



foto: Eric Fernandez Redo

Allmänmedicin Norrbotten

- kvartalstidskrift för allmänläkare och blivande allmänläkare

Februari – 2010

Detta är pappersversionen av recensioner i AllmänmedicinBD.se. För ytterligare artiklar och recensioner av böcker samt senaste uppdatering, gå in på www.allmanmedicinbd.se /red

För att öppna hela numret i en fil, klicka på "Skriv ut senaste numret" i menyn till vänster eller på "Skriv ut" ovan! Recensionerna på böckerna kan skrivas ut genom att klicka på "Skriv ut recensioner" ovan. Bidrag till kommande nummer emottages tacksamt! /red



Artiklar

- **SMO i Kosovo** e-intervju Björn Olsson
- **Les Miserables** - kommentar från Åke Thörn
- **Kampen om sjukfrånvaron, BJs bok** - Peter Olsson
- **SBU ARGUS; Kvalitetsregister och industrin** - Bengt Järhult
- **Kvalitetsindikatorer i norra regionen** - Anders Lindman
- **VAS+; intervju!** - Lars Grundström
- **Bildspel Länsdiabetesdagen, Förbättring?** - Peter Olsson
- **Närsjukvård Skottland** - Stellan Båtsman
- **Fallet Albin – sjuksköterskans kommentar** - Beatrice Pirak
- **Fallet Albin Roberts kommentar** - Robert Svartholm
- **Bli din egen Tamagotchi!** - Peter Olsson
- **Hjärtkärlsjuklighet i Norrbotten och allmänmedicinens ansvar** - Peter Nilsson
- **Glesbygd och SFAM- vårmötet** - Peter Olsson
- **Tretton önskvärda reportage** - Peter Olsson

- **Istället för rapport; ST-möte i Björkliden** - Peter Olsson
- **Jättebra uppföljning Infektion-Antibiotika** - Peter Olsson
- **SFAM-BD och DLF BDs protest mot neddragningar + kallelse årsmöte 20 maj**

Aktuella länktips:

- **Kompetensutveckling i Allmänmedicin**
- **Björknässtudien, artikel i LT**
- **Kvalitetsindikatorer i Norra regionen**
- **Skapar vården ohälsa? Studiecirkeln** Artikel i Läkartidningen
- **Nostalgi - AllmänmedicinBD 2/94**
- **Lean – länk till pdf ledarskapstrend**
- **Registerlänk, aktuella i kvalitetsregister i primärvården**
- **Medicinsk Etymologi "ånger-ångest" samma ordstam som angina (pectoris, tonsillaris etc) efter en patient-diskussion**
- **Genomsnittligt allmänmedicinskt specialistarbete i Sverige, intressant dokument som tagits fram för bedömning av andra länders specialister. Vad speglar det?**
- **SPUR-blanketter- gör din egen självgranskning!?**
- **Jävsdeklaration i diabetesworkshop**
- **FoU-kurs i norra regionen**
- **Prevention i Scand J o PHC**
- **7,4 tim per dag till prevention!?**
- **Handledarutbildning**

Läst:

Borg, Conan Doyle, Englund, Graf, Hageman, Hesse, Huga, Indridasson, Johanson, Kadefors, Kahn, Lagerkvist, Lindell, Lindkvist, Voltaire. *Recenserade av Peter Olsson*

Björn Olsson SMO i Kosovo – e-intervju

Vad är det för uppdrag Du fått?

-SMO, vilket betyder stabsläkare för den svenska militära insatsen inom KFOR i Kosovo.
Förkortningen betyder Senior Medical Officer

Hur sker rekrytering?

-Annonserades i dagspress.

Hur ser en arbetsdag ut? Vad gör en stabsläkare? Har Du patienter?

-Min huvuduppgift är att vara medicinsk rådgivare i staben dvs ungefär som en chefsläkare. Vi är två läkare där så när det gäller patientarbete i huvudsak för de svenska soldaterna kommer vi att alternera. En av läkarna är alltid jour med 30 minuters inställelsetid.

Vilken militär grad har du?

-Major (sk civil major, jag har vita gradbeteckningar på uniformen eftersom jag är "non-combattant")

Vad är drivkraften för att ta uppdraget?

-Egentligen mest sugen på att prova något nytt som jag aldrig gjort. Tidigare uppdrag utomlands? (och arbete med internationella kontakter i öst?) -Arbetat med primärvårdsprojekt i Murmansk och St Petersburg samt varit svensk representant i en internationell arbetsgrupp för att främja insatser mot infektionssjukdomar i Östeuropa.

Hur har Du utbildat Dig, förberett Dig, för detta?

-Inryckt sedan 1/2 för dels viss militär utbildning med inriktning på att ta hand om skadade vid eventuella incidenter (ett slags militärt ATLS), dels stabsutbildning. Just nu förlagd i Göteborg på något som heter Försvarsmedicinskt centrum för utbildning. Till Kosovo åker jag 29/3.

Vad betyder KFOR, hur känns det att ha NATOmärket på ärmen?

-Kosovo Force. Det är OK även om jag blev lite förvånad först.

Planerar Du ytterligare uppdrag?

-Nej, men man vet ju aldrig...

Hur klarar man sig hemma utan Dig?

-Det går nog bra. Marianne Norlund som chef, och Ann-Sofie Karlsson som MLA är ett kanonteam. Men det är klart, det är ju brist på allmänläkare i Norrbotten så det kan vara knepigt, vi hyr in stafetter.

Du frågade i ett annat mail om jag kunnat tänka mig att åka till Afghanistan. Det är inte aktuellt, där söker man narkosläkare och kirurger i första hand

/Peter Olsson, Jokkmokk

Åke Thörn kommenterar Lars Englund. Om Sjukskrivningar

Apropos Les Miserables och Lars Englunds och Peter Olssons dialog om sjukfrånvaro, sjukskrivning, fakta, faktoider och liknande.

Utgångspunkt för Peters och Lars' samtal om "Les Miserables" var den senares kapitel "Läkarens ansvar för skapande av ohälsa i sjukskrivningskonsultationen" i boken "Skapar vården ohälsa?" Jag håller med Peter om att kapitlet är lite svagt. Jag kan till och med förstå att han blev irriterad eftersom kapitlets inledande resonemang om att sjukskrivning "gör om vardagliga bekymmer till sjukdom riskerar att fördunkla problemen för den enskilde och lägger problemen i vårdens knä där de ofta inte alls kan lösas" slår an en ton som skorrar illa. Är det så eländigt ställt med de "enskilda" att de gör om vardagliga bekymmer till sjukdom i någon större utsträckning? "Fördunkla", kan de inte tänka? "Lägger problemen i vårdens knä", är de totalt passiva?

I sin kommentar till Peter utvecklar Lars sina tankegångar i 45 påståenden. Jag hakar på:

1-3) Om sjukskrivning skadar eller förbättrar hälsan. Det finns ingen vetenskaplig kunskap som kan besvara frågan om sjukskrivning i sig leder till sjukdom, inte heller om förtidspension leder till för tidig död. Vad gäller för tidig död är Lars' viktigaste referens i boken Wallmans och medarbetares studie (The prognosis for individuals on disability retirement. An 18-year follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. BMC Public Health 2006;22;6:103). Det är en mycket välgjord studie, sannolikt går det inte att komma längre när det gäller

frågan om förtidspension i sig orsakar för tidig död. Författarna drar ändå inte slutsatsen att sjukfrånvaro i sig orsakat den förhöjda dödlighet de konstaterade, också efter korrektion för livsvanor och en del socioekonomiska förhållande. De skriver "If the disability retirement per se includes a damaging factor one might wonder whether the outcome would have been different if the retired person had not been granted a disability pension but were allowed to stay at work with some kind of adjusted work situation. This is an important scientific and medical issue that warrants further research. The final solution to the problem might be a randomized clinical trial, although such a design involves ethical and other controversial issues." Och i de sista raderna av deras slutsats: "There was no clear association between retirement diagnosis and cause of death, indicating that the underlying disease or obvious confounding is unlikely to be the cause of the unfavourable outcome. Most probably other deleterious factors are at work". Klarare svar tror jag inte går att få utan sådana randomiserade kliniska studieupplägg som författarna föreslår, bland annat därför att flera studier visar att långtidsarbetslöshet är statistiskt associerat med ökad mortalitet. Spelar det alltså någon roll om man lämnar arbetsmarknaden i förtid på grund av förtidspensionering eller långtidsarbetslöshet? Är det mer hälsosamt att utförsäkra långtidssjukskrivna till arbetslöshet än att konvertera till förtidspension?

Min egen uppfattning är att man som läkare bör sträva efter så korta sjukskrivningar som möjligt för att människor ska slippa utsättas för allsköns klåfingrighet från FK, sjukvården och andra myndigheter, kort sagt för att de ska kunna behålla någon form av oberoende och frihet, inte för att sjukskrivning i sig skulle vara skadligt för hälsan eller leda till för tidig död.

Om sedan sjukskrivning kan förbättra hälsan: ja, det finns många situationer – frakturer, sårsläkning beroende på var såret sitter, bearbetning av mentalt traumatiska händelser etc.

4) Om sjukskrivning som behandling, som social rättighet. Sjukskrivning ensam i sig är inte en behandling. Det kan vara en del av en behandling. Då uppfattar jag det mest som en del av behandlingens "kontext", t ex den opererade frakturans behov av ett sammanhang som tillåter stillhet, det mentala traumats behov av behandling någon annanstans och under lugna omständigheter och liknande. Jag vet inte riktigt vad Lars menar med "sjukskrivning som en social rättighet som ska ersätta förlust av arbetsinkomst vid sjukdom." Kanske menar han den situation, som distriktsläkaren Lena Mattson i

reportaget i Läkartidningen 2005;48:3630- 3636 från den kurs om sjukskrivning, som han tillsammans med några andra flera gånger hållit för allmänläkare, förtydligade i telefon till reportern 14 dagar efter kursens slut. Hon sa sig vilja bli av med sjukskrivningsärendena, men det handlade då inte om alla fall "utan om de långtidssjukskrivna, som ingen vill ha på arbetsmarknaden och som är sjuka men egentligen inte tillräckligt sjuka för att sjukskrivas". Lena Mattson rör där vid ett sammanhang som påtalats av sociologiprofessor Antoinette Hetzler med medarbetare. Deras stora studie om sjukskrivningsmönster från 2005 har nästan enbart citerats för den del som visade att på en 10-årsperiod från början av 90-talet och framåt ungefär fördubblades sjukskrivningstiden för fotledsfraktur respektive depression. Hetzlers tolkning av läkarnas roll i detta har inte så ofta framhållits men är helt förenlig med Lena Mattsons uttalande. Så här skrev Hetzler om just detta "Läkare kan inte skapa arbetsförmåga hos patienter som inte är efterfrågade på arbetsmarknaden, individer som i realiteten är på väg att stötas ut från arbetsmarknaden. I brist på behandlingsformer och rimliga alternativ för försörjning för denna grupp väljer man sjukintyget. Är detta ett uttryck för läkaren som patientens advokat? Det är onekligen så att läkaren i den här situationen avläser patientens hela situation, bortom den medicinska problematiken." (Hetzler, DN-Debatt 05-0524: Sjukskrivningstiden för benbrott fördubblad på tio år) Personligen tycker jag att dessa läkare gör rätt – en läkare ska avläsa hela situationen. Det tillhör själva grunden i yrket och vilar på en flertusenårig etik och tradition. Det Lena Mattson och Antoinette Hetzler rör vid nu några år in på 2000-talet är för övrigt och intressant nog exakt detsamma som vid den förra "sjukskrivningsepidemin" upprepat påtalades av framlidna civilrättsprofessorn Anna Christensen i Lund för snart tjugo år sedan t ex: "Det handlar inte om slentrian när doktorn skriver ut ett nytt sjukintyg och försäkringskassan förlänger sjukskrivningen för att, när en lämplig tid förflutit, låta den övergå i sjukbidrag och förtidspension. Alltid eller nästan alltid handlar det om någon som inte uppfyller de krav på produktivitet som de moderna produktionssystemen ställer upp och som därför pressas ut från sin arbetsplats. Man blir inte direkt utslagen. Man blir utpressad." (Socialförsäkringens dubbla karaktär, DN 901211). Christensen avslutar artikeln med att befara en utveckling som dessvärre blev sann: "Vad kommer att hända i konflikter mellan dessa motstridiga signaler? Signalerna är nämligen motstridiga. Å ena sidan skall man till produktionen återföra dem som pressats ut av de höga produktionskraven. Å andra sidan skärper man just kraven på produktivitet. Det som skulle kunna hända och som faktiskt ligger i farans riktning är att

försäkringskassorna blir mer restriktiva med att betala ut ersättning men ändå inte lyckas hejda utpressningsprocessen. Det är just det som inte får hända.” Men det var alltså det som hände. Jag tycker att det är intressant och viktigt att reflektera över hur det kommer sig att juristen Christensens och 15 år senare sociologens Hetzlers förståelse av hela denna process är så annorlunda än Lars’ och flera andra läkares.

5-12) Om existentiella eller på annat sätt livspåverkande alternativ/val. Det har alltid legat i den intresserade och duktige doktors arbete att ta upp, diskutera och stödja i och kring sådana valsituationer om han/hon bedömer att de påverkar sjukdomsutvecklingen.

13-15) Om praktisk konsultationskunskap. Sådan behövs alltid. Jag tror inte att det behövs någon specifik i just denna fråga. Det kan vara så som Lars påstår att då och då, när det för läkare känns fel med sjukskrivning, så är det också fel. Slutsatsen är dock i högsta grad förenklad. Det känns nämligen nu, och sedan ganska länge också ofta fel, obehagligt, osäkert, otryggt för läkare att sjukskriva på grund av de senaste tio årens enorma tryck från FK, massmedia, kurser och politik att det i stort sett alltid är fel att sjukskriva. Det har jag själv hört flera allmänläkare uttrycka vid seminarier, konferenser och utbildningar jag medverkat vid om sjukskrivning, anordnade av såväl NLL:s primärvårdsförvaltning, SFAM som av FK. Det är också omvittnat av flera kolleger i artiklar i Läkartidningen under de senaste tio åren. Med det yttre trycket är det inte underligt att sjukskrivning blir problematisk och ofta kan kännas fel på grund av pressen och inte på grund av att det skulle vara fel eller oberättigat. Detta är ett stort problem. Lena Mattson uttrycker absurditeten i dilemmat med stor precision: hon vill inte längre sjukskriva sjuka människor, som hon har bedömt ha tillräckligt stora funktionsbortfall för att inte kunna arbeta på den arbetsmarknad, som finns, därför att lagen, menar att hon ska bedöma dem i förhållande till en arbetsmarknad som faktiskt inte finns. Lagen ska man ju lyda, men det är fel att som Lars gör lära ut att ”Om det för läkaren känns fel med sjukskrivning är det troligen också fel.” Det förvirrar och kan förhindra eller göra läkaren tveksam till att handla med ”ämbetsmannaheder, ämbetskurage” (se reflexioner kring Lars’ påstående nummer 33).

16-20) Inga kommentarer.

21-23) Om att allmänläkare sjukskriver mot sin övertygelse. Detta bygger helt på Lars egna studier av runt 60 distriktsläkares sjukskrivningsvanor åren

1996-2007 (Englund, L. Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? (<http://www.ltdalarna.se/upload/Rapport%20sjukskrivningspraxis%20080103%20Lars%20Englund.pdf>)) Studierna har använts flitigt i flera viktiga opinions- och politikskapande sammanhang, senast i två huvudledare i Dagens Nyheter i början av december 2009. Ledarna var svar på den just då stora upprördheten över utförsäkringen av svårt cancersjuka och varnade för återgång till tidigare regler därför att studier visat att ”nästan hela läkarkåren skrev intyg efter patienternas önskemål snarare än efter självständiga medicinska bedömningar”, att detta lett till rättsosäkerhet och därför till behov av fyrkantiga regler. Ingen av studierna visar vad DN:s ledartiklar påstod. På grund av mycket allvarliga brister i vetenskaplig metodik visar de i själva verket ingenting.

24) Om att Lars’ kurser inte har målet att sänka ohälsotalet. Jag vet inte mycket om dessa kurser eftersom jag inte har gått dem. Däremot vet jag att Lars i sina studier starkt framhåller läkaren som portvakt, likaså i sitt avsnitt i Arbetsförmågeutredningen (SOU 2009:89) från slutet av förra året. Han gör det på ett sådant sätt att det intryck man får är att det närmast är fel att sjukskriva överhuvudtaget. I det tidigare omnämnda reportaget om kursen i Läkartidningen raljerar han och uppmanar dem att inte glömma det vackra lilla ordet ”nej”.

25-27) Inga kommentarer.

28-29) Om socialgruppstillhörighet och skuld känslor. Det är inte bra att påverkas av skuld känslor och man bör i patient-läkarrelationen söka arbeta utanför de sociala klassgränserna. Dessvärre går det nog aldrig helt och patienten är i underläge, särskilt många av dem där sjukskrivning blir aktuell. Lars’ bokkapitels första stycke ger mig intrycket av att utgångspunkten som han vill ge läkarrollen är ett mycket auktoritärt balanserat läkare-patientförhållande, något åt hållet ”vi där uppe- ni där nere”..

30-32) Inga kommentarer

33) Om den hedervärda tjänstemannarollen. Jag förmodar att Lars med detta menar ”ämbetsmannaheder”. Åtminstone är det denna term som kommer fram i reportaget om kursen i Läkartidningen och som även i flera andra sammanhang där sjukskrivning behandlats (artiklar, SFAM-konferenser) dragits fram av framför allt en av Lars medarbetare på kursen, Carl Edvard Rudebeck. Enligt reportaget lär kursen ut att med läkares professionella omdöme som grund är både ”medmänsklighet och ämbetsmannaheder goda

moraliska principer” att stödja sig på i sjukskrivningssituationen. Med ”ämbetsmannaheder” menar förmodligen kursens lärare det specialfall av civilkurage som professor Lennart Lundquist kallar ”ämbetskurage”. Lundquist har länge studerat ämbetsmännens roll i våra myndigheter. De ska försvara vårt ”offentliga etos”, vilket omfattar två typer av värden. Det ena är ekonomivärden (funktionell rationalitet, kostnadseffektivitet och produktivitet) och det andra är demokrativärden (politisk demokrati, offentlig etik och rättssäkerhet). I skärningspunkterna mellan dessa värden har tjänstemännen alltid haft en svår roll. De ska värna hela detta etos; vara lojala mot överordnade, lyda lagen och ta hänsyn till medborgarna. Det ligger i ämbetsmannens, då också läkarens, roll att, när demokrativärdena hotas, ta dessa värden i försvar, säga ifrån, följa sitt professionella omdöme. Med oro har Lundquist sett och skrivit, bl a i kapitlet Tystnadens förvaltning i <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-123-52>, om hur senare decenniernas slagsida åt det ena av värdena, ekonomismen, lett till att ämbetskuraget försvagats. Medborgaren, skriver han, har förvandlats till kund och ”relationen mellan den överordnade och tjänstemannen ses följaktligen som relationen mellan butikägaren och hans biträde”. Lojalitet och lydnad mot ”ekonomivärdena” tar över på bekostnad av hänsynstagandet till demokrativärdena.

34-35) Om Hills kriterier. Dessa kriterier är bra att använda vid bedömning av rimligheten av att påvisade statistiska samband vid observationsstudier också har med orsaker att göra och i så fall hur starkt. Lars’ referenser i bokkapitlet är dock inte med eller utan Hill tillräckliga för slutsatsen att sjukskrivning är skadlig, att sjukskrivning alltså i sig skulle orsaka sjukdom och/eller för tidig död. Jämför hur Wallman och medarbetare tolkat sina resultat

36-45) Inga kommentarer.

/Åke Thörn, Luleå

Björn Johnsson: Kampen om sjukfrånvaron

ISBN 978 91 7924 225 1

Samhällsvetaren Björn Johnsson har skrivit en spännande, välformulerad och viktig bok. Med ett grundligt forskningsarbete presenteras en bild som avviker från den dominerande där sjukskrivna

beskrivs som fuskare och inbillningssjuka. De socialpolitiska effekterna har fått stora förödande följder för enskilda individer och socialförsäkringen har underminerats.

Hur kunde detta ske och varför?

Efter inledningen som bl a tar upp exemplet från Feministisk Initiativs sjukskrivna folktoppartistiska styrelseledamot ges en beskrivning av bokens disposition. Den svenska sjukförsäkringens framväxt beskrivs ganska utförligt liksom variationerna i sjuktalen. (fig Diagram 2.1 s 44) Sjuktalen var betydligt högre vid flera tillfällen under 70 och 80-talen än under den undersökta perioden efter sekelskiftet. Antalet nya sjukskrivna hade inte ökat särskilt mycket (högst 15 %) men sjukskrivningarna blev allt längre med uteblivna åtgärder på arbetsplatserna. Anpassningsgrupperna försvann. Vad var det som gjorde ”den galopperande sjukfrånvaron” till ett samhällsproblem?

Vad är det som definierar ett samhällsproblem?

Upptakten är strax efter finanskrisen i början på nittioalet. Sjukskrivningen som ett *arbetsmiljöproblem* daterar sig till 2000 till 2001 och den politiska enigheten var total. Arbetsgivarna blev syndabockar. Därefter perioden 2002 till 2004 där fokus försköts till *överutnyttjande och fusk*. Jag minns att jag hajade till då jag hörde Alf Svenssons populistiska uttalande i radions ”Dagens Eko”. Den empiriska grunden för fuskets omfattning har hela tiden varit svag. Diskursen kring överutnyttjande fick *konsekvenser* 2005-2009. Nu ser vi resultaten, hur socialförsäkringen underminerats.

Johnsson använder sig av **samhällsvetenskapliga metoder** och det slår mig hur mycket mera tillämpliga de är för att förstå den socialpolitiska utvecklingen än t ex rent medicinsk statistik, som ju nästan helt saknar samband med variationerna. I mediebevakningen blir textanalyser av Dagens Nyheter en viktig del. Periodiseringen har starkt stöd i resultaten av de kodade perspektiven i tidningstexterna.

Genomgången av hur **rimliga** de två perspektiven (arbetsmiljö resp överutnyttjande) var till problemet ”Den galopperande sjukfrånvaron” är noggrann. Ingen har någon påtaglig förklaringskraft. Istället presenteras en komplicerad förklaring som presenterades av Tor Larsson redan 2005, som knappast någon ville veta av. Det kvalificerade rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna hade försvunnit, goda beslut ersattes av formellt korrekta beslut. (Som praktiskt verksam skulle jag t o m vilja ifrågasätta om besluten blev formellt korrekta.)

Diskussionen om tidens ”**kultursjukdomar**” som utbrändhet och liknande hade knappast någon påvisbar påverkan i statistiken (enstaka procent) men väl i den ideologiska debatten.

Den relativt stora geografiska skillnaden med **högre sjuktal i Norrland** kvarstår dock oförklarad. För egen del tycker jag inte det är märkligare med variation av sjuktagen än med inkomster, utbildningsnivå, medellivslängd, hjärt-kärlsjuklighet, diabetes, arbetslöshet, produktion av el-energi och råvaror, jord och skogsbruk, renskötsel, kulturutbud, matpriser osv. Att dagens arbetsmarknads och socialpolitik medvetet bidrar till glesbygdens avfolkning torde vara uppenbart.

Johnsson väjer inte för det som talar emot hans huvudförklaring och det menar jag är en styrka i hela boken. Nyanserna får komma fram. Det har inte framkommit några bärande invändningar mot författarens analys.

Politikerna har fattat beslut om sänkta ersättningsnivåer, tillsatt olika utredningar och krävt alltmer komplicerade intyg. Detta har många gånger skett på oklara och ofta direkt felaktiga grunder. Analysen är partipolitiskt neutral och drabbar såväl socialdemokratien som alliansen.

Är detta då en beskrivning och analys som läkarkåren i allmänhet eller allmänmedicinerna speciellt kan ta till sig? Ett starkt **motstånd kan förväntas** hos de av våra egna företrädare som varit starkt knutna till och fått ekonomisk ersättning av Försäkringskassan. De har drivit en starkt vinklad propaganda emot socialförsäkringen. De har varit aktörer på olika arenor där läkarkåren utpekats som ”ansvariga för processen”. Här är jag pessimistisk när det gäller att argumentera med samhällsvetenskapliga forskningsresultat. Den ideologiska förförståelsen med kravliberala värderingar blockerar alltför starkt. Den verkar inte heller påverkas av att sjuktagen mer än halverats.

Jag tror att varje allmänläkare hade ett fåtal **frustrerande** fall där enda möjliga åtgärden, under rådande omständigheter, var fortsatt sjukskrivning. Men de fallen var inte fler än de där det **nu** blir märkliga retroaktiva avslag från FK eller krav på utförligare textmassor i intyg som bara korrupperar vårt språkbruk och diagnosättning. Alla verksamma vet att vi tenderar att överskatta antalet av problematiska fall. Det visar trots allt den bristfälliga statistiken. Det realistiska rådet från läkare till ”den försäkrade” blir ofta att inte ens pröva om försäkringen är tillämplig även om sjukdom och

arbetsförmåga föreligger. Att det på arbetsmarknaden åter spontant skulle uppstå anpassningsgrupper är orealistiskt. Inte heller tror jag att denna lilla grupp av oftast kvinnor, ofta lågutbildade, ensamstående mödrar kommer att erbjudas stöd i det ”rättvisa och sammanhållna” samhället. Det handlar om hur vi förstår sociala problem och vem som definierar dem.

/Peter Olsson, Jokkmokk

SBU Argus

LÄKEMEDELSINDUSTRIN,
KVALITETSREGISTER OCH EVIDENSBASERAD
MEDICIN – DAGS ATT INRÄTTA ETT SBU
ARGUS! BENGT JÄRHULT

Läkartidningen har avböjt publicering av denna Bengt Järhults artikel. Allmänmedicin BD:s läsare får själva bedöma om artikeln borde stoppats. Den knyter emellertid an till flera aktuella diskussioner i Läkartidningen, på Ordbyte och i Allmänmedicin BD. Den publiceras här oavkortat./RED

Läkemedelsindustrins företrädare har under senare år låtit meddela att den traditionella produktinformationen mot enskilda läkare och kliniker ska tonas ner eller försvinna [1]. Ambitionen är att påverka och driva industrins intressen via landstingens strukturer, dvs. politiskt och administrativt, mot inköpsavdelningar etc [2].

Läkarförbundet har redan tvingats protestera mot alltför utmanande bolagsinfiltration i landstingens organisation. När arbetsgivaren avhänder sig sitt fortbildningsansvar till säljintresset blir rollfördelningen oklar, vilket kan påverka allmänhetens förtroende för och syn på läkares oberoende [3]. Vad är det som håller på att ske och vilka kontrollmöjligheter finns när industrin missbrukar kvalitetsregister och evidensbaserad medicin? Frågorna faller utanför industrins bräckliga egensanering via IGM och NBL. Dessa instanser minskar något excesserna i den traditionella marknadsföringen mot enskilda läkare men är inte alls anpassade till den nya tidens vindar.

I Läkartidningens debatt om kvalitetsregister det senaste dryga året [4,5,6,7] har det knappast framgått att industrin är en av de pådrivande aktörerna för kvalitetsregister och inte minst för registrens planerade koppling till ekonomiska incitament och s.k. P4P (Payment for performance).

Många registerentusiaster förenas med industriintresset att se sjukdomen avskild från människan. Det gäller att maximalt pressa målvärden och maximera farmakologisk behandling. Inte därför att det är evidensbaserat, utan därför att kliniker slaviskt följer kvalitetsregister för att få ekonomisk vinning och/eller prestige i nationella rankinglistor, där patienterna – de som numera kallas kunder – illusoriskt ska kunna väljas ”bästa vård”.

Därför inkluderas ålders- och socialmedicinska grupper samt personer med medicinska speciella förutsättningar – t ex med multimedcinering – där aldrig värdet av registrens behandlingsimperativ prövats i randomiserade studier.

Därför ser jag som distriktsläkare 80 till 90 – åriga dementa personer, som fått en mindre hjärtinfarkt, återkomma från sjukhusen med 4-6 nya eller till tidigare farmaka tillagda dagliga läkemedel att hålla reda på. Varken de själva eller deras anhöriga har blivit tillfrågade om det meningsfulla i behandlingsinsatserna eller om man ska prioritera några av hjärtmedeln och istället ägna sig åt demensvård. Men det är klart att läkemedelsbolagen tycker om denna typ av multimedcinering i nuvarande sjukvårdsutveckling med kvalitetsregister, som lämnat läkekonsten därefter, och som ofta drivs av helt andra motiv än patientens bästa.

Demenspatienterna som offer för en inhuman, farmakofil registerkultur är inget extremt undantag. En färsk studie i *Circulation* visar på dramatiska effekter av livsstilsintervention redan första halvåret efter hjärtinfarkt [8], att jämföra med diskreta resultat, om några, av olika farmaka. Ändå sätter kardiologerna in mängder av nya läkemedel inför och vid utskrivningen av patienterna, då detta ger full pott i kvalitetsregister! Vårdtiden används knappast för att grundlägga den icke-farmakologiska mycket effektivare behandlingen och ges över huvud taget inga poäng i Riks-HIA:s kvalitetsindex. Uppenbart mäts fel saker och det kan väl inte vara excellens, evidens eller kvalitetssäkring, denna moderiktiga retorik som spritt sig långt utanför den medicinska professionen, och som bara fördunklar och fördummar?

Ett exempel på hur kvalitetsregistertänkandet utnyttjas är en reklamfolder, som Novo nordisk nyligen skickade ut till svenska läkare. Titelsidan frågar: ”När dina patienter med typ 2-diabetes HbA1c-målet < 6,0?” Här hakar Novo på Nationella Diabetesregistret NDR, som länge drivit detta mål och fått vårdcentralerna att tävla om lägsta HbA1c-nivå. Detta trots att låga HbA1c-nivåer för stora grupper är direkt

skadliga [9,10]. En färsk artikel i *Lancet* sammanfattar: ”Low and high mean HbA1c values were associated with increased all-cause mortality and cardiac events” [11].

Hade det varit någon reda med Novo hade väl förstasidan tydligt sagt att målvärdet inte gäller alla, sannolikt inte de flesta i primärvården, med typ 2-diabetes. NDR utnyttjas av Novo på sidan 2 i foldern, där man smäller upp kvalitetsregistrets fynd 2009, att insulinbehandlade i monoterapi eller tillsammans med tabletter inte når målet i 72 %. Som om det vore en katastrof! Tvärtom, det ska vi vara glada för, för då hade sannolikt dödligheten varit ännu högre. I varje fall vet vi inte var den optimala nivån ligger.

Med samma glidningar fortsätter foldern och hänvisar till nya nationella riktlinjer [12]. Novo låtsas vara evidensbaserade genom att citera en mening om intensivbehandling, som kan fördröja komplikationer – ”för att nå bästa möjliga blodglukosnivå (prioritet 1)” – men utelämnar Socialstyrelsens nästkommande mening med alla reservationer när detta mål definitivt inte gäller. Vad säger NDR om konflikten mellan registrets målvärden och evidensbaserad medicin? Motståndet att delta i NDR har varit och är stort. Vad säger NDR-entusiasterna om, hur på vårdcentraler och sjukhus mödosamt ihopsamlad statistik för forskning och utveckling, blir ett medel i industrins marknadsföring?

AstraZeneca och SBU höll sig noga utanför en debatt i *Läkartidningen* 2007 [13,14,15,16] om hur Apolipoproteinbestämning (APO-kvoten) kuppstartat infördes i Sydöstra sjukvårdsregionen. Detta på ett sätt som direkt stred mot hur nya metoder evidensbaserat ska introduceras. AstraZeneca spelade en central roll, då man försåg kardiologer, som skulle vara missionärer för saken i primärvården, med enkäter, bakgrundsmaterial och soulagering för sitt deltagande i kampanjen. Det var förstås ingen tillfällighet att AstraZenecas rousovastatin

(Crestor) sänker Apo-kvoten mest, en surrogatvariabel som skulle dölja det faktum att Crestor var (och är) en av de sämst dokumenterade statinerna vad gäller klinisk effekt vid hjärt-kärlsjukdom.

Kanske nu när några år gått och SBU har perspektiv på saken, och tillika har fått en ny chef för SBU Alert, vill kommentera? Särskilt som kardiologerna i Linköping omprövat sitt ställningstagande från 2007 och lär få fler efterföljare i regionen. I ett brev från Kardiologiska kliniken US (12 februari, underskrivet av professor Lena Jonasson samt sektionsansvarige Joakim Alfredsson på hjärtrehabiliteringen) informeras klinikföreträdare i hela Sydost om att

universitetsmottagningen nu slutar med Apo-bestämning och återgår till traditionellt lipidstatus. En av orsakerna är: "Det finns ingen tendens att andra går över till apolipoproteiner, vare sig nationellt eller internationellt. Detta gör att vi med våra apolipoproteiner står mycket isolerade och inte kan relatera till omgivningen".

Vem är ansvarig för det som hände? Varför intresserade sig inte SBU 2007 för frågan?

Trots en intensiv debatt 2007, nationellt i Läkartidningen och lokalt i Jönköpings län, kunde AstraZeneca skörda stora framgångar genom sin kampanj ihop med den kardiologiska professionen. I Jönköpings län skedde en explosionsartad förskrivning av Crestor [17] trots debatten. Det säger någonting om kraften i industrins nya strategier [1,2] för att påverka.

Kan SBU beräkna vad kalaset kostat Sydöstra regionen? Det gäller både den dyra APO-bestämningen som sådan, men framför allt de ökade kostnader landstingen fått för den till metoden, och marknadsföring runt den, knutna Crestorförsäljningen. Crestor är många många gånger dyrare än det väldokumenterade simvastatin. Vidare: Är Danmarks beslut att offentligt i ett register namnge alla läkare som mottar industrisponsring bra [18]? Hur transparent är intressegemenskapen akademi – industri? Är det lika illa i Sverige som i USA [19]? Spelade det någon roll att Linköpings dominerande lipideolog med sina många industrikontakter, inklusive med AstraZeneca, gått i pension? Detta för att kardiologkliniken skulle våga ompröva det snedsteg man tog 2007?

AstraZeneca har inte ändrat sitt agerande efter APO-historien. Bolaget försökte nyligen via en medicinklinik i södra Sverige, utan samråd med primärvårdsledningen, etablera kvalitetsregistret för hjärtsvikt på ett antal vårdcentraler, detta för att maximera försäljningen. AstraZeneca vet förstås att SFAM motsätter sig att kvalitetsregister för sjukhusen prackas på primärvården [20], som har andra sviktpopulationer och ser andra mål och mått för kvalitetsutvecklingen [21]. Ändå slår sig bolaget samman med den sjukhusbaserade delen av läkarprofessionen, som tror att kvalitetsregister kan kavlas ut över vården oberoende av vårdnivåers och specialiteters olika förutsättningar [22]. AstraZeneca borde vårda sin image i allmänläkarled, för det är allmänläkarna som styr över förskrivningen av läkemedel för de stora folksjukdomarna, bl.a. hjärtsvikt och hypertoni.

Med läkemedelsindustrins nya strategi[1,2] behövs ett reglemente och en övervakning av läkemedelsbolagens framfart i landstingen. Ett samhälleligt kontrollorgan kan naturligtvis inte som IGM/NBL vara en del av den industri som ska kontrolleras. Läkemedelsverket är inte heller en lämplig huvudman. Denna myndighet är ju för sin överlevnad helt beroende av intäkter från läkemedelsindustrin. Socialstyrelsen är en möjlighet men då i grunden industrins nya strategi gäller organisation, systemfrågor och hur man ska försöka undgå evidensbaserad introduktion av metoder och farmaka, ligger SBU närmast till hands. Visserligen har dess ordförande grumlat SBU:s anseende, genom att för 30 000 kronor årligen vara galjonsfigur i ett Svenskt Näringslivs medicinska råd [23], men det torde bara vara en tidsfråga tills detta olämpliga uppdrag upphör. Verkställande chefer har nyligen visat att de kan ta industrin i örat och inte låter sig förföras av LIF:s utspel om vem som driver den vetenskapliga utvecklingen [24]. Det bådar gott.

Inrätta ett parallellt organ till SBU Alert, som snabbt uppdagar och värderar läkemedelsindustrins icke evidensbaserade intrång i landsting, i utbildningssammanhang och i den medicinska professionen. Argusblick behövs, ett skarpt öga för att matcha läkemedelsbolagen och det smarta branschorganet LIF. Låt oss få ett SBU ARGUS med sanktionsmöjligheter!!

Referenser återfinnes på www.allmanmedicinbd.se

Kardiologiska kliniken

För Er kännedom

Ändrad rutin för mätning av lipider på HRE-mottagningen US

Vi har under flera år på hjärtrehabiliterings (HRE)-mottagningen, Kardiologiska kliniken US använt oss av apoB och apoA1 istället för traditionellt lipidstatus. Vi insåg dock ganska snart att vi också behövde ett traditionellt lipidstatus som utgångspunkt före behandling men strategin har sedan varit att monitorera behandlingen med apolipoproteiner. Under återkommande perioder har vi på HRE-mottagningen använt oss av "dubbel" provtagning vilket inneburit både traditionellt lipidstatus och apolipoproteiner i syfte att kunna göra utvärderingar. Efter ett antal utvärderingar kan våra fynd sammanfattas enligt följande:

Utvärderingen av HRE-patienterna visar en god överensstämmelse mellan LDL och apoB vilket innebär att det absoluta flertalet patienter som har lågt LDL

också har lågt apoB och vice versa.

Överensstämmelsen synes vara lika god hos patienter med diabetes och metabolt syndrom, dvs de patientgrupper där man särskilt framhållit nyttan med apoB.

Non-HDL har en mycket god överensstämmelse med apoB i vår HRE-population. Non-HDL har även i nya stora studier visat sig vara lika stark prediktor som apoB under pågående statinbehandling (non-HDL innebär totalkolesterol minus HDL och förslag på rekommenderat målvärde är < 3.4 mmol/l).

Det finns ingen tendens att andra går över till apolipoproteiner, vare sig nationellt eller internationellt. Detta gör att vi med våra apolipoproteiner står mycket isolerade och inte kan relatera till omgivningen.

Det introduceras under de närmaste åren nya HDL-höjande läkemedel och de kommer alla att ha HDL som målvärde.

På basen av ovanstående har vi inom ischemisektionen beslutat oss för att återgå till att enbart mäta traditionellt lipidstatus på HRE-mottagningen. Möjligheten för den enskilde doktorn att beställa apoB och apoA1 finns naturligtvis kvar men vi finner inte att det finns tillräckligt starka skäl för att fortsätta med den rutinmässiga mätningen av apolipoproteiner.

2010-02-12

Lena Jonasson, professor, överläkare Joakim Alfredsson, överläkare,

Kardiologiska kliniken US Sektionsansvarig

/Bengt Järhult

Kvalitetsindikatorer i norra regionens Primärvård

2010-03-24

Inledning

Norra regionens primärvårdschefer uppdrog hösten 2007 till en arbetsgrupp att ta fram förslag på gemensamma kvalitetsindikatorer till i slutet av 2008.

Resultatet blev ett dussin indikatorer. Den markanta bristen på indata av god kvalitet i tillräckligt stora tal ned på enhetsnivå har kraftigt begränsat våra val. De föreslagna indikatorerna borde snarast benämnas resultatindikatorer med anknytning till kvalitet. Det senaste året har de föreslagna indikatorerna vidareutvecklats och efter ett omfattande arbete i respektive landsting har vi sökt ta ut data från de fyra landstingens samtliga enheter, vårdcentraler och hälsocentraler. Här följer en rapport över hur vi arbetat och vilka erfarenheter vi gjort. Vi redovisar även utfallet av respektive indikator för de enskilda enheterna landstingsvis. Skillnaderna i resultat mellan enheterna varierar inte sällan med en faktor 10. Bortfallet är betydande och varierar mellan vårdenheter, framför allt har Jämtland redovisat få data.

Sammanfattning

Sedan hösten 2007 har norra regionens primärvård arbetat med gemensamma kvalitetsindikatorer. Så här ser listan med de 16 indikatorerna ut: Telefontillgänglighet, patientenkät, rökning, alkohol, fysisk aktivitet, hemsjukvård, influensavaccination, läkarkontinuitet, Nationella Diabetes Registret (NDR), samverkan, tid till läkare inom sju dagar, PV-kvalitet, äldrekvot. Samt tre läkemedelsindikatorer, hypertoni-läkemedel och statiner till 40-åra, olämpliga läkemedel för äldre, luftvägsantibiotika till barn 0-6 år. Två års erfarenheter med att ta ut data avseende indikatorerna från samtliga primärvårdsenheter i regionen visar på stora svårigheter att få tillförlitliga jämförbara data. Vi har upptäckt många fallgropar, mycket arbete krävs för att klarlägga dem, exempelvis varför antalet till NDR inrapporterade diabetiker kan bli flera än antalet kända diabetiker. Det är uppenbart att det inte räcker med att vid skrivbord och möten konstruera indikatorer. Det är först när man tar ut data i skarpt läge som man blir varse fallgroparna. Mycket arbete återstår på både nationell som lokal nivå för att kunna mäta och jämföra kvaliteten i primärvården.

För att mäta kvaliteten i syfte att förbättra den, i närtid eller över tid, på en enskild enhet eller för dem som arbetar där, finns det lång erfarenhet och många metoder. Att mäta kvaliteten i syfte att jämföra och värdera den i en primärvård, som är så mångfasetterad som den svenska, har vi däremot ringa erfarenhet av. Det ställer helt andra krav på metoder än de vi i dag har tillgång till. Vår målsättning var att ta fram kvalitetsindikatorer, kanske borde vi i stället kalla dem resultatindikatorer med relation till kvalitet? Och om ersättning skall utgå hellre kalla det för ersättning för engagemang (i att utveckla kvalitetsmätning) än P4P, betalt för prestation. Det är frestande att mäta mycket

på bekostnad av att mäta rätt, men att utveckla kvalitetsmått kräver både tid och mycket arbete. En kvalitetsmätning som ska ske löpande kräver automatisk inmatning och uttag samt bearbetning av data. Enstaka särskilda insamlingar av data, som med enkäter och mäta telefontillgänglighet behövs men i övrigt måste data hämtas ur kliniken, från datajournalerna. Primärvården i Sverige är brokig och organiserad på olika sätt både mellan och inom respektive huvudman. Gränssnittet mot primärkommunen varierar, likaså mellan primärvården och den specialiserade vården. Privata praktiker kan finnas i mer eller mindre grad etc.

Även inom ett landsting kan det finnas olika primärvårds modeller, glesbygd, tätort och mellanbygd. Nu och troligen än mer i Vårdvalet kommer arbetssätten och bemanningen på vårdenheterna att vara olika. Om kvaliteten ska mätas och värderas ur ett patientperspektiv måste dessa olikheter beaktas. Huvudsyftet med dokumentationen är att den ska vara ett viktigt instrument i vården av patienten, inte för att kunna mäta olika parametrar som kan ligga till grund för värdering och till och med för belöning eller bestraffning. Våra datoriserade journaler skiljer sig inte allt för mycket från de gamla på papper. Några har slopat de olika professionernas journaler (läkar- sjuksköterske- sjukgymnast mm) och ersatt dem med en gemensam primärvårds – patientjournal där en strävan är att minimera dubbeldokumentation och lättare hitta viktig information. Fortfarande saknas dock en enhetlig struktur för dokumentationen. För att få ordning på nödvändiga gemensamma termer, sökord, begrepp och värdetabeller behövs stora insatser. Data från datorjournalen kan lagras på olika sätt och trots att vi tagit ut data under flera år för att följa upp resultat och för att bli bättre så saknas i hög grad hjälpmedel för att kontrollera deras rimlighet (exempelvis att täljare nämnare i blodtryck och BMI inte kastats om). För att få sanna indata krävs återkoppling av utdata till den som matar in, man ska kunna se och ha nytta av dem vid mötet med och uppföljning av sina egna patienter. Här är hjälpmedlen undermåliga. Även med en journal som är sökordsbaserad och med strävan att mata in hårddata i faktalistor som lablista och olika tabeller så speglar datauttag alltför ofta hur data matats in och i mindre grad vad som skett i vården. Det är svårt att dra slutsatser från data som samlats in i ett annat syfte än vad det sedan kommer att användas till.

Det allvarligaste hotet mot kvaliteten på indata är om den som ska leverera dem inte är seriöst engagerad utan levererar data på order eller mot belöning. I dag samlas stora datamängder in till nationella

kvalitetsregister där fokus är på enstaka sjukdom och eller åtgärd, framför allt inom den specialiserade vården. Det är ett starkt tryck på primärvården att vara med i dessa register med förhoppning att på så sätt kunna mäta kvaliteten även i primärvården. Delar av några av dessa register har anknytning till primärvården men i primärvården är det patienterna och inte sjukdomarna som är i fokus. Risk finns för en grov förenkling och rent av marginalisering av grunden för vad som är viktigt när primärvården möter sina patienter, som sällan har en enstaka sjukdom, om primärvårdens kvalitet ska värderas utifrån hur enstaka sjukdomar handläggs. Självklart är det primärvården själv som har ansvar för, och borde få stöd för, att utveckla sina egna indikatorer! En grundläggande begränsning vid val av indikatorer är att antalet ”registrerade händelser” måste bli tillräckligt många för att inte slumpen ska avgöra. Antalet vårdenheter är i dag ca 1000 men kommer i Vårdvalet att öka. Redan i dag blir antalet registreringar per enhet och år för de flesta önskvärda indikatorer alltför få. Slumpens inverkan blir då uppenbar. Redan i dag kan man lockas att ta väl inställda diabetiker på onödigt täta kontroller bara för att få in dem i NDR. Skillnaden på mjukvaran (olika datorjournal) och hur man använder sig av den borde inte spela någon större roll. Men det gör det när man ska söka ta ut data som kan lagras på olika sätt, i journalerna eller i datalager eller i andra angränsande register. I Danmark, med ett begränsat antal datajournaler som kan leverera data på standardiserat sätt, kan även patienterna gå in på Sundhetsstyrelsens portal och se sina mediciner, labdata och till och med vem som läst journalen.

Kvalitetsutveckling och kvalitetsgranskning i primärvården släpar efter den i andra länder och inte minst jämfört med utvecklingen i den specialiserade sjukvården i Sverige. Möjligheterna att i primärvården följa vad som sker med patienterna ned på enhetsnivå är mycket bristfälliga. Vi behöver nationell samverkan, kanske kan PV-forum vara en väg. Kanske öppnar Vårdvalet en möjlighet? Det finns en liten grupp som arbetar tillsammans under SKLs ledning med att följa och stödja arbetet med vad mäta i det nya Vårdvalet. Varje landsting söker i dag närmast desperat efter resultat och kvalitetsmått för att följa och styra i Vårdval. Om man summerar alla landstings önskemål om vad man vill mäta kan man tro att det nya mantrat blir ”leda för att mäta”.

/Anders Lindman, Luleå

VAS + , vad innebär det?

Hej Lars Grundström!

Om jag förstår rätt så är Du vår (allmänmedicinens) representant i VAS+.

Vi är väl många som inte riktigt förstår vad det innebär.

Tror Du att Du skulle kunna presentera något av visionerna helt kortfattat?

Jo, jag var med i steg 1 eller vad man ska kalla det om VAS+, som började förra årsskiftet och vår medverkan avslutades innan sommaren. Det gick i stort sett ut på att klarlägga de olika processer och flöden som fanns för patienten och vilka processer osv som detta gav upphov till i ett datasystem. Sedan har projektledningen arbetat med att skriva färdiga kravspecifikationer till olika delar av systemet, en hel del av arbetet gäller också "baksidan" som vi användare inte ser något av. Detta blev klart sent i höstas. Jag har endast varit involverad i journaldelen, inte bokning, remiss eller andra delar av projektet. Jag trodde när arbetet startade att man skulle diskutera på en mer användarnära nivå –lite mer på samma plan som frågorna du ställer nedan- och försökte föra in åsikter om konkret funktionalitet med varierande grad av intresse. Senaste tiden har diskussion om detta kommit igång och projektledarna har börjat fråga några olika användare om VAS-användning "på verkstadsgolvet". Jag ska träffa en av dem i eftermiddag.

Några saker vet jag dock (tror jag). VAS+ kommer att bli mer integrerat mellan öppen- och slutenvård, dvs det kommer att bli lättare att få en bild av patientens väg genom sjukvården; vårdkedjan. Formulärnamnen kommer att försvinna. Layouten blir mer lik kommersiella program med snabbkommandon av standardmodell. Sökorden kommer att vara hierarkiskt indelade i tre nivåer (detta och den närmare integrationen i systemet medför konsekvenser för hela NLL; arbete pågår i Hälsoinformatik för att strukturera om och förbättra sökordskatalogen). Systemet kommer också att kopplas till VIS (NLL:s nya dokumenthanteringsystem som sätts enligt planerna efter sommaren) så att man kan läsa/länka till rutindokument etc från journalen.

Så egentligen kan jag inte säga så mycket konkret om hur det faktiskt kommer att bli. Jag tror att VAS+ blir bättre än VAS!

Kanske kan jag återkomma senare?

Vänl hälsn

Lars Grundström, Råneå

NÄRSJUKVÅRD: Reserapport Skottland

Glesbygdsmedicin i fokus

Den 10-14 januari 2010 genomförde vi (distriktsläkarna Jari Havela och Stellan Båtsman samt projektledare Caj Skoglund) en studieresa till Skottland (regionen Angus) med fokus på glesbygdsmedicin. Värd för besöket var den skotske distriktsläkaren (GP) Hamsish D Greig som lagt upp ett synnerligen varierat och omväxlande program. Under resorna mellan de olika enheterna fick vi dessutom gott om tid att utbyta erfarenheter med vår värd.

Angusregionen är belägen söder om Aberdeen i östra Skottland. Regionen har en befolkning på ca 110.000 invånare fördelat på mindre städer och byar. Delar av regionen är glest befolkad med under vissa tider på året besvärliga vägförhållanden. Avstånden är dock, i vart fall med norrbottniska mått mätt relativt måttliga med avstånd i nord-sydlig riktning på ca 80 km och 60 km i öst-västlig.

Under tre intensiva dagar besökt vi följande enheter

- Blairgowrie Cottage Hospital
- Pitkero Intermediate Care Unit, Dundee
- Brechin Infarmacy
- Whitehills Resource Centre, Forfar
- Kincardine Community Hospital, Stonehaven
- Leith Community Treatment Centre, Edinburgh

Vidare deltog vi i sammanträde med ledningen för intresseföreningen för Community Hospitals (SACH) i Edinburgh.

En grundläggande utgångspunkt som präglar inte bara Skottland utan hela Storbritannien är den demografiska utvecklingen med växande vårdbehov i kombination med betydande pensionsavgångar som väntas medföra stora problem för personalförsörjningen inom vård och omsorger.

Begreppet Community Hospital

Begreppet Community Hospital (CH) är inte enhetligt, vilket framkom med önskvärd tydlighet vid vårt besök. Ett av de besökta sjukhusen hade en verksamhet som förföll i nivå med OBS-platser i glesbygd, ett annat var en eftervårdsavdelning för rehabilitering ("step down") medan ett tredje närmast påminde om ett äldreboende/vårdhem.

De besökta sjukhusen var av högst varierande ålder och kvalitet, alltifrån ett helt nybyggt sjukhus med en synnerligen välutrustad hospiceenhet till ett gammalt sjukhus med 15 patienter i en enda sal med fördragbara draperier som enda integritetsskydd (så kallad Florence Nightingale ward).

Sammantaget var vårt intryck att skillnaden i standard mellan olika enheter var betydligt större än vad som är vanligt i Norrbotten. Inte oväntat förs därför en diskussion mellan olika intressenter om behovet att modernisera delar av fastighetsbeståndet. Trots att frågan är kontroversiell är inriktningen att minska antalet vårdplatser vid CH för att frigöra resurser för såväl investeringar som ökade resurser för behandling i öppenvård.

Det förefaller vidare som om norrbottniska vårdcentraler är betydligt mer välutrustade vad gäller såväl diagnostik som behandling. Detta kan vara en förklaring varför en GP på sin mottagning träffar betydligt fler patienter (20-30 per dag) än sin svenske kollega. Å andra sidan begränsar sig tiden per besök till 5-10 minuter. Antalet återbesök förefaller vara förhållandevis frekventa, sannolikt bland annat mot bakgrund av behovet av att avvakta resultatet av provtagningar och andra undersökningar.

Hembesök är vanliga och ett av motiven är att många patienter i mindre bemedlade områden inte har råd att ta sig till vårdcentralen. "Antingen kommer vi till patienterna eller så får de ingen vård" som dr Greig sammanfattade situationen.

Målet att undvika akuta sjukhusinläggningar hos äldre

Den röda tråden vid vårt besök var onekligen betoningen av den roll som CH och lokal tillgång på vårdplatser spelar för att undvika onödiga sjukhusinläggningar av framför allt äldre multisjuka. Ett tydligt inslag i denna strategi är att i förväg identifiera de individer som befinner sig i riskzonen och vidta förebyggande åtgärder. Positiva erfarenheter redovisades från ett pilotprojekt i form av en virtuell vårdavdelning. Bakom denna strävan fanns en mycket

uttalad inställning att lokala vårdinsatser i många fall är betydligt skonsammare för äldre patienter än akut sjukhusvård.

Samtidigt kunde vi konstatera att det fanns olika modeller för hur ansvaret för patienterna på CH fördelades mellan GP:s. En modell var att respektive GP svarade enbart för "sina" patienter, en annan att läkarna delade på denna uppgift oavsett vem som var patientens GP.

För akutsjukvård hänvisas patienterna till universitetssjukhuset i Dundee (Ninewells Hospital), som ligger utanför regionen. Däremot finns det inom regionen tre jourcentraler bemannade med GP:s.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten föreföll väl etablerade med ambitionen att samla resurserna runt patienten/brukaren oavsett finansieringskällan. Samlokalisering och teamarbete över revir- och ansvarsgränser framhölls som strategiskt viktiga komponenter och förutsättningar för framgång.

Vi fick också ta del av hur ett strukturerat, systematiskt kvalitetsarbete för uppföljning av inneliggande patienter var utformat.

Sammanfattande slutsatser och intryck

- Primärvården i Skottland och Sverige möter likartade problem med delvis olika lösningar.
- Svensk primärvård förefaller ha en bättre tillgång resurser för diagnostik och behandling, vilket sannolikt är en viktig förklaring till grundläggande skillnader i hur verksamheten är organiserad.
- Omorganisationer och omfördelning av resurser från slutna till öppna vårdformer utmärker utvecklingen också i Skottland.
- Ambitionen att undvika och även förebygga akuta sjukhusinläggningar hos äldre multisjuka patienter var starkt uttalad och med en påtaglig medvetenhet om de risker som är förknippad med denna vårdform
- Allmänmedicinsk kompetens med tillgång till egna vårdplatser utanför akutsjukhuset och ett väl utvecklat samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst framstod som grundläggande förutsättningar för en väl utvecklad närsjukvård

Fallet Albin – sjuksköterskans kommentar

Fallet Albin – sjuksköterskans kommentar

Vi är många som arbetar i sjukvården som kan känna igen patienter liknande fallet Albin. (*Robert Svartholm länk*)

Jag blir dock lite ledsen och förstår inte varför du, Robert, verkar vilja ge dig på olika specialist sjuksköterskor.

Vi sjuksköterskor som arbetar i primärvården är numera till stor del allmänmedicinskt utbildade – distriktssköterskor med påbyggnadsutbildning i diabetesvård. Vi har alltså en generalist utbildning med kompetenspåbyggnad i bla diabetesvård.

Jag trodde att vi hade som mål att samverka runt patienterna men det verkar av ditt debattinlägg att du inte är intresserad av detta – det är tråkigt.

Alla patienter i Albins situation kanske inte kan få träffa en så bra doktor som han fick.

”Täta besök hos diabetessköterskan hade väl inte precis förbättrat läget, även om rapporteringen till NDR var pedantiskt skött. Tobaks och alkoholbruk var nogsnamt negerat i journalen”. Det är sant att läget inte alltid förbättrats trots att patienterna träffar en diabetessköterska. Det vore ju fantastiskt om alla våra patienters värden förbättrades pga att de träffat oss.

Pedantiska diabetessköterskor finns nog och det kanske är tur. Jag tror dock att de som skriver patienter på näsan är ett utdöende släkte.

I Norrbotten kommer i vår en stor del av diabetessköterskorna att höja sin pedagogiska kompetens genom distansutbildning från Umeå universitet. Detta finns med i de Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 som något som bör prioriteras.

Diabetesvården blir väl inte sämre av att man rapporterar in till NDR (Nationella

Diabetesregistret)? HbA1c som stigit kanske ska noteras och eventuellt att man justerar doseringen.

Kontroll av patienternas fötter någon gång – gör väl heller inte att diabetesvården försämras?

Jag är medveten att en del allmänläkare anser att patienterna ska kontrollera fötterna själva – alla har dock inte den förmågan. Ska våra patienter också kontrollera sin microäggvita eller kreatinvärde?

I och med att Albin registreras en gång per år till NDR så går vi igenom det som bör följas vid diabetes. Även SFAM har haft dessa parametrar vid årsbesöken. Tillgänglighet och kontinuitet utesluter väl inte att vi tittar på fötterna, kontrollerar blodtrycket eller registrerar till NDR?

I och med att vi börjat föra in patienter från särskilda boenden till NDR så har vi i stället kunnat uppmärksamma och se till att mediciner som inte behövs eller är olämpliga pga stigande kreatinin eller andra kontraindikationer sätts ut. **Det är lätt att ett hba1c eller kreatininsvar försvinner bland allt annat brus.**

Den äldre patienten kommer in på Säbo, minskar i vikt, hba1c sjunker successivt – kan kanske tom klara sig utan behandling?

Patienterna har alla en historia och levnadsberättelse. Jag själv tycker att det blir mer o mer av att lyssna på vad de har att ta upp vid besöken. De lever sina liv och har olika bekymmer som exempelvis skilsmässa eller arbetslöshet eller sjukdom i familjen.

Besöket hos diabetessköterskan på vårdcentralen blir kanske inte pekpinningar angående motionsfrekvensen utan ett samtal om livet med den svårt demenssjuka frun, ja det mycket annat som upptar våra liv.

Nyligen hade jag en ensamstående insulinbehandlad medelålders man på diabetesbesök. Vi nämnde knappt hans värden utan samtalade runt hans oro i livet. Sådant kan inte mätas eller registreras.

Jag känner heller inte igen mig i att vi diabetessköterskors ambition är att föra in fler läkemedel.

Numer har vi på vår vårdcentral helt slutat med läkemedelsluncher – tror ingen saknar dessa. Vi upplever inte att vi blir utan kunskap. Det har en del haft som argument för att ta emot olika firmor för information. Vi strävar också efter att följa läkemedelskommitte´ns rekommendationer.

För några år sedan var de flesta diabetesutbildningar sponsrade av olika läkemedelsbolag.

Numer arrangerar vi i Norrbotten utbildningsdagar genom Länsgrupp Diabetes helt osponsrade – det känns skönt.

Sponsring från läkemedelsbolagen till NDR är numera också borta.

På många håll står sjuksköterskorna mer än läkarna för tillgänglighet och kontinuitet.

Även vi jagas dock av nedskärningar och vårdval.

Tillgänglighet, kontinuitet och kunnskap är viktiga och gäller oss alla, även diabetessköterskor.

Vi har dock noterat att det skiljer en hel del på vad diabetessköterskan har för resurser på olika enheter. Sommartid – semestertid är det på flera vårdcentraler svårt för diabetespatienter att få hjälp när det blir problem- det borde inte vara så.

Borde vi inte försöka att respektera varandras arbetsätt i stället, då det egentligen inte skiljer sig så mycket åt.

I dessa kärva tider tjänar vi på samarbete.

Hoppas på bra samarbete framöver för Albins bästa!

/Beatrice Pirak, Jokkmokk

Samordnare för diabetessköterskor i Norrbotten samt

Kvalitetsansvarig sjuksköterska för NDR i Norrbotten

Fallet Albin – Robert kommenterar Beas inlägg

Tack för din reaktion på min artikel om Albin!

Jag har fått många instämmande reaktioner, och noterar att du instämmer i mycket av min skildring av problemen runt många multisjuka diabetiker. Ett allmänmedicinskt arbetsätt med helhetssyn och kontinuitet är viktigt och allt går inte att mäta eller registrera. Så långt är vi ense och det gläder mej. Även du beskriver och inser behovet av fortbildning och ett nytt förhållningssätt hos sköterskor, och din skrivning om att ni ”vid din vårdcentral” slutat med sponsrade utbildningar visar också att vi har en

gemensam grundsyn, vilket är bra. Vare sig du eller jag försvarar alltså gamla attityder och fragmenterade insatser bland sköterskor eller läkare.

Du bejaktar också stressen och de tuffa prioriteringarna vi utsätts för. Ett av de svaren jag fick beskrev situationen så här: ”Statistiker finns det fler av än läkare, låt därför dem sköta om den registerföring som snart överskuggar vår viktigaste arbetsuppgift: Att ha tid att vara doktor inom ett område (läs distriktsläkare/primärvårdsdoktor) där bred kunskap är en förutsättning för att kunna fånga in det som är viktigt i ”bruset” från alla symptom”. Han kunde lika gärna skriva ”sköterska” – för vi har alla viktiga uppgifter gentemot patienterna.

Nyligt räknade en annan kollega ut att det går åt 25% skötersketjänst att registrera i NDR på hans enhet, och din skildring av nyttan med denna stora insats gör inte mej mer entusiastisk till detta projekt. Vi har alltid haft ont om tid för våra patienter, och uppföljningen får ofta stryka på foten. Att sammanställa och skicka listor till Göteborg kan inte vara en effektiv insats för detta. Detta är ju emellertid en annan debatt.

Grundfrågan för Albin är att få träffa allmänmedicinskt skolad personal – sköterskor eller läkare – med tid att lyssna och tid att följa upp. Det måste vi hjälpas åt med utan att i onödan solidarisera oss med gamla dr Ekstam eller hans gamla diabetessköterska. Detta får vi fortsätta att samarbete runt!

/Robert Svartholm, Boden

Bli din egen Tamagotchi!?

I P1s ”Spanarna” användes ovanstående rubrik för ett tag sedan. Tanken var att leksaken från Japan på 90-talet hade blivit omodern, numera var trenden att man **själv** skulle bli sin **egen Tamagotchi**. Spanaren reserverade sig något i sin skepsis om det gällde exv patienter med diabetes.

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Tamagotchi>

Visionen verkar bli verklighet i ett projekt där flera vårdcentraler i Norrbotten deltar.

Finns det överhuvudtaget några invändningar mot projektet? I det sammanhang där jag hörde det presenteras var entusiasmen



överväldigande, möjligen med undantag från en liten chefsläkare.

Det finns säkert individer där ständig monitorering av alla mätbara uppgifter med biofeedback kan må bättre, men risken är att vi får ytterligare en grupp som blir bundna och slavar under tekniken. När det gäller självtest av p-glucos finns ju numera en hel del väl underbyggda restriktioner.

Det finns säkert en strategi för att deltagande patienter inte ska bli sina egna Tamagotchi på sikt? Eller? Kanske beror min skepsis på att jag är för gammal, i fel generation, precis som majoriteten av patienterna.

/Peter Olsson, Jokkmokk

Norr och söder – betydelse för hjärtkärlsjukdom och därmed för allmänläkares uppdrag

Peter Nilsson inlägg på Ordbyte:

Hej igen!

När jag tog en kvällspromenad igår i Dalby och funderade på våra meningsväxlingar på Ordbyte om blodtryck, statiner, diabetes och annat så slog det mig hur avlångt vårt land är. I Skåne blommar krokus och snödroppar medan det i norr råder den uppskattade vårvintern med ljusare dagar och fin skidåkning.

Samtidigt finns det andra skillnader, inte minst på hjärtkärlsjukdomarna område. Jag besökte därför, som gammal MOTPOL-journalist, Socialstyrelsens aktuella statistik för hälsotal som finns på Socialstyrelsens statistikdatabaser.

Där fann jag bl.a. detta baserat på statistik från 2008:

Antalet sjukhusvårdtillfällen för cirkulationsorganens sjukdomar per 100.000 invånare var i Norrbotten 4083 (män: 4688, kvinnor: 3469), medan samma mått i Skåne var 3406 (män: 3919, kvinnor: 2916).

Motsvarande siffror för **antalet drabbade patienter** för samma sjukdomar per 100.000 invånare var i Norrbotten 2543 (män: 2836, kvinnor: 2245), och i Skåne 2115 (män: 2368, kvinnor: 1873).

Faktiskt framgår det att *antalet vårdtillfällen för cirkulationsorganens sjukdomar för män i Norrbotten*

är högst i landet! Detta bör rimligen korrelera med riskfaktorers utbredning i befolkningen i BD-län.

Om man nu antar att inlandskommunen **Jokkmokk** knappast har lägre, snarare högre, ohälsotal än genomsnittet för hela Norrbotten leder det till slutsatsen att cirkulationsorganens sjukdomar snarare är mera uttalade i denna kommun än i länet som helhet, och betydligt över riksgenomsnittet, förstås även influerat av den demografiska strukturen och befolkningens högre medelålder.

Påsk-fråga: Om man nu råkar vara allmänläkare på just denna ort, vilket bl.a. kollegorna Markus Beland och Peter Olsson är, så kan ju denna SoS-statistik leda till funderingar – man undrar vilka?

Det har ju varit flera debattinlägg från kollegor i norr på temat att behandling av kardiovaskulära riskfaktorer är överdriven, att behandlingsmålen är för lågt satta, att det skrivs ut för mycket statiner, etc. Om man då går från det allmänna resonandet ner till den mycket konkreta verkligheten gällande folkhälsoproblemet med kardiovaskulär sjukdom i BD-län samt i t.ex. Jokkmokks kommun (har dock inte tillgång till kommunspezifisk statistik) så ställs frågan på sin spets: *Hur ser det allmänmedicinska uppdraget ut just i Jokkmokks kommun vad gäller att bidra till att förebygga hjärtkärlsjukdom?* Naturligtvis behövs samhällsstrukturella insatser som trygga jobb och boende, trygg ekonomi, bra mat och mindre rökning – javisst – men nu skulle jag vilja pressa vännerna i norr på en ståndpunkt just i vad mån dessa fakta spelar roll eller inte om man är allmänläkare i just Jokkmokk. Vad kan man tänka om det som är "frasradikalism" och vad som är att ta den lokala befolkningens högst konkreta medicinska problem på allvar i just denna fråga?? Inget hindrar min namne Peter att lägga ut detta inlägg + sitt svar på SFAM-BD:s hemsida, där han är redaktör.

Vänlig hälsning från den djupa södern till denna snöiga nord,

Peter

P.S. Mao var alltid mycket konkret och brukade säga "utan undersökning ingen rätt att tala", en sentens som lätt stannar i minnet hos folk i vår generation...

/Peter Nilsson

SFAM och Glesbygd – Vårmetet i Jokkmokk



Som arrangör missar man tyvärr en del programpunkter. Vet inte om vi lyckades få till en dialog mellan Glesbygdare och Sfam? Vi som är med i bägge dessa små föreningar kan bara se fördelar med ett samarbete framöver. För egen del hade jag gärna utvecklat och specificerat tankarna som presenterades i bildspel i förra numret om kompetens i praxis. Listor på tillstånd, diagnoser, åtgärder, utrustning och användningen av multimedia, simulatorer och dockor är viktiga i framtidens utbildning och recertifiering. Det framhölls inte minst av Maaret Kastren – narkosprofessor som höll en insiktsfull, spännande och lärorik föreläsning. Vi som ser tillstånd sällan måste träna mer – samma slusats vi en gång drog när vi värderade ambulansvården när den byggdes ut i glesbygd. [Se pdf-fil från föreläsningen!](#) Tyvärr verkar vårdvalsreformen urvattna nödvändiga grundresurser till glesbygden även om det kanske inte är avsikten. Kan ”närsjukvården” motverka eller göra ont värre?

PO Persson som talade om mediciner i världen med tuberculos som exempel- blev av med ett USB-minne som tyvärr inte återfunnits. Hör av Dig om Du sett det! Det är så trist att tappa minne!

Stort tack till Markus Beland som dragit det tyngsta lasset!

Blir det en fortsättning nästa vår eller höstmöte i Norrbotten?

/Peter Olsson, Jokkmokk

Tretton önskvärda reportage

Välskrivet och med stil.

Vi som skriver rapporter, polemik mot en alltmer krävande och kontrollerande överhet och journaler förstörs i vår språkkänsla. Texten i denna andra bok som försöker beskriva positiva, framgångrika projekt är njutbar och bilderna professionella, man har fångat det vi framförde vid intervjun och där finns en självkritisk resonerande distans och det alltid ofärdiga. Ovanligt välgjort och med ömhet mot det beskrivna. Kanske är det mest vi som är intervjuade som läser?

<http://insidan.nll.se/Landstingsdirektorens-stab/Informationsenheten-/Informationsmaterial/Webb-tv/13-onskvarda-reportage/>

/Peter Olsson, Jokkmokk

Björkliden – istället för rapport



Vi har ingen rapport från ST mötet om psykosomatik, kursvärderingen var dock övervägande positiv mot innehållet, ackommodationen undantagen... Med dagens teknik kan man ju utbyta mail under själva kursen och här är ett svar till en kursdeltagare:

Bäste X

Jag kan inte litteraturen tillräckligt men jag är själv tveksam till fibromyalgidiagnosen och tycker det är rätt att den är på väg ut. Jag tror nog att föreläsaren uppfyller diagnoskraven.

Överhuvudtaget har jag massor med invändningar till åtminstone vartannat påstående men tycker ändå det är intressant att få en presentation av en samlad världsbild. Att det alltid måste vara tillsammans med en frustration mot socialförsäkringen.

Sen har jag svårt med den moderna psykiatrins brist på förståelse och analys, bara notering av symtom och kriterier och skalor, tror mera att det är ett skydd mot patienternas lidande ofta existentiell. Sen finns det kanske luckor som du skriver och den sponsrade filmen var ju bedrövlig och slutsatsen blir ju ökad farmaka vilket jag inte tror på för denna grupp. Det borde vara noggrannare med presentationen av godkända indikationer för farmaka. Således har jag mest åsikter men inte så mycket kunskaper om litteraturen. Bra att Du är kritisk, Du får gärna formulera ett inlägg i Allmänmedicin Norrbotten.

Jag tycker också med anledning av ett aktuellt problemfall att beskrivningen av kronisk hyperventilation var intressant.
<http://www.medicalink.se/news/showNews.cfm?newsID=1877>

/Peter Olsson, Jokkmokk

Infektion och antibiotika- jättebra uppföljning!

Anders Österlund fortsätter men sin utmärkta uppföljning av vår förskrivning av antibiotika ner till enskild förskrivarnivå. Genomgången presenteras med stor förståelse för lokala förhållanden och aktuella rekommendationer och resistensmönster. Vi är ju medvetna om att vi ibland måste förnya icke rekommenderade ordinationer från specialistkliner. Det kan påverka den enskildes data. Man kan välja att som vi få uppgifter i klartext eller anonymiserat. I jämförelsen används SFAMs försök till att specificera i dokumentet [Mål och Mått](#).

Vi måste inte alltid vara överens men den kliniska diskussionen är viktig vad gäller ,
urinvägsinfektioner, otiter, lunginflammationer och hudinfektioner osv. Nyheter vad gäller förändrad syn på längden av kurer(kortare) och antal dostillfällen per dygn (Pc x3-4), förstahandsval vid bitt av djur och människa (Spectramox), Altargo, tvådos vid doxycyklin, mometason vid sinuit mm mm.

Om Ni inte haft Anders till Er vårdcentral eller läkargrupp kontakta honom för en presentation! Det är väl använd tid och effektiv utbildning! Kunnigt, oberoende, självkritiskt och utvecklande! Tänk om vi

kunde ha liknande samarbete med andra specialistkliner.

Tack igen Anders!

/Peter Olsson, Jokkmokk

SFAMs årsmöte 20 maj Sunderby folkhögskola

I samband med SFAM-BDs årsmöte 20 maj på Sunderby Folkhögskola, kommer vi ha en gäst, Riyadh Al-Baldawi från Orientalhälsan i Stockholm. Han är psykiater och arbetar med smärta hos människor som kommer från andra kulturer, men mycket av det han säger är också användbart för oss när det gäller även andra patienter.

Välkommen

Mötet börjar med lunch kl 12

Föreläsning kl 13-15, eventuellt ngt längre om det blir många frågor

Hur vi i Sverige medikaliserar existentiella problem. Riyadh Al-Baldawi kallar sin föreläsning: "Migration relaterat syndrom och dess psykosomatiska besvär" jag kommer så långt tiden ger mig möjlighet att tala kulturens roll i mötet med patienter och tolkning av deras psykosomatiska besvär. Samt om den stress som utvecklas i samband med anpassning till en ny miljö och hur den ska tolkas klinisk"

/Meta Wiborgh, Luleå