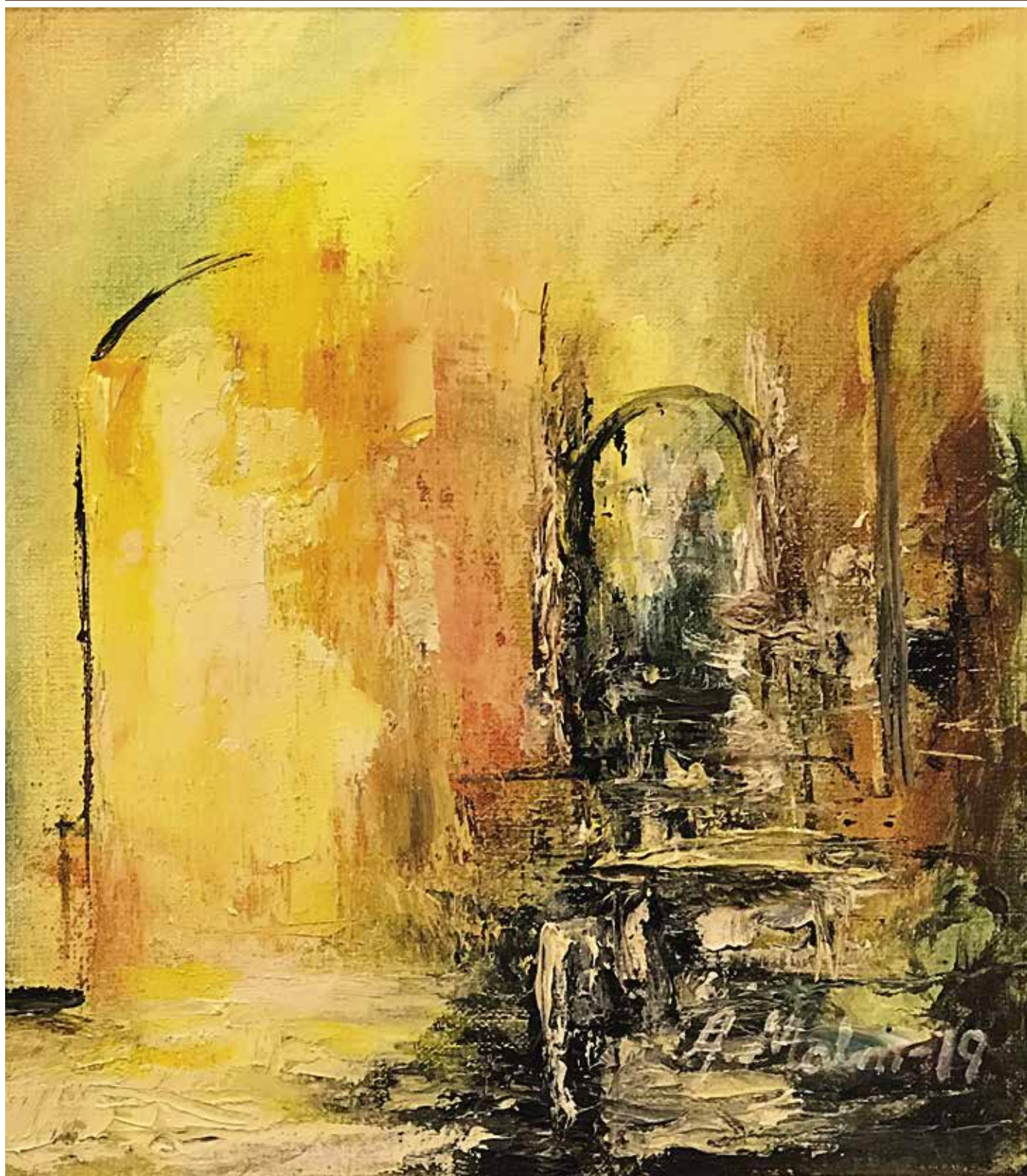


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2019 ÅRGÅNG 40



Allmänmedicin i grundutbildningen

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Allvarligt samtal med socialministern
Annika Larsson
- 3 Ett hållbart system för primärvård?
Ingrid Eckerman
- 4 Allmänläkaren som en del av ett större sammanhang
Annika Larsson
- 6 Ny ordförande för SFAM
Ingrid Eckerman
- 6 SFAM X 30 år: Workshop och visionsdagar under två dagar
Elisabeth Månsson Rydén
- 7 Nytt från SFAM
- 10 Läkarutbildningen
Ingrid Eckerman
- 10 En läkarstudents upplevelser från primärvården
Linnea Lin
- 13 Studenthandledning – ett lyft för vårdcentralen!
Rolf Marling och Gunnar Michold
- 14 Läkarstudenter i primärvården i Region Gävleborg
Suzie Urasaki, Arbër Maxhuni och Maria Palm
- 15 Örebromodellen – hur ett nytt läkarprogram har integrerat allmänmedicin i utbildning och i klinisk praktik
Mikael Hasselgren och Eva Melander
- 16 Allmänmedicin i läkarprogrammet vid Lunds universitet
Anders Beckman
- 17 Allmänmedicin i grundutbildningen i Linköping
Magnus Falk och Staffan Nilsson
- 20 Primärvård på läkarprogrammet vid Karolinska Institutet
Helena Salminen
- 23 Syster Sonja – den sjungande distriktssköterskan i Fredrika
Linus Jernby
- 25 Recension: Vi ville hälsa – en yrkesbiografi
Linus Jernby
- 26 AT-läkarens uppfattning av allmänmedicin och resonemang kring val av specialisering
Lena Wendeler
- 29 Att skriva om livet i sjukvården – Sjutton år med Svenska Föreningens för Medicinsk Psykologi skrivartävling
Elsa Lena Rydén och Henry Jablonski
- 32 Socialminister Lena Hallengren har ett januariavtal att förverkliga
Gösta Eliasson
- 34 Många utmaningar för SKL:s nye vård- och omsorgschef
Gösta Eliasson
- 38 Björn Eriksson blir ny sjukvårdsdirektör i Stockholm
Gösta Eliasson
- 40 Vårdarena ersätter primärvårdsdag
Ingrid Eckerman
- 41 20 år som "Fråga doktorn doktor" (FDD)
Gunilla Byström
- 43 Rapport från nationellt Balintmöte i Lund
Björn Landström
- 44 Kollegiala lästips eller "litterär kanon" för allmänläkare
Christer Petersson
- 45 Besviken på SPUR och inspirerad av Mitt i ST
Peter Olsson
- 47 Replik: SPUR och Mitt-i-ST kompletterar varandra
Peter Olsson
- 47 SFAM fanns med på AT-stämman
Gösta Eliasson
- 49 Wake up and smell the coffee! You are now in Sweden
Enkätstudie om utländskt utbildade läkare i Sverige
Zeyad Albadri och Magnus Mattson-Mårn
- 51 In memoriam: Kaj Norrby 1942–2019
Ingrid Eckerman
- 52 In memoriam: Björn Smedby 1932–2019
Ingrid Eckerman
- 52 AllmänMedicin gratulerar
- 57 Recensioner: Två unga killar – tre böcker
Ingrid Eckerman
- 59 Recension: När livet är som bäst och sluta klaga!
Margareta Söderström
- 60 Recension: Vi vet mer än vi kan mäta
Tankar om Det omätbaras renässans
Christer Petersson
- 61 Recension: Fjärilsdansen – en roman om Karolina Widerström
Christer Petersson
- 62 Recension: Läroboken i ortopedi är väl värd sitt kurslitteraturpris!
Peter Olsson
- 63 SFAM informerar, kalendarium

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

Omslagsbild AllmänMedicin nr 2–2019



Omslagsbilden är del av ett av SFAM Gävleborgs nya vandringspriser (sid. 54).

"Målningen är för mig ett andningshål där jag får utrymme att uttrycka mina känslor och tankar. Jag inspireras av naturen, människor och av saker som händer i världen, stora som små. En del saker återkommer, som trappor och träd. I många tavlor finns ett ljus, ett hopp om en strålande framtid. I min roll som konstnär har jag fått möjlighet att dela med mig av mina kunskaper inom måleri och träffa många fantastiska och kreativa människor. I varje tavla finns en liten bit av mig och mitt liv."



Anders Malm
Konstutmärkelse i Rom 2018
www.andersmalm.se

Allvarligt samtal med socialministern

Jag skriver detta sittande på Arlanda, på väg hem efter ett rundabordsamtal på Socialdepartementet med socialminister Lena Hallengren. Sammanlagt var vi 16 olika professionsorganisationer och fackförbund inbjudna, en representant från varje. Temat var kvalitet och tillgänglighet i sjukvården. Totalt fem läkare fanns runt bordet, representerande SFAM, DLF, Läkarförbundet, Läkaresällskapet samt SYLF.

Under SFAM:s fem minuter förde jag fram detta budskap:

Sjukvård ska bedrivas med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det bör gälla även organisationen av densamma. Vilken evidens finns?

Det finns både beprövad erfarenhet och omfattande forskningsstöd för att en fungerande primärvård är det mest kostnadseffektiva sättet att bedriva vård.

Fungerande primärvård innebär generalistkompetens och hög kontinuitet som ger personkännedom och möjlighet till relationsbaserad vård. När jag som allmänläkare känner patienten och patienten känner mig, då blir det effektiv vård.

Det innebär att vi behöver listning på läkare, listtak för enskild läkare och listtak för varje vårdcentral.

Hur ska detta bli möjligt?

1. Vi behöver fördubbla andelen allmänläkare av totala antalet läkare, från 17 till 30–35 %.
2. Vi behöver fortbildning i hela landet för att garantera kvalitet.
3. Vi behöver framför allt en tillräckligt avgränsad lista för att vi ska kunna erbjuda god tillgänglighet och hög medicinsk kvalitet för våra patienter, och en hållbar arbetsmiljö. Då blir det attraktivt att arbeta som allmänläkare! Med drägliga förhållande är allmänläkarjobbet världens roligaste arbete.

När vi detta kan vi förvänta att de som finns stannar kvar och orkar i större utsträckning arbeta heltid, att allmänläkare som nu valt att göra annat återvänder och att utbildningsläkare ser allmänmedicin som en lockande framtid.

Norge gjorde detta med fastlege-förordningen 2001. I Sverige ska vi också ta tillvara all kompetens som finns på våra vårdcentraler: distriktssköterskor, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter, undersköterskor m.fl. Vi ska bygga upp team med bredd och kontinuitet. Då blir det ännu bättre än i Norge!

Vi behöver ha en öppenhet för olika driftsformer och storlekar: både fullskaliga vårdcentraler och små mottagningar, både offentligt och privat drivna enheter.

Övergångslösningar är nödvändiga. Under uppbyggnadsskedet behövs resurstillskott för fortsatta möjligheter till vikarier och hyrläkare för den del av befolkningen som ännu inte fått fast läkare.

Det behövs också en rejäl satsning på handledarutbildning för att möjliggöra att ta emot nya läkare i primärvården: nyutbildade, invandrade och konverterande från andra specialiteter

Om vi lyckas med detta får det stora effekter på sikt. Det blir färre onödiga undersökningar och behandlingar och färre besök på akuten. Färre inläggningar och kortare vårdtillfällen ger på köpet minskad vårdplatsbrist. Jämför med exemplet Borgholm där socialministern nyligen gjort studiebesök.

Vi får helt enkelt mer vård för pengarna! Primärvård ska finnas i alla kommuner. En nationell reform ger en mer jämlik vård.

Svensk förening för allmänmedicin har mycket att bidra med. Handledarutbildningen måste systematiskt utökas. Vi har lång erfarenhet av detta. Former för effektiv fortbildning måste utvecklas. Detta pågår redan i projektform. Vi medverkar

också i utvecklandet och implementeringen av relevant kvalitetsuppföljning.

Vad behöver politikerna göra? Politikerna måste skyndsamt besluta om en nationell primärvårdsreform för en ökad jämlikhet över landet. Pengar måste tillskjutas för en övergångslösning även om en primärvårdsreform på sikt kommer att spara pengar. Politikerna måste också ha tilltro till professionens vilja att vara med och utveckla vården.

Men: Det är bråttom innan allt för många handledare hinner sluta eller gå i pension!

Så långt dagens möte på Socialdepartementet. Det känns bra att regeringen nu kommit i gång, efter den antiklimax som följde på valrörelsen. Fler möten lär följa, både denna typ av rundabordsamtal och andra möten i andra sammanhang. SFAM har en viktig roll att spela! Tillsammans med DLF får vi dubbla röster, två möjligheter att föra allmänläkarnas talan med lite olika infallsvinklar, men med en stor gemensam bas.

När jag skriver detta den 8 april har handlingar inför SFAM:s fullmäktige skickats ut. När ni läser det har fullmäktige och Kongressen 2019 i Borås redan lagts till historien. Om fullmäktige godkände valberedningens förslag har SFAM fått en ny ordförande, och jag får med varm hand lämna över ordförandestafetten till honom. Att förvalta den som tillförordnad har varit roligt och lärorikt.

Jag säger stort Tack och önskar min efterträdare ett stort Lycka till!

Annika Larsson
T.f. ordförande
annika.larsson@sfam.se



SFAM inbjuder till Gruppledarutbildning för FQ-gruppledare

25-26 september 2019 på Sjövillan Konferens i Sollentuna.

Kursledare: Cecilia Ryding, allmänläkare och Hjördis Nilsson-Ahlin, psykolog.
Ingen kursavgift. Mat och logi betalas av deltagarna.

Anmälan till Cecilia Ryding senast 28/8
cecilia.ryding@gmail.com

Ett hållbart system för primärvård?

1980 startade vi Ektorps vårdcentral i Nacka. Då gjorde jag en bild av patientcentrerad vård, med patienten i mitten och alla olika vårdgivare runt omkring. Det var svår allmänläkarbrist, och vi jobbade med LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå) och samverkan med kommunen.

Sedan kom husläkaridén, direktkontakt med egen läkare. Det fungerade när antalet läkare per invånare ökade. Så kom 90-talskrisen och fokus flyttades till besparingar och new public management. Kringpersonal skars bort och läkarna fick mer administrativa uppgifter.

En accelererande brist på specialister uppstod då ST-tjänster inte tillsattes. Samtidigt skulle tillgängligheten öka – utan att beslutsfattarna reflekterade över vilka patientgrupper som skulle få bättre tillgänglighet till vad.

På Vårdarenan (se sid. 40) fick vi exempel på välfungerande primärvård som utvecklas i takt med nygamla behov: Borgholm, Storuman, Norrtälje. Samtidigt kommer signaler om att systemet är i kaos och ibland nära kollaps.

Vårdcentralen i Åmål har så stora brister att VGR säger upp avtalet med omedelbar verkan. 12 000 invånare står utan vårdcentral. VGR har nyligen sagt upp kontraktet med Östra Göteborg på grund av felvaccineringar och privata omskärslar.

Säröledens familjeläkare i norra Halland hotades av stängning då Region Halland krävde att de gick över till VAS, ett svarmanövrerat journalsystem som regionen planerar att lämna. Här saknas regionens förståelse för att fungerande vårdcentraler måste värnas.

Björkhagens vårdcentral i Stockholm såldes två gånger till vårdbolag. För att få ut vinst blev läkarna tillsagda att öka andelen korta besök, där pengarna finns i Stockholm. År 2015 slutade alla läkarna och många sjuksköterskor. Vårdcentralen börjar komma på fötter men konkurrensen om läkarna är stor. Nu säljs den en tredje gång.

År 2013 lade Praktikertjänst ner vårdcentralen Navet i Varberg som stod helt utan läkare. Våren 2018 varnades för att Kåge-Morö backe hälsocentral i Skellef-



Länge kunde de äldre specialisterna utbilda nya.



Snart är de äldre allmänläkarna borta.



De äldre är borta. Handledarna räcker inte. De yngre flyr.

teå skulle stå helt utan läkare till sommaren – inte ens hyrläkare gick att få tag på.

Vi har länge hört Robert Svartholm ropa om vad som händer i Norrbotten där läkarbristen märktes först. Politikererna där är osedvanligt olyhörda trots att de inte är ovetande om situationen. För folket på vårdgolvet är det uppenbart att personalbristen medför risker för patienterna, men det vill politikerna inte se.

Hur sparar man långsiktigt pengar genom att *inte* satsa på primärvården?

Nu har IVO skrivit en läsvärd tillsynsrapport om bristerna i Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete. Kritiken är svidande. Bristerna hänförs till läkar- och sjuksköterskevakanser, och ansvaret läggs helt hos regionledningen. "Det är Regionens ansvar att vidta de åtgärder som behövs och ge hälsocentralerna de förutsättningar som krävs för att kunna ge en god vård."

I skrivelsen kritiserar man hälsocentralernas arbetssätt. Det är sjukvårdens ansvar att patienterna följs upp. Vid all förskrivning av läkemedel, också per telefon och vid förlängning av recept, ska en fullständig lämplighetsbedömning göras

och planering för uppföljning ske. Förförskrivning, dvs. att sjuksköterska fyller i receptmodulen och läkaren signerar, bör förbjudas av regionen.

Nu önskar jag att alla Norrbottens allmänläkare gör rätt. Kallar in patienterna för samtal i stället för att slentrianmässigt förlänga recept. Kollar i journalerna vilka patienter med kroniska sjukdomar som ska kallas in för uppföljning. Skulle man vinna på detta – eller skulle systemet kollapsa?

Situationen är ett misslyckande för landstingen. Allmänläkarnas ålderspyramid har haft formen av en trådrulle. Men snart är det övre skiktet borta ur verksamheten, och det återstår en allt tunnare pelare med en lite bredare del längst ner. Ju smalare pelaren blir, desto smalare blir bottenkivan – för det behövs handledare för att utbilda nya specialister.

I dagarna går Västerbottens politiker ut och meddelar att de drar in tidigare aviserade satsningar på primärvården, trots att det är inom specialistvården som underskottet dragit iväg. Pengar måste sparas. Men hur sparar man långsiktigt pengar genom att *inte* satsa på primärvården?



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Allmänläkaren som en del av ett större sammanhang

I april fick jag som t.f. ordförande nöjet att delta i två dagar av möten i Köpenhamn med NFGP, Nordic Federation of General Practitioners. Dagarna blev en nyttig påminnelse om hur vi som allmänläkare är en del i en större helhet. Som ny ST-läkare hade jag fokus på mig själv och mina patienter. En bit in i ST vidgades horisonten till att omfatta även vårdcentralen och organisationen där, lite senare blev närsjukvårdsområdet aktuellt och sedan primärvårdsorganisationen i hela landstinget. Men en allmänläkare är delaktig i en större helhet än så!

Nordic Federation of General Practitioners (NFGP) är ett samarbetsforum för de fem nordiska ländernas allmänläkarorganisationer. Den utåt mest synliga verksamheten är den nordiska kongressen som ordnas vartannat år och turnerar runt mellan de olika länderna. En kongresskommitté, bestående av representanter för alla länderna, står för det vetenskapliga programmet, medan en lokal arrangörskommitté sköter de praktiska arrangemangen.

En annan konkret verksamhet som NFGP driver är tidskriften *Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC)*. Redaktionen består av en person från varje land samt en chefredaktör. Tidningen ges ut fyra gånger årligen och publicerar allmänmedicinsk forskning, majoriteten från de nordiska länderna.

Utöver kongress och tidskrift är den huvudsakliga uppgiften att driva gemensamma frågor inom allmänmedicin. För närvarande finns en grupp som arbetar med att kartlägga hur vägen till specialist i allmänmedicin ser ut i de olika länderna, allt från grundutbildning till AT och ST. En grupp arbetar med att få fram gemensamma kärnvärden och principer för allmänmedicin.

Arbetet leds av Executive board, den verkställande styrelsen, som består av ordförandena för de olika nordiska allmänläkarförningarna med islänningen Johann Sigurdsson som ordförande. Organisatoriskt drivs de olika delarna av verksamheten som ett bolag under namnet *Nordic Federation of General Practice ApS*, där ApS är förkortning för en viss typ av danskt aktiebolag.

För något år sedan tog en arbetsgrupp inom NFGP fram ett gemensamt nordiskt statement under rubriken *Preventing overdiagnosis*. Detta gick vidare till Wonca Europe och antogs där under 2018. Nu drivs frågan vidare till Wonca World.

Wonca är nästa steg i vår världsomspännande yrkesidentitet! Wonca står för *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, eller lite kortare *World Organization of*



NFGP Executive Board med gäster och observatörer.

Family Doctors. Om man enas i en fråga inom Wonca World kan nästa steg vara att skapa samarbete och överenskommelser med t.ex. WHO, Världshälsoorganisationen.

Dag ett i Köpenhamn pågick tre parallella möten: styrelsen, redaktionskommittén och kongresskommittén. En stor del av styrelsemötet användes till rapporter och samtal kring vad som är aktuellt inom allmänmedicin i de olika länderna. Vid styrelsemötet fanns också några gäster och observatörer.

Bland annat fick vi höra om vad som är på gång i Wonca Europe av Roar Magaard som är med i styrelsen. Vi fick också en inblick i Wonca World via Anna Stavdal, norsk allmänläkare som är President Elect, dvs. nästkommande ordförande/president i Wonca World. Bägge dessa påtalade, och visade ju också genom sin blotta närvaro, att allmänläkarna i de nordiska länderna genom sitt nordiska samarbete har goda möjligheter att påverka utvecklingen av allmänmedicin i hela världen.

Under dag två hölls ett gemensamt möte för alla tre gruppe-ringarna, följt av ett kort formellt årsmöte för bolagsstyrelsen.

Jag fascinerats av spännvidden i allmänmedicin! Inte bara att våra patienter är av alla kön och alla åldrar och har alla möjliga sjukdomar, utan också spännvidden mellan att verka i det enskilda patientmötet till möjligheterna att engagera sig och vara delaktig i en kollegial gemenskap som finns i hela världen.

Annika Larsson
T.f. ordförande
annika.larsson@sfam.se



Denna sommar anordnas Nordisk allmänmedicinsk kongress i Aalborg, Danmark och Wonca Europe Conference i Bratislava, Slovakien. År 2020 äger Wonca Europe Conference rum i Berlin 24–26 juni. Dags att lyfta blicken?

Annons

Ny ordförande för SFAM

Magnus Isacson, Johannes husläkarmottagning i Stockholm, valdes till ny ordförande vid SFAM:s fullmäktigemöte. Magnus är även ledamot av DLF Stockholms styrelse. Han har det senaste året skrivit debattartiklar i Dagens Nyheter,



Magnus Isacson tackar för förtroendet.

Svenska Dagbladet och Dagens Medicin, och han var en av initiativtagarna till "allmänläkaruppropet". Svenska distriktsläkarföreningen utsåg honom till årets allmänläkare 2019.

Magnus mål är att allmänmedicin



SFAM mötte Svenska Distriktsläkarföreningen under kongressen för att diskutera gemensamma frågor. Från vänster Ulrika Taléus, Camilla Sandin Bergh och Marina Tuutmaa från DLF, Magnus Isacson, Annika Larsson, Andreas Thörneby, Magnus Kåregård, Gösta Eliasson och Ulrika Elmroth från SFAM.

ska vara den mest attraktiva specialiteten.

Det blev omval för övriga ledamöter i styrelsen:

Annika Larsson, Skellefteå, vice ordförande, Magnus Kåregård, Malmö, kassör, Gösta Eliasson,

Falkenberg, facklig sekr., Björn Landström, Ler-dala, vetenskaplig sekr., Maria Wolf, Rönninge, Andreas Thörneby, Kinna, Ulrika Elmroth, Täby

Ingrid Eckerman

Chefredaktör, chefredaktor@sfam.se

SFAM X 30 år:

Workshop och visionsdagar under två dagar

SFAM Gävleborg, eller SFAM X som vi säger här i Gävleborg, firar 30 år i år. Vi anordnade två visionsdagar med över 80 deltagande läkare (familjeläkare och ST-läkare) från både regi-ondrivna och privata hälsocentraler.

Gösta Eliasson, sekreterare i centrala SFAM, ledde oss genom dagarna som



handlade om "Bemanning, lärandemiljö och uppdraget". Tanken med dagarna var att allmänläkare ska hjälpa till att föra primärvården i Gävleborg framåt genom konkreta förslag till hur man förbättrar lärandemiljön och stimulerar rekrytering samt ge förslag till hur Region Gävleborg kan behålla sina specialister i allmänmedicin.

Det var två liknande dagar där Peter Berggren, distriktsläkare från Storuman, närvarandschef för södra Västerbotten och tidigare verksamhetschef för Glesbygdsmedicinskt forskningscentrum, inledde den första dagen med en spännande föreläsning om glesbygd, forskning och rekrytering. Andra dagen fick vi lyssna till Christer Andersson, distriktsläkare, VD och verksamhetschef för Bergsjöns vårdcentral och BVC AB i Göteborg. En mycket inspirerande föreläsning.

Vi jobbade sedan utifrån olika teman. I slutet av andra dagen sammanställdes olika förslag som styrelsen för SFAM Gävleborg fick i uppdrag att presentera för chefer och politiker.

På första dagens kväll hölls middag och

prisceremoni. Vi fick också avnjuta en underbar underhållning med Amanda och Anna som sjöng vacker opera, visor och spelade cello.

Då delade, för första gången, SFAM Gävleborg ut vandringspriser till olika allmänläkare/ST-läkare (se sid 54). Vandringspriserna är tavlor målade av Hudiksvallskonstnären Anders Malm. Pristagarna fick även varsitt diplom med motiveringen inskriven.

Dagarna var ett samarrangemang mellan Hälsovalskontoret och oss i SFAM Gävleborg.

Jäv saknas.



Elisabeth Månsson Rydén
Ordförande, SFAM Gävleborg
Familjeläkare, Ljusdals hälsocentral
Studierektor, Region Gävleborg
lisa.ryden13@gmail.com

Forskarskolan lever vidare

Nationella forskarskolan i allmänmedicin startade 2009 med ett femårigt anslag. Genomushållning och bidrag från de medicinska fakulteterna förlängdes verksamheten, men år 2018 kunde man inte ta in nya doktorander. Tack vare ett nytt anslag från FRF-stiftelsen (Fonden för rehabilitering och medicinsk forskning) kan man nu fortsätta utvecklingen.



Referenser:

Läkartidningen 2018;115:FLZM

AllmänMedicin 2018;3:20-21

<http://www.forskarsholanallmanmedicin.se/>

Provinsialläkarstiftelsen erbjuder:

Konsultationsmetodik – en booster

Steningevik konferens 27–28 november 2019

Välkommen på en intensiv tvådagarskurs i samtalsmetodik. En unik möjlighet att uppdatera dina färdigheter i konsultation. Korta teoripass varvas med praktiska övningar i smågrupper under direkt handledning av erfarna kursledare. Intresseanmälan till leena.bergstrom@slf.se.

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi och Svenska Läkaresällskapets Kandidatförening inbjuder till

2019 års skrivartävlingar



De två tävlingarna vänder sig till

1. AT-läkare och studenter på läkarprogrammet
2. all personal inom hälso- och sjukvården

Texten ska på ett angeläget sätt beröra vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer och/eller etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling.

Mer information om tävlingarna finns på www.sfmp.se.

Senast den 30 september 2019 skickar du ditt bidrag elektroniskt via formulär på hemsidan.

Vid årsskiftet räknar juryn med att meddela resultatet. Sammanlagt 6–8 priser mellan 8 000 och 2 000 kr utdelas.

Välkommen med ditt bidrag!

Skrivarjuryn



Ramathibodi Hospital.

Foto: Sarawinmomo

Utbyte med Thailand?

Det kom ett brev långt ifrån, via Danmark. Ytterligare ett brev kom, från en kollega som ville vara den första i Sverige. Finns det intresse i Sverige?

Dear Dr Allan Pelch

I am writing on behalf of the Department of Family Medicine, Ramathibodi Hospital in regards to the opportunity for having our final year family medicine residents visit Scandinavia for a period of 2 - 4 weeks to observe health care system of a developed country.

The Department of Family Medicine at Ramathibodi Hospital is one of the first family medicine training providers in the country. Presently, most of our final year residents are given the opportunity to undertake an overseas elective to broaden their knowledge in the field of primary care.

I like to thank you for your time and do hope our residents will have an opportunity to visit Scandinavia. At the same time the Department of Family Medicine at Ramathibodi hospital would be pleased to have family physician from your region visit us anytime in the future.

Warm regards

Dr Veerachai Sachdev

Instructor at Family Medicine,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Bangkok
veerachaisachdev@gmail.com



Vecka 3 kurs

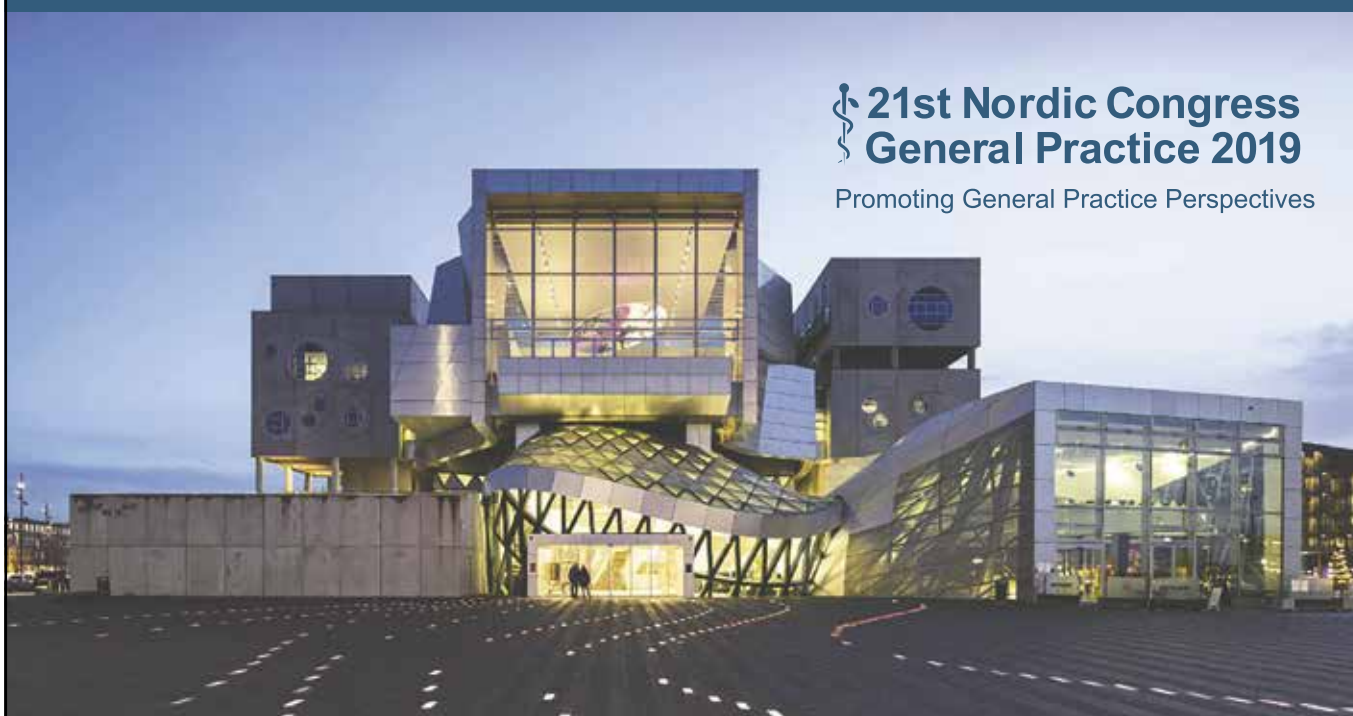
Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin 13–15 januari 2020 på Stjärnholms slott utanför Nyköping. Anmälan senast 15 december 2019.

Kursen är grundkurs för den som vill bli värderare för Mitt-i-ST och examinators för specialistexamen i allmänmedicin. Den är också fördjupningskurs för handledare, studierektorer och andra specialister i allmänmedicin med intresse för utbildning.

Mer information på SFAMs hemsida, www.sfam.se.



What do The New York Times and the 21st Nordic Congress
of General Practice have in common?
Aalborg is the perfect place for you to visit in 2019



Aalborg is in top 10 at The New York Times' list of places to go in 2019. The headline is "Architecture revitalizes the waterfront" and the illustrating picture is from the 'curvilinear concert hall Musikkens Hus' – where the opening ceremony will take place.

Join us at the 21st Nordic Congress of General Practice in Aalborg 17-20 June 2019. The focus of the congress is core values, diversity of challenges and innovative changes in general practice.

Register at www.nordicgp2019.dk

dsam
Danish College of General Practitioners

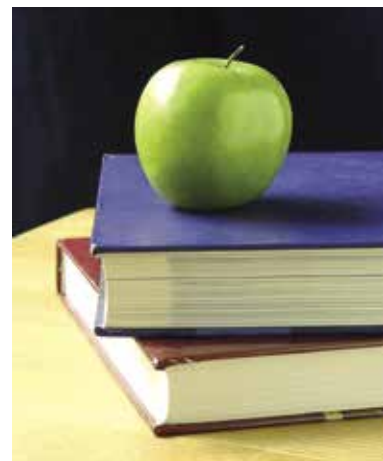


Inbjudan



XVI:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 28 november 2019
Svenska Läkaresällskapet Stockholm



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

TEMAT FÖR ÅRET:

Hållbar primärvård – verktyg, innovationer och arbetsglädje

Vi kommer som vanligt också ha fokus på redovisning av, och diskussion om, förbättringsprojekt från olika delar av landet och utbyte av erfarenheter.

Mer info på SFAMs hemsida www.sfam.se. Har du frågor om din konferensanmälan kontakta: katarina.boltenstern@sfam.se.

Varmt välkomna till Stockholm den 28 november 2019 för att utbyta erfarenheter och inspireras till utveckling av svensk primärvård!

Mer info på SFAMs hemsida www.sfam.se.

Har du frågor om din konferensanmälan kontakta: katarina.boltenstern@sfam.se

För mer info se www.sfam.se.

Har du frågor kontaktar du din närmaste SFAM Q representant:

Eva Arvidsson.....	Jönköping	evaarv@gmail.com
Damon Tojjar.....	Skåne	dtojjar@gmail.com
Stina Gäre Arvidsson (webb)	Stockholm	stina.gare.arvidsson@gmail.com
Jenny Berggren	Östergötland	jenny.berggren@regionostergotland.se
Rita Fernholm (ordf).....	Stockholm	rita.fernholm@gmail.com
Christer Rosenberg	Blekinge	rosenberg.christer@outlook.com
Ulrika Elmroth (styr, repr)	SFAM	ulrika.elmroth@skl.se

Läkarutbildningen

Nuvarande läkarutbildning

Läkarprogram finns vid sju lärosäten i Sverige: Karolinska Institutet, Lunds Universitet, Uppsala Universitet, Göteborgs Universitet, Linköpings Universitet, Umeå Universitet och Örebro Universitet. Utbildningen fram till läkarexamen omfattar 330 poäng, dvs. 5,5 år. Flera läkarprogram har regionaliserats, dvs. efter några terminer delas klasserna upp mellan flera undervisningsorter. Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) sker på ett stort antal mindre orter.

För legitimation krävs fullgjord allmäntjänstgöring (AT) 18–21 månader, vanligen innehållande sex månader primärvård som sista placering, samt godkänt AT-prov.

Nackdelarna med denna utbildning är bland annat flaskhalsar med långa väntetider för att få göra AT. Den harmoniserar inte med EU, och legitimerade utlandsutbildade läkare får inte göra svensk AT.

Läkarstudenter som har börjat enligt nuvarande utbildning före den 1 juli 2021 får slutföra utbildningen enligt de gamla reglerna, men måste ta sin examen senast december 2029.



Illustration: Annika Andén



år). 30 högskolepoäng läggs till, i första hand för att skriva ett vetenskapligt arbete. Utbildningen ska innehålla långa perioder av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). I examensbeskrivningen lyfts vetenskaplig och professionell kompetens och förmåga till medicinskt beslutsfattande fram.

Universiteten blir ansvariga för utbildningen ända fram till legitimation. Alla kursplaner måste göras om. Här har de olika universiteten hunnit olika långt. Samtliga lärosäten kommer att få ansöka om nytt tillstånd att få examinera läkare.

Efter legitimationen följer en målstyrd bastjänstgöring (BT) i minst 6 månader där 3–4 månader primärvård är obligatoriskt. Här är regionerna ansvariga. De tio lärandemålen är uppbyggda kring tre teman: kunskap, kompetens och förhållningssätt. Här ingår bland annat medarbetarskap och ledarskap; etik, mångfald och jämlikhet; samt sjukdomsförebyggande arbete.

Bastjänstgöringen omfattar dem med läkarlegitimation från examen vid europeisk läkarutbildning. Dessa kommer till en början att vara de enda BT-läkarna.

Under en övergångsperiod kommer de två systemen att drivas parallellt, vilket ställer extra krav på universiteten, även ekonomiskt. Även i sjukvården kommer man att ha AT- och BT-läkare samtidigt.

Nya läkarutbildningen

Hösten 2021 startar den nya utbildningen, anpassad till den europeiska standarden med legitimation efter 12 terminer (6

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

En läkarstudents upplevelser från primärvården

Primärvården på T1

17 november 2015

På KI får studenterna i ett tidigt skede under utbildningen komma ut på vården, vilket ju är fantastiskt. Detta tror jag är speciellt givande för dem (t.ex. moi) som inte haft så mycket tidigare vårderfarenhet. Redan nu på T1 kommer vi läkarstu-

denter få hänga på vårdcentraler (primärvården) vid två tillfällen. Vid det andra tillfället kommer vi dessutom få åka hem till en patient och intervjuva denne, dvs. hålla i ett riktigt patientmöte. Exciting!

Förra veckan hade jag och resten av min grupp vår första vårdplacering ute på Luna vårdcentral i Södertälje, vilket

var minst sagt intressant. Plus att det blev en läglig paus från vår nuvarande verklighet (massa teoretiska studier) för lite provsmak på vår framtida verklighet och vardag.

Kan inflika att primärvårdsplaceringen sker slumpvis, men man hamnar oftast tillsammans med sin 4-grupp. Så vid varje

tillfälle är man endast fyra läkarstudenter på primärvården. Beroende på vårdcentral och personalen där skiljer sig oftast var och ens upplevelse ganska markant på både gott och ont.

I stora drag gick dagen ut på att vi skulle iaktta hur vårdpersonalen arbetar på VC med betoning på patientmötena. På förmiddagen fick var och en av oss läkarstudenter följa en enskild läkare under hans patientmottagning. Jag höll själv inte i något patientmöte, pga. alla var uppföljningsmöten, men jag fick ställa ett par enstaka frågor till patienterna samt lyssna på deras hjärtan etc. Vet däremot att vissa studenter på andra VC fick chansen att hålla i egna patientmöten. Mycket handlar om att man själv måste ta initiativ och fråga, fråga, fråga!

Efter lunch fick vi en rundvandring på laboratoriet, där provtagning och analyser sker. Vi fick lära oss hur man tar kapillärprov, mäter sitt blodvärde och glukoshalt i blodet. Därefter var det sårvisning som stod på schemat.

Allt som allt: värdefull och lärorik dag! Till VC kommer ju alla med de triviala och vanliga sjukdomarna. Med andra ord skapar primärvården en perfekt grund för oss oerfarna läkarstudenter att stå på. Däremot tycker jag att det var för lågt tempo och laid back, vilket det ju oftast är jämfört med sjukhusmiljöer. Längtar ännu mer tills vi får komma ut på sjukhus längre fram i utbildningen. Det sägs ju vara väldigt annorlunda jämfört med primärvården.

Huddinge vårdcentral

21 september 2017

Första dagen på VFU avklarad! Wow, vilken dag! Är helt slut i huvudet. Det har varit en otroligt bra, lärorik och



Egen namnskylt utanför dörren till mitt rum på Huddinge vårdcentral. Foto: Linnea Lin

inspirerande första dag på Huddinge vårdcentral. Har haft en fantastisk handledare och lärt mig så mycket mer än vad jag sammanlagt lärde mig under alla preklinterminernas primärvårdsdagar.

Hade hört mycket gott om denna vårdcentral innan, men att det skulle vara så exemplariskt, trodde jag verkligen inte. Helt paff!

- Eget rum/kontor (!!!)
- Dedikerade handledare
- Fantastisk personal och miljö
- Bra resurser (ex. finns röntgen i samma byggnad)
- Kallt som attan (jag som aldrig brukar frysa)

Idag fick jag och min kursare även handlägga två egna patienter var. Vi övade på anamnestagning, status och undersökning samt att diktera (= spela in journalen muntligt så att sekreterarna skriver in det skriftligt i journalsystemen åt oss). Dagens diagnoser varierade mellan allergi, hudförändringar, ångest till artros m.m.

Praktik på Gustavsbergs vårdcentral

9 november 2018

Återigen haft en fenomenalt bra praktikevecka. Denna gång på inget mindre än Gustavsbergs vårdcentral ute på Värmdö i Stockholm. Vårdcentralen är även känd som *Sveriges största vårdcentral* och kanske den enda vårdcentral med kakelugn i personalrummet med utsikt över hamnen. Detta ställe har definitivt levt upp till sitt rykte. På vårdcentralen, som är allt annat än en vanlig vårdcentral, jobbar en massa olika professioner, alltifrån *allmänläkare* och *distriktsköterskor* till *barnläkare*, *barnmorskor*, *ortoped*, *fysioterapeuter*, *psykologer* m.m.

Vi var totalt 2 läkarstudenter på Gustavsbergs vårdcentral denna vecka. Tillsammans delade vi på en läkarhandledare som var schemalagd att enbart handla oss på studentmottagningen. På Gustavsbergs VC har de nämligen en *studentmottagning*, som drivs av läkar-, sjuksköterske-, fysio- och psykologstudenter. Alla patienter som bokas in till studentmottagningen vet alltså om att de kommer träffa en student.

Hur såg arbetsdagen ut?

Dagarna varade mellan 8:30–16:00. Vi blev tilldelade varsitt *eget arbetsrum* där vi självständigt tog emot 5–6 patienter/dag. I stort sett gjorde vi allt som en all-



Mitt namn är Linnea, jag är 22 år och kommer från Linköping

Följ med på min resa genom läkarprogrammet 5,5 år. Nuvarande station: termin 8. Läs om läkarstudierna på Karolinska Institutet och hur det är att leva i Stockholm, från en students perspektiv.

<https://blog.ki.se/kistudentenlinnealin/>

mänläkare gör, med enda skillnaden att vi fick betydligt mer tid på oss. För varje patient hade vi hela 60 min på oss, till skillnad från ynka 20–30 min som allmänläkarna oftast får. Under dessa 60 min skulle vi hinna prata/undersöka/handlägga patienten + dokumentera i journalen. Efter det att vi träffat varje patient stämde vi av med handledaren angående fortsatt handläggning och åtgärder. Ibland behövde handledaren följa med in och träffa patienter, andra gånger skötte vi det hela själva.

Vad fick jag se och göra?

Eftersom vi läser en kirurgkurs föll de flesta patienter under denna kategori (kirurgi, ortopedi), men som alltid kan patienterna komma med lite alla möjliga besvär. En blandad kompot med alltifrån



Väntrummet till studentmottagningen på Gustavsbergs vårdcentral.

Foto: Linnea Lin

blod i avföring och lumsbräck till fot-svamp, konstiga neurologiska symtom och patellaluxation (= knäskål ur led).

En dag jobbade vi på rehabakuten med fysioterapeutstudenterna och tog emot patienter med *besvär i rörelseapparaten* (t.ex. smärta i leder, muskler, skelett osv.). Det var spännande att se fysio göra alla sina undersökningar och wow vilken koll de har på anatomin.

Därutöver blev det självklart en hel del admin: *dikterat journalanteckningar, beställt prover, skrivit remisser hit och dit till olika kliniker, ringt upp patienter för uppföljning osv.*

Allt som allt, är jag supernöjd med mina två senaste vårdcentralsplaceringar, vilka fått mig att tänka om kring möjligheterna att bli allmänläkare. Både Gustavsbergs VC och Huddinge VC (där jag var förra året) har varit fantastiska exempel på en fungerande primärvård, både *vård- och utbildningsmässigt*. Det till skillnad från många andra vårdcentraler, vilket också är skälet till att läkarstudenter sällan har allmänläkarspecialiteten högt upp på sin lista.

Att jobba på vårdcentral: för- och nackdelar

10 november 2018

Vårdcentral = primärvård

Allmänläkare = allmänmedicinare = distriktsläkare = jobbar på vårdcentral

Vårdcentral är tyvärr många gånger långt

ner på listan av tänkbara val för många läkarstudenter. Det kan dels bero på bristfällig handledning samt läkarstudenters förväntningar på läkaryrket (typ rädda liv, traumaskador, operation och akuten m.m.). Men ändå visar det sig att de flesta av oss hamnar inom primärvården som allmänläkare i slutändan. Kanske pga. andra prioriteringar i livet, nytt perspektiv på primärvården m.m.

När man pratar med en allmänläkare som faktiskt brinner för sitt yrke säger de att charmen ligger i att urskilja det där guldkornet mitt bland allt grus. Det mesta patienterna söker för på vårdcentral är ju oftast ofarligt och kanske rent ut sagt inte befogat för ett besök alls. Men då och då dyker det upp några rara fåglar eller röda flaggor som kräver full närvaro och tankeverksamhet.

Här nedan listar jag för- och nackdelar med att jobba som allmänläkare på vårdcentral:

Fördelar

1. *Regelbunden arbetstid* – Inga jourer, sällan obekvämt arbetstid, enbart kontorstider
2. *Egen arbetsplats* – Fast arbetsplats och rum, till skillnad på sjukhus där du ofta byter arbetsplats/avdelning
3. *Öppen vård* – Inga ineliggande patienter och större patientflöde. Här råder ingen platsbrist, utan i stället begränsas man av tiden. Du träffar olika patienter varje dag, medan på

en sluten vårdavdelning rondar du kanske samma patienter flera dagar i rad, beroende på hur lång tid de är inlagda på sjukhuset.

4. *Uppföljning av patient* – Du har tid och möjlighet att följa upp dina patienter, eftersom de är listade hos dig. T.ex. kan man ringa eller boka in patienterna på ett återbesök. På så sätt får man en helhetsbild av patienten.
5. *Etablera god relation till patient* – Mer tid till att lära känna patienterna.

Nackdelar

1. *Ensamhet* – Som allmänläkare jobbar man ensam på sitt rum. Inga kollegor finns med,
2. *Sjukskrivningar* – Många patienter önskar sjukskrivning. Gäller att lära sig hur man angriper detta problem, vilket ofta kan vara utmanande och tungt.
3. *Administrativt* – Mycket administrativt arbete: skriva journaler, anteckningar, remisser, följa upp provsvar, undersökningsresultat osv.
4. *Begränsningar* – Alla utredningar och behandlingar (t.ex. röntgenundersökningar och skopiundersökningar) kan inte utföras på vårdcentral. Utan då måste remisser skickas till kliniker/mottagningar som erbjuder dessa.
5. *För mycket brus* – Kan vara långtråkigt för den som önskar en hektisk arbetsplats med nya intryck och svårt sjuka patienter. Vårdcentralen är ju den första stationen i vårdkedjan och tar emot patienter med alla möjliga besöksorsaker, till skillnad från sjukhus och specialistkliniker som oftast kräver remisser.



Linnea Lin

Läkarstudent T8

Digital- & studentambassadör

Karolinska Institutet

linnea.lin@stud.ki.se

Jäv: Arvoderas från KI.

Studenthandledning – ett lyft för vårdcentralen!

Vårdcentralen Verkstaden i Arvika, Värmlands största vårdcentral med 20 100 listade patienter, är sedan 2016 en av de vårdcentraler i Värmland som i konceptet Akademisk Vårdcentral, AVC, regelbundet tar emot läkarstudenter från läkarprogrammet på Örebro universitet under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) primärvård, på studenternas elfte och sista termin (se sid 15).

Studenterna kommer till oss under 7–8 veckor och vi tar på vår vårdcentral emot 5 studenter åt gången, fyra gånger/år.

Studenterna möter patienter på en särskild ”studentledd mottagning”. Två handledare finns på plats för att ge handledning kring varje enskild patient och handledaren har inga övriga patienter under denna tid. Patienterna är bokade för studenterna med 30 minuters förskjutning, vilket gör att handledaren ständigt är tillgänglig för studenten utan väntetid.

På samma mottagning träffar också sköterskestudenter från Karlstads universitet patienter under sin, kortare, VFU placering.

En av veckorna har studenten sin IPL-vecka vilket innebär samarbete med primärvårdens samtliga yrkeskategorier där man lär med, av och om varandra.

Studenthandledning ses på vårdcentralen som en viktig angelägenhet för samtliga yrkeskategorier. Vad gäller läkarstudenterna är samtliga ordinarie läkare på vårdcentralen, inkluderat ST-läkare, handledare åt studenterna under deras placering.

Under förberedelserna för att skapa denna unika möjlighet att få visa primärvårdens hela bredd, variation och möjligheter för läkarstudenter, fanns naturligt nog farhågor hos kollegor att handledningsuppdrag av denna omfattning skulle innebära ett påfrestande merarbete i en redan pressad arbetssituation.



Studenterna är från vänster till höger Albin, Oscar, Daniel, (Benjamin), Pontus och Malin.
Foto: Susanne Grip Åsman

Efter den första treårsperioden kan vi konstatera att farhågorna har fått lämna plats för en tillfredsställande känsla av att vi tycker oss ha skapat förutsättningar för duktiga studenter att i primärvårdens hela register pröva sina färdigheter och träna i sin roll. Studenter, snart kollegor, strax på väg till sin AT-tjänstgöring och val av blivande specialitet.

Patienterna är nöjda, studenterna är nöjda och medarbetarna utvecklas som handledare i sina respektive yrkesroller – vi lär av att lära.



Vårdcentralen Verkstaden.

Foto: Susanne Grip Åsman



Rolf Marling

Huvudhandledare för läkarstudenter
Vårdcentralen Verkstaden, Arvika
rolf.marling@regionvarmland.se



Gunnar Michold

Annons

Läkarstudenter i primärvården i ...



Region Gävleborg har sedan lång tid tillbaka ett avtal med Uppsala universitet avseende verksamhetsförlagd utbildning för läkarstudenter på läkarutbildningen. Fram till helt nyligen har detta avtal endast berört slutenvården, men hösten 2017 fick de en förfrågan om att utöka detta även till primärvården.

Region Gävleborg har som många andra regioner och landsting alltid arbetat långsiktigt när det gäller utbildning och rekrytering. Regionen har alltid sett läkarstudenterna som rekryteringsgrund inför AT och även som ambassadörer för länet.

Efter förfrågan om att ta emot studenter även inom primärvården kom läkarutbildningsorganisationen fram till att de ville börja med en pilotomgång på tre terminer.

Som många andra regioner och landsting är det osäker bemanning på flera hälsocentraler, därav beslutades om att börja i en mindre skala med en pilot.

Utgångsläget är alltid att erbjuda den bästa handledningen som går, och att samtidigt ta hänsyn till behovet att kunna placera regionens egna AT-läkare inom primärvården.

Studenterna kommer från termin 11 och stannar i två veckor på hälsocentral. De skall under placeringen förbereda en fallstudie samt filma ett besök. Eftersom de är i slutet av sin utbildning träffar de i princip samma sorts patientunderlag som en AT-läkare.

Kerstin Hede är allmänläkare på Södertull Din Hälsocentral och tycker det



Illustration: Annika Andén

har varit givande att ha läkarstudenterna på plats:

– Det har varit väldigt trevligt och givande för oss på Södertull att ha läkarstudenterna från Uppsala. Hittills har vi bara hunnit ha fyra stycken men de har varit väldigt intresserade, trevliga och väl pålästa. Flera av dem har vikarierat på somrarna och varit läkarassistenter så det har märkts att de inte är ovana vid patientarbetet – även om det blir långa besök, säger hon.

Kerstin Hede berättar att studenterna har blivit tilldelade varsin handledare under sin placering.

– Vi har hittills lagt ett schema för deras två veckor med fokus på patienter men de har fått se lite av allt såsom BVC, sjuksköterskemottagning, lab, fysioterapeuten med mera, säger hon.

Alla medarbetare på hälsocentralen har uppmärksamats på att studenterna kommer och det har bara varit odelat positiva kommentarer. Kerstin berättar att det självklart tar mycket tid från handledaren,

– Men det har vi räknat med. Det ska det få ta, säger Kerstin Hede.

Piloten har varit en framgång, och Region Gävleborg ser gärna en fortsättning.

– Den uppföljning vi haft med hälsocentralerna som haft studenter har gett positivt besked, och vi ser med tillförsikt på framtiden då vi planerar att fortsätta ta emot studenter i primärvården, säger Maria Palm, övergripande studierektor Region Gävleborg.

Jäv saknas.



Suzie Urasaki
Samordnare
läkarutbildningsenheten
suzie.urasaki@regiongavleborg.se



Arbër Maxhuni
Studierektor
primärvård



Maria Palm
Övergripande studierektor
Alla Region Gävleborg

AllmänMedicin informerar

Alla författare ombeds skicka med en porträttbild. Se till att du har en lugn bakgrund och ljus i ansiktet. Ta en bild med mobilen men se någon annan hålla i din mobilen eftersom bakkameran tar betydligt bättre bilder än framkameran (selfiebild). Skicka sedan bilden oförminskad till chefredaktor@sfam.se. Eller använd sladd och ladda ner till datorn, skicka som bifogad fil.





Örebromodellen

– hur ett nytt läkarprogram har integrerat allmänmedicin i utbildningen och i klinisk praktik

Örebro ansökte om en läkarutbildning 2009, och högskoleverket gav sitt tillstånd 2010. Redan vårterminen 2011 startade utbildningen med 60 studenter per termin. Pedagogiken är problembaserad pedagogik och uppbyggd av teman som återkommer i fyra stadier.

Ju högre upp i terminer man kommer, desto större utrymme tar den kliniska delen, men det finns ingen tydlig gräns eller uppdelning mellan pre-klinisk och klinisk.

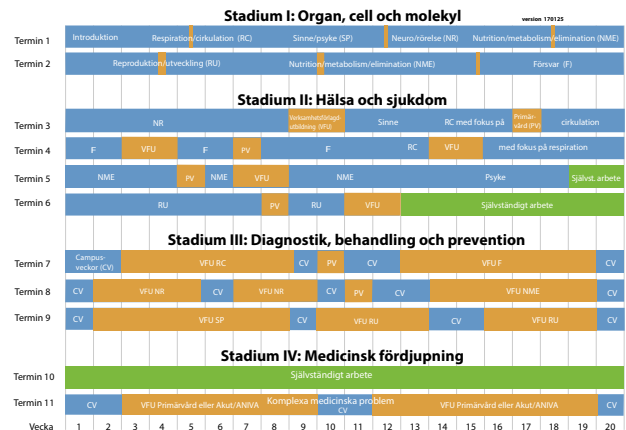
Parallellt med medicinska temata löper professionell utveckling som ett genomgående kunskapsområde från termin 1 till 11. I programmet finns ingen avgränsad allmänmedicinsk strimma, ej heller för andra specialiteter, men Örebromodellen rymmer mer primärvård än någon av våra andra svenska läkarutbildningar.

I översiktsskildern (figur 1) ser man terminerna 1–11 vara uppdelade i fyra stadier. Delmomenten är färgkodade: blå innebär teoretiska partier och orange står för tid i praktik, det vi benämner verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Under de första två läsåren är studenterna bara ute enstaka dagar i VFU, dessa är förlagda på vårdcentral. Tanken är att man skall få kontakt med en specifik vårdcentral och sedan behålla den fram till termin 6. Från termin 3 fram till 6 återkommer man sedan till samma vårdcentral en vecka per termin. Under termin 7 och 8 får man komma till en annan vårdcentral en vecka per termin. Det betyder att studenterna har exponerats för primärvård under sammanlagt 7 veckor under termin 1–8. Varje vecka har ett fokusområde som hänger ihop med det tema som undervisas just då. Det kan vara fokus på t.ex. anamnes och status, blodtrycksmätning, infektioner, endokrina tillstånd och buk, BVC/MVC, läkemedelsgenomgång och årskontroller av hypertoni samt diabetes m.m.

Tanken med att få vara på samma vårdcentral är att erbjuda en viss form av kontinuitet i början av utbildningen. Tanken med att byta efter termin 6 är att man skall få se olika typer av vårdcentraler, t.ex. stad kontra landsbygd. Bemanningsproblem har dessvärre gjort att kontinuiteten inte alltid blivit helt optimal, och vårdcentraler som fungerat det ena året har inte haft möjlighet ta emot studenter följande år. Vi har försökt bredda oss till mottagningar utanför Örebro län för att få flera stabila enheter som kan erbjuda god handledning.

Studenterna är oftast mycket nöjda med sina vårdcentralsplaceringar där medelvärde brukar ligga på dryga 5/6 poäng. 93 % av studenterna svarar att de har möjlighet att uppnå sina lärandemål och 94 % av studenterna är nöjda med sina vårdcentralsplaceringar (42 % svarsfrekvens VT 2018).

Under termin 9 och 10 är det paus från primärvården (förutom en dag på MVC termin 9 då de lär sig ta cytologiprov), delvis på grund av uppsatsskrivning, men framför all för att man under termin 11 återkommer till allmänmedicin i en lång sammanhängande placering om sju veckor. T11-kursen i primärvård innehåller förutom allmänmedicin även geriatrik



Figur 1: Översiktsskild över läkarutbildningen i Örebro.

och kommunal vård samt har ett fokus på interprofessionella moment. Placeringarna är främst i Dalarna och Värmland då vårdcentralerna i Örebro tar hand om studenter från tidigare terminer. Studenterna erbjuds boende på orterna där de har sina placeringar. Studenterna är koncentrerade till ett mindre antal vårdcentraler som vill och kan ta emot studenter. I Värmland har konceptet akademisk vårdcentral använts – se sid 13. Under den sista och avslutande terminen får studenterna möjligheten att utnyttja alla sina färdigheter och ska klara av komplexa medicinska problem, vilket utvärderingarna visar är mycket uppskattat.

Sammantaget är det alltså 14 veckors VFU på vårdcentral under hela programmet, men fokus ligger då inte endast på allmänmedicin. Vår målsättning är att behålla det som fungerat och ta med det in i den nya utbildningen. Det kan vara en utmaning att upprätthålla entusiasm och kompetens bland handledare ute på vårdcentralerna, men de nya unga kollegorna bidrar lyckligtvis till framtidsstro och påminner om hur viktigt och stimulerande arbetet i grunden är.

Jäv saknas.



Mikael Hasselgren
Klinisk lektor Örebro universitet
Vårdcentralen Kil, Värmland
mikael.hasselgren@oru.se



Eva Melander
Studierektor för primärvård
Region Örebro län
Skebäcks vårdcentral, Örebro

LUND
UNIVERSITY

Allmänmedicin i läkarprogrammet vid Lunds universitet

Allmänmedicin och dess företrädare har sedan 20 år haft en framträdande roll i läkarprogrammet vid Lunds universitet. Det finns ett flertal artiklar publicerade i Läkartidningen som beskriver utvecklingen till hur det ser ut idag.

Läkarprogrammet vid Lunds universitet

Studierna bedrivs under termin 1–3 huvudsakligen i Lund, under termin 4–5 huvudsakligen i Lund eller Malmö och under termin 6–9 i Helsingborg, Lund eller Malmö samt vid andra sjukhus i södra Sverige. Till det här kommer praktik på vårdcentraler, som sker i hela Skåne.

Intagning idag är cirka 140 studenter per termin.

Kliniska situationer

Sedan 2004 finns 102 övergripande kliniska situationer för läkarprogrammet, som en nyutexaminerad läkare kan förväntas möta och ska kunna handlägga (tabell 1).

Allmänmedicinska insatser

Under de tidiga, prekliniska terminerna (T1–5) finns sedan länge en strimma av professionell utveckling vari vårdcentraler men framförallt distriktsläkare har en stor plats som lärare. Strimman innehåller moment som kommunikation (samtalsmetodik, tolksamtal etc.) men också grundläggande kunskaper om sjukvårdens organisation, ledarskap, etik, sekretess m.m. Till det kommer praktisk klinisk utbildning, s.k. verksamhetsintegrerat lärande (VIL) på vårdcentral, sammanlagt fyra dagar med auskultation men också egen filmning av konsultation.

Under sista terminen finns en integrerad kurs, Individ och samhälle, där studenterna får en sammanhängande, lång pri-



Illustration: Annika Andén

märvårdspraktik (16 dagar). Ansvarig för kursen är distriktsläkare och PhD Veronica Milos Nymberg och examinator är lektor Anders Beckman. Kursen är en integration mellan allmänmedicin, rättsmedicin, arbets- och miljömedicin och geriatrik. De ingående ämnena förenas genom de många beröringspunkterna ut mot det omgivande samhället (försäkringskassa, arbetsförmedling, polis, åklagare, domstol, arbetsmiljöverk), där lagstiftning och författningar är viktiga inslag. Vidare finns även moment från professionell utveckling såsom konsultationsmetodik, ledarskap m.m.

Den teoretiska undervisningen i allmänmedicin, som huvudsakligen sker i case-form med distriktsläkare, varvas med VIL var annan vecka. På så sätt fås en tydlig och kunskapsbefrämjande koppling mellan teori och praktik i allmänmedicin.

Den kliniska praktiken är upplagd så att läkarstudenten ska ha egen mottagning under en-till-en handledning. I handledningen ingår strukturerad feedback enligt speciellt protokoll, som även är underlag för examinationen av VIL. På vårdcentralen ska studenterna genomföra moment med inriktning på patientsäkerhet och basal läkemedelsgenomgång. Praktiken under kursen Individ och samhälle sker på vårdcentraler i hela Skåne, såväl offentliga som privata (ackrediteringsvillkor). På varje enhet ska finnas en "kandidatansvarig" och såväl regionen som universitetet har handledarutbildningar.

Ett viktigt moment med koppling mellan praktik och teori är den videofilmning studenterna gör av en eller flera egna konsultationer. I seminarieform visas sedan filmerna och diskuteras enligt fem-korts modellen under ledning av en distriktsläkare.

Examination

Examinationen innefattar flera områden; flervalsfrågor för bedömning av kunskaper (Multiple Choice Questions, MCQ),

Ont i örat	Onormalt blodglukos/glukos i urin
Ont i halsen	Smärtande och/eller svullen led
Nästäppa/snuva	Ont i ryggen/nacke/skuldra
Huvudvärk/ansiktssmär	Buksmäta
Ont i bröstet	Trötthet
Hjärtklappning/onormal hjärtrytm	Yrsel/balansstörningar
Blodtrycksförändringar	Oro/ångest
Andningssvårigheter	Stämningslägespåverkan
Hosta	Beroende och missbruk
Vattenkastningsbesvär	

Tabell 1: Exempel på kliniska situationer vid läkarprogrammet, Lunds universitet



Examinator Anders Beckman och kursansvarig Veronica Milos Nymberg vid läkarprogrammet, Lunds universitet. Foto: Bertil Kjellberg

direktobservationer av färdigheter i verklig miljö för bedömning av praktiska färdigheter och en portfölj för dokumentation av den professionella och vetenskapliga utvecklingen

Avhängig nivå innehåller portföljen olika delar; checklista, intyg, reflektioner. Speciellt för kursen Individ och samhälle examineras den allmänmedicinska delen av portföljen genom ett enskilt halvtimmes samtal med en erfaren distriktsläkare.

Utomeuropeiska läkare

Allmänmedicin har också plats i den AT-förberedande utbildning som ges vid Lunds universitet för utomeuropeiska läkare: Kompletterande utbildning för läkare med examen utanför EU/EES (KUL). Upplägget motsvarar det som ges under grundutbildningskursen under termin 11 med praktik och teori.

Utveckling

Två områden står ut som särskilt viktiga i framtida utveckling: Examination och förlängning av läkarutbildningen till 12 terminer.

Examinationen måste utvecklas till att vara kontinuerlig och examinera alla relevanta kompetenser, teoretiska som praktiska och det professionella förhållningssättet. Till det förstnämnda hör att kunna göra formativa bedömningar hela tiden, såväl under teoretiska moment som under VIL. Medicinska fakulteten har köpt in ett digitalt system som ska underlätta registrering och uppföljning av olika kompetenser. Systemet ska också kunna hantera den alltmer ökade mängden av underlag för MCQ ("frågebank"), allt genom konstruktiv länkning (constructive alignment).

Den förlängning av läkarutbildningen som kommer att ske innebär i Lund troligen ett ökat fokus på undervisning och praktik inom allmänmedicin. Hur det här ska ske är ännu inte bestämt men diskussioner pågår om både anknytning till den nya bastjänstgöringen (BT) och möjligheten att utnyttja vårdcentraler i hela södra regionen (Skåne, Blekinge, Kronoberg och södra delarna av Halland).

Problem

Allmänmedicinsk praktik och allmänmedicinska lärare har andra utmaningar än den organspecifika, sjukhusanknutna undervisningen. Framförallt gäller det den tid som åtgår i en-till-en handledning och att ta sig till och från undervisning och praktik. Kravet på adekvat ersättning till distriktsläkare och vårdcentraler blir därför högre än för den sjukhusbundna undervisningen.

Ett annat problem är att få den kliniska praktiken att bli lika och av hög kvalitet på alla vårdcentraler. Den specialistbrist som finns inom allmänmedicin, parat med den ekonomistiska, kortsiktiga NPM-styrningen, gör att utbildning inte alltid prioriteras.



Anders Beckman

Docent och lektor i allmänmedicin
Examinator vid läkarprogrammet
Lunds universitet
anders.beckman@med.lu.se



Allmänmedicin i grundutbildningen i Linköping

Allmänmedicin spelar traditionellt en central roll vid läkarutbildningen i Linköping, inte enbart genom att vara en återkommande stomme i den verksamhetsförlagda undervisningen (VFU), utan också genom den så kallade "samtalsstrimma" (kommunikationsundervisning) som börjar redan första terminen.

Linköping var pionjär just ifråga om undervisningen i samtalsmetodik som förlades till vårdcentral. Där får studenterna träffa "verkliga" patienter som söker för olika typer av medicinska problem. Under grupphandledning får de träna att ta en bra anamnes. Att momentet skulle förläggas i primärvård var givet; där finns ett brett patientunderlag, läkarna har god kännedom

om sina patienter och det finns utmärkta förutsättningar för att trygga en god progression över tid, med lagom utmanande fall för studenterna.

Till detta har studenterna redan under de allra första veckorna på termin 1 fått träffa och följa en patient, på vårdcentral eller akutmottagning, och reflektera över patientens upplevelse av sitt möte med vården.

Strimma samtalskonst

Ursprungligen genomfördes den primärvårdsförlagda samtalsmetodikundervisningen ("strimma samtalskonst") under termin 1–5. Studenterna fördelas i basgrupper om 6–7 studenter till varsin vårdcentral. En halvdag varannan vecka genomför de egna, videofilmade patientsamtal. Basgruppen tittar sedan på de inspelade samtalen under handledning av såväl allmänläkare som legitimerad samtalsterapeut (kurator, psykolog, beteendevetare eller motsvarande), och reflekterar och ger återkoppling på samtalen.

I takt med att antalet studenter på läkarutbildningen ökat har det blivit svårare att få antalet vårdcentraler i närområdet att räcka till. Lösningen har varit att utöka det geografiska området för involverade vårdcentraler, men också att ersätta delar av strimmaundervisningen på vårdcentral med träning på "simulerade patienter". Detta har för- och nackdelar. Simulerade patienter kan inte fullt ut likställas med att träffa "verkliga" patienter; deras reaktioner och beteenden är delvis spelade och därav av skiftande autenticitet. Å andra sidan möjliggör de att innehållet i undervisningen kan styras så att studenterna får träna på specifika scenarion och utmaningar som de annars skulle ha missat.

I nuvarande form sker samtalsstrimman enligt följande upplägg:

Termin 1. Sammanlagt fyra undervisningstillfällen i basgrupp: två handledda av allmänläkare och två handledda av legitimerad samtalsterapeut. Samtalsträningen görs utifrån en kombination av rollspel och samtal med simulerade patienter. Fokus ligger på att inleda samtalet, att förmedla gensvar och att reflektera över sina egna reaktioner i patientmötet.

Termin 2–3. Under åtta halvdagar per termin genomförs undervisningen på vårdcentral, enligt ovan beskrivet upplägg. Fokus ligger på att i ökande omfattning skaffa sig ett helhetsperspektiv över patientens situation, med utgångspunkt från konsultationsprocessen och dess ingående steg.

Termin 4. Sammanlagt åtta undervisningstillfällen, där studenterna får genomföra videoinspelade patientkonsultationer med simulerade patienter. Gruppen tittar på de inspelade samtalen under handledning, varannan gång av allmänläkare, varannan gång av legitimerad samtalsterapeut. Avsikten är att samtalen ska innefatta aspekter som på olika sätt kan vara utmanande för studenten, med utgångspunkt från tre grundperspektiv: att kunna styra och avgränsa samtalet, att utforska patientens agenda och skaffa sig en helhetssyn, och att hantera affekter såsom ilska eller sorg.

"För varje termin eftersträvas ökande grad av självständighet i patientmötet ifråga om bemötande, medicinska kunskaper och terapeutisk förmåga."

Termin 5. Två heldagar under vilka studenterna parvis får undervisning i propedeutik och i samband med detta genomföra en hel patientkonsultation. Det sker med hjälp av simulerade patienter men utan videofilmning. En läkare finns med under hela momentet och ger återkoppling på såväl samtalet som den grundläggande statustagning som studenten får utföra. Varje tillfälle avslutas med att studenten skriver en journalanteckning utifrån sitt simulerade patientbesök, som sedan går igenom med handledaren. Studenterna får på så sätt träna på alla delar av ett "vanligt" patientbesök.

Termin 9 eller 10 (steg 2-strimma). Undervisning i basgrupp sker under en hel sammanhängande vecka, där samtal genomförs med simulerade patienter och videofilmas. Handledning och reflektion kring inspelade samtal sker i basgruppen, ledda av specialist i allmänmedicin. På steg 2-strimman ligger fokus dels på att träna på att avsluta samtalet (dvs. det som sker efter att man tagit anamnes och status), dels på svåra samtal (såsom att förmedla svåra besked mm.).

VFU på vårdcentral

Fram till alldeles nyligen, då nytt curriculum infördes, har läkarstudenterna haft VFU i primärvård under två veckor vardera på de fyra inledande kliniska terminerna. Historiskt sett lokaliserades varje student till samma vårdcentral två terminer i följd, men på senare år har de som regel fått komma till en ny vårdcentral varje ny termin. Studenten förses med en namngiven handledare, som är den som har det övergripande ansvaret för studentens vistelse och kompetensutveckling, och som kanske också handleder studenten vid flest tillfällen under placeringen. Inledningsvis brukar studenten auskultera hos handledaren under några patientbesök. Det är önskvärt att studenten tidigt får träffa patienter på egen hand, ta anamnes



Linköpings universitet.



och genomföra statustagning, innan patienterna träffar läkaren. För varje termin eftersträvas ökande grad av självständighet i patientmötet ifråga om bemötande, medicinska kunskaper och terapeutisk förmåga.

På läkarutbildningen i Linköping har s.k. temagrupper ett stort ansvar för innehållet och utformningen av undervisningen på de olika terminerna och i de olika medicinska ämnesområdena. I tidigare curriculum fanns en ambition att en specialist i allmänmedicin skulle vara representerad i varje temagrupp, vilket dock inte gick att upprätthålla. Allmänmedicin skulle påverka undervisningsinnehållet utifrån sitt särskilda perspektiv, men hade egentligen inte som ämne någon egen definierad plats i specifik temagrupp. Detta har förändrats i det nya curriculum som antogs för ett par år sedan.

Allmänmedicin på läkarprogrammets nya curriculum: nuläge och framtidsvisioner

Sedan höstterminen 2016 håller ett nytt curriculum på att införas på läkarprogrammet. Här disponerar allmänmedicin fyra veckor på K6 och fyra veckor på K11.

Vårterminen 2019 har turen kommit till den första kliniska kursen K6 (termin 6). Den inleds redan första dagen med föreläsningar om allmänmedicins utveckling genom åren och om allmänmedicin i praktiken. Helhetssynen på patienten och den diagnostiska strategin där det gäller att sälla agnarna från vetet utan att överdriva de diagnostiska utredningarna och provtagningen är viktiga inslag och något som skiljer oss från andra organinriktade specialiteter. K6 omfattar i övrigt invärtesmedicin med hjärt-kärlsjukdomar och endokrinologi samt diagnostiska specialiteter.

Ett nytt inslag under VFU på vårdcentral är seminarier som utgår från fallbeskrivningar av för allmänmedicinen viktiga sjukdomar och problemområden så som den trötta patienten, nydebuterad diabetes typ-2, bröstsmärta, dyspné med spirometritolkning, ledsmärta och multisjuklighet. Typfallsseminarier en gång i veckan handleds av intresserade VFU-handledare. Studenter och handledare träffas antingen på en fysisk plats eller

via video-möten. Seminarierna ger även studenterna som har sina fyraveckors VFU-placering parallellt på olika vårdcentraler möjlighet att mötas och handledaren möjlighet att stämma av hur de har det.

Utgående från läkarprogrammets temagrupper har allmänmedicinare påverkat upplägget av övrig teoriundervisning på K6 för bl.a. diabetes, hjärtsjukdomar och KOL.

K11 planeras för fullt. Här kommer studenterna att kunna jobba mera självständigt och kanske ha egen mottagning på sin vårdcentral.

Start för decentraliserat läkarprogram vårterminen 2019

Parallellt med införandet av nytt curriculum pågår decentralisering av K6-K11. Linköpings universitet bedriver den kliniska delen av läkarutbildningen i Jönköping, Kalmar, Linköping och Norrköping [1]. Det teoretiska innehållet ska vara identiskt och presenteras via förinspelade och live-sända föreläsningar. Seminarier hålls oftast med hjälp av lokala handledare på varje studieort.

En viktig strävan är att allmänmedicin ska vara representerat på nyckelbefattningar som kurskoordinator eller studieortsansvarig på alla fyra orterna. I Kalmar finns Anna-Karin Alvunger som kurskoordinator på K6. Hans Thulesius, nyutnämnd professor i allmänmedicin i Kalmar, kommer att arbeta praktiskt med läkarprogrammet och ha stor betydelse för planering och genomförande.

K6 är således spikat och igång medan det på K11 fortfarande finns plats för nytänkande och kreativitet då det gäller undervisning i allmänmedicin. Troligen kommer då den pedagogiska modellen, anpassad efter villkoren för distansundervisning, att ha funnit sina former ännu mera än i dag.

Jäv saknas.



Magnus Falk
Docent, biträdande professor
Vårdcentralen Kärna, Linköping
magnus.falk@liu.se



Staffan Nilsson
Docent, universitetslektor
Vårdcentralen Vikbolandet,
Norrköping

Båda Institutionen för Medicin & Hälsa, Linköpings universitet

Referenser:

1. Nybyggaranda för läkarstudenter i Kalmar. Läkartidningen. 2019;116:FLL4.

AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder.
Skicka till: chefredaktor@sfam.se.



Primärvård på läkarprogrammet vid Karolinska Institutet

Primärvård på läkarprogrammet vid Karolinska Institutet (KI) byggdes ut ordentligt i den nuvarande utbildningsplanen som startade år 2007. Då tillkom primärvårdsstrimman där studenterna har verksamhetsförlagd utbildning (VFU) i primärvården på nio av programmets 11 terminer. Primärvård utgör studenternas första tidiga yrkeskontakt med deras första vårdcentralsdagar redan på termin 1 och ofta deras sista kliniska träningsarena innan de tar läkarexamen.

Primärvårdens främsta syfte på KI är att främja och understödja studenternas progression och praktiskt integrera programmets olika delar. Studenterna lär sig kommunikation, basala kliniska färdigheter, diagnostik samt tränar i samverkan med patienten på patientmötets alla delar. Studenten utvecklas i att handlägga oselekterade patienter som söker för både akuta tillstånd och kroniska folksjukdomar. Läkarprogrammet vid KI använder sig av s.k. integrerande uppgifter, egentligen vanliga söksaker som patienter söker läkare för i primärvården. En betydande del av dessa över 100 integrerande uppgifter möter studenterna under primärvårdsstrimman.

Tanken är att primärvårdsstrimman ska reflektera innehållet och lärandemålen på den kurs där primärvård ingår. Samtidigt ska studenten integrera kunskap och färdigheter både vertikalt och horisontellt från flera nivåer av utbildningen och använda sig av kunskaperna i ett primärvårdssammanhang. Studenterna startar sitt lärande om t.ex. hur man undersöker öron redan på termin 1 och har hunnit se många trumhinnor när de når ÖNH-momentet på termin 9.

Primärvårdsstrimman utgör den viktigaste arenan för tidig yrkeskontakt de första fyra terminerna och förser studenterna med strimma av praktiskt inriktad patientcentrerad träning av konsultationsfärdighet med ökande progression som löper genom hela programmet.Handledning av studenten ute på vårdcentralen är anpassad till studentens nivå i utbildningen. Intentionen är att studenten får en ökande självständighet under de senare terminerna men målet är att redan den första terminen ta emot studenten som en blivande kollega på arbetsplatsen. Det finns modeller för enkla studentmottagningar som vi har lanserat och som fungerar bra på den senare delen av utbildningen.

Interprofessionellt lärande – Till vår hjälp har vi idag även åtta Akademiska vårdcentraler (AVC) som fokuserar framför allt på interprofessionella lärandeaktiviteter. Studenterna erbjuds

t.ex. att skugga en annan profession på vårdcentralen och sedan reflektera över vad de lärt sig om den andra professionen. Det anordnas interprofessionella hembesök från flera AVC där studenterna efter hembesöket diskuterar hur de ser på patienten från sina olika professioners perspek-

tiv. Vi har projekt där vi utvecklar en interprofessionell virtuell patientmodell med ett virtuellt hembesök i ett avhandlingsarbete som en doktorand på vår sektion har. Pedagogiken är även mycket starkt studentcentrerad i den virtuella miljön. Studenterna får sätta upp sina egna mål för lärandeaktiviteten, formulera sina frågeställningar och reflektera över sitt lärande. Vi har utvecklat och implementerat på AVC en modell för interprofessionella case-seminarier som har fallit väldigt väl ut. Primärvårdsstrimman har en egen promotor för interprofessionellt lärande och Helena Salminen leder hela läkarprogrammets nätverk för interprofessionellt lärande.

Peer learning – Vi bedömer peer learning eller kamratlärande, där två eller flera studenter gemensamt genomför en planerad uppgift utifrån lärandemålen, som en av de pedagogiska metoderna som kan ge mervärde åt studenternas VFU. All återkoppling behöver inte komma från handledare. När studenterna först funderar tillsammans lyfter de nivån i sin förståelse innan de går till handledaren för vidare dialog.



Illustration: Annika Andén





Några medarbetare på sektionen för allmänmedicin och primärvård Karolinska Institutet. Från vänster Charlotte Hedberg klinisk adjunkt, Nora Espahbodi kursadministratör, Eva Öhman kursadministratör, Mira Lukenic sektionssamordnare, Johan Ärnlov professor allmänmedicin, Helena Salminen sektionschef samt Per Wändell senior professor allmänmedicin.

Foto: Anna Malmberg.

Som pedagogisk grund använder vi erfarenhetsbaserat lärande. Studenten lär sig med autentiska patienter och tränar så självständigt som möjligt, i samråd och med back-up från handledaren, på att handlägga patientmöten. Vi använder oss av Wengers teori om praktikergemenskap (community of practice) som en lämplig modell för studentens resa på vårdcentralen från att i början vara en perifer men legitim deltagare till att inta en alltmer aktiv roll i vårdcentralens aktiviteter och samtidigt bidra till vårdcentralens praktikergemenskap. Studenten konstruerar sitt lärande i en social interaktion med medpatienter, medstudenter, handledare och andra medarbetare på vårdcentralen.

Vi har egna mera teoretiska delar som vi ansvarar för under utbildningen, men det mesta som vi gör är praktiskt inriktat. På termin 1 har vi seminarier kring patientmötet och tränar på kliniska färdigheter som att ta blodtrycket eller ta venprov. På termin 2 till 4 gör studenterna video med riktiga patienter på vårdcentralen och får återkoppling där på sina inspelningar. På termin 5 har vi seminarier i receptskrivning, följsamhet till ordinationer samt sjukskrivning. I slutet av utbildningen på termin 11 tränar studenterna hos oss med hjälp av rollspel och standardiserade patienter i OSCE format.

Bedömning av studenter – Vi har sedan länge ett eget instrument, dialoginstrumentet, där studenter och handledare gör var sin bedömning i slutet av den kliniska placeringen och har sedan detta som underlag för ett samtal. Dialoginstrumentet håller nu på att implementeras för alla kliniska delar av KI:s läkarprogram. För bedömning vid medsittning och annan observation använder vi oss av instrumentet Mini-CEX där handledaren får stöd i att bedöma och ge återkoppling till studenten på patientmötets olika delar.

Bedömning av lärandemiljön – Det är för oss kritiskt viktigt att få återkoppling på hur studenterna upplever sin lärandemiljö på vårdcentralen. Därför har vi utvecklat och validerat för

läkarstudenter i primärvården ett instrument för bedömning av lärandemiljön, CLES (Clinical Learning Environment and Supervision). Resultaten på enkäten återkopplas till studenter, varje vårdcentral får individuell återkoppling på just sina resultat och vi gör sammanställningar till beställarorganisationen som vårdcentralerna har kontrakt med.

Det är mycket tack vare de entusiastiska handledarna som vi har generellt nöjda studenter. Medelvärde brukar ligga kring 8 i totalomdöme på en 10-gradig skala. Senast i december fick hela 48 stycken vårdcentraler diplom för utmärkt handledning. För att få diplom måste de ha fått mellan 9–10 i medel totalomdöme av alla sina studenter både höst och vårtermin. I princip samtliga vårdcentraler, både privata och tillhörande Region Stockholm, deltar i handledning. De enheter som får låga omdömen av studenterna får besök av våra adjunkter och VFU samordnare. Ofta räcker det med ett möte på vårdcentralen för att få det att vända.

"Vi upplever det allt svårare att ordna bra placeringar för alla de runt 1 400 studenter som har VFU på vårdcentraler i Stockholm varje termin."

När det blir större avvikelser i studentomhändertagandet gör vi avvikelserapporter till beställaren och dessa följs noga av avtalshandläggarna. Om lärandemiljön bedöms så undermålig att vi inte kan ha läkarstudenter på enheten får man inte heller kontrakt för nya ST-läkare i allmänmedicin. Vi upplever det allt svårare att ordna bra placeringar för alla de runt 1 400 studenter

som har VFU på vårdcentraler i Stockholm varje termin. Vi har tyvärr inte möjlighet att pausa enheter som är i gungning utan behöver ha med alla, men kanske får de ett reducerat åtagande.

Handledarstöd – Vi arbetar mycket med handledarstöd åt de kliniska handledarna på vårdcentralerna som handleder läkarstudenter. Inför varje terminsstart håller vi en heldagsutbildning och i slutet av varje termin en pedagogisk återträff. I samband med dessa utbildningstillfällen implementerar vi angelägna pedagogiska verktyg och metoder. Teman under det senaste året har varit peer learning och implementering av verktyg för bedömning av studenter under deras VFU som t ex Mini-CEX. Enheter erbjuds besök av oss för t.ex. workshop på enskilda vårdcentraler. Tyvärr är de oftast handledare från de enheter som mest skulle behöva komma på våra handledardagar som uteblir medan de redan intresserade handledarna alltid kommer för att lära sig nytt och träffa och byta erfarenheter med andra handledare.

Lärarstöd – Våra KI-anknutna lärare uppmanas att gå pedagogiska kurser och delta i olika pedagogiska projekt hos oss och på läkarprogrammet. Våra lärare är mycket aktiva i utveckling av läkarprogrammets olika delar som examinationer, utveckling av kurser där primärvård ingår samt utveckling av primärvårdsstrimman. Vi erbjuder varje år några av våra lärare att delta på AMEE-konferensen. Flera av lärarna har gått KI:s tvååriga masterutbildning i medicinsk pedagogik.

Det bedrivs pedagogisk forskning och olika pedagogiska utvecklingsprojekt av flera medarbetare på sektionen. Tre av projekten är doktorandprojekt.

Konklusion och framtid – Primärvård har blivit en av studenterna uppskattad del av läkarprogrammet. För de medverkande lärarna har detta inneburit ökat intresse för pedagogik och vi har idag en betydande pedagogisk kompetens på vår sektion.

KI står just nu i startgroparna för att skapa ett nytt sexårigt läkarprogram. Vi är övertygade om att även det kommande programmet kommer att innehålla mycket primärvård. Det vi önskar är att studenterna ska få längre kliniska placeringar på vårdcentralen på upp till 6–8 veckor på olika stadier av utbildningen. Mot slutet av utbildningen passar primärvård utmärkt för att knyta ihop säcken och säkerställa en önskvärd kompetens som legitimerad yrkesutövare.

Helena Salminen

Lektor och docent i allmänmedicin
Sektionen för allmänmedicin och primärvård
Karolinska Institutet
helena.salminen@ki.se



Annons

Syster Sonja

– den sjungande distriktssköterskan i Fredrika

En vintrig januaridag slår jag mig ned tillsammans med Sonja Danielsson vid köksbordet i huset i Floda, utanför Göteborg. För något år sedan flyttade hon hit från Fredrika i Lappland, där hon bott och arbetat som distriktssköterska. Vi träffades första gången på min diabetesmottagning. Idag är det te och småkakor och samtal som bjuds mig. När jag säger att jag vill intervjua henne om hennes författarskap skrattar hon.

– Mitt författarskap? Ja, det är det där, säger hon och gestikulera mot det vackra omslaget till "Vi ville hälsa" (se sid 25). Det är inte riktigt sant. Två visböcker har hon skrivit som kommit ut före "Vi ville hälsa". "Visor, verser och vice versa. Livets visor och dödens" kom 2001. "Meloder, nynningar och melodejor. Visor från Lappland" släpptes 2009.

– Visorna kom till mig. Jag har inte gjort dem. Jag kan inte sjunga längre för jag har något här i halsen och det är grymt.

Mycket av samtalet den här dagen kommer annars att handla om hennes biografi och historier de skeenden hon beskriver däri. Boken startar med att Sonja bestämmer sig för att bli sjuksköterska. Jag ber henne berätta om bakgrunden till detta. Det var 1947.

– Ja, jag bestämde att jag skulle bli sjuksköterska och det har ju en förhistoria. Jag hade blivit krigsstudent i Finland och det innebar att man fick välja bort ämnen i studentexamen. Jag valde bort OÄ-ämnena. Jag hade tänkt att jag skulle bli läkare. För att läsa till läkare i Sverige behövde jag ha de där OÄ-ämnena så jag började läsa till kemi och fysik på kvällstid. Och så gick jag förbi Sabbatsberg där jag såg någon stå och vika handdukar. Och den bilden såg så avspänd och trevligt ut. Och då tänkte jag: Varför blir jag inte sjuksköterska? Jag hade nämligen en kusin som var hälsosköterska i norra Finland, i Lappland. Och därifrån kom också det här med distriktssköterska.



Sonjas chosofria finlandssvenska, där "de" blir di och "dem" rimmar på fem och inte kom, avbryts ofta av skratt. Foto: Linus Jernby



Sonja Danielsson utanför hemmet i Floda.

Foto: Linus Jernby

Dina läkartanker sattes alltså stopp av teoretiska ämnen som inte hade med vård att göra?

– Så var det. Min mamma blev ledsen för det här och min bror, som hade kämpat sig in på KTH, var hemskt upprörd men min ena faster, hon var helt lugn. Hon sa så här: "Ja, men då får du i alla fall pension." Och det har jag nu. Nu har jag pension. Här bubblar det fram skratt igen. Sonjas chosofria finlandssvenska där "de" blir di och "dem" rimmar på fem och inte kom avbryts ofta av skratt. Och av teskedar som klingar mot koppen och mumsande på småkakor. Och av tankfull tystnad.

Du hade tagit sikte på det här med distriktssköterska?

– Ja det hade jag. Jag kände att jag inte kunde hålla reda på det här med alla detaljer på en avdelning till exempel. Och framförallt att ha människor under mig. Nej ... Att vara distriktare, då var man sin egen, på den tiden. Mer än var läkaren var, faktiskt. För man var ju ensam på sitt distrikt.

Utöver visorna och boken har Sonja också skrivit en uppsjö med debattartiklar publicerade allehanda tidningar. I en debattartikel i DN 1972 ges tankar och förslag på hur läkarutbildningen kan förbättras med auskultation hos distriktssköterska. Denna, svaret och andra artiklarna finns samlade på www.Vivillehalsa.se.

Var tror du att det kom ifrån? Detta att delta i debatten och vilja förändra samhället?

– Mina fastrar. De var ju personligheter båda två. De var ju väldigt fräna i sina åsikter. När det kom kvinnliga präster ställde de upp med intensitet. De tyckte det var riktigt. De höll på kvinnorna. De var folkskollärare båda två och de hade fått kämpa och låna pengar. På den tiden var det ju inte vanligt att



Lektion på distriktssköterskeskolan: Ögonbandagering.

Foto: okänd

flickor läste. Och min pappa var ju den första som läste från byn över huvud taget. Min far var en språkmänniska och det har jag ärvt något. Jag tycker om språk och lyssnar alltid på "Språket" på radio på måndagar.

– Min pappa och min äldsta bror drunknade i Viborgska viken framför ögonen på min mamma och då var jag på insidan fortfarande. Jag fick aldrig träffa honom, aldrig lära känna honom. Ja, det var alltså min mor och jag och min bror. Han var fem år äldre än jag.

Och så fastrarna?

– Jo, de fanns ju också ... Eller de fanns ju inte för de bodde i Sverige och vi bodde i Finland. Men min yngre faster, Sina, hon kom ju farande. Hon kom när jag föddes och hon kom när jag var tio år. Hon läste sagor. Hon var fenomenal på att berätta historier. Från lappmarken ofta ... "Djävulen på fjället" och Gud vet vad ... Min andra faster, Selma, hon var äldre. Hon var den som vårdade. Det var till henne vi kom under krigsvintern. Vi for ju när kriget bröt ut. Vi hade svenskt medborgarskap i och med min pappa. Så då var vi krigsvintern här 1939–40.

– Min faster var folkskollärarinna i Linköping och jag gick i flickskola där. Och det var en upplevelse för mig att gå i en



På väg till hembesök i Slagnäs.

Foto: okänd

flickskola. Jag hade ju alltid gått i blandskola, pojkar och flickor, i Finland. Det var mycket märkligt ...

Vad var då kärnan i distriktssköterskans och primärvårdens roll under hennes aktiva år?

– Det viktiga var att folk fick komma! Utan att beställa tid. Och passade det inte den dagen kunde de komma nästa. Första mötet med sjukvården var alltså avgiftsfritt och utan tidsställning.

Och personlig? Man träffades.

Det var du som träffade allihop?

– Ja, och just det där som jag har tänkt mycket på sedan. De gamla ensamma där ensamheten var total. Att det var ingen som tog i dem. Alltså vi tog i dem. De fick känna att de hade en kropp. Ensamheten är så svår så. Jag har förstått det mer nu när jag är här ensam på dagarna. Och just det här att distriktaren förstod vad man sa. För hon var inte så farlig. Medan läkaren var mer farlig.

Du skriver mycket om BVC-verksamheten

om att komma hem och träffa barnen och föräldrar.

– Jo, det var ju det viktigaste av allt. Få familjen från vaggan till graven. Det var det viktigaste, att börja vid vaggan. Och att få barnen att lära känna mig. Jag vet att jag, en gång, tog upp en flicka, som grät, i skolan, i famnen. Hon var så uppskärnad, när jag tog upp henne i famnen så somnade hon. Lärarna tyckte att det var höjden. Att sova i famnen i skolan. Många barn kom till sköterskan för att "mamma" sig. De behövde få veta att de dög, de blev inte tillräckligt sedda hemma.

Distriktarens arbete skedde med mycket små medel. Vid hembesöken hade man mest med sig själv.

– Jag hade inte ens en blodtrycksmanschett! Men instrument så jag kunde titta i öron och spola dem som behövdes hade jag, ju.

Så kommer vi till vankmakten över den sista tidens primärvård. Sonja får ett frustrerat ansiktsuttryck när samtalet berör förändringen när man tog distriktssköterskan, ut ur distrikten och satte in dem i vårdcentralerna. Den personliga kännedomen som försvann och tröskeln från att komma in till sköterskemottagningen



Efter elevtiden inhämtade Sonja praktikmeriter som behövdes för att läsa till distriktssköterska vid Bodens sjukhus.

Foto: okänd

till att ta sig till vårdcentralen stängde ute den befolkning man ville ge hälsa. De bokade tiderna och allt mer telefonföretag arbetet. Att fortsätta att ge av sig själv helt utan berörings-skräck tycks vara lika naturligt som att andas för Sonja. Jag frågar henne om vilka lärdomar och råd hon skulle vilja ge till allmänläkare och vilka lärdomar hon kan dra ur sin karriär.

– Inte ska jag ge råd till läkarna ... Jo, sitt nära patienterna, utan att ha skrivbord eller så emellan. Så att ni kan röra vid dem. Man kan vara personlig eller professionell i sitt samtal. Det som passar en själv så att man kan trivas och få bra kontakt



Sonja Danielsson under BVC-arbete 1983. "Det var det viktigaste, att börja vid vaggan. Och att få barnen att lära känna mig." Vårt län 1983.

Foto: Jostein Skeidsvoll

med sina patienter. Alla verkar ha så bråttom. Tag er tid! Det gör mycket. Och kom hem till patienterna. Där får man se en helt annan bild än på mottagningen.

Och vilka råd vill du ge dem som vill skriva en bok?

– Bara börja skriva, använd er egen röst. Gör det inte konstlat. Det är många böcker idag jag inte förstår! Folk skriver så märkligt nu för tiden.

Så börjar samtalet avrundas. Vi pratar om framtiden, en ny bok har hon skrivit som kommer att ges ut under året: "Kort-tänkt" med korta texter, iakttagelser och reflexioner. Sist görs ett uppehåll vid den sista tiden i livet i visionen "från vaggan till graven". Jag tänker på palliativt arbete. Sonja relaterar till sig själv.

– Jo, jag är inte rädd för att dö. Jag har givit bort min kropp till Umeå universitet. Men om jag dör här vad ska de göra med kroppen? Forsla upp till Umeå? Eller till Sahlgrenska? Det behövs väl tränas även för kirurgerna här? ... Eller också så mal de ner mig till nåt slags ekologiskt bilbränsle.



Linus Jernby
Distriktsläkare
Närhälsan Floda vårdcentral, Lerum
jernby@live.com

Danielsson, Sonja. **Vi ville hälsa**. Text & Kultur AB, Umeå, 2016. 162 s.
ISBN 978-91-982915-0-6

Vi ville hälsa – en yrkesbiografi

En av vårdräskens stora behållningar är alla dessa historier som kan berättas om arbetsdagarna. Om möten med patienter, om diagnostiska triumfer, om dramatiska interventioner men också om nederlagen och de tunga beskederna vi får ge, förlusterna och döden. Att dela med sig och ta del av dessa anekdoter sammanfogar också arbetsplatser och kliniker. Sonja Danielsson har i boken "Vi ville hälsa" samlat historien om och från ett helt yrkesliv.

Boken rivstartar med författarens beskrivning av sitt beslut om att bli sjuksköterska och förberedelserna för att bli antagen

vid Röda Korsets sjuksköterskeskola. I de första tre kapitlen får vi sedan följa med som sjuksköterskeelev, "plätt", vid Sababergs sjukhus, som sjuksköterskeassistent vid Bodens sjukhus och till distriktsköterskeskolan. I ett rakt beskrivande språk får vi ta del av både lokaler, personal och patienter såväl som procedurbeskrivningar. Rikedomen på detaljer i vissa berättelser och avsaknaden i andra, där författaren enkelt konstaterar att hon inte minns hur det gick sedan, ger en organisk känsla av författarens närvaro som är så viktig i en autobiografi. Inget i berättelserna känns tillrättat. Småaktighet och misstag,



framförallt författarens egna, delas ut lika frikostigt som seg-rar och triumfer. Återkommande tänker jag att jag *lyssnar* till berättelsen snarare än *läser* den.

Kapitel fyra till sju innehåller tiden som distriktsköterska i tre olika distrikt i Norrland: Slagnäs i Arjeplogs kommun, Tandsjöborg i Orsa Finnmark (Dalarna/Gävleborgs län) och Fredrika i Västerbotten. Bokens kortaste kapitel innehåller tiden som hemmafru.

Liksom i de tre första kapitlen varvas Ortsbeskrivningar, fall-beskrivningar och anekdoter från bylivet. Språket har ett flyt och växlingarna i typen av historier ger boken ett behagligt härligt driv. Uppbyggnaden av historierna och tilltalet är tydligt författarens egen röst. Särskilt trevligt är det att hon så ofta vänder sig till läsaren direkt. "Det ska jag säga dig!", "Varför berättar jag det här för dig?" Det känns som att lyssna till en äldre släktings omhuldade sagor och berättelser. Cirka 160 sidor flyter förbi under två eftermiddagar. Det finns en hög igenkänningsfaktor och anekdoterna lockar fram egna minnen från studier och tjänstgöringar.

Norrlandskapitlen innehåller flera anekdoter om Einar Wahlquist, "Lappmarksdoktor", under vilken författaren arbetade.

Dessa små anekdoter tecknar väl konturerna av svenska allmän-medicinens mest kända läkare. En mottagningsdag i byn med auskultande franska läkare och ett hembesök där en skottkärra blir till ad-hoc-ambulans och Dr Wahlquist ambulansförare lämnar läsaren med ett leende på läpparna.

Kapitel 8 "Eftertänk" skiljer sig helt från de tidigare genom att vara nästan en ren tankeprodukt. Författaren funderar över nutida företeelser i samhälle och sjukvård och ger sin syn på vad som skulle kunna ge lösningar. Här läser jag delar där jag instämmer till fullo och delar där jag inte alls håller med. Åsikterna som bjuds är dock så raka och okonstlade, givna med eftertanke men utan baktanke att man, även där man håller emot, känner sig upplyft av de tankar som väcks och längtar efter att höra mer av Sonja Danielsson.

Linus Jernby
Närhälsan Floda vårdcentral, Lerum
jernby@live.com



AT-läkares uppfattning av allmänmedicin och resonemang kring val av specialisering

Hur ska vi locka fler att bli allmänmedicinare? Vad baserar AT-läkare sitt val av specialitet på och kan det utnyttjas i rekrytering till allmänmedicin? Detta var utgångspunkten för mitt vetenskapliga ST-arbete, en kvalitativ studie genom fokusgrupper med AT-läkare i primärvården i Blekinge. Flera tydliga förhållanden ligger till grund för val av specialitet. De särskilt framträdande är frihet och flexibilitet, trivsel, trygghet och tidiga positiva förebilder.

Sverige saknar specialister i allmänmedicin och en femtedel av alla tjänstgörande allmänspecialister är 65 år eller äldre [1]. Det saknas också ST-läkare i allmänmedicin för att fylla nuvarande och kommande luckor. Regeringens samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, Göran Stiernstedt, konstaterar i sin rapport Effektiv Vård [2] att det bör satsas på primärvården för att landets ojämlika hälsa ska minska. Läkarutbildningens platser har utökats under lång tid med förhoppning om att få fler läkare i bristspecialiteter, t.ex. allmänmedicin, men så har inte blivit fallet. För att kunna förändra detta är det viktigt att veta vad AT-läkare baserar sitt val av specialisering på.

Metod

Kvalitativa data samlades in via fokusgruppsintervjuer med primärvårdsplacerade AT-läkare i Blekinge. Tolv av fjorton AT-läkare deltog i studien, två stycken var frånvarande av andra

skäl än studien. Deltagarna fördelades jämnt i grupperna av-seende antal, kön och placeringsort. De cirka en timme långa semistrukturerade intervjuerna utgick från följande teman: (a) att välja specialitet, hur resonerar man? (b) föreställningar om allmänmedicin före respektive under AT med utgångspunkt "det dagliga arbetet" och (c) föreställningar om allmänmedicin som medicinskt ämne. Det inspelade materialet bearbetades och analyserades enligt horisontell latent innehållsanalys. För att öka reliabiliteten analyserade moderator och handledare materialet individuellt för jämförelse och diskussion. Samma moderator ledde båda grupperna vilket ökar reliabiliteten.



Illustration: Annika Andén

Resultat

Ett genomgående tema i intervjuerna var det individualistiska perspektivet. Av deltagarna var det några som skulle kunna tänka sig allmänmedicin som specialitet men önskade prova annan specialitet först.

1. Flexibilitet styr valet av specialitet

Minst lika viktig faktor som arbetsuppgifterna var betydelsen av fritid och flexibla arbetstider vid val av specialisering. Primärvården uppfattades som ett oflexibelt arbete utifrån ett ledighetsperspektiv då jourkompsledighet är begränsad, men informanterna såg flexibla fördelar med allmänmedicin sett till själva arbetsuppgifterna.

"Man kan justera väldigt mycket. Eftersom det ändå är en brist-specialitet och det behövs så har man lite mer ... man kan sätta lite mer krav tror jag inom den specialiteten – 'you need me'."

Tidigare generationers arbetssätt uppfattades inte som önskvärt och informanterna beskrev att de inte ville ruta in sitt liv utifrån arbetets förutsättningar, utan mer utifrån sina egna önskemål och gå hem i tid.

2. Att trivas

Flera informanter föreföll först välja mellan kirurgiskt inriktad specialitet eller icke-kirurgisk, därefter utifrån trivsel på kliniken. För primärvården skattades trivsel som avgörande för att övervägas. Man önskar arbeta med andra i samma fas i livet, och om den primärvårdsenhet man tjänstgör vid har hög medelålder blir hela specialiteten mindre intressant.

Det är viktigt att arbetslivet inte kolliderar med det sociala livet. Det framkom att bostadsort i vissa fall går före specialitet vid vikariat efter AT – *"det passar livet bättre"* uttryckte sig en deltagare. Man tackar också nej till arbeten med avsevärt högre lön i en viss stad till förmån för ett arbete med sämre villkor på en annan, på grund av att orten och fritiden är viktigare än arbetet.

"Jag skulle känna mig tryggare om det fanns någon jag kunde fråga utan att man kände ... liksom att man avbröt eller trängde sig på. Alla har varit jättetrevliga och uppmuntrat till att man kommer och frågar men arbetssituationen, bemanningen, har sett ut så att det har varit fullbokat på alla."

3. Betydelsen av trygghet

Informanterna uppfattar att allmänläkaren ensam har hela ansvaret för patientens hälsa, och inte som inom slutenvården där oftast flera specialister deltar i patientens vård. Det egna ansvaret att upptäcka sjukdom på en vårdcentral finns även för AT-läkare, men man känner sig utlämnad till sin egen bedömning och upplever sig inte redo för helhetsansvar vilket ger otrygghet på arbetet. På sjukhuset finns alltid en bakjourns-



Illustration: Annika Andén

funktion att prata med vid egna beslut. Den kliniska handledningen i primärvården är inte tillräcklig. Informanterna beskrev en upplevelse av att störa, då den som ska handleda har egen mottagning och att dagarna är uppbokade utan luckor som kan möjliggöra handledning i anslutning till patientbesöket.

"Jag skulle känna mig tryggare om det fanns någon jag kunde fråga utan att man kände ... liksom att man avbröt eller trängde sig på. Alla har varit jättetrevliga och uppmuntrat till att man kommer och frågar men arbetssituationen, bemanningen, har sett ut så att det har varit fullbokat på alla. Och det är oftast man känner då att jag tar det här på min handledartid istället. Och det stressar mig."

4. Vikten av tidiga positiva förebilder och erfarenheter

I intervjuerna framkom tydligt att positiv erfarenhet på en klinisk placering tidigt i karriären spelar stor roll. Omvänt gäller också att en negativ föreställning hos AT-läkaren innan primärvårdsplaceringen förefaller göra det ännu svårare att förmedla det positiva med allmänmedicin. Inom andra specialiteter verkar ämnet som sådant kunna väga upp, även om en tydlig förebild saknas.

"Tycker nog att jobbet är ganska roligt på vårdcentralen men när man ser kollegorna som jobbar där och hur helt upp över öronen med jobb de har, känner jag bara: Inte en chans i världen att jag skulle sätta min fot ... att vilja bli vårdcentralsläkare."

När man studerar på läkarprogrammet har det stora flertalet sitt första vikariat efter termin 9 eller 10, utan att ha hunnit befinna sig i primärvården mer än enstaka dagar. Detta illustrerar att primärvården har en tydlig uppförbacke, där primärvårdsperspektivet kommer allra sist både i grundutbildning och också under AT, långt efter att andra specialiteter har fått presentera sig. ➡

5. Synen på arbetet i primärvården – ”det allmänmedicinska arbetssättet”

Två bilder av hur arbetet som allmänläkare är framkommer. Det ena är att det är ett svårt och komplext arbete, med en kontrollförlust läkaren behöver lära sig att hantera och att ämnet kräver bred kunskap och ständig uppdatering. Den andra bilden är mer negativ och det beskrivs hur många patienter söker i onödan och att arbetet och lärandet blir splittrat och ineffektivt av den medicinska bredden.

Till största delen beskrivs AT-läkarens arbete i primärvården i negativa termer. Informanterna upplever sig träffa för många patienter med till exempel virusinfektioner och ha hand om åtskilliga sjukskrivningar vilket inte maximerar lärmöjligheten. Man vill maximera sin patienttid, inte administrera provsvar etc. Här kommer det individualistiska perspektivet in, där man vill optimera sin egen inläring istället för att träffa patienter för att det behövs på enheten.

"Detta talar för att allmänmedicin som specialitet behöver definieras tydligare och att denna definition bör kommuniceras under grundutbildningen och tidigt under AT, för att en onyanserad bild inte ska etableras och reproduceras."

I studien framkommer få tecken på att man lyckats förmedla vad det allmänmedicinska arbetssättet innebär för AT-läkare. De upplever sig tappa kontrollen i och med att snabb tillgång till undersökningar och provtagningar saknas. Man verkar inte ha lyckats beskriva primärvårdens uppgift då det resonades kring att syftet med primärvården är att hitta de riktigt sjuka patienterna och remittera dem till slutenvården.

"Jag känner dagligen liksom att i det här kan det mycket väl dölja sig något allvarligt men strategin är ändå vänta och se, ungefär så. Och det stressar mig ganska mycket."

6. Deltagarnas konkreta förslag för en bättre primärvårdsplacering under AT

- 1) Tillgång till specialist för handledning i det löpande arbetet.
- 2) Man framhåller vikten av att träffa positiva förebilder. En stressad allmänspecialist är man inte så benägen att störa med frågor och man ser inte sig själv som en framtida kollega.
- 3) Flera utbildningsläkare på samma enhet, så man kan stötta varandra.
- 4) Tydligare plan av primärvårdshalvåret med en tydligare målbeskrivning och klarare instruktioner – vilka patienter bör man träffa?
- 5) Tydligare ramar över arbetssättet på en vårdcentral, en slags tidsplan för utredning av sjukdomsförlopp och det allmänmedicinska arbetssättet. Vad ska göras och när?
- 6) Ett individuellt anpassat schema som passar den specifika AT-läkaren.

Diskussion

Vid fokusgruppsintervjuerna framkommer ett antal viktiga förhållanden som ligger till grund för val av specialitet, där de särskilt framträdande är frihet, flexibilitet, trivsel, trygghet och positiva förebilder. Allmänmedicin som specialitet uppfattas strida mot flera av dessa.

Hög närvaro talar för en stor giltighet av resultaten, gruppstorleken främjade diskussion, och metodens fördelar kom till sin rätt. Det skapades tydliga mönster i hur AT-läkarna resonerade, varför vi uppfattar det som att en teoretisk mättnad avseende diskuterade fenomen framkommit. Möjligen skulle ett komplement med djupintervjuer med strategiskt utvalda informanter kunna ge djupare förståelse för beskrivna fenomen. Om någon av deltagarna skulle ha tänkt sig en framtid inom allmänmedicin hade ytterligare faktorer sannolikt framkommit, varför det finns anledning att i framtida studier ytterligare utforska vad som påverkar ett aktivt val till att bli ST-läkare inom allmänmedicin.

Det förefaller vara svårt att göra val som innebär en subjektiv inskränkning i framtidens möjligheter. AT-läkarna tillhör generellt en generation där fokus på individen är mycket framträdande. I denna generation ses arbetet framförallt som ett sätt för personlig utveckling och nyttoperspektivet är mindre uttalat [3]. Detta bör beaktas då arbetet organiseras och allmänmedicinens identitet utvecklas för att öka rekryteringsmöjligheterna till specialiteten.

I studien framkommer att informanterna uppfattar att en allmänläkare arbetar annorlunda än vad de själva gör och AT-läkaren verkar också identifiera sitt arbete mer med organspecialistens. Detta kan förklaras av att det allmänmedicinska arbetssättet inte redogjorts för i tillräcklig utsträckning. Man upplever att allmänmedicin är svårt och att varje läkare är



Illustration: Annika Andén

utlämnad till sin egen bedömning. Allmänmedicin diskuteras ibland i positiva ordalag – att det är ett svårt och komplext ämne att hantera och att det inte kan utföras av en organspecialist annat än med ett dyrare och för patienten sämre resultat. Men samtidigt beskrivs ett synsätt att primärvården alltid finns tillgänglig om den första tjänsten som legitimerad på annan klinik inte skulle bli som tänkt, som en sista utväg. Detta talar för att allmänmedicin som specialitet behöver definieras tydligare och att denna definition bör kommuniceras under grundutbildningen och tidigt under AT, för att en onyanserad bild inte ska etableras och reproduceras.

Informanternas beskrivning av vikten av positiva förebilder och vad ett bra utbildningsklimat med möjligheter till kontinuerlig handledning medför, talar för att AT-läkare bör placeras på välfungerande enheter med intresse för handledning. Sammanfattningsvis framkommer i studien en rad faktorer som är viktiga för valet av specialitet, hur man ser på allmänmedicin och förslag på hur det dagliga arbetet på vårdcentral för AT-läkare bör organiseras för att göra allmänmedicin till ett attraktivt val.



Lena Wendeler
ST-läkare

Wämö Vårdcentral, Region Blekinge
lena.wendeler@regionblekinge.se

Vetenskaplig handledare:

Mattias Rööst,
MD, specialist i allmänmedicin,
Region Kronoberg

Huvudhandledare:

Markus Wendt,
specialist i allmänmedicin,
Region Blekinge

Jäv saknas.

Detta är en sammanfattning av det vetenskapliga arbetet.
Vid intresse kan författaren kontaktas för att ta del av
hela arbetet med fullständig referenslista.

Referenser:

1. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015 [citerad 2019-01-10]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal>.
2. Stadsrådsberedningen. Effektiv vård Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Stockholm: Stiernstedt; 2016 [citerad 2017-10-18]. Hämtad från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf.

3. Diderichsen S. It's just a job: a new generation of physicians dealing with career and work ideals [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2017.

Att skriva om livet i sjukvården

Sjutton år med Svenska Föreningens för Medicinsk Psykologi skrivartävling

Läkaryrket innehåller många situationer där kunskap inom det egna medicinska fältet inte tillräckligt hjälper oss att handlägga patienternas problem på bästa sätt. Att lyssna till patientens historia och att skriva om livet i sjukvården kan hjälpa oss, under studietiden såväl som under hela vår läkarkarriär.

Det är utmärkt att läkarutbildningen sedan länge innehåller olika kurser med fokus på personlig professionell utveckling och samtalskonst. "Kalymnosmetoden" ingår som en viktig del av allmänläkarens specialistutbildning. Narrativ medicin som utvecklats på senare år lägger fokus på patientens berättelse och dess betydelse för sjukdomen och för läkar-patientkontakten [1].

Dessa båda har sina rötter bl.a. i Balint-metoden [2, 3] som syftar till att i ett interkollegialt utbyte träna läkare att lyssna och bli mer lyhörda för patientens berättelse, för sina egna känslor och tankar i mötet med patienten, och att reflektera över hur detta kan påverka behandlingssituationen – särskilt i möten som "gått snett".

I flera västeuropeiska länder används metoden alltifrån grundutbildningen till specialistläkares kontinuerliga fortbildning. Den kan vara obligatorisk eller utgöra en av flera valmöjligheter [4].

Liksom fördjupat lyssnande kan också skrivande öka förståelsen för den sjuka människan och för mångbottnade vårdrelationer. Kreativt skrivande kan på goda grunder förmodas öka läkares empatiska förmåga [5].

Skrivartävlingar kan sporra människor till att skriva och visa upp vad de skrivit. En novelltävling ordnades 2003 av Läkartidningen i samarbete med Brombergs Bokförlag. Det kom in närmare 100 bidrag. Det resulterade i en antologi "Att vara doktor. Läkare berättar om sin vardag". Skrivartävlingar för medicinare finns internationellt, t.ex. Hippocrates Initiative for Poetry and Medicine (www.hippocrates-poetry.org).

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi och skrivartävlingen

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi (The Swedish



Balint Society, SFMP) som är en sektion av SLS har sedan 2002 utlyst en skrivartävling vartannat år. För tio år sedan inleddes ett samarbete med SLS Kandidat- och Underläkarförning (KUF) för att främja skrivandet bland medicine studerande till och med AT. Vi instiftade en särskild tävling för denna grupp. Juryn för båda skrivartävlingarna består av representanter för de båda föreningarna.

Vad skriver läkare om i sina tävlingsbidrag?

Läkare och annan vårdpersonal skriver om patientmöten som betytt något för dem personligen – både glädjefyllda och smärtsamma. Återkommande temata är den sjukes svåra tillstånd, den egna maktlösheten och frustrationen. Hur profes-

sionella vi än är blir vi berörda på de mest skiftande sätt. (Erfarenheten av många års Balintledararbete är att det finns en benägenhet hos dugliga kollegor att underskatta den egna sekundära traumatiseringen.) Andra bidrag handlar om tillfredställelsen när det klickar och man delar en insikt med en patient.

En nyexaminerad läkares första möte med arbetet på en liten vårdcentral skildras av Hanna Åsberg i *"Du fattar ingenting"*, 2010.

"Men primärvården var annorlunda. Det var ett annat sätt att arbeta, ibland även var det också ett annat sätt att förhålla sig till patienterna. Vissa sjukdomar och tillstånd kände jag igen från sjukhuset, ... patienter med högt blodtryck, hjärtsvikt och andningssvårigheter hade jag träffat på medicinkliniken. Buksmärta, vattenkastningsbesvär och sårskador hade jag handlagt på kirurgen. Frakturer och trauman hade jag stött på många gånger. Jag kunde göra en någorlunda suicidbedömning om patienten uppvisade tecken på depression. Men de typiska primärvårdspatienterna, dem kunde jag bara lära mig om i primärvården och där hade jag mycket begränsad erfarenhet. Jag kände mig vilsen och fick fråga ofta. Min handledare, som hade arbetat som familjeläkare ungefär lika många år som jag själv hade levt, insåg inte hur dålig jag var på dessa patienter, tänkte jag för mig själv men sa inte detta till honom. Att bedöma en trumhinna, spegla larynx, behandla smärtor från rörelseapparaten, hantera sjukskrivningar med oklara psykiska diagnoser, sätta in en prolapsring – ja, allt detta var knepigt för mig."

Från den utgångspunkten startar en gastkramande skildring av ett möte med en patient som gått länge på vårdcentralen – en som är krävande och förnekar sitt Dexofen-missbruk. Texten belyser den unga läkares utsatthet, hennes mod och ansvar för sin medicinska delaktighet i en iatrogen suicidal situation. Den berör också en mycket komplex "undervegetation" i all-

mänläkarpraktiken, som är mer omfattande än vi vanligen vill erkänna och som diskuteras alltför litet.

Erland Svensson, distriktsläkare i Fjällbacka, har i sin essä *"Trons väg och doktors"*, 2008, gett en varm och levande beskrivning av en distriktsläkares möte med sina patienter. Denne har en självklar kännedom om det samhälle han verkar i och ett arbete som möjliggör improvisation, nytänkande, gränsöverskridande – och mycket omtanke. Det är en bild av den allmänmedicinska vardagen när den är som allra bäst, både för patienterna och deras läkare!

En del texter berör specifika kliniska situationer som triggar minnen av ett eget trauma, såsom det lysande gestaltades i Elisabeth Hultcrantz prisvinnande bidrag *"Skopi med förhinder"*, 2008. Att en erfaren kirurg också själv är en familjefar går att läsa mellan varje rad i Åke Lassons *"Pappas värsta otursdag"*, 2006.

I flera bidrag beskrivs att bli övergiven i en svår situation, att inte ha fått hjälp av sin överläkare eller stöd av sin chef.

"Så är det att arbeta här, man får försöka anpassa sig". Chefen går. Akuttelefonen ringer igen." (Karin Boo: *Bakom draperiet*, 2016).

I en välfungerande Balintgrupp är läkares skuld/skam ett återkommande tema. Men så ej bland tävlingsbidragen. Ett undantag utgörs av Erland Svenssons *"Fy skam"*, 2016.

"Snart kommer dagens första patient. Snart kommer alla veta. Hela samhället kommer veta det. Jag vet vad de tänker: hur kunde jag missa. Jag tar mina patienter men tankarna är någon annanstans. Vad hade jag gjort?"

"Att lyssna till patientens historia och att skriva om livet i sjukvården kan hjälpa oss, under studietiden såväl som under hela vår läkarkarriär."

Huvudpersonen missade en viktig information eller gjorde något annat fel som hen inte kunnat glömma. Skrivandet kan här fylla en bearbetande/terapeutisk funktion.

Ett tema som ökat över tid är personalens stress och överbelastning och upplevelsen av en sjukvård i kris. Det illustreras av Jenny Håkansson *"Hundra liv en natt"*, 2016 och Karin Boos *"Bakom draperiet"*, 2016. I *"Distriktsläkaren som gick"*, 2014 ger Linn Strömberg en bild av en psykiskt havererad läkare, Kurt-Arne, och Gittan, en sköterska, som energiskt försöker få en mottagning att gå runt.

"Men Kurt-Arne varför ligger du på golvet?!" Han hörde Gittan muttra att nu har doktorn blivit galen. Från huvudets position långt in under skrivbordet skymtade han hennes färgglada stödstumpor och fotriktiga innetofflor. Det förlöpte flera tysta sekunder "Nu kommer du ut därifrån!"

Med en djup suck lät han sig dras ut. Kom upp på fötter efter att yrvaket ha blinkat mot lysrören i taket. Blev sittande som en slokande garderobsblomma på skrivbordsstolen. Gittan hade redan lämnat rummet. "Jag kom lindrigt undan" tänkte han. Borstade sig lite på knäna, tittade på tidboken på dataskärmen.

Han kröp ner från stolen och in under skrivbordet igen. På samma gång mörkt, tyst och lugnt. I lugnet överröstade tinnitusen allt, som ett vilt hav med en galning som spelade tvärflojt mitt i. Samma ton. Hela bröstkorgen hoppade av ett galopperande hjärta. Men tankebruset i hjärnan stillnade. Hon lät det gå säkert en kvart innan hon dök upp igen. "Det sitter flera stycken därute och väntar, du har inte avslutat kvart över två-patienten. Det vore fint om du gjorde det."

"Kreativt skrivande kan på goda grunder förmodas öka läkares empatiska förmåga."

Bidrag från lekmän

Vid tävlingen 2014 uppträdde ett nytt fenomen. Lekmän hade nu hittat vår tävling på internet. De hade skrivit berättelser om egen eller anhörigs sjukdom, oftast utifrån att inte ha blivit förstådda eller respekterade i vården. Det inspirerade oss att i en artikel, "Negotiating health", analysera dessa texter [6]. Syftet med tävlingen var dock att *läkare och vårdpersonal* skulle få skriva om sina upplevelser, varför vi numera tydliggjort denna begränsning.

Hur skriver läkare och annan vårdpersonal?

Många bidrag skrivs i jagform för att ge texten en mer autentisk prägel. Men vi kan inte veta om texten verkligen är självbiografisk. Jagformen kan användas för att ge texten en mera autentisk prägel. De flesta berättelser är realistiska, men några mer absurda, som den om den sjunkande vårdcentralen.

"Det ser ut som att hela vårdcentralen lutar, hela byggnaden kasar, mycket långsamt men ändå märkbart för ögonen, ner mot vattnet i parken. Usch, där kommer vi att sjunka ner till botten, undrar om det är anmält." (Ragnar Swahn: *Fem minuter*, 2016).

Ämnesvalen för kandidater och yngre läkare och mer erfarna och äldre kollegor skiljer sig inte särskilt mycket åt. De bästa bidragen i "student-AT-tävlingen" har vi rekommenderat för översättning och bearbetning för ett internationellt skrivarpris för studenter, Asconapriset (www.foundation-ps.com).

"Det är en bild av den allmänmedicinska vardagen när den är som allra bäst, både för patienterna och deras läkare!"

Arbetet med tävlingsbidragen

Jury bedömer bidragens kliniska relevans och litterära kvalitet. Jury har typiskt bestått av tre representanter för SFMP och tre representanter för KUF. Vid 2019 års tävling kommer för första gången en litteraturvetare att ingå i juryn.

Författarna till de bästa bidragen har bjudits in till ett seminarium för SFMP:s medlemmar några månader efter tävlingen. Vi har arbetat som i en Balintgrupp för reflektion om patient-läkarmötet, d.v.s. varje författare läser sitt alster, drar sedan sin stol tillbaka, medan andra författare och andra deltagare diskuterar känslor och tankar som väckts. Till slut kommer författaren in igen och kan om hen så vill fortsätta diskussionen.

Vi har regelbundet vart annat år sedan 2007 kunnat presentera skrivartävlingen som Rikssymposium på Medicinska Riksstämman, där tre författare deltagit och några från auditoriet bjudits in till diskussionen. Symposierna har varit välbesökta. Många åhörare har varit djupt berörda. Det har främjat ett utbyte av personliga kliniska erfarenheter. Sedan Riksstämman avvecklats har vi istället satsat på konferensen Framtidens Specialistläkare (FSL). På höstmötet 2018 ordnades en välbesökt workshop efter samma modell. Nu har skrivartävlingen synkroniserats med FSL och ska därför avgöras under hösten 2019.



Elsa Lena Ryding
Docent, f.d. överläkare
Inst. för kvinnors och
barns hälsa
Karolinska Institutet



Henry Jablonski
Psykiater, psykoanalytiker
Ordf. Svensk Förening för
Medicinsk Psykologi
Stockholm
drhj@jablonski.se

Referenser:

1. Erling V. Narrativ medicin tillvaratar berättelsen. *AllmänMedicin*. 2018;4:19-21.
2. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical. 2nd edition (1964, reprinted 1986). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1957.
3. Jablonski H, Kjeldmand D, Salinsky J. Balint Groups and Peer Supervision. I: Launer J, Sommers L (red). *Uncertainty in Primary Care*, kap. 4, . New York: Springer, 2013.
4. Jablonski H. Balint group work and the institutional setting. *Journal of the Balint Society*. 2018;47:85-96.
5. Baruch JM. Creative Writing as a medical instrument. *J Med Humanit*. 2013;34:459-69.
6. Koch R, Joos S, Ryding EL. Negotiating health: patients' and guardians' perspective on "failed" patient-professional interactions in the context of the Swedish health care system. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):361. doi: 10.1186/s12913-018-3160-4.

SFMP:s hemsida:

www.sfmp.se.

Alla citerade bidrag hittas under
http://sfmp.se/verksamhet_skrivartavling.php.



Socialminister Lena Hallengren har ett januariavtal att förverkliga

Lena Hallengren – i januariavtalet står att det ska bli mer attraktivt för läkare att arbeta i primärvård. Hur blir primärvården mer attraktiv?

– Idag tycker många allmänläkare att det inte är tillräckligt attraktivt att ha en fast anställning. En åtgärd kan vara att införa fast läkare och se över möjligheten till listningstak. Men det handlar också om att knyta ihop hälso- och sjukvården så att allmänläkarna upplever att de utgör navet i sjukvården och kan använda hela bredden av sina kunskaper.

"Det är ju uppenbart att Åke Åkesson, initiativtagaren på hälsocentralen i Borgholm, har kunnat göra sin resa trots att det ännu inte finns någon primärvårdsreform."

Vad menar du med att knyta ihop sjukvården?

– Jag tror att samverkansfrågorna är jätteviktiga. Så att patienten inte rutinemässigt skickas vidare. Att man till exempel ser till att bygga relationer till den specialiserade vården så att man snabbt kan få återkoppling och inte behöver skicka remisser fram och tillbaka.

Är arbetsmiljön enbart en fråga för regionerna eller har staten ett ansvar?

– Bottenplattan är att regionen är ansvarig för arbetsmiljön. Men staten har ansvar när det gäller utbildning, att skapa de förutsättningar som krävs. Staten kan också underlätta, till exempel se till att sjuksköterskor kan specialistutbilda sig med bibehållen lön, vilket kan bidra till att göra primärvården mer attraktiv.

Hur ska det gå till att "säkra rätten till fast läkarkontakt"?

– Det finns all anledning att fundera över hur vi ska se till att patienten upplever närhet och trygghet. Där hänvisar jag till Anna Nergårdhs utredning God och nära vård som är bärande. Hon föreslår bland annat att vi ska införa fast läkare för de som vill.

Idag är det brist på allmänläkare och de räcker inte till alla som vill ha en fast läkare. Hur löser man det?

– Jag är inte beredd att sätta ner foten och bestämma hur många det i så fall ska vara på listan, det återkommer vi till i diskussionerna mellan de fyra partierna. Men att tillåta även andra specialister än allmänmedicinare, t ex. geriatriker, kunde kanske vara en lösning.

Vilket ansvar har allmänläkarna själva för att primärvårdsreformen i januariavtalet ska lyckas?

– Det gäller väl att beskriva er egen situation och vilka förutsättningar som behövs för att ni ska kunna göra ett bra jobb. Kanske bör ni hjälpa till att formulera uppdraget. Jag skulle bli väldigt förvånad om det finns sjukvårdspolitiker som är ointresserade av allmänläkarnas engagemang.

I vilka forum kan professionerna komma till tals?

– Vi har alldeles nyligen haft ett forum, ett rundabordssamtal, med företrädare för flera vårdprofessioner. Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet och företrädare för allmänläkarna var med. Jag kommer att jobba mer på det viset.

Är den så kallade Borgholmsmodellen en förebild för dig?

– Jag besökte faktiskt Borgholm igår. Många menar att det är en bra modell, och det tycker jag också. Att det har gått så fort att skapa den tror jag är en viktig framgångsfaktor, för förändringar kan ta hur lång tid som helst. Som politiker undrar man ofta över vad som kommer att hinnas med under en fyraårig mandatperiod. Åke Åkesson har visat att det går att få mycket att hända på några år. Men det finns också andra modeller att titta på, Tiohundra i Norrtälje, till exempel. Där har man ett annat sätt att samverka.



Lena Hallengren

Ålder: 45 år

Familj: Man, två barn

Bor: I Kalmar

Bakgrund:

Utbildad grundskollärare. Förbundssekreterare SSU 1999–2002. Riksdagsledamot. Biträdande utbildningsminister 2002–2006 och varit ordförande i utbildningsutskottet. Sittit i trafikutskottet och jordbruksutskottet. 2010–2014 vice ordförande i socialutskottet med ansvar för sjukvård, äldreomsorg och funktionshinder. Sedan 2018 barn-, äldre- och jämställdhetsminister och i januari 2019 utsedd till socialminister.

Ur januariavtalet mellan S, MP, C och L

En primärvårdsreform införs. Rätten till en fast läkar-kontakt säkras. Det ska bli attraktivt för läkare att arbeta i primärvården och därigenom öka tillgänglighet och valfrihet. Det ska bli enklare att bedriva vård på landsbygden. (Ett större arbete genomförs av Socialdepartementet utifrån vad som redan utretts och vad som kräver ytterligare utredningar. Syftet är att alla reformer ska vara genomförda under mandatperioden.)

Läkarna på hälsocentralen i Borgholm ansvarar för 1 000 invånare vardera, är det en rimlig lista?

– Man har den äldsta befolkningen i landet och listorna består till stor del av äldre. Skulle man lista en normalbefolkning skulle det se annorlunda ut. För människor som sällan besöker vårdcentralen spelar kontinuiteten en relativt liten roll. Men för de 300 kroniskt sjuka och äldre i Borgholm som har stora vårdbehov är det helt avgörande att få träffa samma doktor och att läkaren är uppdaterad och känner patienten. Dessutom bör det vara positivt för allmänläkarna, som då kan använda all den kompetens de sitter på och följa upp sina patienter.

"Det gäller väl att beskriva er egen situation och vilka förutsättningar som behövs för att ni ska kunna göra ett bra jobb. Kanske bör ni hjälpa till att formulera uppdraget."

Går det att genomföra regionala primärvårdsreformer, typ Borgholmsmodellen, utan statens medverkan?

– Det är ju uppenbart att Åke Åkesson, initiativtagaren på hälsocentralen i Borgholm, har kunnat göra sin resa trots att det ännu inte finns någon primärvårdsreform. Det har inte heller krävts någon större förändring av förutsättningarna från stat och huvudman. Inom de ramar som redan finns bör det alltså gå att åstadkomma mycket. Och för staten gäller det att inte stoppa upp sådana utvecklingsinitiativ.

Borde staten ta över hälso- och sjukvården så att den blir mer jämlik?

– Nej definitivt inte. Om staten hade styrt hade nog inte Åke Åkesson kunnat åstadkomma det han gjort. Förutsättningar varierar beroende på befolkningsunderlag och vårdenheter måste kunna lösa sina problem och uppgifter på egna sätt. Vården ska givetvis vara likvärdig över landet, men det är en helt annan sak. Att sjukvården skulle bli mer likvärdig om den drevs av staten tror jag inte på. Att tjugo regioner utmanar varandra skapar däremot utveckling.

Hur ser ett bra vårdvalsavtal ut?

– Det är viktigt att ersättningen stimulerar till vård efter behov. Och att avtalet ser till helheten, kräver ett helhetsuppdrag. Min förhoppning är att man ska kunna vända sig till sin hälsocentral för i princip allt, för att vara litet krass.

Ombytta roller

I den sista delen av intervjun föreslår jag Lena Hallengren att vi byter roller. Hon får ställa frågor och jag ska försöka svara – å allmänläkarnas vägnar. Den första fråga hon ställer är hur jag tror man kan få hyrläkare att bidra till kontinuiteten genom att i stället göra sina insatser som fasta, tillsvidareanställda läkare.

Jag svarar att rimlig arbetsmiljö är nummer ett. Att den bara kan bli rimlig om uppdraget avgränsas genom listning av hela befolkningen på fast läkare med rimligt listtak. Och att jag är övertygad om att allmänläkare blir mer benägna att ta ansvar för sina listade patienter om de kan påverka den egna arbets-situationen.

"Vad krävs för att fler läkare ska vilja bidra till förbättrings-arbetet?" blir nästa fråga från Lena Hallengren. Jag svarar att de allra flesta allmänläkare vill använda sin kreativitet, men att uppdraget då måste vara avgränsat och medge tid för reflektion och utveckling. Först då kommer vi att se kreativa och idérika allmänläkare.

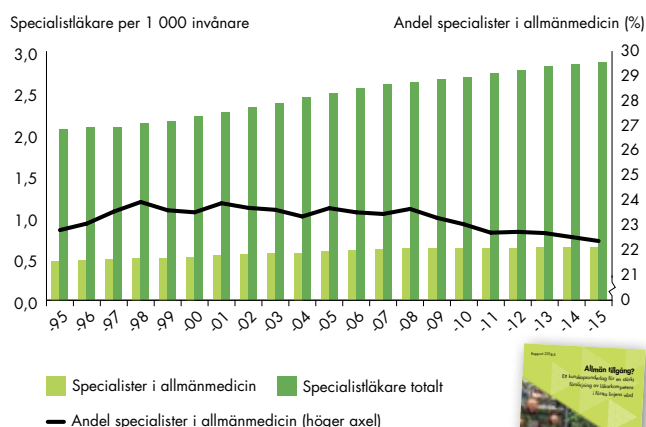
Lena Hallengren talade nyligen med några AT-läkare på en hälsocentral där det fanns en erfaren läkare anställd med uppgift att stödja utbildningsläkare och andra som behöver hjälp. "Varför gör man inte så överallt?" Mitt svar på den frågan blir att det är en bra idé och att det fungerar så på enstaka vårdcentraler men att hindret brukar vara att ekonomin inte orkar med det.

"Hur långt tror du vi kommer med primärvårdsreformen om vi genomför Anna Nergårdhs utredningsförslag?" frågar Lena Hallengren. Jag tror att jag talar för majoriteten av allmänläkarna när jag säger: "En bit, men inte hela vägen. Många förslag i Anna Nergårdhs utredning är bra, men hade kunnat vara skarpare. Till exempel borde utredningen tydligt ha föreslagit fast läkare för hela befolkningen och listtak. Här kan det vara klokt att lyssna på Göran Stiernstedt och titta på förslagen i hans utredning Effektiv vård."

"En åtgärd kan vara att införa fast läkare och se över möjligheten till listningstak."

Alla vet att allmänläkarna idag inte räcker till om ett system med fast läkare införs. Men för att primärvården ska komma på fötter är det nödvändigt att börja resan mot nära vård med "gröna öar", fasta läkare med listtak. Först då kommer jobbet att locka nyblivna läkare, läkare med utländsk examen och läkare från andra specialiteter. Jag fortsätter att argumentera: "Det kommer att ta ett tag, men om inget görs kommer vi att sitta kvar i en överbelastad primärvård där ingen orkar ifrågasätta något eller ens tänka på förbättringsarbete". ➡

Figur 2. Antalet specialistläkare och specialister i allmänmedicin per 1 000 invånare samt andelen specialister i allmänmedicin 1995–2015.



Not: Figuren visar antal specialistläkare verksamma i hälso- och sjukvården.
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (Socialstyrelsen 2018).

Figur 1: *Ur Allmän tillgång, Vårdanalys 2018:5*



”Och ändå finns det fler läkare idag än någonsin”, säger Lena Hallengren, och menar totalantalet. Jag erinrar mig Socialstyrelsens statistik, där det framgår att antalet allmänläkare har ökat högst marginellt och att andelen allmänläkare av det totala antalet läkare sjunkit ordentligt (figur 1). Den kurvan talar sitt tydliga språk.

Lena Hallengren måste kila till nästa möte. Kanske har vårt halvtimmeslånga men intensiva samtal bidragit till ökat samförstånd mellan professionen och politiken. För mig känns det så.



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Många utmaningar för SKL:s nye vård- och omsorgschef

Fredrik Lennartsson har ägnat sitt yrkesliv åt hälso- och sjukvård och jobbat med socialministrar som Margot Wallström, Lars Engkvist, Ylva Johansson och Göran Haggglund. Han drog igång Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2011 och var en kortare period hälso- och sjukvårdsdirektör i Skåne. Idag är han chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL, Sveriges kommuner och landsting.

Du har nu jobbat på SKL i tre månader. Hur känns det?

– Det känns väldigt bra. Jag brinner för att jobba med omställningen av svensk sjukvård och omsorg. Och i det arbetet ställs jag inför nya frågor och möter många människor.

Vad har du med dig i bagaget från tidigare uppdrag?

– Patientperspektivet. När det gäller reformer, utredningsförslag och överenskommelser med staten så tycker jag att man allra först måste fråga sig om det ger förutsättningar för högre vårdkvalitet, att det verkligen betyder något för patienterna. Det räcker inte med att fråga vad det innebär för regioner och kommuner.

Vad tror du folk i vården tänker när dom hör ordet SKL?

– Bra fråga! Dom flesta ser nog SKL som en arbetsgivarorganisation. Jag möter en del som uttrycker frustration över att SKL inte tagit tag i någon viktig fråga eller fattat ett angeläget beslut. Det bottnar nog i en bristande förståelse av vad SKL egentligen är för typ av organisation. Vi kan inte tala om för våra medlemmar vad de ska göra, SKL är i mångt och mycket en konsensusorganisation. Våra huvudsakliga uppgifter är att

skapa goda förutsättningar för och stötta våra medlemmar, främja samarbete och skapa nationell samordning runt vissa frågor.

Ser du annorlunda på SKL nu när du själv jobbar där?

– Tidigare tyckte jag att organisationen var litet svår att få grepp om. Ganska kontrollerande och kanske inte så utvecklingsorienterad. Men nu har jag en helt annan bild. SKL är en utvecklingsorienterad organisation som jobbar med att stötta våra medlemmar med lösningar. Medarbetarna är engagerade, brinner för utveckling och har en enorm kompetens.

Kan du ge något exempel?

– Ett konkret exempel är Emma Spak och det arbete vi bedriver för att stötta och driva på omställningen till nära vård. Det finns ett stort engagemang kring den frågan på SKL och det handlar inte bara om att skapa bättre förutsättningar för det kommunala självstyret, utan att bidra till att förverkliga omställningen till nytta för den enskilde.



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**

Hur var det att leda Myndigheten för vård- och omsorgsanalys?

– Det var väldigt spännande att få starta upp en myndighet och försöka hitta vår nisch. Och intressant att arbeta för en ny myndighet med ett så brett uppdrag och att bidra med kunskapsunderlag utifrån ett patient- och medborgarperspektiv. Det är patienter det handlar om, hur vi kan bli bättre på att utforma vården och svara upp mot deras behov, förväntningar och förutsättningar. I rapporten En primär angelägenhet från 2017 beskrev vi primärvårdens förutsättningar att kunna leva upp till förväntningarna.

"... det är slående att vissa verksamheter tycks fungera betydligt bättre än andra trots samma uppdrag, samma förutsättningar och samma resurser."

Rapporter som belyser situationen i primärvården borde väl höja dess status?

– Ja, absolut. Jag tänker på vårdanalysrapporten Ur led är tiden. Den lyfter fram att Sverige har många läkare men samtidigt ganska få läkarbesök och att både läkare och patienter är missnöjda med den tid de har tillsammans. Det var bland annat det som föranledde regeringen att tillsätta utredningarna Effektiv vård och God och nära vård. Jag menar inte att det var Vårdanalys förtjänst, men det har nog bidragit.

Har inte SKL ovanligt stor makt över sjukvården för att vara en intresseförening?

– SKL är en politiskt styrd organisation. Här samlas hela kommun- och regionsverige, de som ansvarar för landets hälso- och

sjukvård, socialtjänst och skola. Deras perspektiv går tvärs över partigränserna och handlar om hur de ska stärka sina förutsättningar att kunna leverera god välfärd. En av mina företrädare, Göran Stiernstedt, har sagt att framtidens kommunala självstyre kommer att kräva mycket mer nationell samordning. Jag håller med, den rollen blir allt viktigare och vi har redan blivit litet bättre på det. Kunskapsstyrning, jämlik introduktion av nya läkemedel och digitalisering är några exempel.

Vilken är den största utmaningen för SKL?

– Under kommande tio år kommer antalet personer över 80 år att öka med 44 procent. Samtidigt ökar den arbetsföra delen av befolkningen med endast 6 procent. Det betyder att vi de närmaste tio åren behöver rekrytera 500 000 nya medarbetare, 200 000 för att svara upp mot ett ökat demografiskt behov och 300 000 som ersättare för dem som går i pension. Det motsvarar hela arbetskraftsutbudet i Sverige. För att lösa det problemet kan vi inte nöja oss med att fortsätta i gamla hjulspår. Digitaliseringen kan vara till hjälp, och när det gäller primärvårdsreformer gäller att tänka nytt och innovativt.

"... vi har sagt att ett eventuellt listtak inte bör regleras nationellt. Det bör utformas lokalt."

Hur tycker du dagens primärvård fungerar?

– På många håll fungerar den bra. I Skåne pratas det om gröna öar och det är slående att vissa verksamheter tycks fungera betydligt bättre än andra trots samma uppdrag, samma förutsättningar och samma resurser. Det är viktigt att ta reda på varför det är så. Ofta faller det tillbaka på ett bra ledarskap

Fredrik Lennartsson

Ålder: 52 år

Familj: Fru och tre vuxna barn

Karriär: Uppvuxen i Linköping. Utbildad nationalekonom vid Handelshögskolan i Stockholm. Haft uppdrag för SIDA, Världsbanken och WHO och deltagit i utvecklingen av hälsosystem, i bl.a. Sydafrika, Zambia, Zimbabwe och Moçambique. Arbetat tio år på Socialdepartementet, varav fem år som departementsråd. 2011–2018 generaldirektör för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Därefter tio månader som hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne. Sedan november 2018 chef för avdelningen för vård och omsorg på Sveriges kommuner och landsting.



Foto: Gösta Eliasson

och på att medarbetarna känner att de har förutsättningar att göra ett bra jobb.

Är dagens primärvård underfinansierad?

– Definitivt. Den måste stärkas. En av vårdanalysrapporterna visade att bara 18 procent av sjukvårdsresurserna går till primärvård. Detta trots alla ambitioner om bättre tillgänglighet, kontinuitet, samordningsansvar och förebyggande arbete. Sjukvårdssystemet är inte anpassat till det ökande antalet äldre, ökad förekomst av psykisk ohälsa och fler med kronisk sjukdom. Att möta varje enskild patient utifrån dennes behov och förutsättningar är primärvårdens adelsmärke. Men förutsättningarna att leva upp till det måste stärkas, så är det.

Anser du att primärvården ska ha ett nationellt uppdrag?

– SKL är positiv till en övergripande nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag, men tycker att det bör regleras i lag snarare än i förordning. Lagstiftning skapar stabilitet över tid. Samtidigt måste innehållet och utformningen av uppdraget ligga på en övergripande nivå och skapa förutsättningar och nödvändig flexibilitet att utforma utifrån lokala förutsättningar och behov.

"... att alla ska vara listade tror jag är att gå för långt."

Ska staten bestämma om ersättningsprinciper och öppettider?

– Hur man än väljer att utforma ett nationellt uppdrag måste det anpassas utifrån lokal kontext. Därför gäller det att hitta en rimlig nivå på det övergripande nationella uppdraget. Att staten skulle reglera öppettider och ersättning tror jag inte vore ändamålsenligt.

Hur tänker du när det gäller fast läkare i primärvården?

– Vi vet att det är många som vill ha en fast läkare, och fler skulle säkert ha nytta av det. En fast läkare har större möjlighet att skapa en relation till sin patient, att jobba förebyggande och att anpassa vården utifrån individens behov och förutsättningar. Jag tror därför att fler patienter än idag skulle vara betjänta av fast läkarkontakt. Vi bejakar också Anna Nergårdhs förslag att stärka den fasta läkarkontakten.

Hur tänker du när det gäller listtak?

– Det måste finnas förutsättningar för den fasta läkaren att kunna fungera och erbjuda tillgänglighet, kontinuitet, förebyggande eller vad det nu kan vara. Men vi har sagt att ett eventuellt listtak inte bör regleras nationellt. Det bör utformas lokalt.

Bör de som låter bli att lista sig listas passivt?

– Att säga att alla ska vara listade tror jag är att gå för långt. Det är inte heller Anna Nergårdhs utredningsförslag.

Vilken är den viktigaste åtgärden för att öka antalet fast anställda specialister i allmänmedicin?

– Det finns ingen enskild åtgärd. Det handlar om ett helt batteri av åtgärder och i grund och botten om att vidta åtgärder så att den enskilda medarbetaren kan göra ett gott jobb och känna arbetstillfredsställelse.

Hur skapar man arbetstillfredsställelse?

– Chefens förmåga att leda verksamheten är a och o. Och alla måste uppleva att uppdrag och resurser stämmer överens och att man har stöd av andra kompetenser. Journalsystem och verksamhetsstöd måste underlätta arbetet och får inte vara ett hinder. Smidigare samverkan med slutenvård och med kommuner kan också göra arbetet smidigare.

Förs det någon statistik över antalet allmänmedicinska specialister?

– Socialstyrelsen och UKÄ har ett regeringsuppdrag att skapa en samverkansarena kopplad till uppdraget om framtidens vårdkompetenser. Men jag måste erkänna att jag inte känner till om SKL har tillgång till sådan statistik. Kompetensförsörjningen är en viktig framtidsfråga och grundläggande statistik är en förutsättning.

Det nationella kunskapsstödet, NKS, ska förse professionerna med kunskapsstöd och riktlinjer, bland annat för att minska variationer i diagnostik och behandling. Hur ska dessa kunskaper omsättas till praktiskt handlande?

– Programområdesarbetet och NKS bygger på en gemensam regional struktur och uppdraget är att se till att kunskapsstödet blir använt i mötet med patienten. I konceptet ingår även uppföljning och analys av det som görs. Jag har inte något enkelt svar på hur man åstadkommer det här, men det bör rimligen ingå i kompetensutvecklingen och integreras i det nationella system för lärande som vi tänker bygga upp. För detta krävs det infrastrukturer för fortbildning. Men det måste också finnas efterfrågan från professionerna, drivkrafter som bejakar viljan till lärande.

Är inte viljan till lärande inbyggd i läkaryrket?

– Ja, så är det nog, och då är det infrastrukturen, om man får beskriva det så, som måste finnas och stödja lärandet hos enskilda medarbetare och teamet.

Du lämnade jobbet i Skåne efter tio månader.

Är du en inbiten stockholmare?

– "Om jag var stockholmare" var den första fråga jag fick när jag kom till Skåne som hälso- och sjukvårdsdirektör. Då var det bra att kunna säga "nej, inte alls, jag härstammar från Östergötland". Det lät ju litet bättre. Men Stockholm är hemma för mig. Det är här jag har min familj.

Jäv saknas.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Annons

Björn Eriksson blir ny sjukvårdsdirektör i Stockholm

Björn Eriksson är ny på posten som hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholm. Han är läkare och kommer närmast från Skåne, där han varit chef för Skånes Universitetssjukvård. En uppgift han nu kommer att ta itu med är utvecklingen av primärvården mot nära vård i Stockholm. Han anser att allmänläkarna kommer att ha en nyckelroll i den framtida hälso- och sjukvården eftersom det krävs helhetssyn, systemkunskap och individperspektiv.

Varför valde du det här uppdraget?

– Sjukvårdens uppgift, att skapa så mycket hälsa som möjligt med de resurser vi har, bygger till stor del på utveckling av organisation och arbetssätt. Det intresset gjorde att jag tidigt halkade in på ledningsfrågor. Men jag har alltid gillat att jobba kliniskt. Läkaryrket är fantastiskt. Svårt, komplicerat men enormt givande. Patienterna är det man saknar allra mest när man finns utanför kliniken.

Hur kom det sig att du övergav Skåne?

– Jag trivdes ju väldigt bra med arbetet så det var svårt att flytta därifrån. Men för det första var det lockande att få bli hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholm. För det andra ville jag ha större möjligheter att dela vardagen med familjen. Att veckopendla mellan Jämtland och Skåne sliter ganska hårt. Mitt nya uppdrag kommer att bli att undanröja hinder och att stimulera utvecklingen så mycket det går. På min nivå kan det till exempel röra sig om att skapa bra avtal för primärvården. Mer vågar jag inte säga just nu.

Hur ser ett bra vårdavtal ut?

– Avtal ska formuleras utifrån utfall, kvalitet och tillgänglighet och kanske några enkla saker men i möjligaste mån undvika detaljstyrning och pekfinger eftersom det tar bort ansvaret från medarbetarna. Alla som jobbar i systemet bär på ett ansvar och det delar man med andra. Utan ansvarstagande tar systemet över och allting blir ”någon annans” fel.

Vad tänker du om fast läkare?

– Alla sätt att garantera patienterna kontinuitet är bra. Då måste man också vara positiv till ett fastläkarsystem.

Idag är det brist på allmänläkare, så vad gör man med de som inte får plats på någon lista? Kan man hänvisa dem till tillfälliga vikarier och hyrläkare?

– Visst kunde vi ha ett restomhändertagande. Men det är alltid fråga om människor som behöver vård. Och det blir väldigt tufft om de som har störst behov och sämst möjligheter att ta för sig

hamnar där. Jag tänker på behovs- och solidaritetsprincipen. Att vi måste värna om människor med stora sjukvårdsbehov.

Bör det finnas ett listtak?

– Det är en svår fråga och jag är för lite insatt i konsekvenserna, men jag tror det behövs ett tak för att få fastläkarsystemet att fungera. Men det får inte innebära att man utesluter vissa patientgrupper eller skyfflar iväg folk till fel ställen. Detta har diskuterats mycket och jag har läst DLF-Stockholms ordförande, Ylva Sandströms ifrågasättande debattartikel i Dagens Medicin [1]. Jag förstår henne. Det verkar finnas en inbyggd problematik, för dels ska man ansvara för sina egna listade patienter, dels är man skyldig att ta emot alla patienter som söker hjälp på vårdcentralen. Därför är jag försiktig med att just nu säga hur vi ska göra med taket.

Har du någon förklaring till varför har det hänt så lite när det gäller utbyggnaden av primärvården?

– Det är en gåta. Så länge jag minns har alla pratat om behovet av stärkt primärvård och knappa resurser. Men sjukvården ser ändå i stort sett likadan ut. Det kan bero på att primärvård och slutenvård är två kulturer som talar mot varandra. Dels bevarar det sjukhusstarka på något sätt sig självt, dels upplever jag att vår egen profession, läkarskrået, har haft svårt att orka ta till sig alla politiska styrsignaler och ambitioner.

Vad är egentligen nära vård?

– Nära vård är ett vitt begrepp och svårt att definiera. Det är vård nära patienten och ska om möjligt stimulera denne till att klara sig själv eller med så liten insats som möjligt. Och det är distriktsläkarna som ska vara motorer och stå för helheten i den nära vården. Idag är vården alldeles för fragmenterad. Frågan många ställer sig idag är hur vi ska få till en vändning, men jag tolkar det så att vändningen redan har börjat.



Björn Eriksson

Bor: Offerdal, Krokoms kommun i Jämtland. Lgh i Stockholm.

Ålder: 52 år

Familj: Gift, tre barn.
Hustrun sjukgymnast

Karriär: Läkare och kardiolog. ST i Torsby och på Huddinge sjukhus. Arbetat kliniskt och med grundutbildningsfrågor på Karolinska sjukhuset. Kortare tid arbetat med utvecklingsfrågor på Astra Zeneca. Varit divisionschef på Medicin-Thorax på Akademiska sjukhuset. Flyttade 2010 till Östersund och blev 2013 landstings- och regiondirektör i Jämtland-Härjedalen. Blev 2017 chef för Skånes Universitetssjukvård och är sedan april 2019 hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholm.

Måste inte vändningen du talar om komma väldigt snart?

– Jag tror inte på rappa, snabba beslut. Förändringen måste växa fram, så att de som tar emot uppdraget också klarar av det. Det jag hör idag från distriktsläkare och SFAM är att man inte orkar ta hand om fler uppgifter, att man inte vill ta på sig några sidouppdrag och specialuppgifter. Det är oroväckande, men inte så konstigt, för kompetensen måste ju finnas på plats innan det kan fungera. Gröna öar kännetecknas av att de som jobbar där kan avgöra vad de förmår utföra, och då kan de växa med uppgiften. Jag tror att en av orsakerna till problemen i primärvården är de alltför höga ambitionerna.

Ambitioner från vem?

– Samhällets, invånarnas, tjänstemännens, politikernas. ”Det där verkar jättebra!” säger man och gör satsningar, men ändå får vi inte till det som vi vill. Men det som skett på senare tid tror jag är nyckeln till framgång. Och det är att man undviker att låsa fast sig i det nuvarande primärvårdsbegreppet. För då bygger man en silo. Det vi kallar primärvård bör vara en garant för den helhet som sjukvårdssystemet måste kunna erbjuda. Och den garanten måste ha möjlighet att agera på ett sådant sätt att sjukvården håller ihop och fungerar. Här pratar vi om nära vård, vård nära hemmet.

Och slutenvården är inte bra på helhet?

– Vårt sjukhusstarka system bidrar med väldigt mycket gott. Det är i sig effektivt och bra, men det handlar inte precis om något invånarperspektiv, och inte om helhetssyn.

Så slut- och primärvården måste samarbeta mer?

– Ja, precis! Det är otroligt korkat, det här tänket ”vi och dom”. Det blir så fel. Något som hela sjukvården lider av. Och det kostar pengar. Sjukhuset och slutenvårdsspecialisterna bör visa sig utanför sjukhuset och inte ha sjukhusväggarna som begränsning. Och den fasta allmänläkaren bör vara mer delaktig i vad som händer på sjukhuset eftersom kontinuiteten är så viktig.

Vilket ansvar har läkare för att driva utvecklingen?

– Jag hoppas att vi snart kliver ner från åskådarläktaren. I stället för att säga hur allt borde vara måste vi inse att den som har hög lön och mycket makt också har ett stort ansvar. Man kanske inte tänker på det, men läkare styr över resurser och fördelar mängder av skattepengar inom välfärden, något som knappast förekommer i andra verksamheter. Men för att få oss själva att förstå detta krävs ett trick. Jag brinner för att läkarkåren ska inse vilken viktig ledarroll den har i hälso- och sjukvården.

Vilken kompetens bör allmänläkarna ha för att kunna ta ansvar?

– För allmänläkarnas del är det nödvändigt att ha systemkunskap, helhetssyn och individperspektiv. Slutenvårdsspecialister har det kanske litet lättare med

specialitetsvisa avgränsningar och tillgång till riktlinjer och vårdprogram. Men det är trots allt ett partiellt sätt att se på tillvaron.

Vad utmärker en bra vårdcentral?

– Det är när man i första hand fokuserar på vården och inte på arbetsplatsen som sådan. Det är en sådan inställning som gör att en arbetsplats fungerar. Andra länder imponeras av att primärvården hos oss har många professioner som kan samarbeta. Mycket skulle gå förlorat om man till exempel införde ett norskt system som inte har det teamarbete som utmärker svensk primärvård.

En del tror att task-shifting och sjukvårdslotsar skulle underlätta i vården.

– Jag tycker inte att vi ska införa någon ny sjukvårdskategori. Men det är tyvärr ofta på det viset så kallade ”lösningar” kommer till.

Är nättjänster något som hjälper eller stjälper sjukvården?

– Jag tror det är nödvändigt och viktigt att kunna nå vården med ett klick. Men det som bekymrar mig är om det blir ett så kraftigt ökat utbud att våra skattepengar går till att hantera symptom och sjukdomar som vi enligt gällande riktlinjer inte ska prioritera. Huvuddelen av sjukvårdsbehovet finns hos de kroniskt sjuka som behöver stöd och hjälp i långvariga processer.

Liberalerna i Stockholm vill införa ett husläkarsystem med fast läkare och listtak men miljöpartiet inte är så förtjusta i den idén. Är det svårt att hantera olika politiska viljor?

– Man ska ha respekt för den politiska mångfalden. Jag känner inte politikens alla vindlingar i Stockholm ännu. Men det jag tycker är starkt i Stockholm är samförståndet runt en framtidsplan. Jag känner inte till någon annan region som har en så bra grund att stå på. Och överenskommelser kan verka enande mellan de som styr och oppositionen.

Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Jäv saknas.

Referens:

1. Sandström Y. ”Sanningen bakom listningstaket är inte imponerande” Dagens Medicin 19-03-07.



”Sanningen bakom listningstaket är inte imponerande”

Genom något som mer är att likna vid ett PR-trick försöker Stockholm få det verka som man gör något åt den ansträngda arbetsmiljön, skriver Distriktsläkarföreningen i Stockholm.

Publicerad: 2019-03-07 07:00 Skrivet av: Ylva Sandström

Detta är opinionsmaterial. Åsikterna som förs fram här är upphovsmannens egna.

Stockholm inför listningstak i primärvården, skriver Dagens Medicin. Nyheten låter fantastisk, men sanningen bakom ”taket” är inte fullt lika imponerande. Genom något som mer är att likna vid ett PR-trick försöker Stockholm få det att verka som att man gör något åt den ansträngda arbetsmiljön för länets distriktsläkare och den patientsäkerhetsrisk detta innebär.

Distriktsläkarföreningen har länge drivit frågan om listning på namngiven läkare, men med ett tak, så att arbetsbelastningen blir rimlig. Tanken på ett tak för allmänläkarna har funnits länge, men aldrig blivit omsatt i verkligheten. Istället har antalet patienter och ansvaret för oss allmänläkare helt tiden ökat, med försämrad arbetsmiljö och sjukkrivningar som följd. För patienternas del innebär det att man får vänta längre på en tid och att den vård man får riskerar att bli sämre.

I Stockholm kan patienter vara listade på namngiven läkare, men det går också bra att bara vara listad på vårdcentralen eller att vara helt olistad. Oberoende av vilket, ska patienterna tas om hand av oss i primärvården. Alla förstår att en enskild läkare inte kan ansvara för hur många patienter som helst och vi blev oerhört glada när landstinget i december i mål- och budgetdokumentet skrev att man tänkte införa listningstak. Men när politiken ska konkretiseras genom Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut som det så kallade förslagsunderlaget väntas vi närmast om ändring.

Skärmdump från Dagens Medicin 7 mars 2019.

Vårdarena ersätter primärvårdsdag

I år slog Dagens Medicin ihop flera utbildningsdagar till en tvådagarskonferens, Vårdarenan, med fyra teman: dag 1 primärvårdens dag och kommunal sjukvård, dag 2 den digitala vården och strategidagen.

Dag 1 inleddes med ”spetspatienten” Sara Riggare, som betonade att patienter med kroniska sjukdomar inte är särskilt mycket i vården.

Anna Nehrgårdh påminde om att sjukvården ska vara tillgänglig även för marginaliserade och sårbara. Primärvård är en vårdnivå med regioner och kommuner som huvudmän. 25 % av sjukvårdens kostnader ligger hos kommunerna. Teamet är till för patientens trygghet lika mycket som för effektivisering och interprofessionellt lärande. Sjukvårdens prioriteringar måste bli allmänt kända.

Vi fick höra om BEON (bästa effektiva omhändertagandenivån) i Värmland, om distriktsläkare på Gotland med tid för utveckling, om reformerad nära vård i södra Karelen i Finland, om ”glesbygds-sjukhuset” i Storuman och om Hemsjukhuset i Borgholm.

Göran Stiernstedt, i panel med Heidi Stensmyren och Livia Holm från Kry, betonade att digitaliseringen ska integreras i den fysiska vården. Heidi påpekade att nätläkarna tagit fram verktyg som vi behöver i vården. Göran avslutade med att kräva mer glesbygdsvård i storstaden.



Douglas K Eby, Anchorage, Alaska

Douglas K Eby från Anchorage, Alaska, var en kulsprutetalare som lockade till skratt. 60 000 ursprungsbefolkare äger och formar sitt eget sjukvårdssystem Southcentral Foundation's Nuka System of Care. Systemet, som ska främja ”physical, mental, emotional and spiritual wellness”, bygger på långsiktiga relationer mellan vårdgivare och vårdtagare och har lyckats förbättra hälsotal och kostnadseffektivitet. Man betalar för att systemet ska producera resultat – inte pay for performance.

Eby menade att med teamarbete kan du som läkare ta hand om fler patienter per dag. Han talade om coaching, uppmunt-

ran, som är bra för alla relationer inklusive äktenskapet. Patientcirklar, studiegrupper, är viktiga ingredienser. Byggnader ska vara vackra – självförtroendet stiger, ”jag är värd det där”.



Merja Tepponen, Eksote, Finland

”Årets brobyggare” är ett nyinstiftat pris som ska uppmärksamma vikten av gott samarbete till nytta för patienter. Kolinfo, Skaraborgs sjukhus digitala utbildning i kol (<http://kolinfo.vgregion.se/>), fick hedersomnämning. Den har tagits fram i samarbete mellan 13 yrkesprofessioner och patienter.

Det stora priset gick till Tiohundra, ett bolag som 2006 i projektform fick arbetsgivaransvaret för både sjukvårds- och omsorgsverksamheter i Norrtälje. År 2016 valde Region Stockholm och Norrtälje kommun att permanenta ”Norrtäljemodellen”.

Den digitala vården belystes ur många vinklingar under dag 2. Begreppet ”digitalt ekosystem” användes bland annat av Anna Eriksson från DIGG (Myndigheten för digital förvaltning) utan att någon förklarade innebörden.

Jonas Ekström, överläkare på Västmanlands sjukhus, visade på möjligheterna med digital utrustning i patientkontakterna. Representanter för Doktor24, Kry och Doctrin fick berätta om hur de tänker sig Sveriges ”värdekosystem” om tio år.

I projektet ”Sällsynt övergång” arbetar man tillsammans med ungdomar som slussas över från barndomens omhändertagande sjuk- och föräldravård till vuxenlivets egna ansvarstagande. Det ledde till en app med helt ny utformning.

Patrik Sundström, programansvarig för e-hälsa på SKL, belyste problemen med att offentlig vård, kommunal vård och privat vård inte får dela information med varandra.

Göran Stiernstedt diskuterade hur primärvården styrs genom olika ersättningssystem. Agneta Rönn och Lars Kolmodin från SKL belyste ersättningsmodeller för s.k. digital vård. Publiken fick frågan om vi behöver ett nationellt system för primärvård inklusive nationellt ersättningssystem. Ingen i publiken var emot detta!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör, chefredaktor@sfam.se



Den första kullen ”Årets brobyggare”.

Alla foton: Ingrid Eckerman



20 år som "Fråga doktorn doktor" (FDD)

I mars 2019 lades den anonyma frågetjänsten (tidigare "Fråga doktorn") i 1177 ner. Ägarna har bestämt att den inte ska fortsätta när en ny plattform tas i bruk. "Till grund för beslutet ligger omprioriteringar i Ineras förvaltningsbudget för 2019 och Programrådets rekommendation om att stänga ner tjänsten till följd av det." Så lød det korta tillkännagivandet som nådde oss svarare i januari 2019.

Jag har alltid känt det som en stimulerande utmaning förknippad med en sorts lyckokänsla, att logga in på Fråga Doktorn och kolla mina nya frågor. Varje dag vill jag se vad det är för nytt. Men nu är det slut.

Genom att sätta mig in i frågarens undran och genom att säkra mina svar via läsning av senaste rön, nya mediciner och behandlingar, har jag känt att jag kunnat ge fakta och tröst i mina svar. Kommentarer till svaren har ofta varit stärkande och gjort att jag känt mig sedd och uppskattad. Även efter avslutat aktiv klinisk gärning har detta gjort att jag känner mig uppdaterad med allmänmedicinen. Det är viktigt i min roll som kompetensvärderare.

Telefonsamtalet 1998

"Hej Gunilla, det är Barbro Näslund! Jag har arbetat som radiodoktor i Örebro ett tag och nu har jag blivit utsedd att starta Infomedica, en "fråga doktorn"-tjänst på nätet. Jag undrar om du vill vara med och svara på frågor?"

Detta samtal från min kollega Barbro Näslund, som tidigare arbetat i Örnköldsvik liksom jag, blev inledningen till min verksamhet som FDD.

1998 var datorer och internet nyare och närmare det okända än vad som gäller idag. Nyfikenhet och intresse ledde min väg att lära mig mer. Skulle det fungera med modem? Jodå, jag lyckades logga in och kunde läsa på Infomedicas sida vilka frågor jag fått.



Allt skedde utanför arbetstid. Vi hade utbildningsmöten en eller två gånger per år, förlagda till Stockholmsområdet. Omkring 25–30 allmänläkare utbildade sig och fick vara med om starten. Vi blev bekanta och visade varandra hur vi tänkte. Att bli sedd känns alltid bra, särskilt om du vågar visa även det du själv varit tveksam till. Nu blev det klara diskussioner och jag märkte att det jag gjorde var tillräckligt bra.

Jag svarade i den stil som rådde. Ordet "man" var ännu inte tabu. Svaren var inte så snitsiga som de blev efter många år av svenska språket-gnuggningar.

Efterhand som antalet besvarade frågor blev fler upptäckte vi att många av svaren var så bra att de kunde sparas avidentifierade och läggas upp som en svarsbank. Där finns nu tusentals bra svar som frågaren leds fram till att kolla. "Din fråga kanske redan har fått svar – kolla i svarsbanken!" ➡



Författaren i arbetstagen.

- 1998 Infomedica startas av Apoteket och några landsting med syfte att bli en multimedial läkarbok på internet. Allt fler frågor besvaras och sajten får pris.
- 2005 Namnbyte till *Sjukvårdsrådgivningen*.
- 2007 *Fråga UMO* (ungdomsmottagningen på nätet) startar.
- 2010 Namnbyte till 1177. Bolaget får nytt namn, Inera AB. *Growing people*, en sajt för barnhälsovård och -sjukdomar, köps in och samordnas med 1177.
- 2013 Namnbyte till 1177 *Vårdguiden* som nu är tillgänglig för hela landet.
- 2019 Den anonyma och för användaren kostnadsfria frågetjänsten läggs ner. Svarsbanken planeras vara kvar.

Vid en fråga till Inera om utvärdering av frågetjänsten skickas över ett antal "rosor från frågeställarna", där svarens kvalitet och anonymiteten uppskattas.



Koordinator

Jag jobbade som koordinator några år i början på 2000-talet. Vi var fem-sex allmänläkare som delade på jobbet. Som koordinator tog jag emot alla dagens inkomna frågor och fördelade dem till svarsdoktorer eller besvarade dem själv. Svaren från svarsdoktorerna skulle läsas igenom och rimligheten kollas. Var de bifogade länkarna ok? Till slut var dagens arbete färdigt. Det kunde ta flera timmar att klara de hundratals frågorna.

Svarande sjuksköterskor, barnmorskor, tandläkare, psykologer, hudläkare, gynekologer och barnläkare kom till efterhand. Antalet personer som svarade på frågor steg. Samordnare heltidsanställdes. Sajten byggdes ut med bra artiklar om olika hälsoproblem, undersökningar, anatomi, läkemedel och patienträttigheter.

Ingången bytte namn från "Fråga doktorn" till "Ställ en anonym fråga" med tillägget "Vi som svarar är sjuksköterskor, barnmorskor, allmänläkare, hudläkare, barnläkare, gynekologer och tandläkare."

Vardagsarbetet

I alla dessa förändringar av omvärlden fortsatte jag att dagligen kolla mina frågor.

- Att svara och försöka läsa mellan raderna vad frågaren egentligen menade.
- Att söka svar på pålitliga ställen på nätet, som Medibas, Internetmedicin och Läkemedelsboken.
- Att formulera svaret på ett sätt som jag själv var nöjd med efter kritisk genomläsning.
- Att få feedback av samordnaren och att som svarsdoktorer ibland ge varandra feedback på svaren.

Årlig fortbildning i att skriva gjorde det lätt att kommunicera klokt, korrekt och effektivt.

Detta har gjort att jag fortsatt att vara uppdaterad inom många områden av allmänmedicinen. Jag känner att jag kan resonera adekvat med mina ST-läkare under praktikdagarna i Mitt-i-ST och examen..

Slutord

Mängder	tusentals frågor har virvlat upp, behandlats och lagt sig till ro
Affekter	nyfikenhet, intresse, glädje och stolthet
Styrka	jag <i>kan</i> söka och finna och värdera fakta
Svaghet	inflödet av frågor är slut
Hot	minskad motivation att följa med medicinskt
Möjlighet	göra något av eget intresse ändå

Jag har levt med FDD i över 20 år. Det har gett mig mycket. Jag hoppas att jag gett mycket till dem som behövt det genom mina svar. Jag har fått kamrater och vänner inom gruppen svare. Huvudintrycket är att det har varit givande och värdefullt.

Jag kommer att sakna FDD.

Jäv saknas.

Gunilla Byström

Allmänläkare och kompetensvärderare
Örnsköldsvik
gunilla.bystrom@planningtools.se



År 2000

Fråga från kvinna 21–25 år: Kan ett foster ta skada av att man äter p-piller? Man kan ju faktiskt vara gravid utan att man upptäcker det förrän i ex. 4–5 mån! Tacksam för svar.

Svar: Hej! Som du säkert vet ska man börja ta p-pillren i samband med en menstruation. Det innebär att man inte är gravid när man börjar med första pillret. Därefter ska p-pillren tas regelbundet och då är skyddet mot att bli gravid nästan fullständigt.

Om man ändå skulle bli gravid och fortsätta med p-piller under graviditeten kan man undra hur det påverkar fostret. För att kunna svara på detta har forskarna gjort studier av försöksdjur, som fått samma sorts hormoner som det finns i p-piller under tiden de väntat sina ungar. Ungarna undersöktes noggrant. Det man har funnit är att om försöksdjuren fått mycket höga doser av hormonerna under graviditeten kan kvinnliga foster bli förändrade i manlig riktning. Men vid de låga doser som hormonerna finns i våra p-piller anses de inte kunna påverka fostren alls.

Svaret på din fråga är alltså nej, fostret anses inte ta skada av att kvinnan äter p-piller.

År 2018

Fråga från man 22 år: Jag undrar om astma är ärftligt. Min mamma och min mormor har astma och jag undrar om jag också kommer att få det. Jag har diabetes typ 2 och högt blodtryck.

Svar: Hej och tack för din fråga. Det är svårt att säga om du kommer att få astma. Det blir allt vanligare med astma i västvärlden. Orsaken är inte helt klarlagd.

Faktum är att omkring en av tio personer i landet har astma. Det är något vanligare hos dem som har nära släktingar med astma. Men det är inte bara ärftlighet som spelar in. Allergier, luftföroreningar, vissa ämnen i arbetslivet och kemikalier kan eventuellt bidra. Att du har diabetes typ 2 och hypertoni ökar inte risken. Eftersom astma vanligen börjar tidigt i barndomen och du nu är 22 år, verkar risken mindre att du ska få astma.

Detta bör du undvika för att inte få astma

- | | |
|---|--|
| • att röka | • vissa läkemedel för blodtrycket: betablockerare |
| • luftföroreningar | • vissa yrken som ger mycket luftföroreningar t.ex. bagare, svetsare |
| • vissa läkemedel mot smärta som kan framkalla astma: acetylsalicylsyra och NSAID | |

Läs gärna mer på länken 1177.se/astma



Rapport från nationellt Balintmöte i Lund

Prästen Erik Isaksson, som deltog i årets nationella Balintmöte, sa vid det avslutande gemensamma samtalet: "Det är glädjande att se att så mycket krut och tid och engagemang läggs på det mänskliga".

Årets Balintmöte 22–23 mars 2019 hölls i Villa Sunna i Lund med tjugofem deltagare, varav drygt hälften var allmänläkare. Mötesdeltagarna representerade, som ledare eller gruppmedlemmar, cirka trettio Balintgrupper sprida över landet. Hur många grupper som finns aktiva i Sverige är oklart, men i t.ex. Skaraborg finns åtta grupper.

Mötet leddes av psykoanalytikerna Henry Jablonski och Stefan Bálint som båda har haft stor betydelse för framgången av Balintgruppsarbetet i Sverige.

En Balintgrupp är en samtalsgrupp för allmänläkare. Under åren har tillkommit många olika typer av grupper för sjukhusläkare, AT-läkare, ST-läkare och även i mindre grad för andra yrkesgrupper som t.ex. psykologer. En Balintgrupp träffas regelbundet över en längre tid för att diskutera och reflektera kring mötet med patienten. Vanligen är det en gruppdeltagare som berättar om en patient där problem eller oklarheter föreligger. De övriga gruppmedlemmarna reflekterar över patienten, läkaren och interaktionen. En läkare eller psykolog/psykoterapeut med kunskaper i psykologi och gruppdyamik samt kännedom om deltagarnas arbetssituation leder mötet. Syftet med gruppens arbete är att gruppdeltagarna tydligare ska kunna se och pröva betydelsen av sina egna åtgärder och sitt eget förhållningssätt och utveckla sin egen psykologiska klokhet i sin befintliga yrkesroll (se hemsidan för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi sfmp.se).

Lundaprogrammet bestod av tre delar: forskning, föreläsning och gruppverksamhet.

Elsa Lena Ryding berättade om sin forskning (fokusgruppsamtal) om vad som avhandlas i en Balintgrupp. I den preliminära analysen av samtalen redovisade hon några exempel på diskussionsteman: svåra saker på jobbet, när det gick fel, konflikter bland personalen som påverkar patientmöten och ensamhet som läkare.

Forskningen i Sverige på Balintgrupper är begränsad. En viktig avhandling är Dorte Kjeldmands "The doctor, the task

and the group" (2006) vars resultat ofta används i Balintgruppsarbetet och även för att väcka nya forskningsfrågor.

Allmänläkaren Kristian Svenberg föreläste om mötet med särskild tonvikt på att möta människor från andra länder med andra sedvänjor. Det blev många igenkännanden och livliga diskussioner.

Det viktigaste på varje Balintmöte, såväl på svenska möten som internationella kongresser, är att mötesdeltagarna delas upp i grupper och utövar regelrätta Balintgruppsmöten. Under det här nationella mötet hann vi med tre sessioner om 90 minuter med totalt 4–6 patientfall. Deltagarna växlar mellan att berätta om en patient och pröva på att leda en grupp. Vissa av mötesdeltagarna har varit medlemmar i grupper i åtskilliga år, flera är vana ledare medan några har mycket begränsad erfarenhet av Balintarbete. Dessa skiftande erfarenheter kan hanteras eftersom nationella och internationella möten har ett tydligt pedagogiskt fokus på människan patienten, människan läkaren och det existentiella innehållet i mötet.

Nästa nationella Balintmöte blir troligen i Växjö. Dessförinnan finns en spännande internationell kongress i Porto, Portugal 11–14 september. Balintverksamheten är mycket internationell. Trots många nationella olikheter finns en avgörande gemensam grund i att se människan i mötet mellan patient och läkare eller annan vårdpersonal.

En av deltagarna uttryckte att det är ett privilegium att vara längre tid i samtalen som står i kontrast till vardagens fragmentariska möten. En förstagångsdeltagare med viss Balintgruppserfarenhet betonade att träffa mer erfarna ledare och deltagare fördjupade processer och att erfarna gruppdeltagare ökade tryggheten.

Prästen Erik Isaksson med stor erfarenhet av terapeutiska grupper var imponerad över gruppverksamhetens djup samtidigt som han tyckte att det fanns en sorts lätthet i själva gruppens arbete.

Björn Landström
Skaraborgsinstitutet för
Forskning och Utveckling
Skövde
bjorn.landstrom@vgregion.se



Några av deltagarna på Balintmötet.

Foto: Stefan Bálint, psykoanalytiker, handl. och Balintgrupp-ledare i Malmö



Sonja Holmquist (till vänster) i ivrigt samtal med Pia Söderberg.

Foto: Stefan Bálint, psykoanalytiker, handl. och Balintgrupp-ledare i Malmö



Kollegiala lästips eller "litterär kanon" för allmänläkare

Inom redaktionen föddes tanken på att sätta samman en enkel "litterär kanon" för intresserade allmänläkare. Jag fick uppgiften och insåg snabbt att den var för stor. Vem vågar ta på sig ansvaret att plocka verk ur världslitteraturen, som kan vara särskilt lämpade för allmänläkare? Inte jag!

Men jag kunde inte riktigt lämna idén. Och plötsligt såg jag en möjlig metod, nämligen att ta hjälp av en "jury" av kollegor som läst mycket – min läsecirkel. Och så blev det.

För att komma ifråga måste minst två deltagare i läsecirkeln ha rekommenderat boken. Resultatet blev den listan om följer här, men först några ord om bakgrunden:

Tillsammans med några kollegor i Växjö startade jag 1986 en bokcirkel. Det uttalade syftet från början var "något så enkelt som att fjärma sig ett stycke från de vardagliga problemen för att i bästa fall få syn på dem på ett nytt och mera konstruktivt sätt".

Vi är tio kollegor i gruppen. De flesta har varit med från starten. Vi träffas 3–4 gånger per termin. I september har vi varit igång i 33 år och har hunnit läsa



Illustration: Annika Andén

ungefär 150 böcker. Dessa böcker utgör alltså basen för listan.

Vi startade ambitiöst med böcker som dels handlade om allmänmedicinens vardag i olika länder, dels gav filosofiska och kunskapsteoretiska aspekter på medicinens teori och praktik. John Frys *Common Diseases* (1) var en ögonöppnare för många. Fry fick oss att se symtom och vanliga sjukdomar i ett nytt spännande ljus. John Bergers *A fortunate man* (12) lät oss följa en engelsk allmänläkare på djupet i hans möten med patienter hemma och på mottagningen.

Böcker av teoretisk karaktär (2–11) gav upphov till intensiva diskussioner och en hel del perspektivförskjutningar. Samtal blandades alltid med egna erfarenheter. Ludwik Flecks bok *Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum* (5) hade alla odds emot sig. Den var inte lättläst, men topprankades snart i gruppen tillsammans med idéhistorikern Karin Johannisson's böcker (9–10), som utforskade området sjukdom-diagnos-samhälle. Filosofen Fredrik Svenaeus (7–8) var inne i samma problemområde men gav en mera praktisk-filosofisk vinkling. Även hans böcker uppskattades mycket liksom filosofen H-G Gadamer's *Den gåtfulla hälsan* (6).

Så småningom tog vi in allt mer skönlitteratur. Till en början som sommarläsning, men med tiden allt oftare också under terminerna. Alla skönlitterära titlar på listan (12–36) har hamnat där på förslag av cirkeldeltagarna.

Inom cirkeln har vi alltid valt böcker från ena gången till den andra. Ingen långtidsplanering alltså. Det är en fördel om medicin, vård och läkarroll eller patient och sjukdom står i centrum, men det är absolut inget krav. Den litterära kvaliteten är överordnad.

Rena patografier (31–34) är också av stort intresse. Den kategorin innefattar böcker, där författaren själv eller en nära anhörig berättar om svår sjukdom eller död. Här har vi som allmänläkare mycket



Vår kollegiala läsecirkel. Sittande från vänster: Christer Petersson, Gunnel Alm, Margareta Hernell, Nisse Årman. Stående från vänster: Jan Fornander, Christina Sjödin, Olof Cronberg, Håkan Cars, Karin Johansson, Bangt Lonér.



att lära, men ändå viktigt att man inte begränsar sin läsning till den typen av litteratur. Världslitteraturens klassiker har nästan alltid viktiga insikter att förmedla. I listan finns enstaka verk av Tolstoj, Thomas Mann, Ischiguro och Tabucchi (35, 24, 17, 33–34).

Varför ska man då som läkare läsa skönlitterära böcker? Kollegan Rolf Ahlzén är den som grundligast har belyst den frågan i Sverige. I sin avhandling *Why should Physicians read* menar han att skönlitte-

raturen inbjuder till vidgade perspektiv. Man får ta del av erfarenheter som sträcker sig bortom de egna möjligheterna. Vidare har skönlitteraturen förmågan att skärpa perceptionen och därmed bli en hjälp till att utveckla den kliniska bedömningen i mötet med patienten. Skönlitteraturens "narrativa rationalitet" fungerar som komplement till den vetenskapliga medicinens rationalitet.

Vi i läsecirkeln kan utan stora reservationer instämma med Ahlzén, men menar

till slut att det är lusten att läsa och samtala som hållit oss samman under alla dessa år. Det är roligt att läsa i sin ensamhet, men nästan ännu roligare att dela sina läsupplevelser med vänner och kollegor. Varför inte pröva?

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Litteraturtips för allmänmedicinare

A. Medicinen som praktik och teori

1. John Fry. *Common diseases*
2. Uffe Juul Jensen. *Sjukdomsbegrepp i praktiken*
3. Henrik R Wulff. *Rationell klinik*
4. Wulff/Pedersen/Rosenberg. *Philosophy of medicine*
5. Ludwik Fleck. *Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum*
6. Hans-Georg Gadamer. *Den gåtfulla hälsan*
7. Fredrik Svenaeus. *Sjukdomens mening*
8. Fredrik Svenaeus. *Homo patologicus*
9. Karin Johannisson. *Den mörka kontinenten*
10. Karin Johannisson. *Tecknen*
11. Jonna Bornemark. *Det omätbara renässans*

B. Skönlitteratur

- B 1. Om läkarroll och patientroll
12. John Berger. *A fortunate man*
 13. Lars Erik Böttiger och Jörgen Nordenström (red.). *Å herregud mitt i semestern*

14. P-C Jersild. *Medicinska memoarer*
15. P-C Jersild. *Ypsilon*
16. Kristina Lundgren. *Barrikaden valde mig*

B 2. Sjukdom som centralt tema

17. Thomas Mann. *Bergtagen*
18. Jonas Gardell. *Torka inga tårar*
19. Alice Munroe. *Kärlek Vänskap Hat*
20. Ian McEwan. *Lördag*
21. Beata Grimsrud. *En dåre fri*
22. José Saramago. *Blindheten*
23. Marlene van Niekerk. *Agaat*
24. Leo Tolstoj. *Ivan Iljitjs död*
25. Georges Simenon. *Klockorna i Bicêtre*

B 3. Etiska dilemman centrala

26. Bernhard Schlink. *Högläsaren*
27. Ian McEwan. *Domaren*
28. Helena Henschen. *I skuggan av ett brott*

29. Ola Larsmo. *Jag vill inte tjäna*
30. Kazuo Ishiguro. *Never let me go*

B 4. Rena patografier

31. Peter Noll. *Den utmätta tiden*
32. Merete Mazzarella. *Hem från festen*
33. Ulla-Carin Lindqvist. *Ro utan åror*
34. Kristian Gidlund. *I kroppen min*

B 5. Stora klassiker

35. Leo Tolstoj. *Anna Karenina*
33. Kazuo Ishiguro. *Återstoden av dagen*
34. Antonio Tabucchi. *Påstår Pereira*

B 6. Essäer/biografier av särskilt värde

35. Nina Burton. *Gutenberggalaxens nova*
36. Edmund de Waal. *Haren med bärnstensögonen*

Besviken på SPUR och inspirerad av Mitt i ST

Här jämförs två olika sätt att värdera ST-utbildning: Den ena en formell med strukturer och dokumentation riktad mot verksamheter. Den andra riktad mot individen, handledningen och utvecklingen.

När SPUR aktiverades för några år sedan skrev jag en artikel med rubriken "Jag tvivlar på SPUR". Vi hade en överaktiv ung kvinnlig kollega i Norrbotten i den processen. Hon blev bekymrad, men hennes äldre samarbetspartner från södra Sverige övertalade mig i stället att bli SPUR-inspektör.

Den externa inspektionen drevs nog fram då det var en eko-

nomisk fördel att ha ST-läkare. I samband med ökat privat ägande av hälsocentraler måste kontrollfunktion finnas.

Jag har tillsammans med en kollega från Skåne genomfört SPUR på fyra vårdcentraler i Kronoberg och med en annan kollega på fyra hälsocentraler i Jämtland. Det var trevliga men intensiva erfarenheter. Jag tyckte att vi kunde bidra med synpunkter som kunde användas och förbättra för ST-läkarna. Själva processen innebär ju ett fokus från verksamhet, handledare och studierektor och ger ofta ökad förståelse.

Det var trevligt när min vårdcentral nu skulle inspekteras och vi svarade på den förberedande enkäten. Besöket var också trivsamt. Mr SPUR, som jag lärt känna på kurser/möten och även kamperat ihop med som lärare på SK-kurs, hade med sig en yngre kvinnlig kollega från södra Sverige.

Men resultatet var trist! Formellt och på många punkter felaktigt. Näväl, vi kunde lösa en del på telefon. Annars hade vi fått lägga meningslös tid på ytterligare formell dokumentation av olika detaljer. Alla som arbetat med olika sådana avvikelser vet hur tidsödande det kan bli.

Allmänmedicin Norrbotten läggs ned på grund av "tek-niska problem och otidsenliga ståndpunkter". Från det sista pdf-numret i februari 2019 har vi hämtat detta inlägg.



Nu kvarstår visserligen några missförstånd i texten men det får vara. Jag har till exempel inte med någon utbildningsläkare gjort så många sit in som med vår nuvarande.

Jag vet inte vad som hakade upp sig, om vi provocerade eller om SPUR blivit så formellt krävande. En annan möjlighet är att man till våra utlandsutbildade med inte ännu full språkförståelse ställde frågor som missförstods. Eller svaren.

Mitt förslag för SPUR är att man enbart gör en enkät och sedan efterfrågar dokumentation på det som man önskar. Då skulle det inte behövas kostsamma besök.

Till SPUR:s försvar får jag dock tillägga att en av våra ST-läkare tyckte att det var av ett visst värde att formellt göra en personlig utbildningsplan från alla mål och delmål i målbeskrivningen, utan tidsplan. I mail skrev Mr SPUR att vi tog väl hand om våra ST-läkare, men formella krav etc.

Jag kände mig på ett helt annat sätt upplyft och inspirerad av "Mitt i ST" i Sandviken där jag träffade en framåt ung kvinnlig kollega som utbildats i Tyskland och därför passade bra i deras prisbelönta satsning på utbildningsvårdcentral! Jag blev sentimental när jag skulle fila på rapporten. Det kändes bra, kul och meningsfullt!

Närvarande handledare är viktigare än formalia som inte får drivas för långt. Som f.d. studierektor såg jag hur hela utbild-

ningen formaliserades. Enligt min mening till det negativa, men det finns de som gillar checklistor och intyg. Jag tror mera på eftertanke och reflektion; hur får man annars ansvars-tagande mogna och erfarna omdömesgilla kolleger?



Peter Olsson

Handledare, f.d. studierektor, examinator,
Mitt-i-ST-värderare, f.d. SPUR-inspektör
Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

Mitt-i-ST

Mitt-i-ST innebär att ST-läkaren får prova sin kompetens inför en utomstående erfaren kollega när ungefär halva tiden av ST återstår.

Mitt-i-ST består av:

- Portfölj. En sammanställning av ST-utbildningen med reflektion över vad som varit bra eller mindre bra kompletteras med videoinspelade konsultationer.
- Praktikdag. En Mitt-i-ST-värderare kommer till mottagningen under en dag och sitter med vid några patientbesök samt för samtal med läkaren tillsammans med handledaren, chefen och ofta även studierektor.
- Rapport. Värderaren skriver en rapport till ST-läkaren med fokus på hur sista delen av ST kan ge bästa möjliga utbildning.

Se <http://sfam.se/foreningen/mitt-i-st/>

SPUR (Läkarförbundets specialistutbildningsråd) är en modell för granskning av specialiseringstjänstgöringens utbildningskvalitet. Syftet är att ST-läkarna i hela landet ska erbjudas en likartad och jämn utbildning. Granskningen genomförs av utbildade inspektörer från respektive specialitetsförening. Kraven på ST-utbildningen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt specialitetsföreningarnas kriterier för god utbildning. Enligt Socialstyrelsens krav ska kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen granskas och utvärderas av en extern aktör vart femte år.



Hur genomförs granskningen?

- Respektive studierektor, verksamhetschef, handledare och ST-läkare svarar individuellt och anonymt på en webbenkät.
- Resultaten från enkäterna analyseras av de utsedda inspektörerna och utgör en grund för granskningen.
- Granskningsbesök hos den utbildande enheten.
- Intervjuer av studierektor, verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- Efter att granskningen är genomförd ges konkreta rekommendationer för det fortsatta förbättringsarbetet.

LIPUS, Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården, är ett dotterbolag till Sveriges Läkarförbund. Det utför extern granskning av AT och ST samt certifiering av kurser och kongresser för läkare.



SPUREX är ett rådgivande organ till Lipus. Ledamöterna utses av specialitetsföreningarna.

Se <https://www.lipus.se/extern-granskning/st-spur/>

Provinsialläkarstiftelsen erbjuder:

SKUTKURS

allmänmedicinskt arbetssätt

Bohusläns skärgård. Internat skonaren Westkust, 12-16 augusti 2019

Kursledare: DI Ulf Österstad Jönköping och DI Olle Lyngstam, Göteborg samt gästföreläsare.

Kostnad: 15 900kr + moms (Kursavgift 5 000, Internat på fartyg 10 900)

Kursbeskrivning: Under många år har provinsialläkarstiftelsen arrangerat kursen som fortbildning för specialister i allmänmedicin. Sedan 2019 finns den åter med i utbudet!

Nästan hälften av Sveriges Allmänläkare har varit på kursen ombord på Lady Ellen, Ingo, Britta eller något annat av de vackra fartygen från Bohuslän. Att vara tillsammans på ett fartyg i vår vackra svenska skärgård ger unika förutsättningar för att diskutera innehållet i allmänmedicinens vardag. Målet är att du ska få chans att stanna upp och fundera över var du står i din allmänmedicinska gärning. Kunna få reflektera över smått som stort, bli inspirerad och få ny kraft!

Läs mer om kursen på www.skutkurs.se.



Replik:

SPUR och Mitt-i-ST kompletterar varandra

Utbildningskvaliteten för blivande specialister i allmänmedicin upprätthålls dels genom SPUR-granskning, som bedömer om vårdcentralen följer Socialstyrelsens föreskrifter, dels genom frivillig, formativ bedömning kallad Mitt-i-ST. SPUR-granskningen bedömer enhetens förutsättningar att utbilda, medan Mitt-i-ST bedömer den individuella ST-läkarens uppnådda kunskaper, färdigheter och förhållningssätt.

Precis som Peter Olsson skriver bygger SPUR till stor del på formalia. Det kan uppfattas som onödig byråkrati om ST-läkarna verkar nöjda med utbildningsmiljön och har engagerade och erfarna handledare. Men alltför ofta har vi stött på allvarliga brister då det gäller följsamheten till gällande föreskrifter. Exempelvis har i många fall utbildningsprogram och värdering av uppnådd kompetens av handledaren saknats, vilket efter granskningen lett till välmotiverade åtgärder och bättre utbild-

ning. SPUR-granskare kan göra bedömningsmissar, men den utbildande enheten har alltid möjlighet att i efterhand påpeka fel i slutrapporten innan den fastställs.

De flesta vårdcentraler vittnar om positiva upplevelser av SPUR-inspektionen, värdesätter att få veta om man följer Socialstyrelsens föreskrifter och uppskattar de råd som ges. Lika viktigt är Mitt-i-ST bedömningen av den individuella ST-läkarens kompetens. De båda metoderna bör ses som komplement i strävan efter hög utbildningskvalitet.

Gösta Eliasson

SPUR-samordnare på uppdrag av SFAM
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



SPUR-utbildning: Tisdag 15.10, Stockholm. Se <https://www.lipus.se/spur-inspektorsutbildning-for-allmanmedicin/>

Utbildningsdag för den som vill bli SPUR-inspektör

Deltagare: Utbildningen riktar sig främst till dig som vill bli ST-SPUR-inspektör i allmänmedicin och saknar utbildning. Inspektörer som har en äldre utbildning och önskar uppdatering erbjuds delta mån av plats. Max 10 deltagare. Först till kvarn gäller.

Tid och plats: Tisdag 15 oktober 2019 kl 10–16.
Lipus, Östermalmsgatan 40, Stockholm

Kostnad: Utbildningen är kostnadsfri. Lipus står för reskostnad och lunch. Resa kan beställas genom Blomgren Travelgroup, tel 08-509 350 10, email info@blomgretravel.se. Uppge Lipus kundnr: 6000055 och kostnadsställe "SPUR".

Förberedelseuppgift: Ett mail med en förberedelseuppgift skickas ca två veckor innan utbildningsdagen.

Anmälan: Senast **tisdag 30 september** till spur@lipus.se. Meddela ev. matallergi.

Läs mer om SPUR på:
<https://www.lipus.se/extern-granskning/st-spur/>

Gösta Eliasson och Annette Friström
Samordnare för
ST-SPUR Allmänmedicin

Anna Gummeson
LIPUS AB
anna.gummeson@lipus.se



AT-läkaren Ulrika Hamp och SFAM:s sekreterare, Gösta Eliasson.

Foto: Heléne Swärd

SFAM fanns med på AT-stämman

Vid årets välbesökta AT-stämma i Stockholm syntes även SFAM i vimlet. Många AT-läkare besökte monter och berättade att de hade stortrivts under sin vårdcentral-placering och blivit intresserade av att bli allmänläkare, "en riktig doktor". Några upplevde vårdcentralen som rörig, med hyrläkare och stressade allmänläkare, och ville veta mer om specialiteten och hur den framtida arbetsmiljön skulle kunna se ut.

Gösta Eliasson

Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Annons



Wake up and smell the coffee! You are now in Sweden

Enkätstudie om utländskt utbildade läkare i Sverige

En tredjedel av alla legitimerade läkare i Sverige är enligt Socialstyrelsen utbildade utomlands [1]. I medicinsk facklitteratur finns få studier om varför utländska läkare söker arbete i Sverige och om deras upplevelser som läkare inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. En enkätstudie visar att det framför allt är förbättrad ekonomi som lockar till arbete i Sverige. En längre språkutbildning ökar tillfredsställelsen i arbetet.

Antalet utländskt utbildade läkare i Sverige har varierat över tid med förändringar i invandringspolitiken, vårdens behov och andra faktorer. Allt fler läkare söker jobb i Sverige, framför allt från europeiska länder. Sedan 2003 utfärdas fler läkarlegitimationer till personer som har studerat utomlands än till personer som har studerat i Sverige [2]. Det finns en brist på ca 1 400 heltidsarbetande allmänläkare [3]. För att möta detta försöker många landsting att rekrytera läkare från andra länder eller anställa hyrläkare.

Varför söker läkarna arbete i Sverige? För att belysa frågan valde vi att genomföra en enkätstudie. Vi ville också belysa vad läkarna tyckte om språkutbildningen.

Metod

Populationen utgjordes av legitimerade utländskt utbildade läkare anställda inom primärvården i Sverige. Respondenterna rekryterades främst på kurser och konferenser för allmänläkare september 2017 till november 2018.

Undersökningen utformades som en enkätstudie med 18 frågor, varav vissa hade ett flertal delfrågor. Frågorna var både öppna och slutna och rörde demografiska data, svenska språket och arbetssituationen.

Denna presentation baseras på resultaten från ett urval av enkätfrågorna. För att mäta skillnader mellan kvinnor och män användes Fishers exakta test.

Resultat

Av 56 utländska läkare inkluderades 49 (87 procent). Vi exkluderade 7 fall som inte uppfyllde kriterierna. Läkarna var mellan 27 och 69 år och medelåldern i gruppen 45,2 år.

Demografiska data

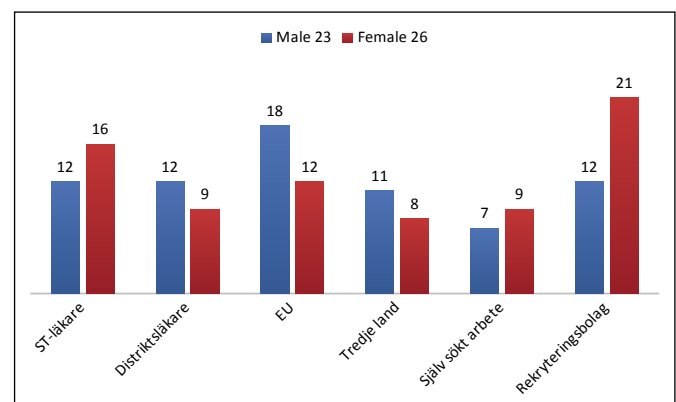
Totalt 26 (53 procent) av de svarande var kvinnor och 23 (47 procent) män. 28 stycken (57 procent) var ST-läkare och 21 (43 procent) distriktsläkare. Många läkare (33) hade fått jobb via rekryteringsbolag och 16 sökte arbete själva. Den absoluta majoriteten (95 procent) av distriktsläkare var rekryterade via ett rekryteringsbolag. En större andel av männen var specialister (52 procent) jämfört med kvinnorna (35 procent) (figur 1).

Motiv för att flytta till Sverige

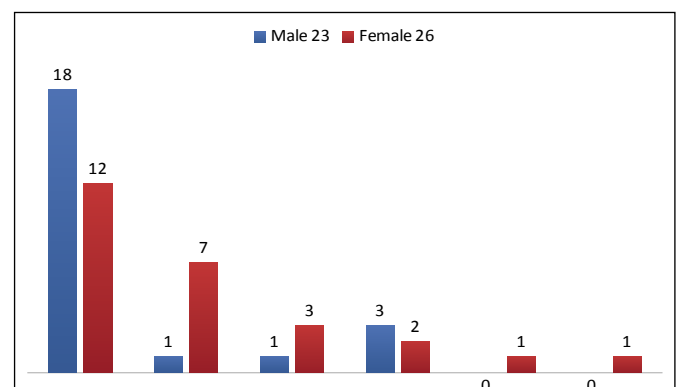
De flesta (61 procent) angav att de migrerade till Sverige för att få bättre löner (figur 2). Några ansåg att utbildningen var bättre i Sverige jämfört med deras länder och det var anledningen till migrationen. Totalt 4 (8 procent) nämnde personliga skäl som motiv för flytten till Sverige och ytterligare 5 (10 procent) deltagare kom till Sverige som flyktingar och hade inga andra val. Mycket få angav arbetsmiljö som anledning till flytten. Signifikant färre kvinnor (46 procent) än män (78 procent) angav att inkomsten motiverade dem att flytta till Sverige ($p < 0,02$).

Språkutbildning

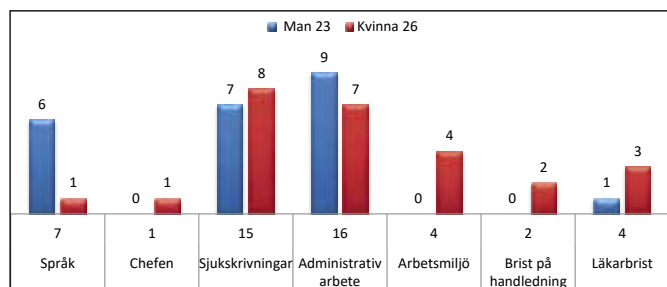
Den absoluta majoriteten (78 procent) av läkarna gick på språkutbildning mindre än sex månader. Många av deltagarna, 31 stycken (63 procent), upplevde att deras svenskurs var otillräcklig. Resultaten visar en stark korrelation mellan att känna sig nöjd med arbetet och ha längre än sex månaders språkutbildning och vice versa. Totalt 29 stycken (59 procent) av dem



Figur 1: Demografiska data.



Figur 2: Anledningar att flytta till Sverige.



Figur 3: Deltagarnas största problem i arbetet i Sverige.

som hade språkutbildning mindre än sex månader kände sig missnöjda med sitt arbete.

Arbetet i Sverige

De allra flesta, 42 stycken (85 procent), planerar att fortsätta arbeta i Sverige i framtiden. Mer än hälften, 29 stycken (59 procent), av läkarna kommer att överväga att byta arbetsgivaren om de får bättre lön. Flertalet läkare, 33 stycken (67 procent), ansåg att det är lätt att komma i kontakt med sina kollegor på jobbet.

Läkarnas största problem på jobbet var mängden administrativt arbete (33 procent) samt sjukskrivningsärenden (31 procent). Språksvårigheter var ett problem hos endast 7 stycken (14 procent), framför allt hos läkare som hade språkutbildning mindre än sex månader. Endast 8 procent av svarande angav brist på handledning, läkarbrist eller arbetsmiljö som problem på sin arbetsplats. En läkare nämnde konflikt med chefen som problem (figur 3).

När det gällde trivseln med arbetet instämde 51 procent (54 procent av kvinnorna och 49 procent av männen). En minoritet av läkarna (14 procent) ångrade flytten till Sverige och avsåg att flytta tillbaka till sitt hemland.

Totalt 44 procent av läkarna upplevde stress på jobbet. Det fanns skillnader mellan kvinnliga och manliga läkare där 58 procent av kvinnorna i jämförelse med 30 procent av männen svarade att de upplevde stress ($p < 0.04$).

I en av enkätfrågorna fick de svarande besvara om de tycker att de har rättvis lön. Totalt 59 procent, signifikant fler kvinnor



(77 procent) än män (39 procent), ansåg sig ha rättvis lön ($p < 0.007$) (figur 4). Majoriteten av läkarna, 63 procent, skulle rekommendera en kollega i sitt hemland att arbeta i Sverige.

Diskussion

Denna undersökning av utländska läkare som arbetar i Sverige gav insikter som bygger på kunskap om läkarnas migration. Ett viktigt resultat är att de starkaste anledningarna att flytta till Sverige är bättre ekonomi (61 procent) och att få bättre utbildning (16 procent). Utländska läkare brukar flytta från lägre till högre inkomstländer för att få bättre livskvalitet, bättre arbetsvillkor och karriärmöjligheter [4, 5]. Färre kvinnor än män angav att lönen motiverat dem att flytta till Sverige. Några läkare har flyttat till Sverige av personliga anledningar. En läkare i studien angav som anledning att hon var gravid och villkoren för gravida kvinnor är bättre i Sverige.

SCB:s (Statistiska centralbyrån) arbetsmiljöundersökning visade att läkarnas arbetsmiljö har försämrats [6]. Närmare 15 procent av kvinnorna och 8 procent av männen hade besvär till följd av stress och/eller psykiska påfrestningar i arbetet [7]. Vår studie visade dock på lågt intresse för arbetsmiljön. Endast en läkare ansåg att arbetsmiljö var anledning att flytta till Sverige. När det gällde läkarens problem på arbetet menade få att arbetsmiljön var problemet. Kvinnorna var i majoritet bland dem som upplevde dålig arbetsmiljö som ett problem. 58 procent av kvinnorna uppgav att de upplevde stress på jobbet.

Vi fann korrelation mellan språkutbildningens duration och trivsel på jobbet. Ju längre tid läkarna gick på språkutbildning desto bättre trivdes de på jobbet och vice versa. Språket är viktigt för patientsäkerheten. Många deltagare ansåg att sex månaders språkutbildning är för lite. I stället behövs en intensivkurs på minst ett år som är anpassad till sjukvårdssvenska.

Ett tydligt resultat i denna studie är att en majoritet av läkarna har flyttat till Sverige för att stanna. Dock övervägde sju stycken av de svarande att flytta från Sverige. För att behålla läkarna i Sverige behöver man erbjuda mer attraktivt arbete inom primärvården. De tre faktorer som deltagarna angav var avgörande för att man trivdes och stannade kvar i Sverige var delaktighet i beslut kring verksamheten, tillräckligt med administrativ tid samt bättre språk- och kompetensutvecklingsmöjligheter.

Huvudbudskap

- Cirka 39 procent av alla legitimerade läkare i Sverige är utländskt utbildade.
- Utländska läkare spelar en viktig roll i primärvårdens läkarbrist.
- Utländska läkare flyttar till Sverige för att få bättre ekonomi och i viss utsträckning bättre utbildningsmöjligheter.
- Bristande språkkunskaper, för mycket administration och svårigheter kring sjukskrivningar bidrar till bristande trivsel.
- En tredjedel av läkarna överväger att flytta tillbaka till hemlandet.
- Anpassade språkkurser och individuella långsiktiga planer kan öka trivseln och få fler att stanna i Sverige.



Ett annat fynd är att deltagarnas största problem på arbetet är administrativt arbete och administrativa ärenden kopplat till försäkringskassan. Ett liknande resultat erhöles i en fransk studie där problem som identifierats hos allmänläkare var svårigheter att bedöma behovet av sjukskrivning och hur länge läkarna ska sjukskriva patienterna [8]. Sjukskrivningen är ett generellt problem för läkare, inte för bara utländska läkare i Sverige [9]. Många nämnde att det finns en stor skillnad mellan försäkringssystemet i deras länder och i Sverige. Få ansåg att det inte är läkarnas uppgift att skriva sjukintyg. Många läkare upplever att det administrativa arbetet är mycket omfattande och att det inte fanns rimlig tid för administration. Några läkare uppgav att den administrativa tiden måste respekteras.

Vår slutsats blir att utländska primärvårdsläkare flyttar till Sverige mest på grund av konkurrenskraftiga löner och i mindre utsträckning för att få goda möjligheter till utbildning. Det finns stora förbättringsmöjligheter, bland annat när det gäller språkutbildning. Våra resultat pekar på att språkutbildning

borde vara längre än sex månader. Det är viktigt att det finns anpassade språkkurser och en individuell långsiktig plan.

Vi har saknat möjlighet att ställa följdfrågor, vilket hade kunnat fördjupa förståelsen. Studien utgör ett bidrag till litteraturen om utländskt utbildade läkare i Sverige.

Jäv saknas.



Zeyad Albadri
ST-läkare
zeyad.albadri@rjl.se



Magnus Mattson-Mårn
Specialist i allmänmedicin
Rosenlunds vårdcentral, Jönköping

Referenser:

1. Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016 samt arbetsmarknadsstatus. Socialstyrelsen 2015 [citerat 14 dec. 2019]. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-9>
2. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Socialstyrelsen 2018 [citerat 22 dec. 2018]. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20880/2018-2-23.pdf>
3. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
4. Negin J, Rozea A, Cloyd B, Martiniuk A. Foreign-born health workers in Australia: an analysis of census data. Human Resources for Health. 2013;11(69):1-9
5. Labonte R, Packer C, Klassen N. Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options. Human Resources for Health. 2006;4(22):1-15.
6. Läkares arbetsmiljö har blivit sämre. Lakartidningen.se 2016-01-07 [citerat 31 jan. 2019] <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/01/Lakares-arbetsmiljo-har-blivit-samre/>
7. Utlandsrekryteringens bittra eftersmak. Lakartidningen.se 2015-07-15 [citerat 01 feb. 2019] <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/07/Utlandsrekryteringens-bittra-bismak-gor-garna-om-rubrik/>
8. Laurent L., Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. European Journal of General Practice. 2012;18:219-28.
9. Alexanderson K., Arrelöv B. et al. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning; 2017. [online] Available at: https://ki.se/sites/default/files/2017/12/04/ny_rapport_20171204.pdf [Accessed 04 feb. 2019].

In memoriam



Kaj Norrby 1942–2019

Kaj Norrby var distriktsläkare i Jämtland under 27 år, på slutet samhälls- och landstingsöverläkare. Han var radiodoktor i Jämtlands radio P4 i tretton år. Efter pensioneringen arbetade han på Karolinska sjukhusets stressmottagning, och han har lett kurser i personlig utveckling, ledarskap och stressåterhämtning.

År 2010 fick han en stroke och förlorade språket. Med hårt arbete samt hjälp av sin hustru Ingmari och en pacemaker återvann han språket (se AllmänMedicin 3-2015). Han kunde publicera två böcker och medverkade senast i AllmänMedicin 4-2018.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör



Kaj Norrby tillsammans med sin fru Ingmari.

Foto: Ingrid Eckerman



Björn Smedby 1932–2019

Björn Smedby, professor emeritus vid Uppsala universitet, har gått bort strax före sin 87:e födelsedag.

Smedby blev med.lic. och legitimerad läkare 1959. Han blev aldrig allmänmedicinare – specialiteten var ännu inte uppfunnen. I stället valde han den nya specialiteten socialmedicin, som då innebar kliniskt teamarbete i kommunerna. 1972 blev han medicine doktor och docent vid Uppsala universitet och 1980 professor i hälso- och sjukvårdsforskning.

Björn Smedbys namn var ett av dem som fanns med när den allmänmedicinska specialiteten skapades och modern primärvård formades. Mycket av den forskning han bedrev skulle idag ha hänförs till allmänmedicin eller folkhälsovetenskap.

Smedby började tidigt dels att utvärdera olika sjukvårdssystem, dels att ta fram ett patientregister för slutenvård, början till dagens nationella patientregister. I över 50 år arbetade han nationellt och internationellt med sjukdomsklassifikation. Bland annat tog han fram en svensk primärvårdsanpassad klassifikation enligt ICD. I Tierpsprojektet under 70-talet prövades samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Att diagnos sattes



vid samtliga läkarbesök och att all läkemedelsföreskrivning kunde redovisas från apoteken i Tierp gav en ny möjlighet till forskning rörande olika patientgrupper, läkemedelsanvändning och vårdutnyttjande.

1978 tog Smedby initiativ till WHO Collaborating centre (Uppsala Monitoring Centre) där man, i talidomidkatastrofens spår, studerar läkemedelsrelaterade problem (farmakovigilans). Här var han chef fram tills han gick i pension 2002. Därefter deltog han under många år aktivt som svensk representant i Nordiska centrets referensgrupp för klassifikationer och i Nordiska Medicinalstatistiska kommittén (NOMESKO).

År 1992 blev han farmacie hedersdoktor vid Uppsala universitet. Vid WHO-FIC Annual Network Meeting i Brasilien 2012 tilldelades han The World Health Organization Family of International Classifications Lifetime Achievement Award för sitt betydelsefulla arbete med utveckling av klassifikationer på internationell nivå under 50 år.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör



AllmänMedicin gratulerar

Utmärkelser i Jämtland – Härjedalen

SFAM-Z, lokalföreningen i Jämtland – Härjedalen, uppmärksammar sedan länge enligt tradition Årets distriktsläkare, någon som genom någon särskild insats under året alternativt lång insats inom ett eller flera områden utmärker sig. Sedan 2017 utses även Årets allmänläkarvän, en icke-distriktsläkare som kan vara sjukhus-specialist eller annan yrkeskategori, som genom sitt arbete underlättar/står upp för/stöttar allmänmedicinen.

2018 års utmärkelser gick till två läkare verksamma vid mobila närvårdsteamet MINT i Östersund.

Eva Pia Darsbo, specialist i allmänmedicin och geriatrik, blev årets distriktsläkare.



Magnus Gibson och Eva Pia Darsbo vid årsmötet med SFAM Z.

”Eva Pia har under många år varit drivande i fortbildningsfrågor och har under

de senaste åren arbetat aktivt för att öka kompetensen i geriatrik genom geriatriska teamet, SÄBO-träffar och MINT på ett rakt igenom inspirerande sätt.”

Magnus Gibson, specialist i intermedicin/strokeläkare, blev årets allmänläkarvän.

”Årets allmänläkarvän Magnus Gibson kombinerar internmedicinsk spetskompetens med generalistens holistiska syn på patienten i dess sammanhang inom strokevården och MiNT.

Han står upp för allmänmedicinen, inte minst genom ett gott personligt stöd för randande ST-läkare inom allmänmedicin.”

Cornelia Brusmark
Styrelseledamot SFAM-Z

Annons



SFAM X jubilerar med vandringspriser



Niels West och Johan Hagsjö,
avd.chef hälsovalsavdelningen.



Michael Rosenberg



Hortensia Marquez.



Kajsa Nordin och Linda Kristiansson.

SFAM Gävleborg har 30-årsjubilerat (se sid 6) och delade för första gången ut vandringspriser, tavlor målade av Hudiksvallskonstnären Anders Malm.

Niels West, Edsbyns hälsocentral, blev årets pedagog och fick Kunskapens Ljus.

"Vi vill nominera Niels West som bästa pedagog i primärvården för hans föreläsning om infektioner i primärvården. Niels har ett sätt att inspirera till lärande och att lyfta fram viktiga aspekter inom antibiotikaanvändning och sprida ett klokare synsätt bland oss unga läkare. Genom sitt brinnande engagemang och sin utmärkta pedagogiska förmåga har han motiverat oss och hjälpt oss att maximera våra kunskaper inom området för att kunna ge bästa möjliga vård till våra patienter med primärvårdsmässiga infektioner och att bidra till minskad antibiotikaresistens."

(AT-läkare i Hudiksvall)

"Niels har på ett kunskapsrikt, patientcentrerat och engagerat sätt undervisat utbildningsläkarna i Hälsingland i infektionssjukdomar och det metabola syndromet. Vi är många som tänker på Niels kloka ord när vi ska handlägga patienter på hälsocentraler."

(Marie Nordvi)

Mikael Rosenberg, Sandviken norra hälsocentral, blev Årets allmänläkarvän.

"Det märks oerhört tydligt nu när han varit heltidssjukskriven hur mycket han gör här på arbetsplatsen. Svarar alltid på frågor, är tillgänglig för samtliga i personalgruppen, sprider ett lugn när det behövs och är glad och positiv. Tar svåra saker med en klackspark och när det stormar organisatoriskt sitter han lugnt i båten och menar att 'det blir bra det här'".

(Hannah Johansson)

Hortensia Marques, Håstaholmens hälsocentral, fick årets handledarpris.

Kajsa Nordin fick priset Årets ST-uppsats för en mycket väl-skriven uppsats med allmänmedicinskt innehåll.

Linda Kristiansson fick hedersomnämning för sin uppsats.

Text och foto:

Lisa Månsson Rydén

Ordförande SFAM Gävleborg

Studierektor

Region Gävleborg

lisa.ryden13@gmail.com



Årets allmänläkare i Halland

Sumeet Arnand, Capio Husläkarna Kungsbacka, tilldelades utmärkelsen "Årets allmänläkare" i samband med DLF:s och SFAM-Hallands årsmöte den 11 april.

Motiveringen lød: *"Sumeet har en otroligt bred medicinsk kompetens. Han är ödmjuk, vänlig och finns alltid till hands för att hjälpa sina yngre kollegor. En sann förebild för blivande allmänläkare"*.

Gösta Eliasson

Ordförande SFAM-Halland



Gunnar Claesson, DLF, Sumeet Arnand, pristagare och Gösta Eliasson, SFAM.



SFAM Örebro-Värmlands prisbelönta allmänmedicinare

SFAM Örebro-Värmland – lokalavdelning av Svensk Förening för Allmänmedicin – har i samband med 2019 års fortbildningsdagar på Loka Brunn utdelat priser och stipendier till förtjänta kollegor.



Håkan Fermhede.



Lennart Svärd och Kim Stenbäcker.

Bästa allmänmedicinska insats

Håkan Fermhede, Kristinehamn fick värmlandspriset för sina insatser i arbetet att åstadkomma en snabbare och mer jämlik utredning av patienter med misstänkt cancersjukdom.

Lennart Svärd, Kumla, får priset för sitt mångåriga och tålmodiga arbete att bygga upp primärvården i Kumla. Han har varit en nytänkare som inte varit rädd att pröva nya vägar. Vårdcentralen är idag en attraktiv arbetsplats. Genom sina personliga kvaliteter är han en god och uppskattad förebild.

Kim Stenbäcker, Adolfsbergs vårdcentral, Örebro, har med uthållighet och tålmod varit en stöttepelare på sin vårdcentral och bl.a. utvecklats diabetesvården till nationella utmärkelser. Hon har tagit ansvar för jourverksamheten och 1177 i Örebro län. I vardagen är hon alltid närvarande med stor omtanke om alla medarbetare.



Per Lötvall.

Kunskapens ljus

Per Lötvall, Karlstad fick utmärkelsen för sina uppskattade insatser som

handledare där han lär ut såväl kunskaper som färdigheter och förhållningssätt och är ett pålitligt stöd för sina utbildningsläkare.

Kim Stenbäcker fick Kunskapens ljus för sina uppskattade insatser som handledare och inspiratör. Hon skapar trots en pressad vardag ett gott utbildningsklimat och är en uppskattad handledare.



Sebastian Schmidt och Tereza Holy.

Bästa ST-uppsats

Priset för bästa ST-uppsats är ett resestipendium till en vetenskaplig kongress.

Tereza Holy, Örebro, har studerat överföring av behandlingsansvar för aktinisk keratos från hudspecialist till allmänläkare och funnit både möjligheter och svårigheter i förändrade rutiner.

Sebastian Schmidt, Värmland, har studerat hur man lämpligen ska hantera behandling av högt blodtryck hos gruppen sköra äldre.

Text och foto:
Bengt Karlsson

Baggängens vårdcentral, Karlskoga
telia.kga@gmail.com

Allmänläkare får Sylfs handledarpris i Stockholm

Sylf Stockholm delar årligen ut handledarpriset Guldornet med syftet att belysa handledarskapets centrala betydelse för läkares utbildning.

Gordana Cancar, Fittja vårdcentral, vann Guldornet 2019 med följande motivering:

"Pedagogisk och detaljerad i sina medicinska förklaringar står hon stadigt i vetenskapen samtidigt som hon fokuserar på den praktiska tillämpningen. Hon är noggrann och strukturerad i uppföljningen av sina adepters utbildning och personliga utveckling, och dessutom mån om ST-läkarnas röster och behov på arbetsplatsen. Med sin positiva personlighet smittar Gordana av sin energi på omgivningen."



Gordana Cancar (t.h.), vinnare av årets Guldornet tar emot priset av Sylf Stockholms ordförande Gabriella Schanning (t.v.). Foto: Kristin Arthur



Friska sjukvårdspriset till Storuman

Sjukhusläkarna delar sedan 2008 ut Friska sjukvårdspriset till den eller de som genom enträget arbete lyckats få varaktig förbättring inom vården för patienter och läkare.

Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman och Peter Berggren, tidigare verksamhetschef, blev årets pristagare.

Motiveringen lyder: "Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC), med Peter Berggren som verksamhetschef, har på ett utomordentligt sätt lyckats lyfta glesbygdsmedicin till en ny nivå i Sverige. Genom uppstarten

av en specialistkompetenskurs i just det ämnet har ST-läkare från hela landet sökt sig till Storuman/Tärnaby/Hemavan; inte bara för kursen, utan många har även attraherats av att komma tillbaka och arbeta som läkare under de speciella omständigheter det innebär att vara glesbygdsläkare. GMC har dessutom utvecklats till ett internationellt forskningscentrum mitt i Södra Lappland med nätverk över hela världen. Med framsynthet och modern teknik har man skapat en grogrund för att tillgången till medicinsk kompetens blir mer jämlik över landet samtidigt som man utvecklar vården."



Peter Berggren och Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Många utmärkelser på kongressen i Borås

Läs mer om kongressen på hemsidan www.sfam.se/tidskriften



Tre av årets kongressdeltagare var med om att skapa specialistexamen 1989: Robert Svartholm, Margareta Troein, Ulf Måwe.

Årets uppsats

Beatrice Joneken, Närhälsan Styrso Vårdcentral, fick priset Årets uppsats för sin uppsats "Hur hanterar ST-läkare i allmänmedicin medicinsk osäkerhet?" Handledare var Åsa Premberg, FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän.

Motivering: "En spännande och ambitiösa kvalitativ studie där fokusgrupper får diskutera ett ämne som är kliniskt relevant och viktigt för rekrytering och för fortsatt arbete som allmänläkare. ... Resultatet är trovärdigt och intressant med både väntade och oväntade fynd och diskuteras genom återkommande jämförelser med andra studier."



Robert Svartholm, Beatrice Joneken och Anneli Vinensjö.

Specialistexamen 30 år

Specialistexamen, som anordnas av SFAM:s råd för kompetensvärdering, genomfördes för trettionde gången. Antalet som genomgår examen ökar för varje år. Karin Lindhagen håller i alla trådar.



Examinanderna fick blommor, diplom och presenter.

Årets handledare

Evert Zetterberg nominerades till Årets handledare av Fredrik Hagerman. "Han är en av orsakerna till att jag bytte till hälsocentralen Sandviken Norra. ... Jag har haft förmånen att bli handledad av en stor förebild inom allmänmedicinen. ... Han har alltjämt en glödande nyfikenhet och vilja att lära sig och utvecklas. ... Han lyckas alltid gå hem i tid och hålla stenkoll på både signeringskorg och väntelista – egenskaper som jag som nybliven specialist avundas och försöker komma på hur i hela friden han lyckas."

Årets lejon 2018

Eva de Fine Licht, studierektor vid Närhälsan, VGR, blev årets lejon 2018 för att hon "med outtröttlig energi och engagemang har stått upp för allmänmedicinens principer i alla sammanhang, såväl nationellt som internationellt. ... Hon har en unik förmåga att få kollegor och medarbetare att växa och känna sig uppskattade. Utbildningsläkarna har haft en särskild plats i hennes stora hjärta."

Ingrid Eckerman, chefredaktör för AllmänMedicin blev årets lejon 2018 för att hon är "besjälad av att sprida det allmänmedicinska idégodset och att vittna om betydelsen av allmänmedicin för svensk hälso- och sjukvård. ... Som chefredaktör för tidningen AllmänMedicin har hon under många år bedrivit ett värdefullt redaktionellt arbete som givit SFAM:s medlemmar tillgång till en tidning av hög klass med omvittnat läsvärde."



Lejoninnorna Eva de Fine Licht och Ingrid Eckerman.



Ali Zardadi. *Ängeln och sparven. Texter av en ensam ungdom på flykt.* Catoblepas förlag 2017. 49 s. ISBN 9789188183101

Muhammad J Muhammadi. *Ska vi dansa?* Book on demand 2018. 62 s. ISBN 9789176996874

Muhammad J Muhammadi. *Jag står inte ut men jag slutar aldrig kämpa!* Books on demand 2019. 85 s. ISBN 9789177856948



Två unga killar – tre böcker

Framför mig har jag tre små böcker som representerar mitt nya liv, det som började hösten 2015. Böckerna berättar om kapaciteten hos ungdomarna som ville börja nya liv i Sverige. Den kapacitet som vi inte vill behålla i Sverige.

De små böckerna är skrivna av två ungdomar som på exceptionellt kort tid lärt sig att behärska det svenska språket. Att läsa dem i tidsordning ger en insikt i hur fort språket utvecklas hos unga människor.

Ali Zardadi kom till Sverige i februari 2016. Till vintern började han lägga in små texter i facebookgruppen Stoppa utvisningarna av afghanska ungdomar! Till nästa vår hade han samlat texterna i en bok, *Ängeln och sparven*.

Boken består av en serie korta berättelser. De handlar om saknaden efter mamma, om glädjen att få börja svenska skolan, om resan med svenska språket, om "sparven" som fick hjälp av den svenska "ängeln", om väntan på besked, om mardrömmarna. Författaren skriver "Det är en bok som skrevs om när drömmar går sönder, när tårar rinner, när hjärtat skadas ..."

Språket är lätt svenska, och han har fått hjälp med stavning och grammatik. Den ger en bra bild av hur det kan vara som ensamkommande flykting, och lämpar sig utmärkt att ta med som present i stället för blommor. Den kan också användas i svenskundervisning.

Ali Zardadi fick utmärkelsen "Ungt kurage" från Raoul Wallenberg-akademien 2018. Han avslutar nu andra året på vård- och omsorgslinjen, samtidigt som han arbetar för Röda korset. Framtiden är fortfarande osäker – uppehållstillståndet är tillfälligt.

Muhammad Juma Muhammadi är författare till de två andra böckerna. Ingen fick läsa texterna innan böckerna trycktes.

I den första boken, *"Ska vi dansa?"*, beskriver han hur han växte upp i Pakistan i en traditionell familj med en snäll mamma och en våldsam far. Han har alltid känt sig annorlunda, "som en oval i en fyrkant". När han som 15-åring vägrade giftermål blev han utslängd ur hemmet. Dans i kvinnokläder och

sexuella tjänster till män med makt fick honom att överleva – han blev "bacha bazi", danspojke. När hans "kollega" mördas av en polis flyr han.

I den andra boken beskriver han hur familjens liv präglas av att de är hazarer, med sneda ögon. I korta berättelser talar han om sitt sökande efter sin identitet, och hur glad han blev när han fann det svenska ordet "hen". Genom texten lyser ångesten för att tvingas till Afghanistan. "Jag vill hellre dö som människan hen i Sverige än att dö som gay och våldtagen i Afghanistan."

Han blev bestört när han insåg likheterna mellan hur hazarer och samer hanterats. "Allt det jag flytt ifrån fanns plötsligt framför min näsa. Vid en närmare efterforskning blev likheterna mer och mer klara som en molnfri sommarhimmel i Augusti."

Så beskriver han sin väg in i det svenska samhället, i den lilla byn Nordanåker i Dalarna. Med sin nya farmor och farfar, med hunden Tia och "Sverigemyggorna", med pinsamheterna i omklädningsrummen och sin väg till utbildad simlärare.

Hans sätt att reflektera och att behandla språket är unikt. Han avslutar med vitsippan som stadigt växte fram i bröstet på honom, men som tillintetgjordes och ersattes med skräck.

Denna bok, med sina reflektioner över olikhet, identitet och etnicitet, borde passa utmärkt som diskussionsbok i skolor och läsecirklar. Personal inom sjukvård, socialtjänst och skola får en bra introduktion till vad en del av våra nya svenskar varit med om.

Muhammad har fått flyktingorganisationen FARR:s ungdomsstipendium. Han har fått sina tre avslag men är inne i en ny process. Han fortsätter att vänta och leva med mardrömmarna.

Ingrid Eckerman,
Chefredaktör, chefredaktor@sfam.se

Alla tre böckerna kan köpas via undertecknad.
Då går en slant till föreningen Stöttepelaren.



Ali Zardadi.
Foto: Ingrid Eckerman



Muhammad Juma Muhammadi. Foto:
Ingrid Eckerman

Annons

Carlstedt Gunilla, Forssén Annika. Arbete för livet. Carlssons bokförlag 2018. 272 s.
ISBN 9789173319324



När livet är som bäst och sluta klaga!

Reflektioner över en avhandling om kvinnors livslopp under svenskt 1900-tal

Boken "Arbete för livet", med rikt bildmaterial; 272 sidor; utförlig referenslista; tjockt papper, baseras på en doktorsavhandling i allmänmedicin från Luleå tekniska universitet 1999. Forskarna och läkarna Gunilla Carlstedt och Annika Forssén har lagt ner ett förtjänstfullt arbete med att popularisera den. Tjugo kvinnor, födda 1909–1926 från olika samhällsklasser, intervjuades om sina livslopp. Estrid, född i ett statarhem, började arbeta tidigt och Linnea från övre medelklassfamilj utbildade sig till läkare. Livsloppet inkluderade uppväxt, parbildning, barnafödande, omsorg om barn, förvärvsliv, vänskap, hälsotillstånd, åldrande och framtidsvisioner.

Kvinnornas berättelser om sin stund på jorden är fascinerande. Det som dessa kvinnor har upplevt i sina liv är så anorlunda och mycket kunde vara "stressande". Svårt under första världskriget, många syskon, modern dog, bröder fick göra roligare saker. Foga dig lilla tös! Alla väljer inte att gifta sig, och motivet är att bestämma själv över sitt liv men då får de avstå från barn. Sjuksköterskan blev prästfru och fick lämna yrket för prästfrurollen och läkaren slutade arbeta då barnen föddes så att maken (också läkare) kunde jobba som han ville.

När livet är som bäst – det är tiden då barnen föds och växer upp. Även om kvinnorna fick kämpa med hushållsarbete, dass på gården, bära in vatten och bära ut avloppet, ingen hjälp med barnpassning, tygblöjor, ingen tvättmaskin, måste sy alla kläder och sen lappa och laga, så kunde de skapa harmoni i hemmet. Signe, som födde 10 barn, bodde på en ö och släpade tvätten över isen till en vak. Hon blev så trött och satte sig i en snöhög och tänkte – nu föder jag här. Maken menade att en tvättmaskin skulle störa hustruns arbete.

Det värsta var den tvingande lyhördhet som de flesta kvinnorna blev fenomenala på. Det började redan tidigt då moderlösa kvinnor fick ersätta mamman i hemmet så att pappa kunde arbeta, tvingade att avstå från utbildning för att pappan tyckte så, tvingade att se genom fingrarna på prästen-makens psykiska misshandel av henne för att behålla fasaden av en lycklig familj i församlingen.

Lönearbete var viktigt – egna pengar och "ett eget rum". En del arbetade tillsammans med sin man i jordbruk eller affär.

Många av kvinnorna får tidigt hälsoproblem, och gamla kvinnor har ständig jourverksamhet i hemmet av att sköta sjuk make. Trots alla svårigheter gläder de sig åt barnen, att de kunde hushålla, att de kunde skapa glädje i hemmet. Kvinnorna upplever att livet blir enklare och modernare med tiden och nu äntligen kunde de bestämma själva. Att se sina egna barn ha ett betydligt bättre liv och bättre hälsa än de själva var tillfredsställande.

En grundläggande insikt som studien förmedlar är att makt att bestämma över sin egen kropp, och makt över sitt arbete och sitt ansvarsområde, är avgörande för kvinnors hälsa.

Dessa kvinnor är mor/farmödrar till dagens yrkesarbetande. Eftersom kvinnor i Sverige har det så mycket bättre än sina mormödrar så borde ingen idag klaga över stress och vardagspussel. De blir i detta sammanhang helt obegripliga. Hur skall vi förstå? I bokens sista del reflekterar författarna över sina resultat och jämför dem med situationen i dag. Bristande jämställdhet på arbetet och i hemmet har kopplats till både stress och depression.

Det är en bok jag varmt rekommenderar. Den bör ingå som obligatorisk läsning på läkar- eller i ST-utbildning. Den kan berika förståelsen av äldre kvinnors symptom i konsultationen genom en insikt i hur livet var under deras livslopp. Dessutom kan läkaren reflektera över sin egen situation i den familj hen skapat och medverka till ökad jämställdhet i det egna hemmet och på arbetet.

Och du forskare – studera männens livslopp under 1900-talet. Varför vill(e) män inte ta ansvar för sina barn?

Jäv saknas.

Margareta Söderström
Docent i allmänmedicin
Lund
elinmargareta.soderstrom@gmail.com



AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar. Hör av dig till chefredaktör@sfam.se!





Vi vet mer än vi kan mäta

Tankar om *Det omätbaras renässans*

I ngen kan undgå det faktum att vi lever i en tid av mätande, räknande, utvärderande och ständiga påbud om kvalitetskontroller. Professionella och privatpersoner möter dagligen mätverkligheten. Ibland är den konstruktivt närande, inte sällan påfrestande och tärande. Som yrkesverksam praktiker blir man lätt uttröttad över att leva i glappet mellan karta och verklighet. Detta mycket konkreta nutidsproblem är utgångspunkt för Jonna Bornemarks senaste bok *Det omätbaras renässans – en uppgörelse med pedanternas världsherravälde*.

Bornemark är verksam som filosof vid Södertörns högskola, som sedan länge haft en inriktning mot den praktiska kunskapen såväl i undervisning som i forskning. Detta har skapat ingångar för praktiker inom människovårdande yrken. Undersköterskor, poliser, socialarbetare m.fl. har tagit del av undervisningen. Flera allmänläkarkollegor bedriver forskning på master- och forskarnivå. Fredrik Svenaeus, filosofiprofessor vid Södertörn, har med sin fenomenologiska hållning och sina populärvetenskapliga skrifter om hälsa, sjukdom och medicinska diagnoser fått visst teoretiskt genomslag inom allmänmedicinen och bidragit till fruktbara, kritiska diskussioner.

Jonna Bornemark har tidigare skrivit böcker om viktigt vetande som överskrider det fyrkantiga förnuftet. Man kan säga att hon har öppnat "rationalitetens järnbur" och vänt sin uppmärksamhet mot kropp och sinnen som kunskapskällor. I sin förra bok *Kroppslighetens mystik* låter hon till och med andligheten bli en legitim kunskapskälla. Det är djärvt av en filosof som självklart vill hålla sig inom förnuftets och den klara tankens domäner. Jag menar att hon lyckas bra med det utifrån sin fenomenologiska utgångspunkt!

Den nya boken fick omedelbart stort genomslag. Recensionerna var genomgående positiva. Intervjuer och reportage haglade tätt i alla typer av media. Det måste vara länge sedan ett filosofiskt verk togs emot på det sättet. Bornemark hade uppenbarligen formulerat insikter som delas av många just nu.

Mycket förenklat ger hon en ganska kuslig bild av hur människan kan bli slav under sitt eget mätande och hur kunskapen kan utarmas genom att reduceras till produkten av ett snävt kalkylerande förnuft. Hon ger konkreta exempel från arbetsplatser och enskilda personers, inklusive sina egna, erfarenheter av hur prestation och strävan efter formell fulländning har förpestat livet för många inom exempelvis vården. New Public Management är en tacksam skottavla, liksom pedantisk kvalitetssäkring som i värsta fall kan innebära att det blir viktigare att vårda sina register än sina patienter: ett slående exempel på den "förpappning" som skett inom vården.

För att grunda sin kritik av nutiden tar Bornemark hjälp av renässansfilosoferna, Nicolaus Cusanus (1401–1464) och Giordano Bruno (1548–1600). Dessutom i någon mån av René Descartes (1596–1650), som i våra dagar mest får ovet som banérförare för en dualistisk människosyn. I boken belyser hon andra dimensioner av hans tänkande.

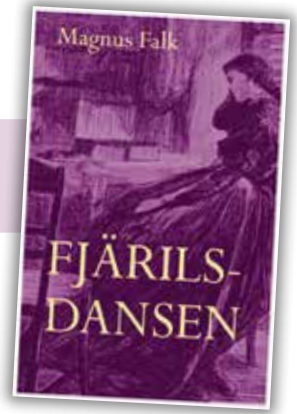
Cusanus med rötter i medeltida mystik tradition framstår som en rationell rationalitetskritiker. Från honom hämtar Bornemark begrepp som varken är helt lättsmälta eller entydiga, men mycket stimulerande för tanken. Cusanus begrepp icke-vetande är ett av de centrala i boken. Allt mänskligt kunskaps-sökande sker enligt Cusanus mot en horisont av *icke-vetande*, som finns i det allra största och det allra minsta. De senare kallar han *minima*. Ur dessa minima kan intellektet fånga upp *vadheter*, en slags anad kunskap, som ibland kan dras in i en värld av begrepp och kanske t.o.m. bli mätbar kunskap inom ramen för ett ratio-centrerat, kalkylerande förnuft. "Ratiot väcks genom förundran över vadheter" skriver Bornemark på ett ställe. Och denna förundran inför det utmanande och icke kategoriserade är det upp till *intellectus* att bedöma betydelsen av i det särskilda sammanhanget.

Allt detta kan låta abstrakt och svårfångat, men i min kliniska verklighet tror jag mig ofta skymta dessa *vadheter*. De är situationsunika företeelser, exempelvis enskilda symtom och tecken i ett större sammanhang. Eller intuitiva aningar som, förutom att de kan bli till mätbar kunskap, också har ett egenvärde, i synnerhet när *meningsfrågan* är central i sökandet efter förståelse i en specifik situation.

Moderniteten är pedanternas, dvs. de manual- och kontrolltrognas, tidsålder enligt Bornemark. "Visst finns där nyanserad filosofi och världsöppnande poesi, men de har förblivit underströmmar." Hon hyser förhoppningar om att dessa underströmmar kan växa i betydelse. Den enskilde uppmanar hon till mikromotstånd genom att ständigt ifrågasätta manualer och tveksamma regelverk och istället lyfta upp mellanmännsliga och professionella kärnvärden. Ofta är det möjligt, men på sikt måste *intellectus* roll i kunskapssamhället få större betydelse. Det innebär bland annat att konst och humaniora måste få den plats de förtjänar. Inte som dekorationer, utan som verkliga kunskapskällor.

Sammanfattningsvis tror jag Bornemark visar hur vårt mätande och vägande förnuft (*ratio*) måste kompletteras med ett öppet resonerande förnuft (*intellectus*) för att finna vetekornen bland agnarna, alltså hitta kärnan i det som mäts och samtidigt kunna fånga upp situationsunik kunskap ur det oändliga *icke-vetande* som omger oss.

Forts. nästa sida



Fjärilsdansen – en roman om Karolina Widerström

Kollegan Magnus Falk är biträdande professor i allmänmedicin i Linköping. Dessutom är han en flyhänt och produktiv skönlitterär författare. I höstas kom hans fjärde bok. Jag har läst två av de tidigare, som båda är välkomponerade romaner, där erfarenheter från forskning, sjukvård och samhälle ger färg åt olidligt spännande berättelser.

Den nya romanen *Fjärilsdansen* tar plats i en helt annan genre. Den handlar om Sveriges första kvinnliga läkare Karolina Widerström. Vi får möta henne under två tidsperioder, dels som ung medicinare 1881, dels som aktiv, stridbar kvinnoläkare 1902. Parallellt får vi följa den 16-åriga Alvas öde. Hon är nyinflyttad till Stockholm från en fattig familj på landet, helt utan medel och kontakter i huvudstaden. Karolina möter Alva på sin mottagning redan i första kapitlet. Då är hon gravid och redan på väg in i prostitutionsträsket, lockad av en snäll och hjälpsam bordellmamma.

Karolina och Alva möts ytterligare några gånger i berättelsen, men i stort löper deras liv parallellt. Alva är där för att illustrera livet för kvinnor på samhällets botten i det tidiga 1900-talets Stockholm. Och för att ge konkret substans åt Karolina Widerströms kamp mot besiktningens reglementet, som tvingade alla prostituerade att låta sig registreras och hälsoundersökas

regelbundet. Syftet med reglementet som tillkom 1847 var att förhindra spridning av sexuellt överförbara sjukdomar. En rimlig ambition kan man tycka, men problemet var att det lade hela ansvaret på kvinnorna och lät männen löpa fritt. Till skillnad från sina samtida kollegor ser Karolina det illa dolda kvinnoföraktet i besiktningarna.

Hon för en heroisk kamp inom Läkarsällskapet för att det ska förordas ett upphävande av reglementet. Trots välslipade argument och betydande mod misslyckas hon med att få sällskapet på sin sida. Männens dominans är för stor. De saknar förmåga att se saken ur de utnyttjade kvinnornas perspektiv. Det kommer att dröja ända till 1918 innan reglementet avskaffas, men man anar att Karolinas kamp inte är förgäves. Hennes engagemang i frågan är den starkaste delen av boken. Här hittar man något av spänningen i Magnus tidigare romaner gestaltad som ett litet medicinhistoriskt drama.

Som helhet når boken inte riktigt den nivån. Titeln är vacker, men svårtolkad. Det mesta är avrundat vänligt, utan skarpa kanter. Kanske är det därför karaktärerna inte når sin fulla potential? Trots våld och misshandel är t.o.m. bordellen lite hemtrevlig. Magnus bygger på biografiska fakta om vår första kvinnliga läkare, men huvuddelen av berättelsen är fiktion. Den ungdomliga kärlekshistorien som flammar upp mellan Karolina och en studentkamrat släcks snabbt eftersom Karolina vägrar att ge upp sin frihet för att bli omyndigförklarad inom ramen för äktenskapet. Det dröjde ända till 1920 innan den gifta kvinnan blev myndig. Den fattiga flickan Alva är en helt fiktiv figur.

Man får intrycket att boken är skriven i en berättarglädjens brådska. Språket får inte alltid fäste i verkligheten. Alltför många schabloner smyger sig in och repeteras. En del språkliga felaktigheter och baktunga metaforer borde en observant redaktör kunnat rensa bort. Som läsare är det lätt att vara kritisk. Tveklöst har Magnus Falk skrivit en viktig och läsvärd bok, men om han vill utveckla sin roll som realistisk romanförfattare måste han nog våga stanna upp, lyssna, smaka, pröva och låta sina gestalter växa fram ur sin miljö och sina livsvillkor utan idealiserande sidoblickar.

Fortsättning från föregående sida.

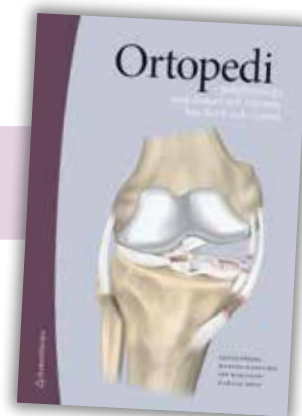
Giordano Bruno är den andra renässansfilosofen hos Borne-mark. Han blev bränd på bål som kättare för att han hävdade idéer som stred mot kyrkans lära. Han såg människan som en skapande varelse, som själv bidrar till universums oändliga skapande. I våra moderna öron låter det en aning högspråk, men visst är det en vacker tanke som får stöd i Bornemarks bitvis mycket vackra text. Och visst känns det hoppfullt att denna text väcker stort intresse både bland allmänhet och professionella – inte minst läkare.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com





Läroboken i ortopedi är väl värd sitt kurslitteraturpris!

Jag läste den nya ortopediboken för att sätta mig in i ett par vetenskapliga kontroverser viktiga för allmänmedicinen. Hur hanteras de i en lärobok som måste formulera konsensus i tiden?

54 författare och tre redaktörer har skrivit en genomarbetad pedagogisk text. Boken är luftig med lättlästa 580 sidor. Jävs- eller intressedeclarationer redovisas inte, vare sig för läkemedelsbolag, implantatföretag eller intellektuella jäv. Nyckelreferenser saknas. Den länk som anges till förlagets hemsida kom jag inte åt.

Språket är ofta enkelt, populärvetenskapligt om ben och stödjevåvnader. Texterna är komprimerade. Man har ändå lyckats skriva vettigt om t.ex. pisksnärtskada på en sida. Enda felet förutom enstaka stav och sättningsfel är en omkastning av ramus superior och inferior på sidan 324.

I Göran Bauers lärobok (1979) var förkortningar utskrivna i sakregistret. Det är inte konsekvent genomfört i den nya läroboken. Ett särskilt avsnitt för förkortningar och begrepp hade underlättat.

Viktiga är de diskret färgsatta, utsökt pedagogiska illustrationerna. Den ortopediska undersökningen presenteras i utförliga listor på vad som bör ingå i status för olika kroppsdelar. För undersökningsteknik hänvisas till Youtube-filer från bl.a. Svensk ortopedisk förening. Ortopedkirurgisk teknik saknas helt.

I den allmänna delen presenteras historik, epidemiologi, infektioner, tumörer, reumatism och biomaterial. Jag anar broskets behov av rörelse och belastning och svårigheter att nyskapa denna centrala vävnad. När det gäller artros ser jag inget riktigt genombrott förutom bättre proteser.

Bilddiagnostiken har expanderat och utvecklats. MR blir vanligare liksom handburen ultraljud. Här kunde problemen med överdiagnostik fördjupats. Något nämns om symtomlösa diskbräck som får ses som bifynd. Vilka negativa effekter följer av beskrivningar av avvikelser som man inte frågat efter?

Särskilt vill jag lyfta fram det informativa avsnittet om amputationer. Det är utförligt om nivåer, rehabilitering och proteser.

I boken hänvisas psykologisk behandling av värk och smärta till speciallitteratur. De etiska och metodologiska problemen med åldersbestämning av ensamkommande flyktingbarn tas inte upp.

I del två, om sjukdomar och trauma hos vuxna, är de inledande beskrivningarna av den funktionella anatomin avskalad i en exakt prosa som närmar sig poesin. Jag får aha-upplevelser

av viktiga principer som jag inte uppfattade i vår detaljerade undervisning under första terminen.

Boken innehåller klassificeringar och indelningar av t.ex. frakturer som man ser i röntgensvar och epikriser. Här kommer bilderna till sin pedagogiska rätt och man förstår principerna bakom, dvs. cirkulation, ledengagemang och tillväxtzoner.

Jag noterar tvekan inför användningen av NSAID t.ex. i den tidiga frakturläkningen. Även kortisoninjektioner ifrågasätts vid epikondylit och för hälsenor och hälsporre med tanke på risken för nekroser. Jag hade gärna sett striktare råd vad gäller evidens, indikationer och kontraindikationer för kortisoninjektioner.

Injektioner mot Dupuytrens kontraktur, vikingasjukan, är en annan metod som i nylig avhandling ifrågasatts jämfört med endast nålavskärning av strukturen. Kan jäv spela roll för bedömningen?

Allvarliga biverkningar på stödjevåvnad av mediciner, speciellt doxycyklin men även fluorokinoloner, omnämns kortfattat.

I den tredje delen beskriver man detaljerat och kanske omotiverat ovanliga tillstånd hos barn. En kollega använde boken för att skriva en bättre remiss om en misstänkt felställning hos ett spädbarn.

Fick jag svar på mina frågor om kontroverserna inom den ortopediska allmänmedicinen? Ofta skrivs endast kortfattat att ämnet är omdiskuterat eller behandlingen har ifrågasatts. För den delvis korrupta farmakologiska osteoporoskampanjen har man valt att låta skeptiker skriva i en allmän del om epidemiologi och patofysiologi. Det speciella kapitlet överensstämmer ganska väl med den kortfattade osteoporosboken, utgiven på samma förlag, som lika gärna kunde ha varit bolagsfinansierad reklam. Det nämns inte att WHO skriftligt tagit avstånd från delaktighet i FRAX.

Boken rekommenderas, även till äldre kolleger, som uppdatering av vad som hänt med en subspecialitet under ett yrkesliv. Läser yngre kolleger läroböcker idag eller väljer de kortfattade sammanställningar på skärm? Kunskapsstöden ger inte den helhet och överblick som en lärobok ger.

Ortopedi-boken är väl värd sitt första-pris för kurslitteratur!

Peter Olsson
Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Facklig sekreterare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och

patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Steen
susanne.steen@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvane frågor

Sven Wåhlin
sven.wahlin@sl.se

IT-rådet

Anne Björk, annbjor@gmail.com

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Jonas Sjögren
jon.sjogreen@gmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering

i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

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

Gastroprima – för mag-tarm-

intresserade allmänläkare

Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Studiektorskollegiet

Vakant

Naaka – Nätverket för Astma,

Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Hanna Sandelowsky
hanna.sandelowsky@sl.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för

fortbildningssamordnare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Euract

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

Equip

www.equip.ch
Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sl.se

Euripa

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

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
maria.truedsson@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND*

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Sofia Lavén
sofia.laven@gmail.com

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM

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

GOTLAND

Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helenaglad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

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

BLEKINGE

Anna Lövgren
annalovgren4@hotmail.com

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Ordf: Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se
Kont.person: Sekreterare
Niklas Lehtipalo
niklas.lehtipalo@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Mårit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Anneli Vinsjö
anneli.vinsjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

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

Layout

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

Annonser

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

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@telia.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se
webmaster@sfam.se


 Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

**2019****Juni**

Nordic Young General Practitioners
15-16.6 Aalborg, Danmark

Nordisk allmänmedicinsk kongress
17-20.6 Aalborg, Danmark

24th Wonca Europe
26-29.6 Bratislava

Augusti

Skutkurs: Allmänmedicinskt arbetssätt
12-16.8 Bohusläns skärgård
Provinsialläkarstiftelsen

September

Internationell Balint-konferens
11-15.9 Porto, Portugal

Utbildning FQ-gruppledare
25-26.9 Sollentuna

Studierektersmöte
26-27.9 Blekinge

Oktober

Utbildning för SPUR-inspektörer
15.10 Stockholm

November

ST-dagarna
6-8.11 Stockholm

Konsultationsteknik – en booster
27-28.11 Stockholm
Provinsialläkarstiftelsen

Nationella kvalitetsdagen
28.11 Stockholm

Internationellt

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

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

December

Preventing over-diagnosis
5-7.12 Sydney

Konsultationsnätverket
6.12 Stockholm

2020**Maj**

EGPRN
7-10.5 Göteborg

Svensk allmänmedicinsk kongress
Åre 13-15.5

Juni

Wonca Europe
24-27.6 Berlin

Utgivningsplan för 2019

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	19.8	23.9	21.10	21 regioner 21 system
4	14.10	18.11	16.12	Primärvården har blivit bättre!

Utgivningsplan för 2020

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	13.1	17.2	16.3	Ny läkare i Sverige

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

SFAM:s kansli

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

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

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltenstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Lyssna på podserien SFAMpen! <http://sfam.ringla.nu/>

Följ SFAM på  



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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

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

