Distriktsläkaren

För oss i primärvården

Nr 1 • 2018

Svenska Distriktsläkarföreningen

Kvalitetsutveckling och framtidens primärvård

Alkoholpraktika • Studieresa till Oslo

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse:
Marina Tuutma (ordf.), Caroline Asplund, Rikard Lövström, Nadja Schuten-Huitink, Ulrika Taléus, Anders Larsson, Johnny Sternesjö, Camilla Sandin Bergh

Kansli:
Helena Grönbacke
Sveriges läkarförbund
Villagatan 5, Box 5610
114 86 Stockholm
E-post: helena.gronbacke@slf.se
tfn 08-790 33 91, fax 08-10 31 44

Redaktör:
Agneta Sikvall, (red. och ansv. utg.)
E-post: agneta.sikvall@gmail.com

Redaktionsråd:
Agneta Sikvall, Nadja Schuten-Huitink, Caroline Asplund

Distriktsläkaren utkommer med 4 nr/år
ISSN 0283–9830 (Print)
ISSN 2001-810X (Online)

Adress:
Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

Annonser:
Helen Semmelhofer, helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Tryck:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Info på nätet:
DLF: http://www.slf.se/svdlf
Facebook: https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen
Tidningen m.m.: www.distriktslakaren.se

Omslagsfoto: Läkare i skidbacken.
Foto: Adobe Stock

Innehåll:

Ledare 3
Nytt från styrelsen 5
Debattartikel: Hur många patienter kan en läkare rimligen ha 6
Läsvärdesundersökning 7
Debattartikel: Läkare: Kry spelar högt med patienten som insats 8
Till minne av två hedersmedlemmar i DLF 11
2017 års konferens i Steningevik 12
Robotar kan inte ersätta allmänläkarens fingertoppskänlsa och omdöme 17
21th Nordic Congress of General Practice 2019 21
Läkemedelsbehandling vid alkoholproblem 22
Den 20:e Nordiska kongressen 29
Nordisk allmänmedicinsk kongress 2017 32
En distriktsläkares vardag… 34
Studieresa till Oslo – Norges fastlegesystem 37
Medicinsk humaniora – något för framtidens läkare? 40
Redaktör emeritus har ordet 43
Sök medel i DLFs Samfond 45
Bokrecensioner 46
Fadderlista 2018 48
DLFs styrelse 2018 50

Hur skall vi göra primärvården attraktiv?

Det är mycket på gång i sjukvården och det är uppenbart att sjukvårdsfrågor står högt upp på många politiska partiers agendor nu när det är valår.

Stora strukturella förändringar är på väg att införas i sjukvården genom det pågående omställningsarbetet med planer att flytta resurser från sjukhusen till öppenvården, den ”nära vården”.

Den stora frågan är hur vi skall locka fler läkare att vilja arbeta i öppenvården och utbilda sig till specialister i allmänmedicin? Och hur ska vi locka tillbaka dem som lämnat? Vi måste också fundera på hur det framtida arbetet på vårdcentralen skall se ut för att vara attraktivt. DLF skickade ut en enkät till ST i allmänmedicin i landet inför vårt fackliga seminarium i höstas. Gensvaret var långt över förväntan med drygt 550 svar och det är uppenbart att ämnet engagerar våra yngre kollegor. Många tackade i enkäten för att bli tillfrågade, vilket kan tyckas vara en självklarhet eftersom de som håller på med ST nu i allra högsta grad berörs av de kommande förändringarna. Många skrev att de gärna ställer upp som bollplank i frågor som berör deras målgrupp både för oss som arbetar centralt i DLF men också lokalt. Allt material är i skrivande stund inte färdigbearbetat men det framgår med stor tydlighet att man har valt specialiteten för att vara ”Doktor på riktigt”. Man tilltalas av allmänmedicins helhetstänk, att vara ”spindeln i nätet” och kontinuiteten med patienten i centrum samt variationen i arbetsuppgifterna. Nedslående läsning är att endast 20% av de som svarat kan tänka sig att arbeta heltid som färdig specialist jämfört med dagsläget då 50% uppger att de arbetar heltid. Orsaken är stor press och stress i det dagliga arbetet med små möjligheter att påverka det egna arbetet. Många påtalar att 80% motsvarar en heltidstjänst inräknat all övertid vilket är en verklighet för många. Detta är något vi måste ta på stort allvar och ta hänsyn till när dimensioneringen av tjänster i primärvården och den nära vården skall utformas. Hur skall arbetsinnehållet se ut för att vara attraktivt och hållbart ett helt yrkesliv?

DLF har svarat på remissen ”Bastjänstgöring för läkare”. Bastjänstgöring, BT, är tänkt att ersätta AT år 2026 när en omstrukturering av grundutbildningen i Sverige från 5,5 till 6 år är genomförd. Enligt förslaget planerar man starta tidigare med läkare utbildade i Europa. DLF välkomnar förslaget om att starta 2020 så alla läkare med svensk läkarlegitimation får en strukturerad introduktion till svensk hälso- och sjukvård med på förhand uppställda kompetenskrav och som är lika i hela landet. Mer än hälften av alla som söker svensk läkarlegitimation idag är utbildade i Europa och får inte göra AT. De flesta landsting erbjuder någon form av introduktionsprogram men dessa ser mycket olika ut och variationen i färdigheter varierar stort när ST påbörjas. Detta påverkar i sin tur hela den fortsatta ST-utbildningen.

Till skillnad från utredningen som föreslår 3–4 månaders tjänstgöring på max 4 tjänstgöringsställen där placering i primärvård och på akutmottagning skall vara obligatorisk föreslår DLF en längre sammanhängande placering på vårdcentral om 6 månader. Det finns flera skäl till det men de som väger tyngst är den pågående omstruktureringen av sjukvården där basen skall vara primärvården. För att hinna få en känsla för arbetet, träffa många patienter med olika symtom och sjukdomar samt följa upp egna påbörjade utredningar och insatta behandlingar krävs längre tid än 3–4 månader. Tio på förhand uppställda kompetensmål skall vara uppnådda efter genomförd BT föreslår utredningen. För oss är det tydligt att nio av dem med fördel kan uppnås genom tjänstgöring på vårdcentral. I remissvaret motiverar vi för varje enskilt delmål konkreta utbildningsaktiviteter som ingår i det dagliga vårdcentralsarbetet. För att tjänstgöringen på vårdcentralen skall bli bra och locka unga läkare att vilja gå vidare i en ST i allmänmedicin är det viktigt att satsningar görs på handledarskapet. Förutom utbildning och fortbildning måste handledarna få avsatt tid för uppdraget. För att bygga upp en bra utbildning är det viktigt att ta tillvara och använda sig av den kompetens som finns bland dem som skapat de lokala introduktionsprogrammen samt hos AT- och ST-studierektorerna runt om i landet.

DLF förordar att BT skall vara en separat tjänst och inte sammankopplad med en efterkommande ST. En farhåga är annars att man taktikväljer och kanske sedan hoppar av till allmänmedicins nackdel.

Du kan läsa hela vårt remissvar på DLFs hemsida under fliken Om oss/ Vi tycker/ Remissvar.

Camilla Sandin Bergh
Ledamot i DLF,
ST-studierektor

Annons

Nytt från styrelsen februari 2018

Nytt år och nya utmaningar, visst är det härligt?!

Mycket är i görningen i det sjukvårdspolitiska Sverige och efter storhelgernas slappande är det nu dags att kavla upp ärmarna. På agendan står en nationell primärvårdsreform i fokus. Vi måste få politiker och makthavare att förstå att resurserna till primärvården måste öka så att vi kan axla rollen som basen i svensk sjukvård. Ett viktigt uppdrag är även att förmedla den arbetsglädje som faktiskt finns i primärvården, så att flera lockas dit/stannar kvar. Vi vill och vi kan bedriva en god och nära vård bara förutsättningarna finns. Ett mycket gott exempel är Borgholmmodellen som det går att läsa om i Läkartidningen nummer 3. Här ser man vad starkt och professionellt ledarskap har för betydelse. Genom att prioritera god arbetsmiljö skapas arbetsglädje och med det följer viljan och förmågan till utveckling. Ett rimligt åtagande öppnar möjligheterna för hembesök när så behövs. Kontinuiteten värnas och tillgängligheten ökar. Antalet besök på akutmottagningar och vårdtillfällen på sjukhus minskar. Patienter, sjukvårdspersonal samt samhället i stort vinner på en sådan satsning och den huvudman som vågar satsa kommer att gå vinnande ut ur sjukvårdskrisen.

Politik

Valårets lobbyingarbete gentemot de olika partiernas hälso- och sjukvårdspolitiska talespersoner är i gång . Först ut var Caroline Asplund från DLF styrelsen och Ulrika Elmroth, SFAM, som har träffat Anders W Jonsson (C). Han gav ett imponerande intryck genom sitt intresse för och kunskaper om svensk sjukvård. Han bedriver då och då lite kliniskt arbete som bakjour på barnkliniken i Gävle. Vi fick medhåll i att primärvården är underfinansierad samtidigt som han tycker att DLF och SFAM är konservativa när det gäller innovationer. Han är positivt inställd till nätdoktorer men poängterar att STRAMA:s riktlinjer självklart bör följas samt att man behöver se över den orimliga utomlänsersättningen. Vi passade förstås på att dela med oss av våra idéer kring en hållbar primärvård.

Flera i styrelsen har även haft ett möte med Anders Henriksson,1:a vice ordförande SKL och Dag Larsson, ordförande i sjukvårdsdelegationen SKL och oppositionslandstingsråd SLL. På agendan stod hyrläkarfrågan, nätläkare och sjukintygsproblematiken.

SKL delar vår åsikt att det krävs krafttag avseende arbetsmiljöfrågorna innan man kan införa ett stopp av inhyrd personal och de menar att de landsting/regioner som lyckats vända trenden (Östergötland, Kalmar, Skåne, Västmanland) bör dela med sig av sina framgångsrika åtgärder till övriga sjukvårdssverige. Utifrån egen erfarenhet från Östergötland, som var tidiga med att införa hyrläkarstopp i primärvården, kan jag dessvärre inte rapportera om någon direkt satsning utan snarare försämring. Bristen på specialister i allmänmedicin och vakanta tjänster har nu börjat nå även centrala vårdcentraler i Linköping från att tidigare varit ett utkantsfenomen. Där läget varit extra kritiskt har man fått ge dispens till inhyrd personal.

SKL håller med om att ersättningssystemet för nätläkarvård måste ses över och att en lagändring kan vara lösningen, men man behöver bereda frågan ytterligare. Man ser det som självklart att sjukvården behöver digitaliseras och att webbtidbokning bör bli en självklarhet.

Sjukskrivningsfrågan är fortsatt komplex och där har parterna svårt att nå varandra. Ett nytt möte med SKL är inplanerat för att fortsätta diskussionerna.

Framöver kommer vi i styrelsen lägga extra krut på vilka digitala lösningar som vi vill se på vårdcentralerna framöver. DLF är för innovation men värnar samtidigt egenskapen att ”vara doktor på riktigt”!

Ulrika Taléus
Sekreterare

Du hittar oss på Facebook och på vår hemsida:

www.facebook.com/Distriktslakarforeningen
www.slf.se/svdlf

GP DEBATT

Debattartikel publicerad i Göteborgs Posten den 13 november 2017

Hur många patienter kan en läkare rimligen ha?

En vårdcentral med tre specialister i allmänmedicin kan rimligtvis inte ha ansvar för 12 000 patienter, fyra särskilda boenden, bedriva BVC och dessutom bidra med både hemjour nattetid och jourcentralsverksamhet. Men för många vårdcentraler ser det ut precis så här. Det är en ohållbar situation, skriver bland andra Marina Tuutma, Svenska Distriktsläkarföreningen.

Framtidens sjukvård debatteras flitigt och då särskilt den ”Nära vården” som ska bli basen i svensk hälso- och sjukvård. Politiker och statliga utredare försöker komma med olika förslag till lösningar. Stärkt vårdgaranti. Listning på läkare. Digitala besök. Annorlunda fördelning av arbetsuppgifter. Man hyser stora förhoppningar om en nationell primärvårdsreform.

Sverige har medicinska resultat i världsklass men brister i tillgänglighet, kontinuitet och samordning. En stor studie publicerad i The Lancet visar att Sverige rankas som fyra av 195 undersökta länder när det gäller medicinska resultat. Det man tittade på var överlevnad vid 32 olika medicinska diagnoser. Vi brister dock i kontinuitet, trygghet och tillgänglighet till läkare enligt en undersökning av The Commonwealth Fund.

En av nyckelfrågorna i sammanhanget är listningstak. Om patientflödet är större än tillgången på specialister i allmänmedicin och övrig personal på vårdcentralerna bör ansvaret hamna på vårdgivaren/landstinget och inte som i dag på varje enskild verksamhet. Varje vårdenhet bör få sätta upp ett rimligt tak för det antal patienter man kan ta hand om utifrån verksamhetens förutsättningar. Det ger enskilda läkare, distriktssköterskor och hela enheten en rimlig arbetsbelastning, skapar arbetsglädje och trivsel samt ökar kvalitén i vården. Akuta och halvakuta ärenden kan då tas om hand på icke jourtid och belastning på akutmottagningar och jourcentraler minskar. Äldre patienter och långvarigt sjuka får en bättre och säkrare vård.

Orimliga förhållanden

En vårdcentral med tre specialister i allmänmedicin kan rimligtvis inte ha ansvar för 12 000 patienter, fyra särskilda boenden, bedriva BVC och dessutom ingå i det allmänna åtagandet i länet med både hemjour nattetid och jourcentralsverksamhet. Liknande orimliga förutsättningar brottas många vårdcentraler runt om i landet ständigt med.

Ansvaret att ta hand om alltför många patienter gör att läkare går på knäna, blir sjukskrivna eller säger upp sig för att jobba med annat. Här ligger nog också en stor förklaring till varför så många specialister i allmänmedicin väljer att arbeta deltid. Läkarbristen i primärvården utgör även ett arbetsmiljöproblem för distriktssköterskor och annan vårdpersonal. Vem lockas till arbete i en sådan verksamhet? Listningstak är en grundförutsättning för att listning på läkare ska kunna bli verklighet.

Adobe Stock

Man har föreslagit en ny professionsneutral vårdgaranti på tre dagar för bedömning i primärvården. En förstärkt vårdgaranti löser dock inte bristen på specialister i allmänmedicin. Vid brist på rätt kompetens finns risk för att patienten erbjuds ett kulissbesök för att uppfylla en vårdgaranti utan att få en lösning på sina problem. Det krävs ett ökat antal specialister i allmänmedicin för att tillsammans med distriktssköterskor och övrig personal kunna hantera patientflödet i primärvården på ett kostnadseffektivt sätt.

Rätt kompetens avgörande

För att lyckas med det är det viktigt att ta fram en nationell strategi för en kraftfull ökning av antalet ST-tjänster inom allmänmedicin. Det bör även frigöras medel för påbyggnadsutbildning för andra specialistläkare att bli specialister i allmänmedicin.

Att det finns tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens är en förutsättning för en säker och kostnadseffektiv vård. Grunden för en ökad tillgänglighet och kontinuitet ligger i kompetensförsörjningen. Det är vårdgivaren/landstingets ansvar att det finns den personal som behövs för att en god vård ska kunna ges. Man måste tillsätta resurser och skapa en god arbetsmiljö så att personalen stannar kvar och nya lockas dit. Huvudansvaret måste ligga på dem som har makten och styrmedlen.

Vi vill se:

- Fast läkarkontakt.
- Högre bemanning som ger mer tid för patienter, skapar kontinuitet och tillgänglighet i primärvården.
- Ett rimlig antal patienter för varje specialist i allmänmedicin.
- Fråga professionen innan beslut tas.
- Säkra kompetensförsörjningen och arbetsmiljön – då blir det attraktivt att arbeta i primärvården.
- Vi behöver fler ST-platser för specialister i allmänmedicin snarast.

Studier visar att kontinuitet ger markant sänkta sjukvårdskostnader och minskar risken för onödiga sjukhusinläggningar av äldre. Dessutom blir antalet akutbesök färre. Kontinuitet och tillgänglighet efterfrågas av patienter och ger personalen ökad arbetsglädje. Genom att först säkra bemanning och rimlig arbetsbelastning i primärvården kan listning på läkare bli en realitet och på så sätt möjliggöra kontinuitet.

Marina Tuutma
Ordförande Svenska Distriktsläkarföreningen, styrelse-ledamot Sveriges läkarförbund

Ulrika Taléus
Specialist i allmänmedicin, sekreterare, Svenska Distriktsläkarföreningen

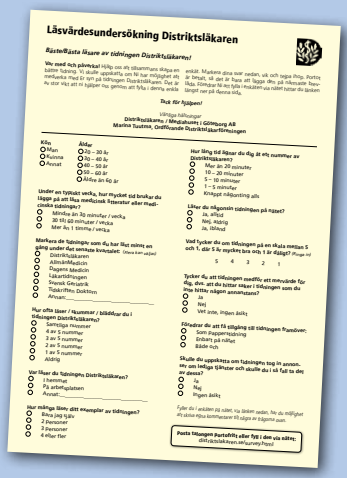
Caroline Asplund
Specialist i allmänmedicin, kassör i Svenska Distriktsläkarföreningen

Läsvärdesundersökning – var med och påverka!

Det är av stor vikt för vår förening att vi få reda på vad just Ni tycker om tidningen och dess innehåll. Tittar Ni i den när den kommer i brevlådan? Läser Ni allt/inget eller bara delar av innehållet? Skulle Ni vilja läsa om något annat? Med andra ord: vi vill veta om Ni tycker tidningen Distriktsläkaren är läsvärd.

Vi skulle därför uppskatta om Ni vill lägga ett par minuter på att läser igenom den bifogade **Läsvärdesundersökningen** och sedan fylla i, vika ihop och portofritt skicka den till förtryckt adress.

Läsvärdesundersökningen finns även på nätet: distriktslakaren.se/survey.html



Läsvärdesundersökning Distriktsläkaren

Rätt/Rätta läsare av tidningen Distriktsläkaren!

Var med och påverka! Hjälp oss att tillsammans skräddarsy en bättre tidning. Vi skulle uppskatta om Ni har möjlighet att medverka med Er syn på tidningen Distriktsläkaren. Det är ej stor någ att ni gjälper oss genom att fylla i denna enkäten.

Tack för hjälpen!

Vänliga hälsningar
Distriktsläkare / Mångsidiare i Göteborg AB
Marina Tuutma, Ordförande Distriktsläkarföreningen

Kön
Man
Kvinna
Annat

Ålder
20 – 30 år
30 – 40 år
40 – 50 år
50 – 60 år
Mer än 60 år

Hur lång tid åtnar du dig åt att läsa en av Distriktsläkaren?
Mer än 20 minuter
10 – 20 minuter
5 – 10 minuter
1 – 5 minuter
Knappt nåtgonting alls

Läser du någonsin tidningen på tåget?
Ja, alltid
Nej, aldrig
Ja, ibland

Under en typisk vecka, hur mycket tid brukar du lägga på att läsa medicisk fagsatur eller medicinska tidningar?
Mindre än 30 minuter / vecka
30 till 60 minuter / vecka
Mer än 1 timme / vecka

Vad tycker du om tidningen på en skala mellan 5 och 1, där 5 är «synnerligen bra» och 1 är «dålig»? (Ringa in)
5 4 3 2 1

Vilken av tidningen som du har läst mitt en gång under det senaste kvartalet? (Sätta ett kryss)
Distriktsläkaren
Allmänläkaren
Läkarnas läkarförbunden
Svensk Geriatrik
Läkarförbunden Dokition
Annan: ____

Hur ofta läser / läskimmer / bläddrar du i tidningen Distriktsläkaren?
Samtliga tillfällen
4 av 5 numrmer
3 av 5 numrmer
2 av 5 numrmer
1 av 5 numrmer
Aldrig

Hur ofta läser du tidningen Distriktsläkaren?
I tamnmer
Ja, arbetsplatsen
Annan: ____

Hur mänga läsare det exemplar av tidningen?
Bara jag läser
2 personer
3 personer
4 eller fler

Tycker du att tidningen medfört att intresset för dig, dvs. att du hittar något i tidningen som du inte hittar någon annanstans?
Ja
Nej
Vet inte, inten åsikt

Tycker du att tidningen medfört att intresset för dig, dvs. att du hittar något i tidningen som du inte hittar någon annanstans?
Ja
Nej
Vet inte, inten åsikt

Tillåtar du att tå stöjing till tidningen Pamöver:
Som pappersläsning
Ändrarb på nätet
Både-och

Skulle du uppskatta om tidningen tog in annonser om lediga tjänster och skulle du i så fall ta del av dessa?
Ja
Nej
Ingen åsikt

Fyller du i enkäten på nätet, nig länken neden. Ne du möjlighet att skriva nåjra kommentarer till sägre av frågorna oven.

Postis tilsagen Portofrit, eller fyll i den via nätet: distriktslakaren.se/survey.html

DAGENS Samhälle DEBATT

Debattartikel publicerad i Dagens Samhälle den 28 november 2017

Läkare: Kry spelar högt med patienten som insats

Kampen mot onödig antibiotikabehandling äventyras av nätläkarföretaget Kry. Trots nya stramare rekommendationer fortsätter bolaget att skriva ut antibiotika utan fysisk läkarundersökning vid bland annat halsinfektioner.

Svensk hälso- och sjukvård har varit framgångsrik i att minska onödig antibiotikabehandling. Det är en viktig åtgärd för att bromsa utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier. Patienter har sluppit behandlas i onödan för säkerhets skull.

Detta har blivit möjligt genom samverkan mellan bland annat specialistläkare i allmänmedicin, infektionssjukdomar och mikrobiologi i nätverket Strama i nära 10 år. Nätverket har stöd av landsting, hälso- och sjukvårdsregioner, SKL, Socialstyrelsen, SBU, TLV, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

> Att Kry ger fel behandling vid exempelvis halsinfektion, riskerar att skada patienten på kort sikt och att öka resistensutvecklingen på lång sikt.

Arbetet har gjorts bland annat genom att utarbeta riktlinjer för användning av antibiotika. Förskrivarstatistik och behandlingsrekommendationer har återkopplats till förskrivarna. Tack vare effektiva strategier för att främja rationell antibiotikaanvändning och begränsa spridningen av resistens har Sverige fortfarande ett relativt sett gott läge ur internationellt perspektiv.

Det privata nätläkarföretaget Kry går nu emot Stramas rekommendationer om att antibiotikabehandling ej kan ges utan fysisk undersökning vid en rad luftvägsinfektioner. Att Kry ger fel behandling vid exempelvis halsinfektion, riskerar att skada patienten på kort sikt och att öka resistensutvecklingen på lång sikt. Patienten kan tro att Kry är måna om honom/henne, men Kry visar egentligen att de prioriterar kortsiktiga vinster framför att patienten får rätt behandling.

Kry hävdar att de ger mindre andel av sina patienter med luftvägsinfektioner antibiotika jämfört med vårdcentraler. Det är att jämföra äpplen och päron eftersom patienter med svårare besvär och komplicerande sjukdom – och alltså större behov av antibiotikabehandling – även har större behov av fysisk undersökning och därför måste hänvisas till vårdcentral.

Vidare hävdade Kry vid muntlig presentation på Läkemedelsakademin att de ”små skiljaktigheterna mellan Kry och Strama förstorats upp av media” och att de ”redan anpassat sina rutiner där det behövs”. På Twitter säger de däremot något annat: att de tolkar Stramas riktlinjer på sitt eget sätt. Således riskerar patienter alltjämt att drabbas av skadliga antibiotikabehandlingar och först senare upptäckta komplikationer. På sikt kan patienterna drabbas av ökad antibiotikaresistens och minskad effekt av livsviktig antibiotikabehandling den dagen som patienten blir allvarligt sjuk i en infektion.

Om Kry visade en sann omtanke om patienterna hade de följt Stramas rekommendationer och handlagt dem enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I andra hand hade de åtminstone kunnat satsa en del av sina resurser på att delta i en vetenskaplig studie av läkarbedömningar via videolänk.

Att de inte följer Stramas rekommendationer visar att för Kry är ekonomisk vinst viktigast.

Rikard Lövström
Ledamot Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

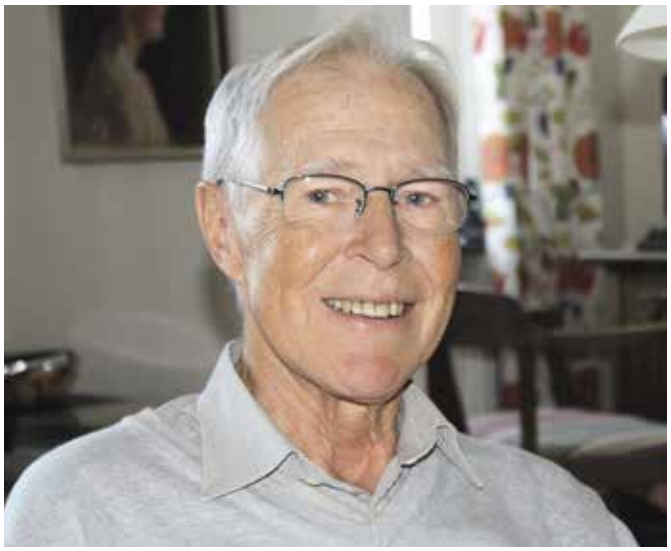
Hanna Åsberg
Ordförande Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Marina Tuutma
Ordförande Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Annons

Annons

Till minne av två hedersmedlemmar i DLF



Per "Pelle" Swartling. *Foto: Gösta Eliasson*

Per "Pelle" Swartling, före detta föreningsordförande 1980–84 och hedersmedlem i Svenska Distriktsläkarföreningen har avlidit efter en längre tids sjukdom.

Efter studier i Göteborg och därefter tjänstgöring vid olika sjukhus blev Per 1969 utnämnd till provinsialläkare. Initialt tjänstgjorde Per i Varberg men flyttade på 70-talet till Uppsala där han från 1979 blev vårdcentralchef i Tierp. I Tierp kom han att arbeta i två omgångar fram till 2010, med ett längre avbrott som medicinalråd på Socialstyrelsen (93–99).

Per hade sedan studentåren ett engagemang i medicinsk utbildning och sjukvårdspolitik. Detta ledde till ett tidigt fackligt engagemang i Svenska Distriktsläkarföreningen. Per var föreningens ordförande 1980–84 och blev vice ordförande i Sveriges Läkarförbund de följande åren 1985–87. Hans insatser bidrog starkt till att allmänmedicin blev en egen specialitet 1981 med fastlagd utbildningsgång och kompetenskrav.

Per var alltid intresserad och öppen för alla. Hans sätt att vara bidrog alltid till en positiv anda, vilket vi under de sista åren fick bevittna då Per alltid deltog under föreningens fullmäktigemöten fram till 2017. Var frågeställningen intressant ville Per ofta fortsätta att diskutera även efter mötet var slut. Alltid medlyssnande nyfikenhet och alltid med kloka reflexioner.

Föreningen sörjer vår hedersmedlem och vän.

För Svenska Distriktsläkarföreningen
Ove Andersson f.d. ordförande

Kerstin Ermebrant. *Foto: Eva Nordin*

Kerstin Ermebrant, distriktsläkare från Tännäs och mångårig facklig vän, har plötsligt gått bort i en ålder av 75 år. Kerstin var en av Svenska Distriktsläkarföreningens hedersledamöter och kom att arbeta inom föreningen under fem decennier, från 1978 fram till sin död. Hon var föreningens ordförande 1984–1990 och kom sedan att fortsätta arbetet inom föreningen, lokalt inom DLF Jämtland, och också periodvis som ledamot i Svenska Distriktsläkarföreningens styrelse.

Arbetsmiljö och en distriktsläkares förutsättningar var frågor som Kerstin alltid framhävde. Hon tog fram de beräkningar som ledde fram till kravet på 1 specialist i allmänmedicin/1 500 invånare och lyfte vid varje möte värdet av att jobba med arbetsmiljölagstiftning, arbetstidslagstiftning, skyddsombud och återkom flitigt som motionär inom föreningen inom dessa områden. Hon låg bakom många medlemsenkäter och bidrog också till framtagandet av föreningens förslag till nationellt primärvårdssystem, Protos, 2004.

Kerstin såg det som en hederssak att alltid stå på en fast grund gällande det fackliga arbetet. Antingen genom användandet av formella medel som lagstiftning eller genom att basera åsikter och politik på medlemmarnas kunskap och åsikter i frågor. Kerstin var, trots tydliga åsiktsskillnader, alltid tydlig, klar och respektfull. Detta gjorde henne till en i alla sammanhang väldigt respekterad representant för föreningen.

Föreningen sörjer vår hedersmedlem och vän.

För Svenska Distriktsläkarföreningen
Ove Andersson f.d. ordförande

KONFERENS I STENINGEVIK 2017

Kvalitetsutveckling och framtidens primärvård – två teman vid konferensen i Steningevik 2017

I november hölls det årliga fackliga seminariet i Steningevik. På videolänk diskuterade regeringens utredare Anna Nergårdh, med publiken, det pågående arbetet för att stärka svensk primärvård.

Från SKL deltog även distriktsläkaren Ulrika Elmroth som berättade om primärvårdens eget kvalitetssystem, Primärvårdskvalitet.

Det tar cirka 20 minuter att åka med bil från Arlanda till Steningeviks konferensanläggning, belägen med utsikt över Mälaren.

I år lockade Distriktläkarföreningens fackliga seminarium fler deltagare än vanligt.

Seminariet inleddes av Camilla Sandin Bergh, studierektor för ST-läkare i Göteborg, som berättade om en enkät om primärvårdens framtid som skickats ut till drygt 1 000 ST-läkare samt till 800 DLF-medlemmar födda på 1970-talet.

– Ett av resultaten är att många inte kan tänka sig att arbeta heltid. När ST-läkare randar sig arbetar de 100 procent, men så snart de är klara och börjar arbeta på en vårdcentral vill många gå ned i arbetstid. Andelen 70-talister som inte vill jobba heltid är ännu högre.

De främsta orsakerna är en för hög arbetsbelastning med högt tempo och stress samt svårigheter att kombinera arbete med ett fungerande familjeliv.

– Om alla klarade av att arbeta 100 procent skulle massor av resurser tillföras primärvården.

Sverige har ett ”sjukhustungt” system där 1 av 6 är specialister i primärvården medan 5 av 6 specialister arbetar i slutenvården.

– Skulle vi kunna omfördela så att primärvården får 2 av 6 specialister och slutenvården minskar antalet till 4 av 6, då skulle vi fördubbla resurserna för primärvården medan slutenvården endast skulle tappa 20 procent.

Enkäten kartlade även vilka de viktigaste åtgärderna är för en bättre arbetsmiljö? Att bestämma över tidbok och arbetsformer, att ha ett tydligt och avgränsat uppdrag, att ha tid för reflektion och fortbildning, ett bättre samarbete med slutenvården, bättre IT-system och längre patientbesök rankades högt.

Påverka utredningen

Många allmänläkare trivs med sitt yrkesval och gillar den medicinska bredden som ryms inom specialiteten. Att möta patienter i alla åldrar, variationen i arbetsuppgifterna, ingen jourtjänstgöring, teamarbetet, självständigheten och helhetstänket, är andra viktiga skäl till yrkesvalet.

– Resultaten från enkäten får ses som ett viktigt inspel till regeringens utredare Anna Nergårdh. Det är viktigt att professionen engagerar sig, vi har nu en unik möjlighet att påverka och lyfta fram de viktigaste frågorna samt ge förslag på åtgärder, säger Camilla Sandin Bergh.

På videolänk från Stockholm medverkade Anna Nergårdh som berättade om den pågående utredningen ***Samordnad utveckling för god och nära vård.***

Hon fick också svara på frågor från deltagare; hur ska omfördelningen av resurser gå till? Vilka driftsformer ska finnas? Ska det finnas ett listningstak och hur ska det utformas? Vad betyder begreppet ”nära vård” utöver en geografisk definition? Hur ser finansieringen av framtidens primärvård ut? Hur löser vi kompetensförsörjningsfrågan?

(I Distriktsläkaren nummer 5, 2017 publicerades en intervju med Anna Nergårdh om innehållet i utredningen och tankarna framåt). ➜

Camilla Sandin-Bergh, ST-studierektor i Göteborg och Marina Tuutma, ordförande för DLF.

Kan robotar och AI ersätta vissa av allmänläkares arbetsuppgifter? Deltagare vid årets fackliga seminarium diskuterade digitalisering och intelligenta kunskapsstöd.

Hur vet du att du gör ett bra jobb?

Under torsdagens seminarium medverkade Ulrika Elmroth, distriktsläkare och projektledare för kvalitetssystemet Primärvårdskvalitet på Sveriges kommuner och landsting. Hon berättade om en nyligen genomförd undersökning som identifierat människors olika behov och förväntningar. Vissa patienter är självständiga och engagerade och vill vara med i besluten och diskutera alternativa behandlingar, andra är engagerade, men oroliga att de inte ska bli lyssnade på eller få rätt hjälp. Det finns också en grupp av patienter som är traditionella och ”obrydda”; de oroar sig inte särskilt mycket för framtida hälsoproblem och lämnar över mycket av ansvaret till vården; de har full tillit till vårdpersonalens råd och rekommendationer. Och så finns det en grupp med lågt självförtroende som är sårbar och orolig, som väntar in i det längsta med att söka vård och som är rädd för att visats på sjukhus. De känner inte att de har kontroll över sin egen hälsa och tror i regel inte att de kommer att bli lyssnade på.

– När man lägger upp arbetet på en vårdcentral är det viktigt att tillmötesgå de olika behoven som finns i befolkningen. Och det behöver inte vara antingen fysiska eller digitala besök, utan en blandning av olika mötesformer.

I dag har hälften av Sveriges 1 200 vårdcentraler tillgång till Primärvårdskvalitet, ett kvalitetssystem sprunget ur professi-

Anna Nergård medverkade på mötet via videolänk, från Stockholm.

Hanna Åsberg, SFAMs ordförande.

Anna Gustafsson, DLF Örebro.

Britt Bergström, valberedningen/centrala DLF.

onens behov och förväntningar och anpassat till primärvårdens förutsättningar.

– Det är ingen byråkratisk produkt utan framtaget av oss som arbetar i primärvården. Nu är vi sex professionsföreningar som är med i arbetet och som gemensamt har tagit fram indikatorer med stort fokus på bland annat kontinuitet och multisjuklighet.

– Kvalitetssystemet speglar den breda verksamheten på en vårdcentral och ger en god och översiktlig bild av vilka patienterna är och vad som är viktigt för dem. Det är också ett verktyg för att arbeta på ett mer patientsäkert sätt och att kunna prioritera dem med störst behov och sämst förutsättningar, säger Ulrika Elmroth.

Ylva Sandström, DLF Stockholm.

Verktyg för dialog

Kvalitetssystemet är enkelt att använda, menar hon.

– Det använder befintlig strukturerad dokumentation och det sker i en automatisk hämtning ur befintliga system. Det krävs inga extra registreringar.

Vårdcentraler som använder Primärvårdskvalitet kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och följa upp vården av enskilda patienter. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet.

Systemet omfattar effektiva verktyg till ett strukturerat förbättrings- och utvecklingsarbete i tre steg:

- kartläggning; vilka är patienterna och vad söker de för?
- identifiering med hjälp av specifika frågor; vad gör störst nytta? Hur kan man förenkla och minska upprepat arbete? Hur kan man skapa störst värde i relation till kostnad?
- planering, genomförande och uppföljning; vem gör vad och hur? Hur tillgodoser man patienters olika behov och förväntningar? Vilka förändringar leder till en förbättring?

– Primärvårdskvalitet kan också användas i dialog med tjänstemän och politiker för att skapa en tydlighet om vad primärvården är och ger en bild av den omfattande verksamheten. Med kvalitetssystemet blir det också enklare med schemaläggning, att planera verksamheten och bemanningen. Det ger också verktyg till förbättrade arbetssätt, vilket bidrar till en större arbetsglädje, säger Ulrika Elmroth.

Text och foto:
Eva Nordin
Journalist

FAKTA: PRIMÄRVÅRDSKVALITET

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det ger stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete.

Primärvårdskvalitet är ett samverkansprojekt mellan SKL, nationella kvalitetsregister, svensk sjuksköterskeförening, Fysioterapeuterna, SFAM och Sveriges arbetsterapeuter.

Att som landsting eller privat vårdgivare ansluta sig till Primärvårdskvalitet innebär tre åtaganden: rapportera, återkoppla och använda. Varje landsting/region och privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och IT-lösningar.

Källa: Sveriges kommuner och landsting, SKL
Kontakt: ulrika.elmroth@skl.se

Annons

Robotar kan inte ersätta allmänläkarens fingertoppskänsla och omdöme

Digitalisering, på gott eller ont?

Vid det fackliga seminariet i Steningevik höll Rikard Lövström en föreläsning om aktuella och framtida frågor kring digitaliseringen av hälso- och sjukvården.

Vi behöver hålla huvudet kallt och kombinera de fördelar maskiner kan ge med människans handpåläggning, fingertoppskänsla, kreativitet och omdöme, menar han.

I många år har distriktsläkaren Rikard Lövström arbetat med IT, e-hälsa och digitalisering. Han är ledamot i RLIM, Rådet för läkemedel, IT- och medicinteknik, i Läkarförbundet. Han är även vice ordförande i Svensk Förening för Medicinsk Informatik, SFMI, och har också varit medicinskt sakkunnig i flera olika nationella IT-projekt.

Vad har drivit dig att kombinera läkarrollen med ett starkt engagemang för e-hälsa och digitalisering?

– Jag har sett att det går att förbättra informationshanteringen kring patienten, så att det blir lättare att koncentrera sig på det vi läkare faktiskt är utbildade för; som handpåläggning, att tolka komplex information, använda vårt omdöme, våra kunskaper och vår fingertoppskänsla för att hjälpa patienten vidare i en ibland ganska snårig verklighet. Jag har insett att jag har en förmåga att förstå teknik som under motorhuven kan bistå oss i det arbetet. Att vara brobyggare mellan klinik och teknik har liksom blivit mitt kall.

Kärt barn har många namn: IT, e-hälsa, digitalisering. Begreppen används lite hur som helst, är det skilda begrepp eller kan de användas synonymt?

– Det går mode i benämningarna, men i grunden handlar det om att utbyta information och att skapa röda trådar i informationen kring patienten med så bra stöd från maskinerna som möjligt.

På det fackliga mötet i Steningevik föreläste Rikard Lövström om digitalisering. Han nämnde Roger Molin, analytiker på Sveriges Kommuner och Landsting, som i en intervju med Läkartidningen (2017-10-02) jämför sjukvården med hur moderna skogsmaskiner har påverkat skogsnäringen. Enligt honom är vår tids skogsmaskin digitaliseringen. Den uppgift som allmänläkare har, att ta upp anamnes, är skräddarsydd för en artificiellt intelligent dator, menar han.

Hur ser du på hans framtidsbild? Och vilka vinster och utmaningar ser du med digitaliseringen?

– Roger har fått oss att vakna inför den kommande obalansen mellan den arbetsföra delen av befolkningen och övriga och helt klart identifierat en del av framtidsbilden. Sen är det alltid svårt att sia in i framtiden. Jag tror att det kan finns flera pusselbitar. Självklart kommer tekniken att kunna presentera mer och bättre råd för både egenvård och navigering in i de flöden där annan vård kan ta vid. Men jag misstänker att när det ibland drar ihop sig till handpåläggning, lyhördhet och klurighet, så blir det svårt för tekniken på egen hand. Hur många gånger har det inte visat sig vara andra bakomliggande problem som varken patienten eller jag som läkare först förstod. Om det är svårt för mig, som ändå kan lägga handen på för att komma vidare, hur svårt ska det då inte vara för maskinen?

– Jag tror att vi behöver försöka kombinera maskinens outtröttliga informationssökande, mönsterkartläggande och kunskapspusslande med människans handpåläggning, fingertoppskänsla, kreativitet och omdöme i kniviga situationer. Jag tror inte vi pratar om antingen eller, utan om både och.

– Sen är det ju mycket hajp kring ny teknik, AI och e-hälsa i allmänhet. Jag tror att vi kommer att få rejäla vinster redan genom att få bort dubbeldokumentation, få koll på

Adobe Stock

elektroniska remissflöden, gå över från enstaka recept till ordinationskedjor som hänger ihop, utan glapp och missförstånd, få till gemensamma kalenderfunktioner och inte minst viktigt, koppla ihop precis den aktuella och precisa kunskap som behövs i just den situation vi är i. Men vi ska nog inte låta oss förtrollas av förkortningar och modeord utan hålla huvudet kallt och vara nyfikna. Om vi sätter oss in i möjligheterna kan vi ställa rätt krav på tekniken och hur vi ska använda den. Här måste läkare med sin breda kompetens ta initiativ och driva utvecklingen, det tycker jag vi är skyldiga både patienterna och oss själva. Vem ska annars göra det?

Mellan 2015 och 2018 har du suttit i Distriktsläkarföreningens styrelse. I april lämnar du styrelseuppdraget. Men lämnar du Distriktsläkarföreningen för gott?
– Fortfarande oklart. Jag har fullgjort min mandatperiod som ordinarie ledamot, men styrelsen har hittills signalerat behov av att jag bidrar med mina särskilda kunskaper i IT-frågor, vilket skulle kunna lösas med en adjungering till styrelsen och en lite mer begränsad omfattning av arbetet.

Rikard Lövström har vandrat vidare i karriären och arbetar i dag på Socialstyrelsen på enheten för informatik och e-hälsa.

Vilka är dina viktigaste erfarenheter av styrelseuppdraget i DLF?
– Insikten att vi kan påverka mer än vi tror om vi tänker igenom problemen noggrant, och att vi skulle kunna dra nytta av utveckling inom både teknik och organisation för att lösa dem. En annan insikt är att vi behöver paketera våra insikter och förslag till beslutsfattare på ett sätt som de kan dra nytta av i sitt arbete, annars är det svårt att påverka besluten.

– Och, att vi lyckats hitta så många goda exempel på intressanta, patientcentrerade sätt att arbeta på och lyfta fram de skickliga kollegor som driver det arbetet.

Vad var det roligaste med uppdraget?
– Att upptäcka kloka, skickliga och engagerade kollegor över hela landet har nog varit det allra roligaste.

Vilka utmaningar såg du?
– Att problemen som vi möter så ofta har oerhört många dimensioner. Vissa dimensioner är medicinskt och organisatoriskt komplexa och kan då bli tydligare från positionen som DLF sitter i. Att vi då pekar på dessa hakar, leder lätt till att vi uppfattas som motsträviga av andra parter som från början inte såg de problem som vi upptäckt. Där ligger det ett kommunikationsansvar på oss gentemot de parterna. Vi vill ju förklara och samarbeta med dem för att tillsammans komma vidare.

Vilka är de högst prioriterade frågorna för DLF framgent tycker du?
– Att fortsätta bygga relationer till beslutsfattare på högsta nivå och bidra med konstruktiva underlag till förbättringar. Beslutsunderlag som tar med sig primärvårdens och distriktsläkarnas erfarenheter och insikter. Det är ett av få sätt att verkligen kunna göra det bättre för våra kollegor i alla landsändar och att långsiktigt skapa bättre möjligheter för initierad hjälp till våra patienter.

Det finns förespråkare som anser att DLF och SFAM bör slås ihop, vad tycker du?
– Ja, inte bara DLF och SFAM, utan också Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet. Många länder har en gemensam läkarorganisation som inte skiljer på den vetenskapliga och fackliga grenen. Frågorna går ju ihop på så många sätt. Redan att våra beslutsfattare runtom i landet så ofta förväxlar dessa organisationer talar för att de borde vara en och samma, för att kunna tala med stark röst. Många frågor som exempelvis utbildning, läkemedel, teknik och vårdens organisationsfrågor finns i båda läkarorganisationerna. Gränsdragningen i en gråzon har svårt att bli något annat än konstlad. Jag vet att det är som att svära i kyrkan, men att splittra läkarkåren i två organisationer som båda kämpar om uppmärksamheten försvagar oss. Jag kan bara notera hur många i vår omvärld som förvirras av läkarkårens splittring. Förutsättningen för ett bra påverkansarbete är att SFAM och DLF samarbetar tätt, tätt, tätt eftersom det annars inte går, tycker jag faktiskt är en del av svaret på den frågan.

Vad hoppas du mest av allt ska komma ut från Anna Nergårdhs utredning God och nära vård?
– Att staten och vårdens huvudmän faktiskt kan skapa resurser för att rejält förstärka primärvården. Samtal med en massa personer för att skapa samsyn är såklart inte fel, men utan mer resurser kommer det knappast att betyda så mycket vid dagens slut. Om inte hälso- och sjukvårdens huvudmän på allvar förstår att en starkare primärvård ger en både billigare och effektivare, vård totalt sett, och att de måste orka fatta besluten för att gå dit, då har vi inte vunnit så mycket med alla diskussioner.

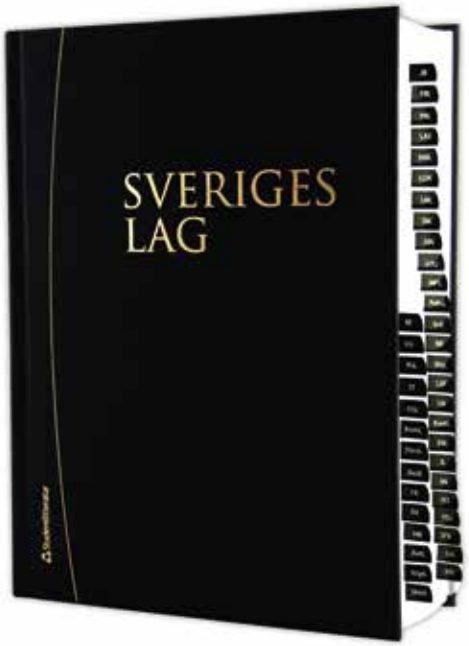
Vad tycker du krävs för att primärvården ska få en stark ställning i svensk hälso- och sjukvård?
– Att beslutsfattare och läkarkår krokar arm. Beslutsfattarna kan bidra med beslut och pengar, läkarna med utvecklingsförslag, både på den egna vårdcentralen och i linjen. Vi behöver fler läkare som chefer. Till och med som politiker. Fler läkare behöver bli politiker för att bidra med sina kunskaper och insikter på den politiska nivån.

Vad hoppas du kunna åstadkomma på Socialstyrelsen?
– Att ge vården verktyg för struktur och enkel och precis dokumentation. Och att alla nationella register och uppföljningar ska kunna utgå från denna precisa dokumentation utan att avkräva vården någon dubbel dokumentation bara för registrens skull.

Om allt var möjligt och du var socialminister – vilka tre beslut skulle du fatta på studs?
– 1. Jag skulle anslå 50 miljoner kronor årligen fram till 2025 för ett nationellt kompetenscenter som ska jobba med att bistå vårdgivare att ta fram informationsinnehållet som alla journalsystemslösningar i landet behöver förhålla sig till. Vi kan mycket väl ha olika system, bara informationen hänger ihop. Den ska kunna lagras oberoende av förvaltning och huvudman. Det ska till exempel inte spela någon roll om man arbetar som sjuksköterska i kommunen eller som läkare i primärvården, informationen ska kunna delas förutsatt att man har rätt behörighet.

– 2. Sedan skulle jag ändra lagstiftningen så att individen kan ta del av och styra sin valda hälsoinformation digitalt mellan olika aktörer. Likaväl som vi har vanlig post för distribution av papper, och telefon för tal, behöver vi en samhällsövergripande lösning för att hantera mottagna eller egenproducerade digitala handlingar, där individen får möjlighet att styra vem som ska få se vad och när, utan att vara beroende av en myndighet eller annan dominant aktör. De trevande försök som gjorts till sådana lösningar, har hittills stupat på ett tillräckligt bra lagstöd.

– 3. Till sist skulle jag se till att alla registerförfattningar skulle ändras så vi får en precis och enkel medicinsk dokumentation av själva vården kring patienten. Jag skulle se till att staten och myndigheterna städar framför egen dörr för att sedan påverka övriga aktörer att ta ansvar för en tydlig dokumentation av patientens vård. Lyckas vi inte få till denna förenkling kommer vi att administrera ihjäl oss.



Sveriges Lag, den svarta lagboken, är en lättanvänd, lättöverskådlig och pedagogisk sammanställning av svensk lagstiftning indelat i 28 rättsområden. Sveriges Lag 2018 innehåller författningar som trätt i kraft per den 1 januari 2018, däribland hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
Information och bild: Studentlitteratur

I januari i år vandrade du vidare i karriären till Socialstyrelsen och Enheten för informatik och e-hälsa. Vad gör du där?
– Jag arbetar med fackspråk i allmänhet och i synnerhet med begreppssystemet Snomed CT, som i dagsläget är det rikaste systemet för att sätta etiketter på allt som finns och görs i vården. Genom att ange de orden/etiketterna kan journalsystemet hålla ordning på dem "under motorhuven" för att skapa både överblick bakåt och underlätta planering framåt, och även undvika den dubbeldokumentation som annars ofta krävs.

Vad fick dig att ta det steget?
– Enheten har rekryterat ett starkt team med några av de bästa personerna jag vet på att hantera medicinska begreppssystem som ska fungera "under huven" på våra journalsystem. I kombination med att landsting och leverantörer vaknat upp och önskar den typen av kodverk instoppade i "motorerna" i journalsystemen, så finns det en genuin chans att gå från alltför mycket dubbeldokumentation till att lättare hitta rätt information och minska onödigt merarbete. Det ska räcka med att dokumentera varje viktig information en gång och sedan låta systemet hålla ordning och visa upp en överblick. Förutom minskat merarbete och bättre överblick ger tydligheten i dokumentationen att uppföljning, forskning och uppbyggande av ny kunskap effektiviseras. ➜

Vilken är din drivkraft?
– Jag ger upp varje kväll. Det är för många svårigheter och för många som vill för lite eller förstår för lite. Vi har för stora organisationer som går i otakt, men det finns också stora personliga intressen som konkurrerar och står i vägen för att göra det bästa. De som både kan förstå och lösa ett visst problem behöver kunna samlas i samma rum, annars riskerar problemet att förbli olöst.

– Men, varje morgon vaknar jag igen och tänker att vi VET ju faktiskt så oerhört mycket om hur vi kan göra många saker bättre. Så, min drivkraft är att katalysera så gott jag kan. Att leva med insikten och inse att jag kan förbättra, gör det till ett kall som står över min egen bekvämlighet och längtan efter att egentligen luta mig tillbaka och bara läsa Fantomen och lösa kniviga Sudokun.

Vad oroas du av?
– Att opportunismen, ytligheten och de enkla förklaringarna till de komplexa problemen tar överhand så att vi aldrig kan förstå och lösa problemen på allvar.

Vad roas du av?
– Att diskutera med många och lägga allt större pussel av förståelse och sedan förmedla vad jag nyss lärde mig till nästa jag träffar. Att ha nyfikna och filosofiska samtal med vänner och familj. Att visa omtanke och därigenom glädja andra.

Vad gör dig lycklig?
– När jag ser att jag påverkat viktiga frågor en millimeter åt rätt håll och jag inser att jag gjort skillnad för allas fromma. Det kan jag leva gott på resten av dagen. Tills jag vaknar nästa dag och inser att så mycket fortfarande är ogjort. Faktiskt det mesta. Lyckligtvis.

Text och foto:
Eva Nordin
Journalist

Annons

21st Nordic Congress of General Practice 2019
Promoting General Practice Perspectives
17-20 June 2019, Aalborg, Denmark
SAVE THE DATES
www.nordicgp2019.dk
Main themes:
• core values
• current challenges
• changing practice
dsam
Danish College of General Practitioners
NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE

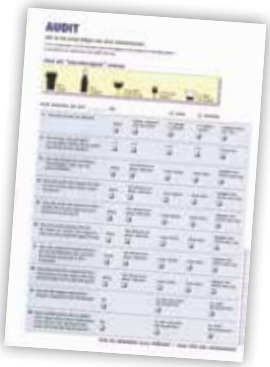
Läkemedelsbehandling vid alkoholproblem

– en praktika

Många allmänläkare vittnar om att man känner sig valhänt när alkoholproblem framkommer. Detta kan vara ett skäl till att man undviker att fråga om alkoholvanor, trots att de kan vara en viktig faktor för patientens sjukdomstillstånd. Det behöver emellertid inte vara svårt att hjälpa, och det är en tacksam uppgift [1]. Det finns ofta bättre alternativ än att remittera iväg patienten eller bara uppmana till minskning. Ett exempel på strategi, om alkoholproblem antyds, är att direkt fråga om patienten känner till de läkemedel som minskar sug och gör att man dricker mindre, och sedan fråga om patienten vill veta mer om dem. De flesta känner inte till detta varför det kan vara en ingång till fördjupat samtal om alkoholvanorna, och ge patienten ett hopp om att här finns en läkare som tycks kunna sin sak.

Utreda? – Du behöver inte veta allt, men patienten behöver veta mer

Alkoholproblem är skambelagda, det är inget man gärna berättar om. Man är ofta rädd för ett fördomsfullt nedlåtande bemötande, bli betraktad som en ”alkoholist” om man antyder problem [2]. Detta bör vi respektera. Det är heller inte alltid nödvändigt att veta så mycket detaljer till att börja med. Vi kan helt enkelt förutsätta att någon form av alkoholproblem föreligger om patienten t.ex. vill veta mer om läkemedelsbehandling. Under den fortsatta kontakten kan patienten bli tryggare och en klarare bild växa fram. Om det då finns behov att fördjupa bedömningen finns det flera användbara verktyg. Det enklaste för alla parter är de tio frågorna i AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) [3]. De tar två minuter för patienten att besvara skriftligt, och är en miniutredning som visar konsumtionens omfattning, tecken på beroende samt negativa konsekvenser av drickandet. De negativa konsekvenserna som patienten upplever själv är en utmärkt grund för ett motiverande samtal (MI-samtal). Vill vi säkerställa diagnosen alkoholberoende ska man efterfråga de sex problemkriterierna (se faktaruta nedan). Vid minst tre ja-svar under de senaste 12 månaderna föreligger alkoholberoende.



AUDIT.

Är patienten intresserade av att veta mer eller ändra sina alkoholvanor kan man föreslå en *Hälsokoll alkohol* [4]. Då beställer man prover (transaminaser, GT, MCV och eventuellt PEth/CDT), ger patienten några frågeformulär att fylla i hemma och bokar ett 30 minuters återbesök några veckor senare. Nu har vi underlag för att diskutera konsumtionens omfattning och dryckesmönster, beroendets svårighetsgrad, negativa konsekvenser och motivation till förändring. Att patienten får tydliggöra sin situation för sig själv, redovisa detta och få återkoppling på proverna har en stark terapeutisk och motivationshöjande effekt [5]. Ibland kan detta räcka som enda behandling.

Behandling? – Erbjud en meny!

Det är patienten som ska genomföra eventuell behandling, och ska därför ha full information om olika alternativ. Evidensen är svag för att styra patienten till rätt behandling, utan låt patienten välja [6]. På en vårdcentral bör de flesta psykologer kunna ge KBT-baserat stöd till förändring [7]. Sjuksköterskor

DIAGNOSKRITERIER I ICD-10 FÖR ALKOHOLBEROENDE F10.2

1 **Sug.** En stark längtan, begär eller tvång att dricka alkohol.
2 **Kontrollförlust.** Man dricker mer än man tänkt sig, eller under längre tid än vad som avsågs.
3 **Fortsatt drickande** trots vetskap om att alkoholen orsakat skadliga effekter, fysiskt eller psykiskt.
4 **Prioritering** av alkoholanvändning medförande mindre tid för andra aktiviteter och förpliktelser.
5 **Ökad tolerans.** Behov av större mängd alkohol för att nå samma effekt (ökning med minst 50 procent).
6 **Abstinens.** Specifika symtom vid avslutat drickande, eller intag av alkohol för att lindra dessa symtom.

Tolkning: Minst tre kriterier föreligger, under senaste 12 månaderna.

På riddargatan1.se/PV finns material som nämns i texten, t.ex.
- Hälsokoll alkohol
- Manual till 15-metoden inklusive en guide till bättre alkoholvanor
- Patientmaterial: ex. Faktablad alkohol och hälsa

På riddargatan1.se/AUDIT finns:
- AUDIT formulär på olika språk
- En kort AUDIT-skola med praktiska tips

som jobbar med rökavvänjning bör också kunna lära sig detta, liksom en intresserad doktor. Kommunen har ofta återfallsprevention eller annan behandling. Frivilligorganisationer som AA passar den som vill sluta helt att dricka. Därtill finns internetbaserad anonym behandling, t.ex. alkoholhjalpen.se. Som allmänläkare ligger det nära till hands att förslå läkemedel. De är relativt lättanvända, har ibland (men inte alltid) påtagligt goda effekter och genom uppföljningarna skapar man en terapeutisk och stödjande relation till patienten.

Läkemedel mot sug och kontrollförlust eller för att vara nykter?

Akamprosat (Campral®, Aotal®), naltrexon (flera generika) och nalmefen (Selincro®) har likartade effekter. De kan ge *mindre sug* och *mindre tankar* på alkohol. Ytterligare effekter är att man *dricker långsammare* (inget hetsdrickande), *dricker mindre* och kan *sätta stopp* (undviker kontrollförlust). Dessa läkemedel kan således användas både för den som vill fortsätta dricka alkohol eller vill sluta helt. Difulfiram (Antabus®) däremot är avsett som stöd för den som vill vara nykter men tror det kan bli svårt att klara av det.

Naltrexon (Naltrexon)

Naltrexon är en opioidreceptorantagonist och interagerar med belöningssystemet. **Den kliniska effekten** är att belöningseffekten av alkohol minskar varför suget efter alkohol minskar. Detta är särskilt tydligt på merbegäret, d.v.s. det ökande suget efter man börjat dricka. Man kan lättare sätta stopp och är nöjd efter ett par glas vin, när det fungerar väl. Effekten kommer snabbt och hos många är effekten tydlig, ibland dramatisk. Tyvärr uteblir effekten minst lika ofta varför man ska utvärdera efter några veckor och vid utebliven effekt överväga akamprosat i stället. Genetiska olikheter i opioidreceptorn anses förklara individuell respons.

Dosering är normalt en tablett dagligen. Vid tveksam effekt kan man prova att öka till två tabletter. Effekten sätter in snabbt, vilket gör att man kan ta en tablett bara när man tänker dricka alkohol. Det räcker att ta en tablett en timme innan man tar första glaset, eller t.o.m. när man börjat dricka om man glömt ta tidigare. Denna medicinering vid behov är inte en godkänd indikation, men används ändå frekvent. Inledningsvis rekommenderas dock alltid daglig medicinering i två till fyra veckor för att patienten ska bekanta sig och känna sig trygg med läkemedlet, och för att kunna utvärdera effekten. En vanlig erfarenhet med naltrexon är att dess effekt avtar efter ett par månader. Detta kan tala för medicinering vid behov eller för återkommande tidsbegränsade behandlingsepisoder, t.ex. under en riskabel semesterperiod.

Biverkningar med naltrexon är mycket vanligt, särskilt initialt illamående som oftast går över på en vecka. Detta lindras med några dagars upptrappning, starta gärna med ¼ tablett. Även psykiska biverkningar såsom depression, sömnstörning eller rastlöshet är relativt vanliga och dessa förefaller inte lika ofta övergående. Allvarligare biverkningar saknas. Opioidreceptorblockeringen medför att effekt av opioida läkemedel uteblir.

Nalmefene (Selincro®)

Selincro är ett nyare läkemedel, nära släkt med naltrexon, och här finns det studier som stödjer medicinering vid behov. Effekt och biverkningar förefaller mycket likartade naltrexon.

Akamprosat (Campral®, Aotal®)

Verkningsmekanismen för akamprosat är komplex och inte helt känd, men interagerar med hjärnans glutamatsystem.

Den kliniska effekten är relativt lik naltrexon, men akamprosat tycks ha större effekt på att dämpa sug och tankar på alkohol och mindre effekt på att dämpa kontrollförlust när man dricker. Akamprosat används därför mest på den som vill vara nykter men har störande sug. Precis som med naltrexon så har läkemedlet effekt endast på vissa individer.

Dosering enligt Fass är 2+2+2 om man väger minst 60 kilo, men tvådos (3+3) ger betydligt bättre compliance. Upptaget i tarm är lågt, biotillgängligheten är i genomsnitt bara

11 procent. Därtill varierar biotillgängligheten starkt mellan individer. En klinisk erfarenhet är därför att dosen ofta kan ökas 50 procent eller mer, trots att det rör sig om en hel massa tabletter. Patienter accepterar den stora tablettmängden bättre om de informeras om det dåliga upptaget i tarmen. Det tar cirka fem dygn att uppnå steady state, varför vidbehovsregim inte fungerar.

Biverkningar är milda, vanligast är något lösare avföring.

Beslutsgång inför Antabusbehandling

1. Vill du vara nykter?
2. Behöver du Antabusstöd för att vara nykter?
3. Behöver du stöd för att ta Antabus?

Disulfiram (Antabus®)

Klinisk effekt av Antabus är att underlätta nykterhet, särskilt för den som inte litar helt på sin egen förmåga och viljestyrka. Vetskapen om att man blir sjuk om man dricker gör att man avhåller sig. Ambivalensen avtar ofta varvid sug och tankar på alkohol minskar, vilket är en tacksam bieffekt. Kanske kan man se det som att hjärnan är så ”klok” att den slutar tänka alkohol, eftersom det inte är ett möjligt alternativ längre. Det anses dock även finnas en farmakologisk påverkan på hjärnan som medför minskat sug.

Effekten av disulfiram sitter vanligen i 3–6 dagar efter man avslutat behandling, även om Fass anger att effekten kan sitta i under fjorton dagar.

Dosering är individuell. Vanligast är 200–400 mg tre gånger per vecka eller 200 mg dagligen. Får man i sig alkohol kommer symtomen snabbt: flush, svettningar, huvudvärk, hjärtklappning, yrsel, dyspné, illamående, blodtrycksfall. En del personer får endast måttlig eller ingen reaktion – de ”dricker igenom Antabus”. Detta beror på avvikande genetisk uppsättning av ALDH, där disulfiram inte blockerar effektivt. En högre dos kan ibland hjälpa.

Demens är en viktig kontraindikation liksom kraftigt nedsatt leverfunktion. Vid nedsatt leverfunktion får man dock väga in riskerna vid fortsatt drickande, och transaminaser strax över referensintervall är inget absolut hinder.

Annons

Stöd för intag? Nästan alla studier har utförts med ”övervakat intag”, vilket kan uppfattas som en repressiv tradition med Antabus. Ett mer patientcentrerat synsätt är att det kan upplevas stödjande för patienten att ta Antabus i samråd med någon annan person. Man visar upp sitt Antabusintag för en partner, chef, arbetskamrat, distriktssköterska etc. Varje vårdcentral bör ha kompetens för detta. Man får då visa att man klarar av nykterheten och och man vill ju inte utebli. På köpet skapar man trygghet hos t.ex. en partner, som dock inte ska belastas med en kontrollroll. En kraftigt motiverad patient kan ta Antabus på egen hand, och vid kortare behandlingar fungerar det ofta utmärkt (semester, resor, långhelger). Men motivation kan svikta med tiden, särskilt vid svårare beroende, så någon form av stöd för intag bör rekommenderas.

Behandlingstiden utgår från patientens önskemål. Viktigt att göra en tydlig tidsplan från början, då det kan motverka tillfällig motivationssvikt. Många kan ha svårt att binda sig vid en längre tids behandling. Börja med den kortare tid som patienten accepterar, men planera in ett beslut om eventuell förlängning sista behandlingsdagen. Det går ofta lättare än man tror.

Provtagning med transaminaser är viktigt av säkerhetsskäl då leverpåverkan är en mycket sällsynt men allvarlig biverkan. En lätt transaminasstegring är relativt vanlig vid behandling, däremot påverkas GT mindre utan sjunker snarare när alkohol försvinner.

Bli inte lurad av Fass

Fasstexten baseras på läkemedlens produktresumé och de studier som fanns när läkemedlet godkändes. De flesta studier på alkoholläkemedel är gjorda på ”alkoholister” med nykterhet som mål, vilket återspeglas i Fasstextens godkänd indikation. De flesta alkoholberoende personer har dock mer måttliga problem, de varken vill eller behöver bli livslånga nykterister. Även dessa personer kan ha god effekt av läkemedlen, även om Fass inte ger stöd här. De flesta studier är också gjorda med samtidigt psykologiskt stöd, varför Fass anger att detta ska ges. Detta tycks avskräcka många läkare från att våga använda läkemedlen. Läkemedelsverket är dock tydlig med att vanliga uppföljande läkarbesök är fullt tillräckligt [8].

Adobe Stock

Läkemedel mot symtom

Självmedicinering med alkohol för att dämpa symtom är vanligt, framför allt sömnbesvär, oro, ångest eller stress. För alkoholberoende personer med adhd kan alkohol upplevas lugna tankarna. Hydroxizin (Atarax®) eller annat ej beroendeframkallande medel kan ges mot ångest och oro. Propiomazin (Propavan®), melatonin (Circadin®) eller mianserin kan hjälpa mot sömnstörningar. Betablockerare dämpar hjärtklappning och oro i sociala situationer. Sedan ska vi definitivt inte glömma att en snabb promenad eller joggingrunda är mycket effektivt för att bilda rogivande endorfiner. Den som vet med sig att den borde träna mer bör uppmuntras. Det är en myt att man bara ska ändra en sak i taget, att t.ex. återuppta träning kan vara starkt stödjande för nykterhet eller bättre drickande.

Vad gör du med dina kroniker?

Vid svårare kroniskt beroende där patienten inte klarar längre tids nykterhet, bör målet vara *skadebegränsning*, all minskning är bra. Det är kanske lätt att ge upp, och patienten skäms och drar sig för att söka hjälp. Dessa de svårast sjuka och mest socialt drabbade är särskilt viktiga att ge stöd. Ett effektivt stöd, som vi bör använda mer, är korta avgiftningar med höga doser bensodiazepiner. Exempelvis 25 tabletter oxazepam 5–15 mg som trappas ner på 5–7 dagar. Korta abstinensbehandlingar rekommenderas också av Läkemedelsverket, till skillnad från

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med alkoholberoende behandling med nalmefen *(prioritet 4)*.

Socialstyrelsen rekommenderar läkemedelsbehandling med högsta prioritet [9]

Frågor vid systematisk uppföljning

1. Har du kommit in i en bra rutin att ta medicinen?
2. Tål du medicinen väl, eller har det någon biverkan?
3. Har du märkt att läkemedlet hjälper? På vilket sätt? (ex: sug, tankar på alkohol, dricker mer sällan, mindre per tillfälle eller långsammare)
4. Objektiva data: Du ger återkoppling på blodprover, och patienten på alkoholkalendern
5. Fortsätta med läkemedlet? Ändra dos? Återbesök.

långvariga behandlingar. och orsakar inte ett benso-beroende. Det är mycket vanligt att man vill bryta, men skjuter upp på grund av rädsla för den svåra abstinensreaktionen.

Några ytterligare tips om läkemedelsbehandling

En nackdel med såväl naltrexon och nalmefen som akamprosat är att de inte har någon effekt, eller bara svag effekt på många individer, vilket anses bero på genetiska faktorer. En grov uppskattning är att en tredjedel av patienterna har god effekt av ettdera preparatet, en tredjedel har tveksam effekt och sista tredjedelen har ingen effekt alls. Vid tveksam effekt kan dosökning prövas. Om det ena preparatet inte fungerar kan det vara värt att pröva det andra. Vilket preparat ska man välja i första hand? En metaanalys visar att naltrexon är något effektivare när målet är ett reducerat drickande och akamprosat något effektivare när nykterhet är målet. Disulfiram är förstahandsvalet om patienten vill ha stöd för sin nykterhet och man kan lägga till akamprosat eller naltrexon vid behov. Naltrexon och akamprosat kan också kombineras, men evidensen för denna kombinationsbehandling är svag .

Behandlingstid? För naltrexon anger Fass tre till sex månader och eventuellt förlängning. För akamprosat anges ett år. Man kan emellertid dra en parallell till användningen av SSRI-preparat vid depression: minst sex månaders behandling rekommenderas där, men i praktiken är det väldigt olika hur länge de behövs.

Uppföljningar är halva behandlingen

Behandlingseffekten är betydligt större om man bokar några korta återbesök för att utvärdera resultatet. Alternativt kan uppföljningsbesöken ske hos sjuksköterska, eller möjligen per telefon. *Medical management* är en term som forskningslitteraturen använder, och man har visat en stor förstärkande effekt genom korta systematisk uppföljningar [10]. Patienten får ett delmål att se fram emot: att sköta sin alkoholkonsumtion åtminstone fram till återbesöket. Ett förslag kan vara ett första återbesök efter 3–4 veckor, därefter allt glesare med tiden. Blodprov tas före varje återbesök, dels av säkerhetsskäl vid disulfirambehandling, men framför för att patienten ska få återkoppling på hur förändringar, även inom normalintervallet, speglar konsumtionen. Leverproverna och MCV är de viktigast. Minskas konsumtionen så sjunker levervärderna snabbt, även om de är inom referensintervall från början [11]. Detta är en mycket stark återkoppling till patienten; ”levern mår bättre”. Ett annat effektivt verktyg är alkoholkalender. Patienten skriver ner sin konsumtion varje dag i form av standardglas och summerar veckans konsumtion. Detta konkretiserar konsumtionen och ger omedelbar återkoppling. Exempel på alkoholkalender finns på riddargatan1.se/pv. Men nu har vi glidit in på KBT-baserad psykologisk behandling. Det är inte så svårt det heller!

Adobe Stock

Foto: Karl Korakka

Sven Wåhlin
Specialist i allmänmedicin, Överläkare
Beroendecentrum Stockholm

Jävsdeklaration
2015 erhållit ett föreläsningsarvode från Actavis (Antabus) och ett från AstraZeneca.

REFERENSER

1. Wåhlin S. Alkohol – en fråga för oss i vården. 2:a rev och utökade upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2015.
2. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andreasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. Subst Use Misuse. 2014;49(6):762-9.
3. Babor T. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
4. Wåhlin S, Andréasson S. Behandling av alkoholberoende i primärvården kan ge goda resultat. Läkartidningen. 2015;112:DIIY.
5. Hester RK, Squires DD, Delaney HD. The drinkers check-up: 12 month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. J Subst Abuse Treatment. 2005;28:159-169.
6. Andreasson S, Danielsson AK, Wallhed-Finn S. Preferences regarding treatment for alcohol problems. Alcohol and alcoholism. 2013;48(6):694-9.
7. Andreasson S, Hansagi H, Osterlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice--a randomized, controlled trial. Alcohol. 2002;28(1):57-62.
8. Behandling vid alkoholberoende. Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. Uppsala: Läkemedelsverket. 2007;1.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2015. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. 2015.
10. Pettinati H, Mattson M. Medical Management Treatment Manual: A Clinical Guide for Researchers and Clinicians Providing Pharmacotherapy for Alcohol Dependence. 2004.
11. Wåhlin S. Att tolka provsvar vid alkoholkonsumtion. Allmänmedicin. 2017;1:48-50.

Annons

Annons

Vattenfallet heter Gullfoss.

Den 20:e Nordiska kongressen i allmänmedicin – än en gång på Island

Jag hade förmånen att få delta i den Nordiska kongressen i allmänmedicin i juni 2017, tack vare ett bidrag från Samfonden. Jag har deltagit i många nordiska kongresser och detta är mitt tredje deltagandet på Island, sagornas ö.

Bra föreläsningar

Programmet erbjöd som alltid på en spännande blandning av välrenommerade föreläsare som gav intressanta synpunkter på sjukvård, primärvård och konsten att leva. Jag uppskattade särskilt doktor Gilbert Welch som pratade om *"Less Medicine, More Health. 7 assumptions that drive too much medical care"*. Han har skrivit en bok på detta tema och visar med statistik och exempel att överdiagnostik och överbehandling är ett stort hälsoproblem i USA, samtidigt som många människor får för lite medicinsk hjälp.

Professor Martin Marshall från Storbritannien har ofta talat på konferenser i Norden. Den här gången pratade han om *"All change for general practice?"* med fokus på förändringar i vår verksamhet.

Margaret McCartney är GP i Glasgow och skriver mycket, särskilt om risker med överdiagnos och övermedicinering. Hon höll en mycket stimulerande föreläsning om *"Life, death and sexed up medicine"* och tog bland annat upp allt en allmänläkare förväntas göra (stoppa fetmaepidemin, stoppa ojämlikhet i

Harpa, kongresscenter i Reykjavik.

hälsa, spara pengar, diagnostisera cancer tidigt, etc).

Plenarföreläsningarna kan avnjutas på Youtube.

Parallella sessioner, workshops m.m.

Utöver de många föreläsningarna erbjöds en mängd parallella sessioner med workshops eller korta föredrag. Det fanns också posters om olika ämnen. Sverige hade en mängd spännande bidrag och jag tycker att det är glädjande att så många från Nationella Forskarskolan bidrog till den vetenskapliga kvaliteten.

Kongressen har blivit större och bättre

Eftersom jag varit på Nordisk kongress i Reykjavik tidigare ser jag några förändringar som skett. Kongressen är väldigt mycket större nu jämfört med tidigare, har större program, mycket fler deltagare och mycket bättre konferensanläggning, som ger fina möjligheter till formella och informella möten med nya och gamla bekantskaper. Det sociala programmet gav fina möjligheter att se valar, gå till de lokala varma baden, rida islandshäst, titta på vattenfall och festa med kolleger.

Reykjavik har blivit en modern stad med massor av hotell, restauranger och affärer och turistbranschen är stor. Men dyrt är det!

Professor Katarina Hamberg till vänster och Margareta Torein Töllborn till höger, på valsafari en kväll. Katarina tilldelades det stora forskningspriset under kongressen.

Prisutdelning

Vid den avslutande ceremonin delades Magda och Svend Age Frederichs nordiska pris ut. Det gavs till professor Katarina Hamberg, Umeå, för hennes arbete med genusperspektiv i allmänmedicin och på läkarprogrammet. Det var ett mycket välförtjänt pris! Tidigare svenska pristagare är Carl-Edvard Rudebeck 1993 och Anders Håkansson 2003.

Många deltagande ST-läkare

Det som gladde allra mest var att så många unga ST-läkare deltog. All heder åt de landsting som erbjudit alla sina ST-läkare att få åka på den Nordiska kongressen i allmänmedicin med sina studierektorer!

Stort tack till Samfonden för bidraget!

Margareta Troein Töllborn
Allmänläkare i Malmö,
seniorprofessor vid Lunds universitet

Annons

Reserapport

Nordisk allmänmedicinsk kongress i Reykjavik – juni 2017

I mitten av juni förra året ägde den 20:e nordiska allmänmedicinska kongressen rum i Reykjavik. Tack vare ett bidrag från Distriktläkarföreningens samfond kunde vi (Heidi Lindbäck och Sofia Lavén) resa till Island och delta i kongressen vars tema var *"From the core – Changes and Challenges in Primary Care"*. Vi är bägge sedan drygt 5 år specialister i allmänmedicin och kliniskt verksamma distriktsläkare i Uppsala. Dessutom är vi bägge doktorander och fick möjlighet att presentera våra respektive doktorandprojekt vid kongressen.

Vädret i Reykjavik var varierande och temperaturen höll sig runt 12 grader under hela resan. Det gjorde inte så mycket då kongressen hade ett fullspäckat program och utsikten från konserthuset Harpa, där kongressen hölls, var vacker även i gråskala. Kongressen hade nytt deltagarrekord och cirka 1 500 allmänläkare från Norden och även andra delar av världen (bl.a. från Australien) samlades för 3 dagars förkovran och samvaro.

Inne i konserthuset Harpa.

Gilbert Welch's föreläsning

Av huvudföreläsningarna var det två som särskilt fastnade; Gilbert Welch med föreläsningen "Less medicine, more health" och Margaret McCartney med föreläsningen "Life, death and sexed up medicine".

Gilbert Welch, som är internmedicinare och professor från Dartmouth, USA, pratade om balansen mellan att göra för lite och att göra för mycket för sina patienter. Welch har också skrivit flera böcker i ämnet. Han presenterade i sin föreläsning på kongressen några vanliga antaganden och omkullkastade sedan dessa: *All risk kan minskas* – den störande sanningen är dock att risk inte alltid kan minskas och att försöka minska risker i sig är en risk. *Det är alltid bäst att fixa problemet* – men en patient som är symptomfri kan inte må bättre. J*u tidigare desto bättre* – men i många fall vet man inte om t.ex. screening för cancer gör nytta. I jakten på att hitta de aggressiva tumörerna, som troligtvis dödar ändå, hittar man många tumörer som inte leder till döden, men där vetskapen om fyndet minskar patientens livskvalitet. I selekterade grupper med hög risk kan det dock vara bra med screening enligt Welch. *Det skadar aldrig att få för mycket information* – men informationen kan sänka livskvaliteten p.g.a. oro och rädsla och dessutom leda till behandling i onödan. *Ju nyare behandling desto bättre* – men så är inte fallet när den nya behandlingen ännu inte är ordentligt testad. *Allt handlar om att undvika döden* – många blir läkare för att rädda liv. Att sänka hastigheten på vägarna sparar mer liv än de flesta behandlingar. En fixering vid att förebygga död kan ge en försämrad livskvalitet.

Margaret McCartney's föreläsning

Margaret McCartney är GP från Glasgow, Skottland och författare till kolumner i tidskriften BMJ och till flera böcker. Hon började sin föreläsning med att visa en lista på alla förväntningar som patienter och politiker har på allmänläkare. Bland annat förväntas vi allmänläkare minska fetma och rökning, stoppa terrorism och lösa äktenskapskriser. Då kommer den självklara frågan, "om vi gör allt detta vad ska vi sluta med istället?". Enligt McCartney ska vi sluta behandla patienter utan symptom eftersom mortalitet och morbiditet inte avsevärt minskar med screening. Mammografi-screening t.ex. leder till överdiagnostik p.g.a. falskt positiva tester. Vi diagnostiserar fler, men gör vid det till någon nytta? Vi överskattar nyttan och underskattar skadan poängterade McCartney. För

Den Blå lagunen.

mycket information till patienten kan göra skada och McCartney tyckte att det svenska ordet ”lagom” var mycket bra i sammanhanget. Hon pratade sedan om livets slutskede och att vi måste sluta att göra skadliga saker i livets slutskede i ett försök att förlänga livet. Hon hänvisade till en studie som har visat att överlevnaden för döende patienter till och med ökar med palliativ vård jämfört med aktiv behandling/”standard care”. I tv-serier gör man HLR i tid och otid och McCartney beskrev HLR med orden ”oversexed och overhyped” och påpekade att i verkligheten utanför tv-serierna så är det en liten andel som överlever HLR – bara cirka 10% av patienterna utanför sjukhus och cirka 17% på sjukhus. McCartney hade en förhoppning att vi allmänläkare ska tänka kritiskt, kräva och sprida evidens och därmed bidra till att göra medicin tråkigare, men bättre.

Dessa bägge föreläsningar, liksom flera andra, finns att se på http://www.nordicgp2017.is.

Våra forskningsprojekt

Våra egna presentationer av våra respektive doktorandprojekt skedde under så kallad ”oral presentations”.

Heidi Lindbäck presenterade sitt forskningsprojekt om utvecklingen av antibiotikaresistens i Uppsala under åren 2008–2015, där man ser en långsam ökning av ESBL-producerande E.coli bland i övrigt friska kvinnor. Under kongressen hölls tre helt fullsatta workshops om infektionssjukdomar i primärvården, där man avhandlade antibiotikaresistens, diagnostik och alternativa behandlingar till antibiotika. Norden har den lägsta förekomsten av antibiotikaresistens i Europa och med tanke på primärvårdsforskningen och det stora intresset för området så kommer det sannolikt att fortsätta vara så.

Sofia Lavén presenterade sitt forskningsprojekt om hur allmänläkare kommunicerar med patienter om risk för hjärt-kärlsjukdom. De etiska problem som allmänläkare ställs inför i sådana konsultationer är bl a att prata om riskfaktorer utan att oroa patienten, att prioritera samtal om risk kontra patientens övriga förväntningar på besöket och behov av vård och att ta upp riskfaktorer när patienten kommer till läkarbesöket av en helt annan orsak.

Resan till Island och deltagandet i kongressen gav verkligen mersmak. Nu längtar vi till nästa nordiska allmänmedicinska kongress i Ålborg 2019!

Heidi Lindbäck
Specialist i allmänmedicin
Distriktsläkare
Ultuna vårdcentral, Uppsala

Sofia Lavén
Specialist i allmänmedicin
Distriktsläkare
Ultuna vårdcentral, Uppsala

En distriktsläkares vardag med svårt funktionsnedsatt patient

Det handlar om en 23-årig kvinna med svår utvecklingsstörning och autism. Hon saknar tal. Hon föddes med ett hjärtfel som opererades i nyföddhetsperioden. Senaste UCG (i narkos) för ett år sedan såg bra ut.

Familjen härstammar från ett afrikanskt land. Hon bor tillsammans med sin mor och får hjälp av modern, syskon och assistenter.

Patientens status

Hon är visserligen 23 år i kroppen, men utvecklingsmässigt är hon som ett litet barn. Hon behöver hjälp med det mesta och hon kan inte berätta om något är fel.

Hon har haft kontakt med barnmottagning, barnneurolog, kardiolog och barnhabilitering. Numera har hon kontakt med vuxenhabilitering, kardiolog och med mig som distriktsläkare.

Senaste tiden är hon ständigt igång, hasar på rumpan, drar, sliter i saker, sparkar, dunkar huvudet i väggen och sover knappt alls. Aptiten är sämre och hon svettas mycket. Anhöriga är övertygade att hon har ont någonstans. Vi försöker slå våra (kloka) huvuden ihop, anhöriga, assistenter och jag. Vad är fel? Är det problem med magen? Har hon epilepsi? Har hon ont? Var i så fall?

Vi har kontrollerat Hb, CRP och glukos. Att ens kunna ta dessa prover betingade visst besvär skall tilläggas. Proverna visade sig vara normala.

Vi enas till sist om att göra mer grundliga undersökningar. I narkos förstås, något annat är inte att tänka på. Remiss för CT hjärna, thorax och buk skickas till röntgen och remiss för narkos och provtagning skickas till Anestesi vid det närmaste sjukhuset. Jag ringer en Endokrinolog för att få hjälp med provtagning.

Ohållbar sitution för familjen

Efter en vecka ringer anhöriga. Situationen är nästan ohållbar hemma. Ständig oro, nedsatt aptit och sömnbesvär som tidigare. Vi prövar morfinplåster.

Jag ringer till sjukhuset för att försöka skynda på undersökningarna och får reda på att remisserna skickats vidare till det stora sjukhuset då det anses komplicerat. Jag ringer till röntgen på det stora sjukhuset och får besked att undersökningarna planeras att göras om två veckor; vi får ett datum och tid för undersök-

ningen. Det behövs ”bara” ordnas med en ”bakavdelning” ifall det behövs extra tillsyn eller komplikationer uppstår i samband med undersökningarna.

Det är nu som problemen börjar…

Få till stånd en grundlig undersökning

Tio samtal senare, med koordinatorer, vårdavdelningar, bakjourer, narkos, röntgen med flera, där jag ömsom mötts av en vänlig och förstående röst och ömsom av en skarpare sådan har jag ändå inte lyckats lösa en bakavdelning. Vad skall jag ta mig till? Ge upp hela idén med undersökningarna? Aldrig i livet! Jag måste ta strid för de svaga som inte kan göra sin röst hörd och min patient tillhör definitivt den kategorin.

Jag kan inte göra mer den dagen och får låta det bero över helgen. På måndag morgon ringer jag (i bilen på väg till jobbet) ytterligare en vårdplatskoordinator kl 7.30, som undrar varför jag ringer så tidigt. Hon är upptagen men ringer igen efter några minuter. Ja, man kan nog tänka sig att hjälpa till. Men då måste jag skicka en remiss till avdelningen som en läkare får titta på. Väl på jobbet utfärdas remiss som faxas iväg.

Jag kan inte riktigt lita på att det skall fungera så jag ringer till röntgen efter ett par dagar. Jo, det verkar klart. Skönt! Ringer anhöriga som ännu inte fått en kallelse. Ringer till röntgen som ger information om tid och plats som jag vidarebefordrar till anhöriga.

Undersökningen blev av

Det gick vägen! Patienten sövdes på mask liggandes på golvet. Undersökningarna blev utförda, blodprover togs och hon åkte direkt hem efter undersökningarna utan att passera bakavdelningen. Nu skall alla undersökningar och blodprover gås igenom. Hon har förstoppning, det verkar föreligga hypocalcemi, hjärtat är förstorat och hypofysen är mycket liten. Nya remisser behöver skrivas, till Endokrinolog och Kardiolog.

Min arbetsinsats hittills

Jag summerar min insats hittills: närmare 20 telefonsamtal och 5 remisser för att kunna hjälpa en patient med svår funktionsnedsättning i sjukvården.

SKALL DET VARA SÅ HÄR?

Malin Nystrand
Specialist i Allmänmedicin
Närhälsan Lövgärdet
malin.nystrand@vgregion.se

Annons

Annons

Studieresa till Oslo – Norges fastlegesystem

Efter fastlegereformen 2001 har primärvården fungerat så mycket bättre i Norge. Man kom tillrätta med en svår läkarbrist och den norske allmänläkaren ansvarar numera bara för häften så många patienter som den svenske. Men snart 20 år efter den stora reformen börjar problemen torna upp sig. Fler arbetsuppgifter förs över till allmänläkarna och allt större svårigheter att rekrytera unga, gör att Norge inte enbart kan ses som en förebild. Det var DLF Stockholms slutsats efter en två dagars studieresa till Oslo i oktober.

Melitta Kolsjerina visar övervakningsplatserna på Legevakten Aker.

Norges fastlegesystem har av många setts som en förebild och delegation efter delegation av svenska sjukvårdspolitiker, fackförbund och intresserade läkare har åkt på studieresa för att se hur man löste primärvårdens kris i början av 2000-talet.

Fastlegereformen kom till efter en lång diskussion både bland professionen och bland politiker, samt efter flera pilotprojekt. Utgångsläget var delvis ett annat än i Sverige – i Norge fanns många små en-manspraktiker och nästan alla allmänläkare jobbade privat i egen firma. Det var detta system man ville förbättra, främst genom att få fler allmänläkare med syftet att höja kvaliteten, öka kontinuiteten och ge alla norrmän en egen läkare. För att hindra en kostnadsexplosion i hälso- och sjukvården poängterades särskilt den s.k. portvaktfunktionen gentetmot den övriga sjukvården – all specialiserad vård skulle gå genom fastlegen. Remisstvång gäller för allt, inklusive akuten.

På Legevakten Storgata: DLFs v. ordf. Marie-Louise Butler (th) i samspråk med fr.v. Kristin Hovland, ordf. i Oslos läkarförening, dr. Arve Halsen, överläkare och specialist i allmänmedicin, och socialjouren, som har sin mottagning på akuten.

SLF Stockholms Oslo-delegation. Fr.v. Ylva Sandström, Zaklina Milenkovski, Ann Gerhan och Marie-Louise Butler.

Efter 15 år ha antalet fastlege ökat från 3 585 till 4 644 stycken, d.v.s. en ökning på cirka 30 procent. Varje läkare har en egen lista, där listningserättning betalas av kommunen med 442 kr/listad, oavsett dennes sjukdomsbild. Därutöver får läkarna patientavgiften på runt 200 kr samt en statlig besöksersättning, som varierar beroende på vad som görs vid besöket. I princip har man full kostnadsteckning för prover och undersökningar. Varje läkare avgör själv hur många man anser sig kunna ta emot på sin lista, och när antalet är uppnått stängs listan för nya patienter. Ingen läkare får ha mer än 2 500 patienter. För att hindra ”doktor-shopping” och öka kontinuiteten får patienterna bara byta doktor två gånger per år. All administration kring listningen sköts centralt.

– Det finns några som vi kallar för Listbaroner, som har listat maxtalet 2 500 patienter. Men de har svårt att klara uppdraget med så många att ta hand om, så man kan säga att det ofta är självreglerande – patienterna får svårt att få tider och listar om sig, berättar fastlege Kjell-Olav Svendsen vid Frogner Helsesenter i Oslo.

Deltidsarbete eller heltidsarbete verkar inte vara en fråga för de norska allmänläkarna. Eftersom läkarna till stor utsträckning är egna företagare, kan de själva avgöra hur mycket de vill jobba och hur stort åtagande de vill ha – liststorleken avgör man ju själv. På så vis styrs också arbetstiden. I genomsnitt har en norsk fastleger 1 175 patienter på sin lista.

Men det finns också många som jobbar mycket. 60 timmars arbetsvecka är inte ovanligt. I fastlegens åtagande finns förutom arbetet på den egna mottagningen också jourer på Legevakten, akutmottagning – bemannad med allmänläkare, dit patienterna kan söka utan remiss. I Oslo jobbar läkarna åtminstone ett pass per månad där. Dessutom kan läkarna sluta avtal med kommunen om att sköta skolhälsovård eller sjukhem.

– Vi är ålagda att ha öppet mellan 8–15 och då har vi oftast patienter, men sedan ska allt administrativt också skötas, berättar Kjell-Olav Svendsen. Vi är ju egna företagare, så förutom patientadministration har man också det egna företaget att sköta. Men det är en rolig del av jobbet, tycker Kjell-Olav.

I Oslo finns två Legevakter, dels en dygnetruntöppen mottagning centralt i stan, och dels en mottagning vid Akers sjukhus ett par kilometer längre ut. Legevakten i stan bemannas av ”allmänläkare”, till största delen icke-specialister under utbildning, men även några färdiga specialister i allmänmedicin arbetar här. I Norge kallas icke-specialister för allmänläkare, medan de färdiga specialisterna kallas specialister i allmänmedicin – detta ledde till en del begreppsförvirring för oss svenskar.

Man tar emot alla slags akutfall, utom de allra sjukaste, där

Kjell-Olav Svendsen på sitt rum på Frogner Helsesenter. Kjell-Olav är en av medförfattarna till den norsk-svenska läroboken i Allmänmedicin.

Kjell-Olav Svendsen på Frogner Helsesenter vid den automatiska incheckning- och betalautomaten på mottagningen.

Guro Hattestad är utbildningsläkare på Frogner Helsesenter, här tillsammans med sin handledare Kjell-Olav Svendsen.

ambulansen kör direkt till akutsjukhusets akut. Legevakten liknar mycket våra närakuter, men redan i entrén noterar vi en intressant skillnad – förutom luckor för medicinska och ortopediska fall, har man en lucka där man direkt kan söka hjälp hos socialtjänsten. Socialjouren har helt enkelt flyttat in på akuten! En annan skillnad är att man också har möjlighet att lägga in patienterna för observation något dygn. På dessa patienter kan man ta lite mer omfattande prover, annars är det bara de mest basala proverna som tas.

Legevakten vid Akers sjukhus har bara öppet kvällar och helger. Redan någon timme innan akuten öppnar börjar patienterna köa för nummerlappar utanför entrén. Akers Legevakt bemannas av de ordinarie fastlegerne i Oslo. Dock framgår att det inte är odelat positivt. När inga läkare är fasta, utan bara jobbar något pass per månad, blir det svårt att få alla att göra lika eller att implementera nya arbetssätt. Mellan raderna förstår vi att tjänstgöringen på Legevakten inte är så populär, många byter bort eller säljer sina pass till vikarier, och det är vanligt att doktorer ringer sig sjuka. I Norge finns inga karensdagar.

Även här är utredningsmöjligheterna begränsade – man kan ta Hb, glukos, CRP, men inte så mycket mer. EKG finns och man har ett rum med övervakningsplatser, som används för de patienter som mår sämst. På Akers sjukhus har man också inrättat tre vårdavdelningar med totalt 73 platser för patienter som man bedömer är för dåliga för att skickas hem, men inte sjuka nog för att läggas in på det stora sjukhuset. Syftet är delvis att förebygga inneliggande sjukhusvård. Vanliga diagnoser är luftvägsinfektioner och mobilisering efter fall i hemmet. Vårdtiderna är 3–4 dagar och beläggningsgraden i genomsnitt runt 80%.

– Vi måste ha utrymme att klara toppar och att klara att hantera patienter som är lite mer vårdtunga, så 80%-beläggningsgrad är ganska lagom, säger Melita Kolsjerina, som är allmänläkare och arbetar på KAD, Kommunal akut dygnsenhet, som avdelningarna kallas.

Som svenska läkare bara gapar vi åt detta konstaterande. Så självklart – förutom hemma hos oss!

När Fastlegereformen genomfördes bestämde man att även utbildningsläkare skulle kunna vara fastlege och många ST-läkare börjar därför sin karriär efter AT med att köpa en lista av en kollega, eller sluta avtal med en kommun som behöver en ny fastlege. När ST-läkaren ska gå på randutbildning på sjukhuset måste han eller hon ordna med en vikarie som tar hand om patienterna. Många tvekar inför det ansvar och den investering det innebär. Rekryteringen av nya fastlegere har blivit allt svårare och medelåldern stiger.

På Frogner Helsesenter arbetar Guro Hattestad som utbildningsläkare. Guro har ett vikariat och har inte behövt köpa sin lista, en investering som i Oslo ligger på dryga miljonen.

– Jag trivs bra här, säger Guro som visar oss runt. Här finns EKG, provtagning och läkarrum i ganska trånga lokaler i ett gammalt sjukhus från tidigt 1900-tal. Patienterna anmäler sig och betalar i en automatisk maskin som står i korridoren. Några sjuksköterskor har man inte. På hälsocentret arbetar bara läkare och undersköterskor, och så ser det ut i princip överallt. Psykologer eller andra paramedicinare har man inte heller.

– Det pågår en diskussion om att göra primärvården mer teambaserad och lägga över mer uppgifter på andra än doktorn, t.ex. tycker politikerna att vi borde ha barnmorskor här. Men varifrån man ska få dessa kan man ju undra, när det är brist på barnmorskor på sjukhusen, säger fastlege Kjell-Olav Svendsen, som inte ger mycket för team och vårdcentraler á la Sverige. Behöver patienterna en diabetessköterska kan man remittera till sjukhusets diabetesmottagning.

På järnvägsstationen i Oslo, på väg hem, sammanfattar vi våra intryck. Jo, det finns mycket som är bra i Norge. Man har möjlighet att begränsa sin lista, patienterna får bara lista om sig två gånger per år, man har nästan lika många läkare som i Sverige, men på halva befolkningen. Kontinuiteten fungerar och både läkare och patienter är förhållandevis nöjda. Fastlegen klarar många av de halvakuta tillstånden, så att patienterna i mindre grad behöver sjukhusets akutmottagning. Men det finns också bekymmer – precis som i Sverige lägger sjukhusen över allt mer på allmänläkarna, som drunknar i arbetsuppgifter. Många jobbar väldigt mycket. Rekryteringen av unga läkare är ett bekymmer, kanske just p.g.a. arbetssituationen och det faktum att man i princip tvingas bli egen företagare, varken man vill det eller ej. Doktorn ska vara spindeln i nätet, men man är ganska ensam på sin mottagning – inga psykologer, inga sjuksköterskor. Vår slutsats: det finns mycket som är bra i Norge, men man ska nog akta sig för att kopiera Fastlegesystemet rakt av.

Ylva Sandström
DLF Stockholm

Medicinsk humaniora – något för framtidens läkare?

Så kallade ”Karriärträffar” för nya eller blivande läkare verkar just nu vara i fokus. Ledarskap, karriär, meritering och kliniska färdigheter lyfts fram. Träffarna har säkerligen sitt värde – inte minst för att fördela läkarkåren på bättre sätt och på sikt minska slutenvårdens dominans. Parallellt med denna utveckling finns en annan som snarast går tillbaks till läkarutbildningen och karriären för hundra år sedan. Denna i form av *medicinsk humaniora*. Tidskriften *Svensk etnologisk tidskrift*, ägnade ett temanummer 2015 åt medicinsk humaniora – en arena för utmaningar och experiment.

Begreppet medicinsk humaniora var dock inget som myntades av tidskriften utan har uppmärksammats i böcker, artiklar och även i vetenskapliga sammanhang långt tidigare. Detta ibland under olika benämningar som till exempel humanistisk hälsoforskning, humanistisk medicin, kultur och hälsa, humaniora och medicin m.fl. begrepp. Ett annat närliggande område är något som betecknats som *emotional intelligence* [Salovey, Mayer 1990].

Något som av naturliga skäl debatterats är var ämnesområdet egentligen hör hemma. Att försöka utöka det redan digra utbildningsprogrammet för blivande läkare har säkerligen inte mötts med någon större entusiasm. Olika former för tvärvetenskapliga forum och nätverk förefaller hittills vara den väg som öppnats för ämnesområdet.

Som tidigare påpekats är det egentligen inte något helt nytt. Det finns en rad intressanta berättelser om tidigare läkarkarriärer, till exempel Axel Munthe, som berättar om hur man innan de mer formella medicinska studierna började hade något eller några år under vilka man studerade filosofi, teologi och historia m.fl. ämnen. Det förefaller ha varit en i det närmaste självklar studiegång att man först inhämtade kunskaper för att bygga en bas inom humaniora för att sedan inrikta sig på de biomedicinska kunskaperna. Efterhand har dock de sistnämnda blivit så omfattande att allt, som möjligen uppfattats som perifert, skalats bort. Den intressanta frågan är vilka konsekvenser denna utveckling medfört över tid. Riskerar vi att utveckla professionella biomedicinska ingenjörer med fokus på att hantera mätbara problem? Möjligen, om man får tro en artikel i Medical Education som beskrev att man noterat att läkarstuderande verkar bli alltmer cyniska i takt med att den medicinska utbildningen pågår [Hojat m.fl. 2004]. Något som enligt författarna riskerar medföra en minskad empati. Det man fann var att empatin föreföll minska och cynismen öka men utvecklingen var inte helt enkel att tolka och mer studier behövs för att klarlägga etiologin till denna utveckling.

Om möjligt ännu viktigare är att finna vägar för att förändra den negativa utvecklingen.

Det verkar trots allt som om tidigare tankegångar om att humaniora som viktigt inslag i läkares utbildning och vidare utveckling har betydelse. I en nyligen publicerad amerikansk studie, baserad på webb-enkäter till medicinstuderande, visades på att konst, skönlitteratur, musik och teater kan göra läkare mer empatiska [Magniore m.fl. 2017]. Medicinstuderande som ägnade sig åt dessa aktiviteter utvecklade positiva egenskaper som att bli mer empatiska, tålmodigare och större förmåga att ”läsa av” både sina egna och patienternas känslor. De verkar dessutom drabbas av utbrändhet i lägre omfattning än övriga medicinstuderande.

En låg svarsfrekvens (knappt 25 procent av studiepopulationen svarade på enkäten) gör att man knappast kan dra några mer långtgående slutsatser av resultaten. Kanske i huvudsak konstatera att det verkar finnas ett tydligt behov av andra inslag i läkares grundutbildning, och inte minst i den vidare utvecklingen, än enbart medicinska faktakunskaper. En bra läkare utmärks av en hög medicinsk faktakunskap förvaltat och omsatt i en personlighet med varmt hjärta och empati för sina patienter. Det finns inga enkla vägar för att lyckas med denna utveckling men det är knappast omöjligt.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

REFERENSER;

- Svensk etnologisk tidskrift; *kulturella perspektiv* nr 1; 2015
- Salovey P, Mayer JD (1990) *Emotional intelligence*, Baywood Publicing
- Hojat M, Magniore S, Nasca TJ, Rattner S, Erdman JB, Gonella JS, Magee M (2004) *A empirical study of decline in empathy in medical school*, Medical Education 38; 934-941
- Magniore S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M, Bedwll WL, Fletcher K, Kahn MJ (2017) *Medical Student's Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-institutional U.S. Survey*, J Gen Intern Med DOI: 10, 1007/11606-11617

Annons

Annons

När ”Ågren” slår till…

Enligt Wikipedia är ”Ågren” ett vardagligt uttryck för psykiska reaktioner som exempelvis oro, ångest, rädsla, skam och t.o.m. för baksmälla. I vad mån personer med namnet Ågren är speciellt drabbade av dessa problem är väl knappast klarlagt (uttryckssättet lär emanera från en något bedagad Lundastudent med namnet Tage Ågren). Som samlingsbegrepp för den ökande belastningen i primärvården av just dessa problem fungerar det dock bra.

Den psykiska ohälsan ökar dramatiskt. Åtminstone om man får tro massmedias rapportering som mer eller mindre dagligen rapporterar om medborgarnas lidande och sjukvårdens oförmåga att ta hand om problemen. Redan nu har den psykiska ohälsan lanserats som en av de stora frågorna inför höstens val. Politikerna, med alla dess inriktningar och framtoningar, framför mer eller mindre genomtänkta förslag kring hur man ska komma till rätta med problemen. Nästan som om man inte vetat om dessa problem tidigare men nu minsann kommer att ta krafttag och ställa allt till rätta!

Orsakerna till den ökande psykiska ohälsan, oavsett om den faktiskt ökar eller förändras, är sannolikt flera och divergerande. En viktig grundfråga är naturligtvis om ökningen beror på att samhället belastar sina medborgare i alltmer stigande grad, eller om det beror på att sjukvården inte klarar av att hantera problemen. Sanningen ligger väl någonstans mitt emellan. Det verkar som om allt fler i samhället har svårt att hänga med i svängarna och klara av alla krav som ställs. Även om det för några år sedan lanserades en politisk slogan om att – *alla skall med* – så verkar det som om alltfler missat tåget. Några har dessutom även missat ev. extratåg och kommer ingenstans här i världen. I dessa lägen verkar det som om det finns någon sorts ”ryggmärgsreflex” som gör att det uppstår ett behov av att vända sig till sjukvården och då i första hand till primärvården. Här verkar det i sin tur finnas en övertygelse om att man måste öka antalet medarbetare med psykosocial kompetens för att klara av alla som nu söker med ”Ågren” av mer eller mindre uttalad omfattning. Om vi bara får till-

räckligt med psykologer och kuratorer i primärvården så kommer vi att klara det hela!

En i sammanhanget nästan hädisk tankegång, men som dock måste väckas, är om inte alltför mycket av ”Ågren” nu blivit så sjukt att det måste omhändertas i sjukvården? Finns det ingen ”normal Ågren” som vi alla drabbas av lite då och då?

Om så är fallet, vilket inte är helt osannolikt, är den ökande psykiska ohälsan till viss del ett kulturellt fenomen. Ett fenomen som i sin tur inte kan hanteras med mer av psykosocial kompetens i primärvården. Frågan är varför vi verkar ha alltmer av ”Ågren” i samhället. Somliga hävdar att det beror på att Sverige är ett av världens mest sekulariserade länder. Vi behöver inte någon Gud att tro på eftersom vi har ett samhälle som tar hand om oss i alla lägen, eller? Om nu inte samhället klarar av att ta hand om oss och att ersätta Gud verkar vi vara riktigt illa ute. Vad ska vi då tro på när vi inte tror på något överhuvudtaget? Det finns en otrygghet i samhället som ofta verkar omsättas i medikalisering av problematiken. Kan tron på primärvården ersätta tro på något annat?

På den tiden då många trodde att den ljusnande framtiden tillhörde primärvården talades det ofta om primärvårdens intention att ta hand om hela människan. Då var helheten begränsad till den biomedicinska sfären vilket möjligen gjorde det hela hanterligt. Nu är helheten vidgad och det efterfrågas en helhet som omfattar hela människan i form av kropp, själ och levnadsvillkor m.m. Det är kanske denna nya helhet vi behöver lära oss att hantera. Det kan vi inte speciellt bra nu och det finns heller inget som tyder på att politiker (trängtande efter att bli omvalda?) eller landstingsadministratörer har någon som helst aning om hur det skall göras. Det behövs kanske ett paradigmskifte. Detta till ett annat sätt att uppfatta och hantera den verklighet vi lever i.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Annons

Sök medel i Distriktsläkarföreningens Samfond

Vår hjälp till din personliga kompetensutveckling och ekonomi.

Samfonden är Svenska Distriktsläkarföreningens fond för att främja våra medlemmars professionella utveckling eller ge stöd till medlem eller medlems efterlevande som har hamnat i ekonomiskt obestånd. Fonden är en sammanslagning av ett tidigare flertal fonder som sträcker sig bak till föreningens bildande 1885. Vi får 10-15 ansökningar per år varav knappt hälften av dessa ansökningar godkännes. Syftet med fonden är att förkovra sig själv i sin professionella gärning och bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Av de ansökningar som vi beviljat under åren har till exempel funnits kostnader för konferenser i fortbildningssyfte och tillhörande resor och andra resor till evenemang för egen förkovran i sin professionella gärning.

Däremot har vi varit restriktiva med utbetalningar till mer omfattande utbildningar eller mer nischade intressen som inte är särskilt representativa för distriktsläkarprofessionens kärna i sig. Vi har heller inte varit benägna att göra utbetalningar till medicinteknisk utrustning och andra kostnader för t.ex. material, lönekostnader för annan och liknande. De ansökningar som vi nekat har i många fall rört frågor som kan anses vara arbetsgivarens ansvar primärt. Vi har heller inte ersatt förlorad arbetsinkomst.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du **även** lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation. Gränsen för behövande till Samfonden rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar. Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Helena Grönbacke på DLFs kansli per telefon 08-790 33 91 eller mejla helena.gronbacke@slf.se

Ansökan med motivering skickas till:
Svenska Distriktsläkarföreningen
Box 5610
114 86 Stockholm

Ansökningsdatum är senast 1 maj och 15 oktober varje år.

Patientsamtalet
– handbok i mötet mellan läkare och patient

Författare: Jan-Helge Larsen
Förlag: Studentlitteratur 2015
ISBN: 978-91-4409-564-6

Det framhölls tidigt under mina medicinstudier att samtalet med patienten, anamnesen, är det absolut viktigaste för att ställa rätt diagnos. Säkerligen lika sant nu som för flera decennier sedan. Nu, när det verkar finnas i det närmaste oändligt med diagnostiska möjligheter i form av kemiska lab.prover, röntgenundersökningar m.m. Det finns möjligheter som bildlikt talat förvandlar människan i en mekanism vars funktion kan mätas och diagnosticeras utifrån olika mätvärden och undersökningsresultat. Detta är något som i sin tur öppnar för närmast oanade möjligheter till att patienterna själva svarar för datainsamlingen och sedan presenterar det för läkaren som man då inte behöver möta i egen hög person utan via dataskärmen eller mobiltelefonen.

Betydelsen av en god anamnes lyftes fram redan under 1920-talet då Francis Peabody pekade på risken för att man förirrar sig och hamnar fel redan från början om man inte är noggrann i sin anamnes och försöker lyssna på vad patienterna verkligen vill säga. Något som bekant inte alltid är så enkelt som det låter. Att lyssna på patienten innebär att lyssna på mer än vad patienten uttrycker i ord. Något som Gillis Herlitz visat på i några av sina böcker. I sin bok *Kunskap och läkekonst – tankar om allmänmedicin* (Studentlitteratur 2014) berör Christer Petersson i flera sammanhang vikten av det goda patientsamtalet som grund för en rätt diagnos, men även för ett bra möte med patienten. SBU framhåller i sin sammanställning, *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund* (Natur & Kultur 1999), att tonen, karaktären och inriktningen på samtalet mellan patient och läkare spelar en avgörande roll för hur relationen utvecklas.

En som uppenbart förstått betydelsen av patientsamtalet är Jan-Helge Larsen, allmänläkare och gestaltterapeut och handledare. Larsen har sedan början på 1990-talet anordnat mycket uppskattade kurser i konsultation på den grekiska ön Kalymnos. Huvudparten av vad dessa kurser avhandlat har samlats i boken *Patientsamtalet*. I boken beskrivs konsultationsprocessen i dess olika faser och vilka känslor och reaktioner som ofta väcks hos läkaren. Tanken med boken beskrivs som intentionen att ge läkare verktyg för att strukturera samtalet och inte minst hur man bäst använder den begränsade tid som står till förfogande. I detta innefattas även hur man bäst hanterar när något går fel vilket det naturligtvis kan göra i enstaka fall. Tre av de avslutande kapitlen ägnas åt frågor kring handledning vilket är ett vällovligt initiativ. Att döma av hur det fungerar i en del sammanhang finns det ett uppenbart behov av att klarlägga vad som menas med handledning och vad som syftet med denna insats.

Boken bygger till stor del på författarens egna analyser av samtal mellan patient och läkare. Något som gör dess budskap användbart även för de som redan varit verksamma under några år, och inte enbart utbildningsläkare. Eller som någon av kursdeltagarna på Kalymnos uttryckt sina upplevelser – *”metoden har gett mig en känsla av trygghet som läkare, så att jag kan möta patienten utan att bli rädd för att inte klara av situationen, och det gör det lättare för mig att lyssna till patienten”*. Kommer man så långt verkar boken ha uppnått sina intentioner.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Annons

Den sista resan

Författare: Jenny Diski
Förlag: Alfabeta förlag 2016
ISBN: 978-91-5011-925-1

Det finns en lång rad författare som valt att skriva om sin förestående död efter att man fått besked om att man lider av en dödlig sjukdom. Kanske för att lämna någon form av testamente efter sig, eller för att bearbeta sorgen och smärtan inför det oundvikliga slutet. Några har, likt Peter Noll, valt att avstå från all form av behandling och inväntat döden (*Den utmätta tiden* 1985). Andra har likt Anders Paulrud (*Fjärilen i min hjärna* 2008) valt att låta sig behandlas men då även fått bearbeta sina förhoppningar, både lyckade och grusade, på den insatta behandlingen. Katarina Bernhardsson har i en mycket läsvärd bok skrivit om människors egna skildringar om sjukdom och död i boken *Litterära besvär – skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa* (Ellerströms förlag 2010). Berättelser som i många stycken ger en helt annan bild av situationen än den vi ser som behandlande läkare. När det terminala stadiet inletts blir ibland förhållningssättet lite påfrestande. Ungefär som om vi misslyckats med att hålla patienten frisk och nu måste hantera misslyckandet och ”hålla skenet uppe”. Oavsett vad vi tycker eller tror kommer vi alla att någon gång påbörja den sista resan. En resa som borde få ske på samma villkor som alla tidigare resor. Det tillhör något av det mest tragiska med människor som under sina sista dagar här i världen lämnas ensamma och utlämnade till sin egen ångest, inför det som väntar. När det inte längre finns något hopp om bot och bättring blir god smärtstillning vad vi har att erbjuda. Eller finns det något mer?

Den engelska författarinnan Jenny Diski har publicerat 5–6 böcker i Sverige under 2000-talet. Under flera år var hon även återkommande skribent i Göteborgsposten. Jenny Diski blev även uppmärksammad utifrån det faktum att hon under flera år bodde tillsammans med den säkerligen inte helt obekante författaren och Nobelpristagaren Doris Lessing.

När Diski fick diagnosen lungcancer, med två till tre år kvar att leva, fattar hon beslutet att skriva om livet med sjukdomen. Detta genom att dela upp boken i fyra olika delar, från tiden för diagnos, en återblick i en komplicerad och tragisk uppväxt och ungdomstid, en tid med cellgiftbehandling och en avslutande självbiografi kallad Silversprej.

Berättelsen om uppväxt, och ungdomstiden är tidvis djupt tragisk. En berättelse om droger, självmordsförsök, djupa psykiska problem m.m. Sedan följd av en period efter cancerdiagnosen med strålbehandling och cellgifter. En period under vilken det blev viktigare att ligga still under strålkameran, ta sina cellgifter trots illamåendet m.m. än att någon bildlikt talat ”höll patienten i handen” och gav något av mänsklig värme och omtanke.

I den sista delen av boken – Silversprej – finns en i många stycken lysande sammanfattning av upplevelsen inför det annalkande slutet;

”Vart ska jag? Ingen vet. Kan jag följa med? Ja, så småningom. Det är spännande på något vis. Det här som jag aldrig upplevt och redan upplevt långt tidigare, på ett annat sätt, i en total annanhet, intighet och omedvetenhet. Som alla har gjort och kommer att göra i all evighet. Slutet kommer och världen består och allt fortsätter som vanligt dag efter dag.”

(Den sista resan sid. 217)

Varför då läsa Jenny Diskis bok? Temat är ju inte helt nytt. Jo, för att den här boken är annorlunda upplagd genom att stora delar handlar om tiden innan den cancerdiagnosen och det finala stadiet. Hur den sista resan kommer att bli är till stor del en funktion av vår bakgrund. Vi dör med all säkerhet, bara en gång, men resan dit kan gå på oändligt många olika vägar. Boken beskriver en väg, som knappast tillhör den vanligaste men, som trots allt är lärorik. Jenny Diski avled, april 2016.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Recencerad bok slutsåld hos förlaget!

I förra numret av Distriktsläkaren recencerade Christer Olofsson boken *Skapar vården ohälsa?* Vi har nu fått besked på att boken inte längre finns att köpa från förlaget Studentlitteratur.

För den lässugna som trots detta skulle vilja få tag på boken kan vända sig till **Lars Englund** som fortfarande har tillgång till ett litet antal böcker.

Skicka ett mejl till **englund1@telia.com**, för att beställa ett exemplar av boken, som han sedan skickar till dig. Du står själv för portokostnaden, för boken får du utan kostand.

Redaktören

Den friska människan – anatomi och fysiologi

Författare: Håkan Aldskogius, Bo Rydqvist
Förlag: Liber Förlag 2018
ISBN: 978-91-47-10569-4

Ett intressant fenomen i det offentliga rummet är att det sällan talas om vad det innebär att vara frisk. Vad är egentligen normalt och inget som måste ”utredas”? En orsak är naturligtvis att det uppenbart skapar ett betydligt större intresse att skriva och tala om sjukdomar. Helst sådana som vi inte är medvetna om och som drabbar oss helt utan förvarning. Av och till informeras vi på löpsedlar om att vi kanske går omkring med en dödlig sjukdom eller annat elakt som när som helst slår till. För några år sedan kunde man i en lokaltidning i mina hemtrakter läsa om den sensationella nyheten att det fanns personer som hade streptokocker i svalget – detta utan att bli sjuka (vilket dom kanske borde bli, eller?). Ibland nås vi även av den sensationella nyheten att man kan bli sjuk av vissa läkemedel.

Om det var den massmediala snedvridningen som föranledde Aldskogius och Rydqvist att skriva en bok om hur människan egentligen fungerar när hen är frisk framgår inte av deras bok. Oavsett vilket har man dock lyckats, på nästan 500 sidor, att skriva en bra översikt kring hur en normal människa är konstruerad och fungerar. Åtminstone utifrån vad vi vet idag.

Boken är uppdelad i ett antal underrubriker som; kroppens byggnad, kommunikation och styrning, stöd och rörelse, kroppens försörjning samt fortplantning och utveckling (inkl. barnets normala utveckling). Framställningen kompletteras med bra och illustrativa skisser.

En ytterligare fördel med boken är att den har ett bra register vilket brukar behövas i översikter att detta slag.

Sen är frågan vem och vilka som kan ha nytta av en bok av detta slag. Den är knappast tänkt som en lärobok för blivande läkare även om framställningen tidvis är relativt avancerad. Som målgrupp anges sjuksköterskor, tandläkare, naprapater m.fl. Det finns säkert många som skulle kunna öka sitt kunnande om det normala till en nivå som gör diskussioner om hälsa och ohälsa något mer konstruktivt än idag. Den kanske har sin plats på nyhetsredaktioner som uppslagsverk innan man presenterar nya ”upptäckter”?

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Fadderlista 2018

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Marina Tuutma *(marina.tuutma@slf.se)*	Värmland Örebro Blekinge
Caroline Asplund *(caroline.asplund@slf.se)*	Stockholm Gotland Kronoberg
Ulrika Taléus *(ulrika.taleus@slf.se)*	Östergötland Södermanland Jönköping
Rikard Lövström *(rikard.lovstrom@gmail.com)*	Halland Mellersta Skåne Östra Skåne
Anders Larsson *(anders.larsson@slf.se)*	Västerbotten Västernorrland Norrbotten
Nadja Schuten-Huitink *(nadja.schuten-huitink@slf.se)*	Dalarna Nordvästra Skåne Sydvästra Skåne
Camilla Sandin Bergh *(camilla.sandin-bergh@slf.se)*	Jämtland Västra Götaland Kalmar
Johnny Sternesjö *(johnny.sternesjo@slf.se)*	Gävleborg Uppsala Västmanland

Annons

DLFs styrelse 2018

ORDFÖRANDE

Marina Tuutma
E-mail:
marina.tuutma@slf.se

VICE ORDFÖRANDE

Nadja Schuten-Huitink
E-mail:
nadja.schuten-huitink@slf.se

SEKRETERARE

Ulrika Taléus
E-mail:
ulrika.taleus@slf.se

KASSÖR

Caroline Asplund
E-mail:
caroline.asplund@slf.se

KANSLI

Helena Grönbacke
Sveriges läkarförbund
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 91
Fax: 08-10 31 44
E-mail: helena.gronbacke@slf.se

VALBEREDNINGEN

Britt Bergström (sammankallande)
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

Viktoria Strömberg
E-mail: viktoria.stromberg@vll.se

Agneta Sikvall
E-mail: agneta.sikvall@gmail.com

Nino Bracin
E-mail: nino.bracin@vll.se

LEDAMÖTER

Rikard Lövström
E-mail:
rikard.lovstrom@gmail.com

Anders Larsson
E-mail:
anders.larsson@slf.se

Johnny Sternesjö
E-mail:
johnny.sternesjo@slf.se

Camilla Sandin Bergh
E-mail:
camilla.sandin-bergh@slf.se

Utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren 2018

OBS! 4 nummer från och med 2018

2018	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1	16 februari	29 mars
Nr 2	8 maj	20 juni
Nr 3	17 augusti	27 september
Nr 4	14 november	19 december

Med reservation för att ändringar av manusstopp och utgivningsdag kan göras under året.