitting A, Andersson O, Bergström B, Tuutma M, Olofsson C.

Allmänmedicin som gemensam basutbildning och sidoutbildning inom flera specialiteter. Distriktsläkaren. 2014;5:14-15.



Carolyn Koumal

ST-läkare i allmänmedicin
Capio Vårdcentral Västerås City
carolyn.koumal@ltv.se

Jäv saknas.

Eva Pilsäter Faxner engagerar medarbetarna i IT-utvecklingen

I november mottog två allmänläkare ett prestigefyllt IT-pris: Mikael Ohrling, sjukvårdsdirektör, och Eva Pilsäter Faxner, utvecklingsdirektör, inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Chefredaktören hade redan påbörjat en intervju med Eva Pilsäter Faxner, en av de viktigaste aktörerna för att ta fram ett nytt informationssystem för sjukvården.

Vad var ditt uppdrag som CIO och utvecklingsdirektör??

Jag fick ansvar för att hitta en struktur för systematiskt kvalitetsarbete med stöd av eHälsa i hela SLSO. Målet var att få till en verksamhetsdriven eHälsa-utveckling och att använda informationen i våra patientjournaler till vårt kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling.

Pascal är ett tankvärt exempel. Systemet var bra, men det fanns varierande underliggande strukturer som inte klarade att sända informationen tillräckligt snabbt. Därför fungerade Pascal för vissa och inte alls eller segt för andra användare.

Jag såg IT och eHälsa som en verksamhetsfråga. Kraften från medarbetarna var en outnyttjad resurs. Vi utformade Kompetenslyftet eHälsa där alla medarbetare deltog. Många är nu mer insatta i hur vi kan använda de digitala verktygen och informationen i våra patientjournalssystem. Det gör att de använder de nuvarande systemen bättre och att de vet vilka krav som bör ställas i framtiden.

Hur hanterar ni dokumentationen i journalerna?

Det öppnades en möjlighet när vi gick in i samma journalsystem som sjukhusen, Take Care. Med ett gemensamt system måste vi göra likadant för att få nytta av informationen. Vi har

Eva Pilsäter Faxner i sammanfattning

- Man måste få med medarbetarna. För detta krävs att vi har tid för reflektion och dialog på varje arbetsplats. När medarbetare bättre förstår användningen av IT-systemen kommer de också med bra idéer och blir intresserade av eHälsa-utveckling. Denna delaktighet för alla är A och O oavsett vilka IT-system man använder.

- Strukturerad inmatning ger möjlighet att ta ut strukturerade data och följa upp sin egen verksamhet. En förutsättning för hög kvalitet på inmatning i patientjournalerna är att vårdens medarbetare använder och förstår nyttan med gemensamma mallar och strukturerade sökord.

- En inloggning och du får tillgång till de uppgifter som just du behöver just idag. Kommunikation med patienten är inbyggt i systemet. Framtidens vårdinformationsmiljö är uppbyggt på ett helt annat sätt än dagens. Gemensam IT-arkitektur och standardiserade regelverk för informationsstrukturen är viktiga byggstenar.

därför infört gemensamma journalmallar för vanliga kroniska sjukdomar inom hela SLSO.

Mallarna tas fram i de s.k. INKA-grupperna (informationskvalitetsarbete) som består av kliniskt verksamma medarbetare, medicinskt sakkunniga och chefer. De utvecklas utifrån nationella vårdprogram och *viss.nu*¹ och täcker allt fler vårdprocesser. Nu arbetar vi med psykiatrins mallar där vårdprocessen öppen

¹ Viss.nu är ett medicinskt och administrativt webbstöd som riktar sig till personal inom primärvården i Stockholms län. Vårdprogrammen tas fram i samverkan mellan allmänläkare och respektive specialister.

Kompetenslyftet eHälsa

Kompetenslyftet eHälsa var ett EU-finansierat projekt i SLSO 2011-2013 för att höja medarbetarnas kompetens att använda digital information och kommunikation, till exempel journalsystem, statistik- och uppföljningsprogram, "Mina vårdkontakter" och webbportaler för vårdgivare och patienter. Samverkansaktörer var bl.a. de fackliga organisationerna, patientorganisationer och Centrum för allmänmedicin (från 1.1.2015 Akademiskt primärvårdscentrum), KI.

Metoden byggde på dialogseminarier kring ett specifikt tema, t.ex. diabetes eller kognitiv svikt. Gruppen tittade på ut-datarapporter, lärde sig använda digitala verktyg och diskuterade förbättringar av verksamheten.

Seminarier leddes av en av enhetens medarbetare, s.k. utvecklingsledare. Seminariet upprepades vid flera tillfällen på varje enhet så att alla medarbetare kunde vara med vid något tillfälle. Utvecklingsledarna utbytte erfarenheter i nätverksmöten som hölls ihop av processhandledare som i sin tur bildade ett processhandledarnätverk. Utvecklingsledare och processhandledare var kliniskt verksamma medarbetare från alla yrkeskategorier.

Utvärdering bl.a. av Medical Management Centrum, Karolinska institutet, visar att medarbetares eHälsa-kompetens ökade signifikant hos alla yrkes- och åldersgrupper.



Läs mer: Kompetenslyftet eHälsa januari 2011 – december 2013. Slutrapport. Ann-Marie Bönström, SLSO.

Lärande utvärdering Kompetenslyftet eHälsa. Pamela Strinning, Stefan Lundström, EY 30.1.2014

– sluten vård måste hänga ihop. Capio St Görän har ett annat journalsystem men vi har börjat arbeta tillsammans med mallar, sökord och kvalitetsregistreringsrapportering.

Alla i SLSO:s primärvård använder TakeCare på samma sätt med sökord och mallar. Delaktighet och Kompetenslyftet eHälsa har bidragit till att implementera arbetssättet. Vi är nu många som kan använda informationen när vi träffar patienten på en vårdcentral eller på sjukhuset.

Primärvården i Stockholm har länge haft tillgång till utdata för lokalt bruk². Kan de användas till kvalitetsregister?

Jag funderade på hur informationen skulle kunna användas. Vi fick fram ett "plockverktyg" som hämtar information från olika moduler i journaler. Med en knapptryckning, utan dubbeldokumentation, kan vi nu skicka data till kvalitetsregister. Nu försöker vi få in "plockverktyget" i fler register. Vi jobbar tillsammans med sjukhusen i SVD-projektet (strukturerad vårddata med koppling till kvalitetsregister).

2 Swedstar, ett äldre journalsystem för primärvård, och tilläggsprogrammet Rave, numera Medrave, utvecklat av allmänläkaren Per Stenström.

Hur kommer patienterna in?

Journal via nätet i Take Care har försenats av tekniska skäl. För att förbereda oss har vi haft dialogseminarier kring journal via nätet i primärvården under 2014. Alla medarbetare har deltagit i dialogen kring vad detta betyder för vårt arbetssätt med dokumentation i patientjournalen.

Hur går ni vidare efter projektets slut?

När EU-medlen för Kompetenslyftet eHälsa upphörde övergick arbetssättet i vårt eget Vårdlyftet. Där deltar alla SLSO:s vårdgrenar med sina pågående verksamhetsutvecklingsprojekt.

I primärvården kraftsamlar vi nu kring 'Framtidens primärvård'. Där har verksamhetscheferna definierat sju processområden: akut omhändertagande, astma-kol, diabetes-obesitas-metabola syndromet, hjärta-kärl-stroke, smärta-leder, sköra multisjuka och psykisk ohälsa.

Processgrupper med utvecklingsledare, medicinskt sakkunniga m.fl. utarbetar standardiserade journalmallar, uppföljningsdata för patientkvalitet, eHälsa-tjänster (självskanning, appar, internetförmiddad stöd och behandling), kompetensutveckling mm. Med nätverksmodellen och dialogseminarier implementerar vi sedan arbetssättet.

I samspelet mellan teknik och verksamhet måste verksamhetsbehovet få styra tekniken. Alla chefer och medarbetare deltar i Vårdlyftet och Framtidens hälso- och sjukvård. Verksamhetsstöd eHälsa inom SLSO är länken mellan verksamhet och IT. Våra INKA-grupper är vårt "information management"³.

Tillsammans med regionerna Västra Götaland och Skåne, "3 R", tittar SLL på 'Framtidens vårdinformation'. Patientens ställning och delaktighet ska stärkas, det ska skapas bättre beslutsstöd samt ges förutsättningar för innovation och forskning. Ett programdirektiv har tagits fram och godkänts av landstings-/regiondirektörerna. Från SLSO har medarbetare från vårt eHälsa/IT-råd medverkat i arbetsgruppen för förstudien liksom medarbetare från Karolinska universitetssjukhuset.

Resurspersonerna ska jobba i grupp där de utgår från behoven och vårdlogiken. Det handlar om en informationsmiljö

3 Att samla in, bearbeta och sprida information.

Eva Pilsäter Faxner

Specialist i allmänmedicin 1999. Distriktsläkare och verksamhetschef vid Stocksunds vårdcentral 2002. År 2004 fick hon utökat uppdrag som verksamhetschef även vid Täby vårdcentral, primärvårdsrehabilitering och barnmorskemottagning. År 2011 blev hon utvecklingsdirektör och CIO (chief information officer) inom SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde) med ansvar för verksamhetsdriven eHälsa-utveckling, informatikarbete och kvalitetsboksut. Sedan oktober 2014 är hon en av tre samordnande chefer inom primärvården i SLSO.



Stockholms läns landsting, SLL

SLL omfattar 26 kommuner med en femtedel av Sveriges befolkning. Omvandlingen enligt New public management har pågått under lång tid. Uppdelningen i beställare och producent är tydlig. Den aktiva privatiseringen medförde likalydande kontrakt för landstingsägda och privatägda verksamheter. Idag drivs cirka 50 procent av primärvården och en stor del av övriga verksamheter i privat regi. Att vården splittrades upp på många vårdgivare nödvändiggjorde IT-system av olika slag.

'Framtidens hälso- och sjukvård' innebär att vården ska samarbeta i nätverk runt patienten där husläkare, e-hälsa och närsjukvård spelar en viktig roll. Husläkaren och primärvården har en tydligare roll som koordinator i vården. Med gemensamma IT-lösningar kan vårdgivaren följa patientens sjukdomshistoria.

Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO

SLSO är en producentorganisation inom SLL med ca 120 resultatenheter och 11 500 medarbetare. SLSO omfattar all landstingsägd verksamhet utanför akutsjukhusens uppdrag: primärvård, psykiatri, geriatrik, habilitering, barn- och ungdomspsykiatri, närakuter, hjälpmedel, forskning och utbildning mm.

Verksamheten drivs under bolagsliknande former och har en styrelse. Sjukvårdsdirektör är Mikael Ohrling, i grunden allmänläkare.

Resultatenheterna är självständiga och varje verksamhetschef har ansvar för vårdavtal, budget, verksamhetsutveckling mm.



där fler kan skapa, använda och dela information, använda kvalitetsregister etc. Information skapas på olika ställen som är kompatibla och kan delas av många. Det är ett helt annat tänk än nuvarande journalsystem. Framtidens vårdinformation bygger på funktion, inte systemlösning och ska vara ett konkret stöd för användaren. Till exempel ska det poppa upp förslag baserade på tidigare information om patienten.

Hur tänker du dig framtiden?

Vad jag förväntar mig från ett modernt e-hälsosystem är att informationen är användbar, att medborgare och patienter kan interagera med vården, att det innefattar ett beslutsstödssystem som frigör tid till patientarbete och att det har en struktur för uppföljning och forskning. Via Mina vårdkontakter har vi redan idag web-tidbok, möjlighet till web-skattningar, rådfrågning,



Utvecklingsledare inom Kompetenslyftet eHälsa/Värdelyftet.

Foto: Katarina Hansson

Juryns stora pris 2014

"IT i vården" är en nerlagd tidning, numera en konferens. Bakom står Dagens Medicin och IT-portalen Computer Sweden. Dess förstapris 2014 gick till Stockholm läns sjukvårdsområde. Juryns motivering lød:

"Stockholms läns sjukvårdsområde med 11 000 anställda är utförarorganisation i Stockholms läns landsting inom primärvård, psykiatri, geriatrik, barn- och ungdomspsykiatri samt habilitering. Vinnaren får priset för sitt strategiska, strukturerade och systematiska arbete för att utveckla verksamheten och skapa mervärden för patienten med stöd av e-hälsa. Med en genomtänkt plan för att höja medarbetarnas kompetens i användningen av de nya verktygen har man skapat en trygghet som bygger på kunskap i stället för rutiner, och som skapar förutsättningar nästa viktiga steg – att göra patienten till en medaktör i vården, och kunna följa upp vilket värde sjukvårdens insatser skapar för patienten."



Mikael Ohring och Eva Pilsäter Faxner mottar Juryns stora pris från IT i vården.
Foto: Ilari Ohring

åtkomst till min journal, läkemedelsförteckning, vårdhändelser och remisstatus samt e-tjänster för stöd och behandling.

Vi måste ha ett systemstöd med "checklistor" för evidens och vårdprogram direkt i patientjournalen, där vi kan dela information med patienten och med andra vårdgivare. Data ska föras över till kvalitetsregister och användas för verksamhetsuppföljning, verksamhetsutveckling och forskning.

Utmaningen är att skapa en struktur som stödjer en småskalig verksamhetsutveckling nära patienter och brukare. Strukturen ska vara stabil, driftsäker och kostnadseffektiv och skapa mervärde för patienterna.

Jag tror att samordnad e-hälsa utifrån ett patientperspektiv är ett måste i den nätverkssjukvård som planeras i SLL.



Illustration: Katarina Liliequist

Vilka är förutsättningarna?

Den viktigaste förutsättningen är engagemanget på alla ledningsnivåer. Bäst utväxling fick vi där verksamhetschef och lokal utvecklingsledare samarbetade och hittade ett gemensamt tänk. Organisationen måste dammsugas på smarta lösningar och göra dem gemensamma – alla behöver inte vara nytänkande.

SLSO har en nätverksmodell för e-hälsa och vi kan vid behov tillsätta kliniskt verkssamma medarbetare i arbetsgrupper för Framtidens vårdinformation. Av vikt är även att finna modeller för finansiering så att privata enheter kan vara med i arbetet.

Det är viktigt att stötta innovation, nya arbetssätt och att använda allmän teknik på nya sätt. SLSO har en innovationssluss som tar emot idéer och ger stöd till verksamhetsprojekt, t.ex. "appar" och kliniska beslutsstödsystem.

Den gemensamma nationella IT-arkitekturen och standardiserade regelverk är viktiga för de innovativa lösningarna. Annars finns det risk att de nya digitala tjänsterna, "apparna", beslutsstöden mm, inte går att använda i praktiken, eller att det blir kostsamt att integrera till journalsystemen och att förvalta. Kapaciteten i de nationella lösningarna är oerhört viktigt, de måste hålla måttet för nya kraven.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör, AllmänMedicin
chefredaktor@sfam.se



Olle Lyngstam tar ST-läkarna till havet

"Det var den underbaraste perioden i mitt yrkesliv. Jag lärde känna öbefolkningen genom hembesöken och lärde mig lita på mina sinnen och det jag hade med mig i läkarväskan." Så yttrar sig Olle Lyngstam om ett vikariat som skärgårdsdoktor under studietiden. Då väcktes det livslånga intresset för allmänmedicin. Idag förknippas de flesta honom med SK-kurser ombord på tremastaren Lady Ellen.

Olle Lyngstams karriär började då han som alldeles nyfärdig allmänläkare fick jobb som verksamhetschef för Primärvården i Skövde. Nu visste den ny tillsatta primärvårdsnämnden inte så mycket om allmänmedicin. Men samarbetet med politikerna fungerade utmärkt, och grunden lades till det som har kallats för Skaraborgsmodellen.

– Vi beslöt att starta studiecirklar för våra politiker för att de skulle förstå innebörden i Alma Ata-fördraget och WHO:s riktlinjer. Dessutom hade vi en bra primärvårdsdirektör som hjälpte oss med utredningar och organisationsförändringar.

Resultatet lät inte vänta på sig. Det blev en primärvårdsexpansion utan like.

– Vi hade 23 anställda när jag började

1977, och 1 300 när jag slutade tio år senare. Vår idé var att ge befolkningen vård nära hemmet. Vi inrättade vårdcentraler i varje stadsdel, inte bara i nybyggda lokaler. Och eftersom folk vill bo i närheten av sina hem när de är gamla och sjuka skapade vi insprängda sjukhem runtom i Skövde med åtta platser på varje.

"... ingenting som sägs av en föreläsare kan vara så svårt att det inte går att förklara med enkla ord"

Svårrekryterat

På den här tiden handlade sjukvårdsdebatten inte så mycket om ekonomi, utan om uppgifter, mål och visioner. Att rekrytera distriktsläkare var dock ingen lätt uppgift.

– Jag var övertygad om att vi skulle locka till oss läkare eftersom det satsades så mycket på primärvården. Landstingsdirektören, Sven Bengmark, var primär-

vårdsorienterad, och när vi ett år äskade pengar till personal fick Kärnsjukhuset en och primärvården tvåhundra nya tjänster.

Siffran 1 500 invånare per distriktsläkare var målet, men det visade sig svårt att uppfylla. Kollegorna Bengt Dahlin i Lerum och Lars Berg i Tibro lanserade då "bemanningstrappan" som anger vad en vårdcentral kan göra utifrån läkartäthet (läs mer på sid. 42-44 i AllmänMedicin 2/2014).

Studierektor och husläkare

Skaraborgsmodellen var ett fascinerande projekt, men 1987 valde Olle Lyngstam ändå att flytta till Göteborg. Allmänmedicinskt Centrum låg vid Olskrokens vårdcentral och där fanns den numera bortgångne professor Calle Bengtsson. Där fick Olle Lyngstam en tjänst som FV/ST-studierektor, kombinerad med en deltidsmottagning vid Göteborg Energi. Sedan, när husläkarreformen kom 1993, startade han Husläkaren i Gårda, en mottagning med 1 500 personer på listan.

Båtkurserna

Olle Lyngstams goda pedagogiska förmåga är omvittnad av många. Den bygger inte på någon sofistikerad teori. Kursdel-



Olle Lyngstam på Lady Ellen

Foto: Gösta Eliasson



Olle och Anita Lyngstam. Foto: Gösta Eliasson

tagarna lär sig hantera de uppgifter och problem som de möter i sin vardag. Med all respekt för kunskap och färdigheter ser han samtalet, den kollegiala dialogen, som centralt. Han hävdar också att ingenting som sägs av en föreläsare kan vara så svårt att det inte går att förklara med enkla ord. Därför ska man inte låta prestige förhindra att man ställer en och annan dum fråga, menar han.

Idén med båtkurser för ST-läkare i den Bohuslänska skärgården kom 1983. Till en början hyrdes Atene, en tvåmastad skonare, senare Ingo, en tremastad dito. Men Ingo hade ont om kojplatser och 1996 hyrdes en större båt, Lady Ellen, även den en tremastare, byggd med stabila plåtar från ett ubåtsskrov.

Kursdeltagarna ger alltid gett högsta betyg på båtkursen. Att få segla några dagar är naturligtvis en förklaring till populariteten, men det finns fler.

– Det som händer ombord har ingen av dem varit med om tidigare. Tanken är att deltagarna skall må så bra under kursen att de sänker garden och glömmer bekymren därhemma. Då blir de mer mottagliga för nya intryck, till exempel då vi besöker vårdcentraler i fiskelägen för att se hur de jobbar där. ST-läkarna diskuterar också mycket med varandra om hur de upplever sina jobb, något de sällan får tid till hemma. Boendet, maten, skärgårdsnaturen och gemenskapskänslan bidrar naturligtvis också till välbefinnandet.

Under 2000-talet användes båtarna Gunilla och Britta. Men lagom till kursens 30-årsjubileum blev det Lady Ellen

igen. Då deltog Ulf Österstad, vice ordförande i SFAM, och blev så intresserad att han erbjöd sig ta över den dag Olle Lyngstam önskade dra sig tillbaka, vilket nu har skett (läs om Skut-kursen på sidan 54).

Läkemedelsindustrin

Det är ingen hemlighet att Olle Lyngstam under årens lopp samarbetat mycket med läkemedelsindustrin. För det har han fått utstå kritik.

– Jag tillhörde dem som förlitade sig på läkemedelsföretagen när det gällde fortbildning. Det gjorde det möjligt att rekrytera bra föreläsare, hyra lokaler och bjuda deltagarna på litet festligare mat. Industrin gav mig också praktisk hjälp. Det hade varit omöjligt att finansiera kursen enbart med deltagaravgifter, som på den tiden låg på 4 000 kronor. Men avgiften är högre idag och nu tycker jag det går bra utan sponsring.

– Det som inte var bra var att läkemedelsrepresentanterna kom för nära och det blev mycket kompiskänsla. Men det blir fel åt andra hållet när man helt tar avstånd från industrin och tycker att det är suspekt att ta emot en kulspeppenna. SFAM:s tidning AllmänMedicin har ju alltid samarbetat när det gäller annonser, och det har ingen kritiserat.

Pensionärlivet

Under vinterhalvåret bär det av till Västindien, de onda lederna blir bättre av värme. Under sommaren blir det segling i Bohuslän. Folk hör ofta av sig och vill ha en föreläsning. Det gör honom glad, för dela med sig av sitt kunnande har alltid legat Olle Lyngstam varmt om hjärtat. Och han finns med som föreläsare och mentor även i höst, då båten lägger ut med ett nytt gäng ST-läkare.



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



Olle Lyngstam

Ålder: 72 år.

Bor: Lägenhet i centrala Göteborg

Familj: Hustru Anita, två barn, två bonusbarn.

Karriär: Efter studentexamen läst psykologi och pedagogik. Medicinstudier 1966-71 i Göteborg. Med. ass. och FV-block i Allmänmedicin Skövde 1971-77. Chef för Skövde Primärvård 1977-1987. Studierektor i Göteborg 1987-1993. Privat husläkarmottagning 1993-2009. Hållit ett otal kurser och konferenser, bl.a. "Självordsprevention", "Doktorn i Centrum" och "Idrottsmedicin" i Vå-lådalen, "Allmänläkare i Europeiskt perspektiv" på WHO i Köpenhamn, årsmöten för SFAM i Skövde och Göteborg, primärvårdsmässor i Göteborg samt SK-kurser i "Allmänmedicinskt arbetssätt". Är medförfattare till boken och internetsajten "Praktisk Medicin".

Olle Lyngstams råd till ST-läkare

- **Våga säga nej.** Även om du trivs, stanna upp ibland och fråga dig om det du sysslar med är det du vill göra.
- **Arbeta med olika uppgifter.** Patientmottagning, handledning, studierektoruppgifter, forskning, kvalitetsutveckling eller något annat.
- **Inse att du kan påverka.** Inte genom att slå dig för bröstet, utan genom att vara påläst och omtänksam. Det är politisk slagkraft när patienter säger "rör inte min doktor".



ST-kurser på "Lady Ellen" ger unika tillfällen till kollegial dialog

Hösten 2014 hade ett fyrtiotal ST-läkare haft förmånen att gå kurs och samtidigt segla omkring i den bohuslänska skärgården med båten "Lady Ellen". Ulf Österstad, allmänläkare och vårdcentralschef i Jönköping, tog 2013 över rodret efter Olle Lyngstam, en lika välkänd som omtyckt profil bland allmänläkare. Olle, som drivit båtkurser ända sedan mitten av 80-talet, ställer dock fortfarande upp som rådgivare och lärare.

Den atmosfär av avspänd entusiasm som finns bland deltagarna går inte att ta miste på. Fem dagar ägnas åt föreläsningar med reflektion i små och stora grupper och i pauserna kan deltagarna pröva på hur det känns att sätta segel.

Att kursen får högt betyg i utvärderingar är inte förvånande. Kursavgiften kan tyckas hög, men man får valuta för pengarna. Innehåll och pedagogik stäm-

mer väl överens med de lärmeter som SFAM förordar.

Ulf Österstad är kursledare. Vad lär man sig under fem dagar på sjön?

– Kursen bygger på tre teman: historien, nuet och framtiden. För temat här-och-nu har jag engagerat Christer Rosenberg, en kollega som berättar om hur det är att vara ny vårdcentralschef. Men framförallt gäller det att se till att deltagarna har möjlighet att reflektera tillsammans, att både ge och ta.

Så vad är det då som lockar en ST-läkare? Ulla-Karin Persson-Clarsund, ST-läkare på Brahehälsan i Eslöv tror sig ha ett svar:

– Man får tillfälle att utbyta erfarenheter med kollegor, något som jag ofta saknar tid till i vardagen. Och man kan diskutera allmänmedicinska problem i grupp. Allmänmedicin, vad är det egentligen? Vil-

ken är min roll som allmänläkare? Båtlivet skapar en avspänd och tillåtande atmosfär och känslan när vi lägger ut från kajen en tidig morgon till ackompanjement av Sven-Bertil Taube och "Inbjudan till Bohuslän" är helt fantastisk!

Carl Antonson, ST-läkare på Capio Citykliniken i Malmö håller med och tillägger:

– Jag blev både överraskad och glad över att Olle Lyngstam tog upp det historiska perspektivet, för det är viktigt. Och det märks att kursledaren, Ulf Österstad, har erfarenhet av UGL-utbildning. Sist men inte minst, folk blir roliga att umgås med och väldigt engagerade när de bor tillsammans på en båt.

Gösta Eliasson

SFAM:s fortbildningsråd

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Olle Lyngstam



Ulf Österstad



Ulla-Karin Persson-Clarsund



Carl Antonson



Hälsosamt möte

Allmänläkardag på Loka brunn för Värmland och Örebroregionen

Uppdelat på två likadana konferensdagar fick 170 allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin ta del av ett stimulerande program. Det märktes att det var ett arrangemang av allmänläkare för allmänläkare. Programkommittén var den aktiva lokalföreningsstyrelsen. Lokalavdelningen med 101 medlemmar har en styrelse med 12 medlemmar.

Vid middagen på onsdagen samlades deltagare från båda konferensdagarna. Diplom och priser till nytillträdda läkare, handledare, årets allmänläkarvän och färdiga ST-läkare delades ut. Bästa ST-uppsats fick dessutom ett resestipendium på 10 000 kr. Allt detta gick raskt undan med lagom högtidlighet och bibehållen feststämning.

Fyra väl avvägda föreläsningsspass varvades med möjlighet till kollegiala samtal:

- Nya perspektiv på fetma – varför en utmaning för läkare och patient? Helena Dreber, ST-läkare vid Capio vårdcentral Lekeberg och Överviktscentrum vid Karolinska universitetssjukhuset, samt Erik Hemmingsson, PhD, KI, hjälpte oss att se längre än till vikt och kalorier vid behandling av sjuklig fetma.
- Demens ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Ska vi sätta diagnos så tidigt som möjligt eller vid rätt tidpunkt? Är prevention möjlig? Behandling, spelar den någon roll egentligen? Detta var frågor som Anders Wimo, distriktsläkare på Bergsjö hälsocentral och adjungerad professor vid Neurogeriatriska divisionen, KI, ställde och delvis besvarade.
- Laryngeal obstruktion, en differential-diagnos till astma, fick vi snyggt demonstrerad av Eleftherios Ntouniadakis från öronkliniken i Karlstad.
- ...ofta lindra, alltid trösta. Nina Cavalli-Björkman, onkolog med utvecklat sinne för mänsklig kommunikation, gav oss en rik upplevelse med exempel ur sin erfarenhet på vad som får ett svårt patientsamtal att bli bra. Vi fick också tips hur



Ordförande Christina Ledin, Karlstad hälsar välkommen

doktorn kan hitta strategier att sedan hantera det svåra. Nina skriver, andra lyssnar på musik. Även min egen favorit, pianospel, fanns med som tips. ►►



Maher Khaldi, Örebro i samtal med Kenneth Widäng, SFAM.

Allmänmedicin + Psykiatri = Sant

Vi samarbetar för att skapa mer tid för våra patienter och kunna ge bättre vård. Vill du jobba med oss?



Christina Ledin
Allmänläkarspecialist

Jonas Niklasson
Chefläkare, psykiatri

www.liv.se/jobb





- Här fanns kollegial samvaro, blandad med kunskapstillförelse för nya ST-doktorer och luttrade vårdcentralskämpar. Författaren med uppdrag att representera SFAM:s nationella styrelse hade riktigt roligt. Det bådade gott att se detta exempel på livaktigt lokalt SFAM-arbete. Det är många sådana lokala baser vår förening behöver ha att luta sig mot.

Kenneth Widäng
Styrelseledamot SFAM
Boden
kenneth.widang@sfam.se

Kunskapens ljus

I samband med årets allmänläkardagar på Loka Brunn delar föreningen ut sina priser – "Kunskapens ljus" – till bästa handledare i Örebro respektive Värmland. Priset består av diplom och en för året nysmidd ljusstake.

Priset i Värmland gick till **Axel Heyman**, som trots att han befinner sig tidigt i karriären redan blivit känd för uppskattade handledarinsatser.

Priset i Örebro gick till **Izis Seric**, Lindesberg som är en klippa på sin vårdcentral, som älskar sitt arbete och delar med sig av sin entusiasm till medarbetare och adepter.



Axel Heyman och Izis Seric.

Bästa allmänmedicinska insats

I samband med SFAM Örebro-Värmlands allmänläkardagar på Loka Brunn delar föreningen ut priset "Bästa allmänmedicinska insats" till förtjänta kollegor. Priset består av diplom och ett för året nydesignat vandringspris.

I Örebro gick priset till **Gunnar Carlsson**, Skebäcks vårdcentral Örebro. Gunnar har förutom lång och trogen tjänst på vårdcentralen på senare år verkat som informationsläkare på Läkemedelskommittén och varit en uppskattad besökare på vårdcentralen runt om i länet.

I Värmland gick priset till **Lars Matthiessen**, Arvika för målmedvetet kvalitetsarbete på Vårdcentralen Verkstaden.



Gunnar Carlsson och Lars Matthiessen.

Forskarträff på Kreta

European General Practice Research Network (EGPRN) är ett nätverk inom Wonca Europe för forskare inom primärvård och familjemedicin.

Värd för höstmötet 2014 på Kreta var Christos Lionis – internationellt meriterad forskare med svensk docentkompetens som på 80-talet gjorde sin post-doc i Dalby. Christos pratar svenska och är lika hjärtlig som han ser ut.

Italienske SFAM-medlemmen Ferdinando Petrazzuoli, doktorand i Malmö på demensdiagnostik i primärvård med mig som handledare, representerade SFAM på WONCA-mötet i Lissabon juli 2014. Ferdy passade på att fylla 56 år på Kreta.

Marie Cederholm, Stockholm, diplomerad vid SFAM-mötet i Västerås 2014, presenterade sin examensuppsats om sköldkörteldiagnostik på Kretamötet och gjorde det mycket bra. *Så här tyckte hon om mötet:*

– Utöver att det är spännande att få del av europeiska kollegors erfarenheter så var EGPRN-mötet en ögonöppnare för mig. Det blev tydligt hur allmänmedicin är kopplat till god folkhälsa och människors välbefinnande på såväl individ- som samhällsnivå. Det är skrämmande att politik kan ha sådan stark negativ påverkan på hälsoläget.

Och om att åka på konferens:

– Att zooma ut från det dagliga patientmötet till att se allmänmedicinen uppifrån ger mervärde och kraft till att fortsätta med ett bra allmänmedicinskt arbets- och tankesätt.

Ohälsan ökar i takt med ekonomiska åtstramningar. Grekland, fattigaste EU-landet 2013, har skurit ner välfärden så att var tredje grek saknar sjukförsäkring och allt färre grekiska barn vaccineras mot barnsjukdomar. Mässling och malaria är tillbaka. HIV, hypertoni, IBS, och depression ökar kraftigt. Vartannat självmord beror på ekonomiska åtstramningar.

Den 7-10 maj hålls nästa EGPRN-möte i Timisoara, Rumänien. 17-20 oktober är det EGPRN-möte i Erdine, Turkiet (och 22-25 oktober WONCA Europe i Istanbul). Tel Aviv är värd för vårmötet 2016 den 19-22 maj.

Boka dessa datum för hållbara mänskliga och allmänmedicinska erfarenheter!

Hans Thulesius

Docent

Ordförande i SFAM:s forskningsråd

Allmänmedicin, Lund

Vårdcentralen Strandbjörket, Växjö

hansthulesius@gmail.com



Professor Christos Lionis omges av tre SFAM-medlemmar – Hans Thulesius, Marie Cederholm och Ferdinando Petrazzuoli, Napoli.



Årets avhandling

Forskningsrådet har beslutat tilldela Stefan Jansson, Örebro län, priset för Årets avhandling 2014.

Motivering: Stefan Jansson har i epidemiologiska studier med basen i svensk primärvård från 1970-talet samlat världsunika longitudinella data om personer med diabetes typ 2. Avhandlingen ger värdefull kunskap om diabetesförekomst, incidens och nyttan av god behandling för att minska morbiditet och mortalitet. Screening av symtomfria personer för att tidigt upptäcka diabetes tycks inte minska morbiditet och mortalitet jämfört med klinisk upptäckt.



*Läs mer om Stefan och
avhandlingen i
AllmänMedicin 2-2014!*

Foto Magnus Westerborn

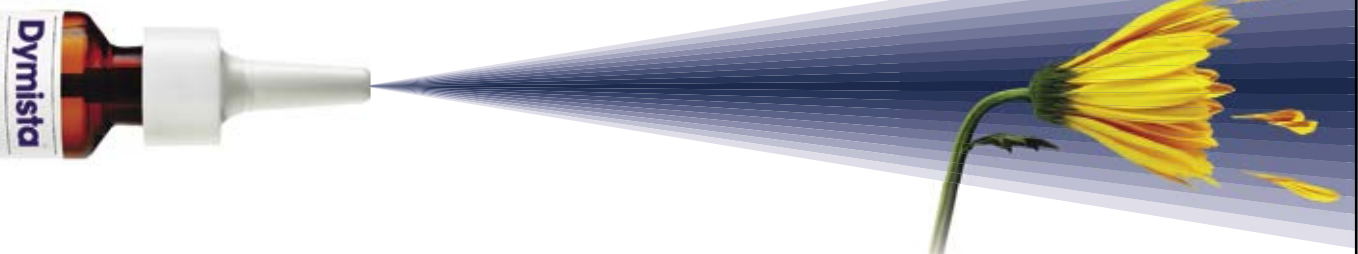


Dymista® – i en egen klass

(flutikason/azelastin, ATC-kod R01AD58)

Även
vid måttliga
besvär

- Effektivare och snabbare vid nästäppa^{*1,2}



* Jämfört med en nasal steroid – i de kliniska studierna jämfördes Dymista med flutikasonpropionat vid måttlig och svår allergisk rinit. Dymista visade effektivare och snabbare symptomlindring på alla nasala symtom (rinorré, nästäppa, nysning och näskläda) och på alla okulära symtom (klåda, rinnande och röda ögon). Referens: 1) Produktresumén, www.fass.se. 2) Meltzer et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377.
Dymista® (flutikason/azelastin) R01AD58, Rx. **Indikation:** lindring av symtom vid måttlig till svår säsongsbunden och perenn allergisk rinit, om monoterapi med antingen intranasalt antihistamin eller glukokortikoid inte anses tillräcklig. **Styrka:** nässpray 125 mikrogram + 50 mikrogram/sprayning, spraybehållare. **Förpackningar och priser:** 28 doser, rek AUP 112,00 kronor (EF) 120 doser, AUP 240,00 kronor (F), 3 x 120 doser, AUP 679,50 kronor (F). Produktresumén senast granskad 2013-02-21. För mer information: www.fass.se
Meda AB. Box 906 170 09 Solna. Tel 08 630 19 00. E-post info@meda.se www.medasverige.se

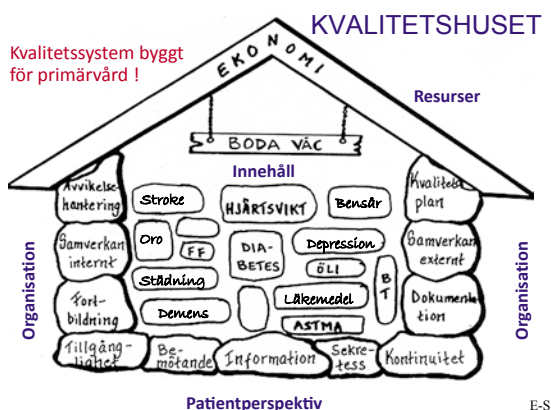
1795-089-feb-2015, A.M.m.

MEDA

Dymista®
flutikason/azelastin



Lyckad kvalitetsdag 2014



S FAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd, SFAM Q, lyckades åter - kvalitetsdagen den 12 november 2014 var en höjare.

Programmet var späckat med en rad parallella presentationer av olika projekt med syftet att förbättra effekt, kvalitet och patientsäkerhet. Därefter blev det längre diskussioner i plenum om bl.a. kvalitetsindikatorer för arbetet med levnadsvanor, evidens inom allmänmedicin och tillgång till journal via nätet.

Två programpunkter som fångade min uppmärksamhet var verktyg för kvalitetsutveckling. Kvalitetshuset togs fram av SFAM-Q för över femton år sedan men borde vara användbart även idag, i digitaliserad form. Lars Matthiessen, Verkstadens vårdcentral i Arvika, presenterade Ratten. Båda systemen bygger på att man dokumenterar och har struktur, att man sätter mål, att man följer upp och att personalen är involverad.

Alla abstrakt och presentationer återfinns föredömligt på hemsidan.

Två projekt utsågs till bästa kvalitetsarbete

DÅD – läkemedelsgenomgångar hos äldre. Erik Wählin, Visby.

Gruppbehandling för patienter med sömnbesvär i primärvården. Christina Sandlund, Telefonplans vårdcentral, Stockholm och Centrum för allmänmedicin.

Ett projekt fick hedersomnämmande

Introduktion och kompetensvärdering av utlandsutbildade läkare. Karin Wihlborg, Jönköping. Dorte Kjeldman & Göran Runesson Nässjö.

Text och foto:
Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Erik Wählin, Visby



Christina Sandlund



Dorte Kjeldman, Nässjö



Per Stenström, skapare av utdataprogrammet RAVE.



Sofia Hellman, Stockholm



Nadja Schuten Huitink, Svärdsjö



Kvalitetsrådet 2014

SFAM informerar

Anmäl ditt föredrag till kvalitetsdagen!

Den 12:e Nationella kvalitetsdagen hålls på Svenska Läkaresällskapet den 26 november 2015. Senast den 15 april ska ditt förbättringsprojekt vara registrerat på www.sfam.se.

Kvalitetsdagen är till för att utbyta erfarenheter och inspireras till utveckling av svensk primärvård. Alla yrkesgrupper i primärvården är välkomna!

Nina Cavalli-Björkman. *Vård av våra sjukaste. Hur ska doktorn orka?*
Studentlitteratur 2104. 144 s. ISBN 978-91-44-10067-8.



Inspirerande om att klara av ett svårt arbete

Onkologen, föreläsaren och författaren Nina Cavalli-Björkman talade i en fullsatt sal på SFAM:s vårmöte i Västerås i maj 2014 under rubriken "Samtal med de allra sjukaste: om kommunikation i palliativ vård". Hon delade generöst med sig av sina erfarenheter av och reflektioner kring det svåra samtalet. Publiken var tacksam och berörd efteråt.

Möjlighet finns att ta del av Nina Cavalli-Björkmans tankar och kunskaper i ämnet även i bokform: "Vård av våra sjukaste. Hur ska doktorn orka?"

Inledningsvis berättar författaren att bokens syfte är att göra vårt arbete i mötet med svårt sjuka patienter lite lättare och att reflektera kring hur vi kan bära oss åt för att mäkta med ett yrkesliv som läkare. Reflektionen är ett genomgående tema och, kan man tänka, också svaret på hur vi bäst hanterar det svåra samtalet och vår arbetsvardag. Det är inte lätt och det finns inga genvägar. Vi måste tänka, känna, fundera och samtala, vi måste lära känna oss själva. Denna process bör följa oss genom åren.

Ett annat återkommande tema är betydelsen av patientcentrerad kommunikation och vikten av att vara autentisk, uppriktig och rak. Likaså att se bortom det medicinska, se människan bakom sjukdomen. Vi får många fint skildrade situationsbeskrivningar ur författarens erfarenhetsbank och delges också författarens eget vindlande växande in i sin professionella roll.

De avslutande kapitlen ger jordnära och handfasta råd (och tröst!) om hur vi kan klara vårt jobb utan att bli utbrända eller må dåligt. Strategier som handledning, kollegialt stöd, sinnliga eller kreativa fritidsintressen nämns liksom acceptans, mod att säga ifrån, att samla på beröm och att vara stolt.

Sammanfattningsvis är det inspirerande att ta del av en klok kollegas tankar kring dessa viktiga ämnen och jag vill gärna avsluta med att citera de sista raderna:

"Nej, det är inte roligt att ta hand om döende småbarnsförlärdar eller ångestfyllda patienter med svåra symptom. Men jag brukar tänka: Någon måste göra det. Någon måste våga! Den här patienten har rätt till god vård och ska inte behöva känna att hon utgör en börda för dem som står för vården. Någon måste övervinna sitt eget obehag och bemöta den här patienten med respekt och värdighet. När jag själv vågar, eller övertalar mig själv att våga, måste jag få känna mig stolt över att jag gör det. Den känslan kan bära mig och göra att jag orkar vara den patientens läkare."

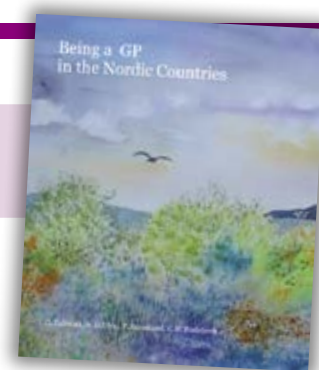
Tina Nyström Rönnås

Sjöstadsdoktorn, Stockholm

tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktorn.se



Being a GP in the Nordic countries. Red. C Tulinius, A Hibbe, P Stensland, CE Rudebeck. Charlotte Thulinus, 2013. Inbunden, 183 sidor. ISBN 978-87-996420-0-7.



En vacker bok om patientarbete

Någon utvald bland AllmänMedicins läsare kommer att få den här boken som present på vid SFAM-mötet 15 juni, före den nordiska kongressen i Göteborg. Vem?

"Being a GP in the Nordic countries" är en mycket annorlunda bok. Den består av ett stort antal bidrag från nordiska allmänläkare: bilder och texter av alla de slag. Texterna är ofta både på originalspråket och i engelsk översättning. På olika sätt beskriver de bidragsgivarens bild av att vara en nordisk allmänläkare. Mycket arbete har lagts ner på att göra layouten tilltalande. Omslaget är vackert.

Ursprunget till boken är material från utställningar på de nordiska konferenserna 2009 och 2011, kompletterat med material från intervjuer, workshops och fokusgrupper. Materialet har diskuterats, bearbetats och analyserats på olika sätt för att därefter sammanställas i tretton olika temaområden.

Boken säger mycket om den verklighet som dagens mätningar och redovisningar inte säger något om: hur det är att arbeta med patienter av olika slag.

Ingrid Eckerman

chefredaktor@sfam.se



Patienter borde förbjudas att googla

Mina kollegor och jag reflekterar i fikarum och på handledning över patienter och patientmöten. Hur behandlar man en viss sjukdom på bästa sätt? Hur bemöter vi patienten? En fråga som dyker upp är hur vi hanterar patienten som inte är medicinskt utbildad men som har googlat fram sin diagnos. "Kombinationen patient och internet innebär en ny stor utmaning för läkar- och sköterskekåren som måste se om sina arbetssätt för att kunna uppfylla kraven" (s. 110).

Det händer att den diagnos patienten hittar är korrekt men lika ofta är den felaktig. I de fall patienten feldiagnostiserat sig är hen ibland svår att övertyga om annat. Ibland skämtar vi att "patienter borde förbjudas att googla". Självlärt är det inte så. Det vi uttrycker är vår ovana eller oförmåga att hantera "den nya medvetna patienten". Men det är bäst att vi vänjer oss för "den nya medvetna patienten" kommer att bli vanligare, åtminstone om man ska tro Håkan Eriksson, professor i medicin, och Peter Majanen, framtidsforskare, som skriver om framtidens patient och vård. Och tro dem, det ska man nog göra.

"Den ökade IT-fieringen har skapat skarpare och mer lättillgängliga informationskällor, vilket bidrar till att nya attityder snabbare slår igenom hos patienterna. Dessa har betydligt större kunskaper än tidigare och kräver inflytande över sin behandling. Dagens patienter har ofta läst på om sin sjukdom på internet och har åsikter om var den bästa vården går att finna. Om läkaren föreslår det egna landstingets vårdplan och behandlingsalternativ så vill patienterna – eller deras anhöriga – inte alltid acceptera lösningen. Läkarna blir klämda mellan patienternas önskemål och politikernas direktiv" (s. 33).

Eriksson och Majanens bok "Patient.nu - Med världen som hälsoleverantör och internet som vårdcoach" är vid det här laget nästan tre år gammal. Flera av de trender/tekniska lösningar som när boken skrevs var rena utopier eller i sin linda finns idag. Senast igår när jag läst klart boken hade Aktuellt ett inslag om en BodyKom-liknande tjänst¹.

En central del i boken är den medvetna patienten som tar en aktiv del i sin vård och därigenom ställer förändrade och större krav på vården. "För att citera Annelie Nordström, ordförande i Kommunal: Alla vill ha allt till alla, alltid" (s. 17).

En trend Eriksson och Majanen ser är att vården kommer att bli mer individualiserad. Man talar om sex arketyper av patienter och deras krav på framtidens vård. Indelningen baseras på en studie 2009-2011 på nästan 5000 svenskar.

Det är i beskrivningen av arketypernas vårdbehov och de två första kapitlen "Sverige i en omställningstid" respektive "Framtiden inom diagnostik och behandling" som jag själv finner störst behållning. Genom "Sverige i en omställningstid" ser jag plötsligt hur samhälleliga förändringar tillsammans med värderingar och livsstilsförändringar skapat den vård vi har idag och hur den kan komma att se ut imorgon. Hur ska vi hantera "Den nya medvetna patienten"? Vilka krav ställer patienterna på oss i den framtida vården? Hur utnyttjar vi de tekniska möjligheterna på ett bra sätt? Det är stora förändringar vi kommer att genomgå om Eriksson och Majanen har rätt i sina analyser.

För den som inte är insatt i men undrar över IT:s plats i vården, nu och framöver, kommer kapitel fyra "Vård ITiden – digitaliseringen av hälsa, vård och omsorg" att utgöra intressant läsning. Det beskriver var vi står idag, varför våra lösningar inte är hållbara och vilka utmaningar vi står inför. Det finns många goda råd om vad vi ska tänka på nationellt och lokalt i utvecklingen för att IT-systemen ska utgöra ett gott stöd och uppfylla både patientens och vårdgivarnas behov. Kapitlet beskriver också kortfattat begrepp och IT-stöd som "det talas om". Redan idag finns goda exempel på IT-stöd, även om inte jag håller med Eriksson och Majanen fullt ut och kring alla exempel.

För den som undrar: Nej, man behöver sannerligen inte vara en IT-nörd för att förstå kapitlet eller boken. Det är en bok för nybörjaren. Hela boken är skriven på ett lättfattligt språk utan branschspecifik rappakalja. Man behöver varken kunna teknik generellt eller "datorer" specifikt för att finna läsningen intressant. Det här är en bok för den som vill vara en del i framtidens vård och kanske till och med vara med och utforma den.

Johanna Hellberg

Systemvetare, ST-läkare

Flogsta Vårdcentral

EPJ, Uppsala läns landsting

johannafrberg@telia.com



1 BodyKom är en tjänst som genom sensorteknologi kan övervaka patienter och överföra det till vårdgivaren.

Recensioner endast på hemsidan

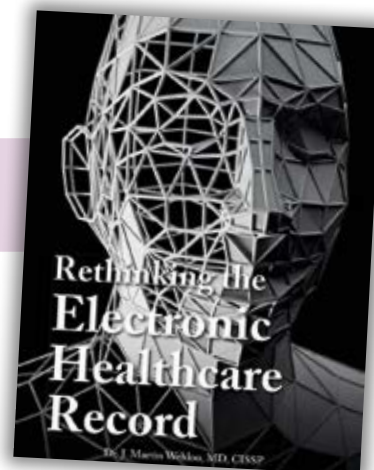
www.sfam.se/allmanmedicin

Alltid denne Picketty. Thomas Picketty: Capital in the Twenty-First Century. Harvard University Press 2014. *Lars Bäcklund 11.2.2015*

Många frågetecken kring människan och evolutionen. Johan Frostegård: Nästan allt om människan. Evolutionen, generna, moralen och lite till mycket mer. Karolinska Institutet University Press 2013. *Ingrid Eckerman 7.4.2014*

Saklig bok om den "nya" primärvården. Christer Olofsson: Primärvården som marknad. Studentlitteratur 2013. *Ingrid Eckerman 7.2.2014*

Wehlou M. *Rethinking the Electronic Healthcare Record: Why the Electronic Healthcare Record (EHR) failed so hard, and how it should be redesigned to support doctors and nurses effectively in their work.* Uppsala: Man In the Middle AB, 2014. 214 s. ISBN 9789198170603



Omtänk för journaler skulle hjälpa

Det är sorgligt att det behöver skrivas en bok med "Rethinking" som första ord i titeln. Med lite mer tänkande när våra journalsystem utvecklades hade vårt arbete troligen varit mindre frustrerande och mer effektivt.

När journalsystemens brister diskuteras i våra fikarum är det vardagens frustrationsmoment som kommer till uttryck – för många musklick, felaktigt placerade ikoner och svåröverskådliga gränssnitt. I "Rethinking the Electronic Healthcare Record" gör Martin Wehlou en noggrann analys av dagens journalsystem och presenterar en problemformulering som går djupare än vad de flesta av oss är vana vid. Wehlous tankar om utveckling av journalsystem kommer från hans dubbla yrkeskarriärer som programvaruutvecklare och läkare – tidigare verksam som kirurg i Belgien och numera allmänläkare i Sverige.

I bokens första del görs en kort genomgång av grundföresättningsarna – IT-systemens tänkta funktion i sjukvården, läkarens kliniska arbetsprocess och en del grundläggande termer i informationshantering och IT-arkitektur. En historisk tillbakablick över den datoriserade journalens utveckling ger viktiga ledtrådar till varför dagens system ser ut som de gör. Att man med tidiga elektroniska journalsystem försökte efterlikna den gamla pappersjournalens dokumentationsmetod har satt spår ända in i våra nuvarande system.

Exempel ges i första hand från allmänläkarens vardag, med brett inflöde av ärenden och många remisskontakter. Vårdkedjans informationsflöden illustreras med pedagogiskt förenklade patientfall.

Andra delen är en genomgång av hur dagens journalsystem är konstruerade och visar varför de inte erbjuder oss det stöd i det kliniska arbetet som de borde.

De system som finns idag hjälper oss i bästa fall att dokumentera vårt arbete historiskt men gör knappast något för att underlätta vår beslutsprocess. Än mindre ger de möjlighet att dokumentera själva beslutsprocessen – slutprodukten av vår kunskap och erfarenhet – annat än i fritext.

Datorer är bra på att samla och sortera stora mängder data och att presentera information i strukturerad form. De är (än så länge) mindre lämpade att dra rimliga, korrekta och relevanta slutsatser av denna information och kan inte bedöma när avsteg från regler och algoritmer behöver göras. Människor – och läkare – är inte särskilt bra på att hantera stora mängder data, men är skickliga på att dra relevanta slutsatser när en rimlig mängd information presenteras.

Wehlous viktigaste poänger är att nuvarande system inte

bidrar till att föra den kliniska processen framåt och att integrerade beslutsstöd saknas. Det som borde vara datorns viktigaste funktion, att kondensera information till en överblickbar delmängd som är relevant för den aktuella kliniska situationen, finns inte i systemen. Den enskilde läkaren får förlita sig på sin egen, naturligt begränsade kunskap, som kompletteras med de externa kunskapsstöden hen för stunden har tillgång till.

I bokens avslutande dominerande del skissas ett förslag till journalsystem med fungerande beslutsstöd, där beslutsprocess och dokumentation integreras med varandra. Den modell som teoretiskt beskrivs kan i korthet sägas vara uppbyggt kring varje enskilt ärende som rör en patient. Allt som rör t.ex. patientens blodtryck – utredningar, remisser och behandling – kan följas på ett sätt som ger en mer logisk bild av den kliniska processen än dagens kronologiska dokumentationsmodell, där alla uppgifter om patienten lagras i tidsordning utan inbördes relevans.

De tankar som beskrivs tycks ligga till grund för den programvara som författaren själv utvecklat, IotaMed. Skärmdumpar från programmet används för att illustrera exempel i boken.

Språket flyter lätt i en avslappnad ton vilket gör att de tekniska passagera ger behållning även för den som saknar programmeringskunskaper. Fotnoter används till att förstärka texten med en ironisk humor.

Bokens tänkta målgrupper är kliniskt verksam sjukvårdspersonal och IT-utvecklare. Med tanke på att basal medicinsk terminologi ofta förklaras, medan många av de programmeringstekniska begreppen förutsätts kända av läsaren, får det ändå misstänkas att författaren oftare har haft sina programmerande kollegor i åtanke.

Det är en utmärkt bok att ha som utgångspunkt för fortsatta diskussioner om hur våra IT-verktyg kan förändras. Förhoppningsvis blir den också läst av utvecklare, inköpare, beslutsfattare och andra med inflytande över denna viktiga fråga.



Emil Péclard

ST-läkare

VC Tisken, Falun

Emil.Peclard@ltdalarna.se

Kultur-spalten

Cornelis hälsar på

Strax söder om centrala Stockholm ligger en liten 50-tals pärla: Hökarängen. Med Sveriges äldsta gågata. Här är det alltid folk i rörelse. Neonskyltarna lyser. Inte trasigt blinkande, utan nya och fina. Affärslokaler har full verksamhet. Järnaffär. Tobaksaffär. Tatuerare. Ett zoo med fler reptiler än mjuka djur. En ekologisk barnklädesbutik. En rad pizzerior, colombiansk mat, peruansk cevicheria. Stadsmissionen återbrukar i affären Remake.

På torgets bänkar sitter gänget från arla morgonstund tills mörkret faller. Runtomkring ligger tre- och fyrvåningshus. Små skogsdungar. En konsthall. Kollektiva odlingslotter. Av de ca 9 000 människorna som bor här bor de flesta i små hyresrätter. Många har bott här alltid. Man handlar på Matdaxs med de orangea skyltarna där man just fått in ett parti ravioli på burk för 5 kronor stycket. Ohälsotalen är höga men här vill man annorlunda. Här pågår projektet Hållbara Hökarängen för att skapa ett socialt, ekologiskt och ekonomiskt hållbart Hökarängen.

I Hökarängen har vi precis öppnat en vårdcentral. En hållbar vårdcentral har vi tänkt. Bästa tänkbara vård. Hög medicinsk kvalitet. Kontinuitet i patientläkarrelationen. Resurssmarta, omtänksamma och framåtblickande vill vi vara. Ja, vi har höga ambitioner. Och vi har läst hela regelboken. Studerat uppdragsguiden. Plöjt den 78 sidor långa registreringshandboken, de tjugo sidorna om hur man rapporterar kvalitetsindikatorer, sex sidor om hur vi ska vara tillgängliga i telefonen.

Då kommer Cornelis plötsligt in genom dörren på vår nyöppnade vårdcentral. Ja alltså Cornelis Vreeswijk. För en bekant 20-åring fick det nu förklaras vem han var (hen å andra sidan fick förklara vem Pewdiepie var, så det jämnar ut sig). Cornelis kom inte in i egen hög person den här gången, det gjorde han däremot för så där 50 år sen. För i samma lokal som vårdcentralen idag ligger låg på 60-talet socialbyrå där Cornelis en kort tid praktiserade.

Nu kommer han in i form av en affisch med vilken Cornelissällskapet välkomnar oss till Hökarängen. Att sätta upp på de ännu kala väggarna i väntrummet.

Vi tackar och tar emot. Välkommen Cornelis, till vår lilla vårdcentral. Vi vill gärna hedra dig – men vi kan inte sätta upp dig *så där* i väntrummet. Det blir inte rätt. Någon föreslår att vi visst kan sätta upp den, med en tilläggsskylt "Vi kan ge dig livsstilsråd" eller något i den stilen. Men det känns inte heller bra. Vi tror inte att du hade uppskattat det. Skulle nog kännas lite kränkande faktiskt.

Hur många cigaretter i veckan röker du normalt i genomsnitt, herr Vreeswijk? Hur länge har du gjort det? Standardglas per vecka och hur många minuter om dagen har du en fysisk aktivitet? Och med vilken intensitet du utför den? Är din kost hälsosam? Ge oss gärna ett svar här som är vetenskapligt evidensbaserat tack, vad gäller just hälsosamheten. Snart kan vi kanske komma fram till vad du söker för...

Men vi har ju läst alla registreringsreglerna. Det ser möjligen



Foto: Hans Gedda

bra ut på pappret men det blir liksom inte bra i verkligheten. Det känns inte hållbart.

Men alla är ju inte Cornelis Vreeswijk. Nej visst. Vi har fler människor i Hökarängen. Kristina Lugn sägs ha växt upp här, kanske också Stefan Sundström och Björn Afzelius, det är lite oklart. Men det ska finnas ett vilt ligistgäng från Slalomklubben Hökarängen – bästa svängen. Och ett fullblodsras som ska ha legat med Magnus Uggla.

Och så har vi Nisse. Nisse från Hökarängen. (Nu kanske det är fler än 20-åringen som behöver en förklaring.) Nisse i Hökarängen kom till på 70-talet på SVT som den person som skulle representera tv-programmet Aktuellt målgrupp. En vanlig arbetare, som kom hem från jobbet och ville veta vad som hänt i världen. En slags medelvensson. Honom är det kanske lätt att göra statistik och mallar av.

I Hökarängen bor det i alla fall väldigt få f.d. landstingsråd som numera jobbar som styrelseledamöter i stora vårdbolag. Våra patienter här i Hökarängen är annorlunda, eller snarare alldeles vanliga. Som Nisse och de andra. Som vill ha hållbar vård. Sådan vård som vi vill ge. Och ändå är det något som inte stämmer...



Agnes Lutz

Vårdcentralen Hökarängen, Stockholm
agnes_h_lutz@yahoo.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande

Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

Facklig sekreterare

Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare

Olof Cronberg
olof.cronberg@sfam.se

Övriga ledamöter

Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Marit Lindberg
marit.lindberg@sfam.se

Knut Meidell
knut.meidell@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedelsterapirådet SFAM-L

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

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Hans Brandström
h.brandstrom@telia.com

ST-rådet

Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin
sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvane frågor

Mette Barth
m.barth@halsomedicinscenter.se

IT-rådet

Anne Björk
annebj@bredband.net

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i

kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

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

Gastroprima – för mag-tarm-

intresserade allmänläkare
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

NäSTa – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)

Kontakt:
Maria Lütkeker
marialutkeker@hotmail.com

Studierektorskollegiet

Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin

Jens Wiethage
jens.wiethage@lio.se

Infektioner i primärvården

Sigvard Mölstedt
sigvard.molstedt@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
eva.arvidsson@ltkalmars.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Monica Löfvander
monica.lofvander@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

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

VÄSTERBOTTEN

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Christina Ledin
christina.ledin@liv.se

VÄSTMANLAND

Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA

Göran Sohlgren
goran.sohlgren@lul.se

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM

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

GOTLAND

Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Magnus Falk
magnus.falk@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

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

BLEKINGE

Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG

Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med 4 nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513 (Print)

ISSN 2001-8169 (Online)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist

katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd

Annika Cederlund

annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

ÅkessonBerg, 2015

www.akessonberg.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se



Utgivningsplan för 2015

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
2	23.3	27.4	25.5	Allmänmedicin i Norden Genetik och ohälsa
3	10.8	14.9	12.10	Vårdprogram och kvalitet Blodet
4	12.10	16.11	14.12	Medicinskt oförklarade symtom Nervsystemet och hormonerna

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

Beställningsformulär på www.sfam.se/allmanmedicin "för kursgivare"

SFAMs kansli

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

Heléne Swärd

helene.sward@sfam.se,

Tel: 08-23 24 05

Eva Norell, fortbildningschef

eva.norell@sfam.se,

Tel: 0708-52 39 56

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

Johanna Johansson

kurs- & konferenskansli, webmaster

johanna.johansson@sfam.se,

Tel: 08-23 24 01

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.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 och klicka på Ordbyte

 Kalendarium

Länkar via www.sfam.se/kalendarium

2015

Mars

Seminarium för Mitt-i-ST
kompetensvärderare, 23.3 Sthlm

GP Update, 24.3 Malmö

Nationella primärvårdsregistret
24.3 Stockholm

15:e nationella konferensen
i glesbygdsmicin, 25-26.3 Pajala

IT inspirationsdag SLS
26.3 Stockholm

April

13th Wonca World Rural

Health Conference

15-18.4 Dubrovnik

Balint workshops/konferens

24-26.4 Malmö-Lund

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress

16-18.6 Göteborg

Oktober

Wonca Europe, 22-25.10, Istanbul

November

Nationella kvalitetsdagen
26.11 Stockholm

2016

Wonca Europe

15-18.6 Köpenhamn

ST-dagarna

14-16.9 Kalmar

Internationellt

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

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

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

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



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

chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se

Läkare är Du livet ut!

Som senior läkare är du välkommen som medlem i SÄL – Sveriges Äldre Läkare – en delförening inom Sveriges läkarförbund.

SÄL är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för Dig som fortsätter att yrkesarbeta och för Dig som slutat vara yrkesverksam.



Besök oss på www.sfl.se/sal