

Primärvården har blivit bättre

Har den verkligen det? Ja, min egen allmänmedicinska erfarenhet är egentligen inte mer än ett knappt ett decennium och svårt att säga alltför mycket utifrån det förhållandevis korta perspektivet. Men jag upplever ändå att det pratas om primärvård som aldrig förr. Det börjar så smått tillsättas fler ST-läkare i allmänmedicin. Det diskuteras fast läkare och listtak, och jag tror det blir svårt att komma undan en rejäl primärvårdssatsning den här gången.

De framsteg jag upplevt i min kliniska vardag under min korta karriär är att det går att kommunicera via 1177.se med någon sorts rudimentär chattfunktion. I Stockholm är det lätt att kolla på andra vårdinrättingars journalanteckningar antingen via TakeCare eller NPÖ. Det går hyfsat enkelt att lägga in bilder i journalen och jag kan göra videobesök vid behov.

Det går att skicka sjukskrivningsblanketter direkt till FK, och numer skickar jag egentligen bara elektroniska remisser. Patienterna kan fylla in skattningsskalor, blodtrycksmätningar och annat hemifrån och jag kan få ganska snabba svar på mina

frågeremiss till sekundärvården. Patienterna kan själva läsa sina journalanteckningar och provsvar på gott och ont.

Jag tror även att arbetet som allmänläkare förmodligen är roligare idag än för tio år sedan med ett bredare uppdrag som vi gärna tar oss an, givet att vi får den begränsning av vårt uppdrag som vi behöver.

Ur ett rent medicinskt primärvårds- och patientperspektiv har det gjorts en hel del framsteg. Inom diabetes har vi nu otaliga läkemedel att välja bland istället för bara metformin, glibenklamid och insulin. Inom psykiatri finns också många fler läkemedel att välja bland. Vi har bättre möjligheter att behandla både KOL, astma, hjärtsvikt, hypertoni med mera.

Sen kommer jag ihåg att evidensbaserad medicin var något nästan nytt när jag utbildade mig och att man mer jobbat utifrån eminensbaserad medicin. Så är det inte i lika stor utsträckning längre även om det förekommer.

En sak, som jag i och för sig tror att vi allmänläkare alltid har varit bra på, är konsultationstekniken och patientcen-

treringen. Men det är det något som jag faktiskt tror att läkarkåren som helhet har blivit bättre på under min karriär. Det har generellt blivit mindre hierarkiskt och mindre prestige mellan olika yrkeskategorier. Naturligtvis innebär inte det att vi läkare avsäger oss varken det medicinska ansvaret eller ledningsansvaret. Men i grund och botten är jag övertygad om att ett prestigelöst teamarbete där man ändå har sina tydliga roller är det som är bäst för alla.

Så har då primärvården blivit bättre? Ja, på många sätt har den ändå det, även om det finns mycket kvar att förbättra.



Magnus Isacson
Ordförande

magnus.isacson@sfam.se

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2020

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2020.

Plats: Åre, Holiday Club

Tid: Onsdagen den 13 maj, kl 16.00–18.00

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) en månad före mötet.

Välkommen! Magnus Isacson, ordförande

Primärvårdspatient förr och nu

Förr

Skrikande sattes jag på min storasysters pakethållare. Jag skrek hela vägen fram till provinsialläkarens hus i Saltsjöbaden, sydost om Stockholm. Vad som hände där kommer jag inte ihåg. Men jag fick en krater på låret och fick inte bada den sommaren. Tuberkulosvaccinationen ska ges intrakutant – kanske hade inte vår provinsialläkare rätta tekniken, och det var nog inte heller så lätt med dåtida utrustning och en skrikande unge.

Sedan var det de nästan årliga öroninflammationerna. Fotografierna visar mig och min lillebror med fetvadd över öronen fasthållna med sinnrikt lindad elastisk binda. Det är inte säkert att provinsialläkaren kontaktades – antingen fick trumhinnan spontanspricka, eller så reste vi med taget till öronläkaren i stan som punkterade.

Kikhostan – hur gammal kan jag ha varit? Penicillinet hade just kommit och skulle ges i intramuskulära injektioner. Apoteket Gripen på Götgatan i Stockholm skickade ut receptbelagda mediciner med taget, och man fick hämta dem i skjutlådan på biljettexpeditionen. Distriktssköterskan kom hem. Hon satte de stora sprutorerna i våra skinkor. En gång tappade hon en av de dyrbara ampullerna i golvet. Hon fick koka om sprutan, men lämnade oss (min lillebror och mig) med spetsen kvar i skinkan. Där fick vi ligga och vänta tills steriliseringen var över ... Att pc inte biter på bordetella pertussis visste ingen.

Mässlingen, veckorna innan mina storasyskon tog studenten, var egenvård – vi fick inga komplikationer. Vi kom på fötterna precis till studentfesten. De nya kläderna som mor inhandlat utan att jag var med kunde jag inte använda när jag återfått min normalvikt.

Nu

Lyckligtvis behöver jag inte mycket kontakt med primärvården. De yngre kollegor jag träffat har varit mycket bra, lyssnat, kommit med just de förslag jag väntat mig. Jag brukar inleda med att tala om mitt yrke – det känns mer renhårigt.

Den första vårdcentralen jag som pen-

sionär listade mig på hade tagits över av kollegor under ”tvångsprivatiseringen” på 2000-talet. De tröttnade och sålde till ett riskbolag. Den var fortfarande välfungerande, med god kontinuitet. Men riskbolaget skulle ha ut sin vinst och sålde en gång till. För att nästa riskbolag inte skulle gå med underskott krävde ägarna att personalen jobbade mer ”effektivt”. Mina kollegor vägrade – alla läkare och nästan alla sjuksköterskor sade upp sig. Jag ser att mottagningen åter sålts. Äntligen tycks den ha fått de flesta läkartjänsterna fyllda.

Min ”nya” vårdcentral har områdesansvar för hemsjukvården där jag bor. Den jobbar i gamla lokaler men verkar fungera väl ändå, av mina grannars kommentarer att döma. Det får bli min vårdcentral resten av livet!

Killarna då?

Många timmar tillbringas framför datorn. Facebookgruppen, Stöttepelarens hemsida, pressmeddelanden och inte minst de wikipediaartiklar som nu börjar ta form – bland annat om medicinsk åldersbedömning. Dagligen kommer frågor, mer eller mindre desperata, från hjälpare och ungdomar. För de ”lyckliga” med uppehållstillstånd för studier är det dags att söka förlängning. Det är mycket byråkrati att vara del av det svenska samhället! För dem som inte får bli det är situationen svår och valen omöjliga. Papperslös i Sverige? I Paris? I Kabul?

I somras stod jag på Mynttorget vid riksdagshuset framför ett stort antal barn-

familjer som lever i limbo – Afghanistan tar inte emot dem, men de får inte uppehållstillstånd. ”Jag borde inte behöva stå här” inledde jag. Det kändes så fel – barnen skulle varit på badstranden, jag i hammocken.

Häromveckan var jag i Paris. Det var egendomligt att vara där i ett annat ärenden än turism. Inte ens kunde jag göra min vanliga klättring upp i tornet i Notre Dame ...

I stället vandrade jag runt på stan med tre unga män i tjugooåldern. Tre av de tusentals ”svenska afghaner” som nu finns i Paris. ”Mina” killar har alla turen att ha blivit ”normala”, dvs. deras fingeravtryck återfanns inte i Dublinregistret. Det ger dem möjligheten att söka asyl, och chansen att de får (tillfälligt) uppehållstillstånd i Frankrike är ganska stor. De har fått flytta från tälten i smutsen på gatan till stora tält på fotbollsplaner eller budgethotell utanför Paris.

Alla längtar de tillbaka till Sverige – det ”jätte bästa” landet!



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm

chefredaktor@sfam.se

Stöd utvisningshotade ungdomar! Ge ditt bidrag till bostad, advokat, kollektivtrafik!



Stöttepelaren – stödförening för ensamkommande barn och ungdomar

Bankgiro 5228-2381
Swish 123 583 19 04
Bankkonto SEB 5368 11 065 76
<http://stottepelaren.se>

AllmänMedicin 1979–2003 snart på hemsidan

Det har känts tråkigt att inte kunna erbjuda AllmänMedicins läsare tillgång till äldre årgångar av tidningen. Då och då hör någon av sig och vill komma åt en gammal artikel. Vi har då fått lov att hänvisa till sjukhusbiblioteken.



SFAMnytt 1-1980.

Lars Berg, tidigare medicinalråd vid epidemiologiskt centrum på Socialstyrelsen, har sparat alla årgångar av AllmänMedicin sedan den trevande starten 1979. Han har tidigare skannat in och laddat upp årgångarna 1979 – 1982. På hemsidan finns alla nummer från och med 2004.

Nu har Lars barnbarn skannat in de återstående tidningarna. Så nu kommer serien på hemsidan att bli fullständig!

I skrivande stund vet vi inte när uppladdningarna till hemsidan kommer att ske, men vi hoppas att det är klart tills du håller detta nummer i din hand.

Hjälpmedel för att hitta artiklar:

- 1994 – ArtikelSök BTJ:s tjänst för bibliotek.
Kräver inloggning.
- 1983 – Databasen SveMed + Indexerade artiklar
(online fr.o.m. nr 3-2004)
- 2004 – 2007 Publ. artiklar februari 2008
Författarregister, excel-fil att ladda ner
- 1979 – 2000 Primnet (två artikelregister + inskannade
tidningar 1979 – 1982) Umeå universitet.

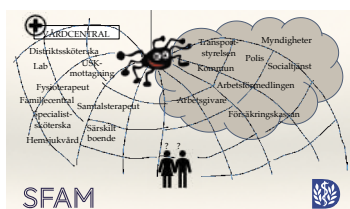
Se också <http://sfam.se/hitta-artiklar/>

AllmänMedicin blir sökbar webbtidning

I samråd med redaktionen har styrelsen beslutat att köpa in tjänsten Tex-Talk via Mediahuset. Det innebär en rad nya funktioner. Tidningen blir blädderbar och artiklarna sökbara. Planen är att den är i funktion till AllmänMedicin 1-2020.

Presentationsmaterial för lokalföreningarna

SFAM tillsammans med Distriktsläkarföreningen har tagit fram ett presentationsmaterial (powerpoint). Det kan användas av lokalföreningarna i diskussioner med både allmänheten och politikerna. Materialet förklarar på ett tydligt och översiktligt sätt vad allmänmedicin och primärvård är.



SFAM-projektet löper på

SFAM fick under 2018 statsbidrag för fyra projekt inom ramen för Socialstyrelsens satsning på insatser till stöd för patienter med ohälsosamma levnadsvanor. SFAM sökte 2019 bidrag för att fortsätta dessa projekt. Ansökan beviljades, men bara med en tredjedel av sökt belopp, vilket innebär att inte allt det som planerades har kunnat genomföras under året.

2019 års projekt har fyra delar:

Delprojekt 1: Ett fortbildningsprojekt som ger stöd för kompetensutveckling, ledarskap och ökat ansvarstagande för specialister i allmänmedicin. Projektet genomförs i samarbete med lokala SFAM-föreningar. Deltagarna bildar ett nätverk och genomför egna projekt lokalt eller nationellt med stöd av nätverket och mentorer. Arbetsformerna omfattar videomöten varannan vecka, möten och internat vid flera tillfällen, samt kontakt via e-post. Läs om 2019 års internat på sid 8! Nätverket har en egen hemsida som intern arbetsplattform. <http://sfamfortbildningsprojekt.se/>

Delprojekt 2: Att underlätta tillkomsten av nya FQ-grupper (grupper för fortbildning och kvalitetsarbete), samt att ge stöd till befintliga grupper och utforma studie- och inspirationsmaterial. Under hösten har hållits en kurs för FQ-gruppledare. Läs om FQ-grupper i Värmland på sid. 10.

Delprojekt 3: Fortsättning av podcastprojektet SFAMpen. Nya avsnitt ska spelas in under 2019. <http://sfam.se/sfampen-podserie/>

Delprojekt 4: Att minska negativ ensamhetskänsla för dem som lever i ofrivillig ensamhet genom ”social prescribing” efter mönster från Storbritannien. Patienter får hjälp att komma i kontakt med verksamheter där de kan få sociala kontakter. Det sker i samarbete med ett planerat forskningsprojekt vid Umeå universitet.

Se också <http://sfam.se/foreningen/organisation/sfam-projekt/>

Övergångslösningar inför den nya nära vården

Omställningen till nära vård innebär en utbyggd primärvård. Samtidigt är bristen på specialister i allmänmedicin stor. Det måste till övergångslösningar innan primärvårdsreformen är genomförd fullt ut.

SFAM:s styrelse arbetar med ett sådant dokument. Här beskrivs två scenarier: I scenario 1 låter man anställda läkare sätta ett listtak så att gröna öar skapas och låta hyr läkarvårdcentraler ta hand om övriga. I scenario 2 fortsätter man som hittills, utan möjlighet till listtak. Scenario 1 anses ge fler patienter tillgång till engagerad läkare än scenario 2.

I väntan på en svensk primärvårdsreform – sne gla gärna på Storbritannien!

Vad händer med primärvården i Sverige i kölvattnet på Stiernstedts och Nergårdhs utredningar? Ulf Måwe, ledare för SFAM:s fortbildningsprojekt, tog i oktober initiativ till ett två dagar långt allmänmedicinskt seminarium på Svenska Läkaresällskapet om styrning av primärvården där allmänläkare fick möjlighet att diskutera primärvård med tongivande sjukvårdspolitiker och beslutsfattare. Här kommer ett referat från mötet.

Sam Everington, allmänläkare och verksam vid Bromley by Bow Health Centre i London var inbjuden gästföreläsare. Han har 30 års erfarenhet som GP i East End, och är en förgrundsfigur i den professionsstyrda vården. Han leder en CCG (Clinical Commissioning Group) med budgetansvar för 400 000 invånare och har varit rådgivare till flera av landets hälsoministrar. I Storbritannien har allmänläkare ett mycket stort förtroende i befolkningen och i undersökningar ligger de i topp med siffran 93 av 100. En britt känner oftast till namnet på sin GP!

Första dagen: Hälsöfrämjande arbete i Londons East End

Sam Everington har lyckats skapa en grön primärvårdsö i ett av de mest socioekonomiskt utsatta områdena i landet. Det



Ulf Måwe var initiativtagare till tvådagarsseminariet. Foto: Gösta Eliasson

hälsöfrämjande arbetet utgår från ett strikt patientperspektiv. I stället för att fråga "what's the matter with you?" så frågar man "what matters to you?".

Enligt Sam Everington har detta inneburit en märkbar förbättring av hälsoläget. Inremittering till specialiserad vård har



Sam Everington.

Foto: Gösta Eliasson

minskat, liksom antalet vårddagar på sjukhus. Samverkan med specialiserad vård har resulterat i högre medicinsk kompetens hos allmänläkarna. Det verkar i stor utsträckning handla om ledarskap, och Sam Everington nämner fyra viktiga ingredienser:

- Var positiv! Säg ja!
- Skapa ett förbättringsklimat!
- Lär känna dig själv och ditt team!
- Skapa ledare inom ditt team!

Sam Everington menar att det behövs en ny kompetens som allmänläkare. Det räcker inte att vara diagnostiker och starta medicinska behandlingar. Allmänläkaren är också en partner till patienten och bör vara medveten om andra lösningar på patientens problem än de rent medicinska. Motiverande arbete kan ofta bedrivas av andra professioner, och teamarbete är nödvändigt.

**"... slutorden från Sam Everington var uppmuntrande:
Be compassionate! Be a friend!
Have fun! Assume it's possible!"**

Med hjälp av en funktion som man i Storbritannien kallar Social prescribing kan läkare skicka patienter till andra medarbetare med uppgift att hitta icke-medicinska lösningar. Det kan till exempel handla om att hjälpa patienter som lever i önskad ensamhet. Hälsocentralen Bromley by Bow samarbetar därför med flera välgörenhetsorganisationer. I vårdcentralens byggnad finns ett café som erbjuder en träffpunkt för patienter där lokala konstnärer ställer ut sin konst. Entrén till mottagningen är inbjudande och i trädgården ordnar man fester. Kontrasten till en svensk vårdcentral är slående!

Sam Everingtons föreläsning inspirerade till gruppdiskussioner som kom att belysa den klyfta mellan ansvar och befogenheter som många allmänläkare upplever. Utrymmet för reflektion och kollegial dialog ansågs behöva öka, och i många grupper ansåg man att listning på läkare skulle kunna öka tilliten till vården.



Ulrika Elmroth för ett motiverande samtal med Acko Ankarberg (KD). Foto: GE



Annika Larsson intervjuar Talla Alkurdi (S), Stockholm.

Foto: IE



Susanna Althini samtalar med Christer Jonsson (C), Kalmar.

Foto: IE

Andra dagen: Möte med beslutsfattare

Inledningsvis fick inbjudna sjukvårdspolitiker berätta om vilka svårigheter de upplever i sin politikerroll när det gäller primärvårdens utveckling. Sam Everington berättade om arbetet på sin vårdcentral, varefter gruppdiskussioner tog vid där deltagarna fick föreslå hur primärvården i Sverige borde se ut och definiera fem steg på vägen dit.

De flesta grupper ansåg att en övergång till ett fastläkar-system är ett viktigt första steg. Många menade att listning på personlig läkare i stället för på vårdcentral borde kunna utveckla primärvården efter lokala förutsättningar och uppmuntra till nytänkande, kvalitetsuppföljning och kollegial dialog liksom samverkan med andra aktörer. En nationell översyn av kompetensförsörjningen i landet ansågs angelägen.

Mötet kändes som en vitamininjektion inför vad som snart kan bli en spännande omställning av svensk hälso- och sjukvård. Slutorden från Sam Everington var uppmuntrande: *Be compassionate! Be a friend! Have fun! Assume it's possible!* Dessa värderingar genomsyrar av allt att döma den verksamhet som bedrivs vid Bromley by Bow Health Centre i London.

Anders Lundqvist
Näsby vårdcentral, Kristianstad
anders.lundqvist@skane.se



Fotografer: Gösta Eliasson (GE) och Ingrid Eckerman (IE)

Läs om SFAM:s fortbildningsprojekt:
<http://sfamfortbildningsprojekt.se/>

Hälsofrämjande primärvård – inspiration från London

Den 4 oktober 2019 var en viktig dag. Politiker och tjänstemän fick känna in på huden vad en hälsofrämjande primärvård är. Arrangör var Ulf Måwe, projektledare för SFAM:s fortbildningsprojekt, i samarbete med SFAM:s styrelse. De ska ha all heder för dagen!

SFAM:s ordförande, Magnus Isacson, inledde med att berätta om sin vision för en bra primärvård. Den innebär fast allmänläkare för alla och ett tak för antalet invånare på läkarens lista. Mycket kan då skötas per distans tack vare kontinuitet, direkt telefontid, kommunikation via 1177 och teamarbete med distriktssköterska. Läkarna har schemalagd fortbildning varje vecka.

Ett spännande inslag var när representanter från SFAM med motiverande samtals teknik intervjuade varsin politiker om primärvårdens tillstånd. Politikerna fick beskriva sitt problem, sedan beskriva sina tankar om vad det kunde bero på och så föreslå lösningar.

Några lösningar som politikerna reflekterade över var trygghet i form av tillgänglighet till kontinuerlig läkare, områdesansvar åtminstone för de äldre, hälsosamtal à la Västerbotten, digital vård integrerad i den fysiska, ökade resurser till primärvården och investering i primärvårdspersonal.

Så var det dags för Sam Everington. Vad jag fastnade för var folkhälsoperspektivet. Alla som läst folkhälsovetenskap vet att det inte är sjukvården som är viktigast för att förebygga sjukdom och ohälsa – det är samhället. Everington har byggt upp sin vackra vårdcentral mitt i samhället och jobbar med inkludering, känsla av sammanhang och hälsofrämjande lokalsamhälle. Familjeläkaren får en ny roll: akut triagering finns kvar men hen är framför allt en teamledare för gruppen kring de kroniskt sjuka och för personalutbildning.

I debatten och grupparbetena deltog företrädare för Svenska Läkaresällskapet, Distriktsläkarföreningen, Läkarförbundet, Distriktssköterskeföreningen, Praktikertjänst, Socialstyrelsen, NEPI, IVO, SBU, flera regioner samt politiker från Riksdagens socialutskott.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
AllmänMedicin
chefredaktor@sfam.se



Fotografer: Gösta Eliasson (GE) och Ingrid Eckerman (IE)



Ragnar Levi, SBU.

Foto: GE



Grupparbete...

Foto: GE



Den primärvårdsvänlige geriatreren Gunnar Akner med Britt Skogseid, Svenska Läkaresällskapet. Foto: IE



Anders Lundquist.

Foto: GE



Kenneth Jacobsson, Praktikertjänst.

Foto: IE



Tomas Kärrholt, IVO.

Foto: GE

Läs och se videos från SFAM:s fortbildningsprojekt: <http://sfamfortbildningsprojekt.se/>



Gruppdiskussion i svalkande skugga.

Fotograf alla bilder: Gösta Eliasson

Patientrelationer och livsstilsförändringar i fokus på SFAM:s workshop i Grekland

Under fem dagar hösten 2019 samlades deltagare från SFAM:s fortbildningsprojekt till en workshop på den grekiska ön Skopelos. Från nätverket deltog fjorton personer, varav några hade rollen som kursledare och inspiratörer, allt i regi av nestorn och projektledaren Ulf Måwe. Workshopen synliggjorde behovet av allmänmedicinsk kompetensutveckling och deltagarna inspirerades till fortsatt engagemang och ansvarstagande i en ledande allmänläkarroll. Nedan några reflektioner från mötet.

Fram till specialistbeviset är fortbildningsvägen tydligt utstakad med målbeskrivning, kursrekommendationer och sidoplaceringar. Men vad sker efter inhämtat specialistbevis? Hur sker fortbildningen för allmänläkare, och vilka mål och rekommendationer gäller nu?

För att närma sig frågorna behöver man skärskåda själva grunden i vår profession, den allmänmedicinska praxisen. Det är svårt att argumentera emot att hörnstenen i allmänläkares fortbildning utgörs av en praxis, präglad av kontinuitet i patientläkarrelationen, ett avgränsat uppdrag och en kollegial dialog.

"... vi kan inte skapa en relation om vi inte träffar våra patienter."

Carl-Edvard Rudebecks beskrivning av den relationella allmänmedicinen under workshopen gav substans till den diskussionen [1]. Den traditionella synen på fortbildning i form av att gå på kurs

och lyssna på föreläsningar kan ha sin plats, men förblir ändå ett komplement.

Att göra och att reflektera på sin kammar, är det alltså allmänläkares lott? Praxisfilosfen Donald Schöns begrepp reflection-in-action och reflection-on-action är användbara, men även om svaret för fortbildningen vilar på den enskilde så är flera av verktygen för reflekterande fortbildning kollektiva. Henry Egidius förde under mötet in begreppet "samskapande" (co-creation) som eftersträvningsvärt i fortbildningsmomentet.

Flera deltagare hade lång erfarenhet av FQ-grupper och ASK (Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog). Dessa är exempel på samskapande fortbildning med den enskilde allmänläkaren som ansvarig regissör och huvudaktör. En av dagarna ägnades åt att, i ljuset av ovanstående, diskutera ohälsosamma levnadsvanor, med fokus på alkoholva-



Ack Värmeland du sköna

– nu med fler FQ-grupper!

En FQ-grupp är en kollegial grupp där F står för fortbildning och Q för kvalitet. I Värmland liksom på många andra håll i landet bildades många FQ-grupper på 90-talet och på Skoghalls Vårdcentral träffas man fortfarande varje vecka.

SFAM påbörjade hösten 2018, tillsammans med SFAM Örebro-Värmland, ett projekt för att starta och stödja befintliga FQ-grupper. Syftet med projektet är att öka allmänläkares möjligheter till kunskaps- och erfarenhetsutbyte runt vardagens allmänmedicinska uppgifter och problem. I projektet har en liten kartläggning visat att läkarmöten finns på de flesta arbetsplatser.

TVå nyblivna specialister i allmänmedicin, Christian Bjerner och Daniel Renström, har förhandlat fram utbildningstid på tio procent av tjänstgöringstiden i sina anställningsavtal. Deras förhoppning är att så småningom hålla FQ-möten internt på vårdcentralen Gripen då vi är många läkare som arbetar där.

– På min utbildningstid kan jag hjälpa till att förbereda dessa möten, berättar Christian.

På vårdcentralen i Selma Lagerlöfs Sunne gjorde Pablo Massey, specialist i allmänmedicin, sitt kvalitetsarbete för ST om

lokalfortbildning. Hans modell heter Fall Analys Konsekvens (FAK).

Läkargruppens åtta kollegor träffas en timme och har genomgång av intressanta och komplicerade fall. Till en början träffades man var sjätte vecka men nu har man utökat till var tredje vecka. Ibland deltar läkare på distans från grannvårdcentralen i Munkfors.

– FAK är uppskattat både av kollegor och patienter, berättar Pablo.

Möjlighet att träffas på medicinska läkarmöten eller i FQ-grupp är något många värmländska kollegor efterfrågar. För 2020 planeras uppstart av FQ-grupper med läkare från olika vårdcentraler i glesbygd.



Lisa Sallmén
Vårdcentralen Värmlands Nysäter
lisa.sallmen@regionvarmland.se

Planeringen i full gång för

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2020!

Delar av arrangörsgruppen för de lyckade ST-dagarna i Åre 2017 tillfrågades av SFAM om det inte var dags att arrangera en Riktig Kongress. Kort rådslag internt och jodå, självklart! Rekrytering av fler intresserade kollegor följt av idéer och skisser tillsammans på en glesbefolkad uteservering i vårsolens Östersund. Kontakter och kanaler fanns upparbetade sedan 2017. Bollen behövde nog bara en knuff ...

Paus för sommarlov, och så vips november!? Var är vi och vem har koll? Hur många får plats i ett dubbelrum? Vad kostar Petter (ja, artisten) som konferencier? Som en ultraljudsapparat? Jaså, tack men nej tack.

Arbetet går vidare, mestadels digitalt. Chefredaktören för AllmänMedicin blir vår återkommande dirigent med sitt BRÅTTOM i ämnesraden. Att ta sig samman och tvingas sammanfatta läget inför decembernumret gör att bilden klarnar.



Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2020
13-15 Maj, Åre

13–15 maj 2020 bjuder SFAMs Jämtländska sektion in till Allmänmedicinsk Kongress med tema Hållbarhet 2.0. Hållbarhet för patienten, för vården, för vår profession och för våra egna yrkesliv. Programmet kommer att blanda aktuell vetenskap med klinisk nära diskussioner om allt ifrån medicinshistoria till filosofi. I hållbarhet ligger också att du kan kliva av nattåget fem minuter från kongresshotellets entré, och ett jämtländskt mathantverk som upprätthåller steady state mellan programpunkterna.

Nytt för 2020 är att vi arrangerar en halv dags Pre-kongress dagen innan

huvudkongressen. Till denna inbjuds ST-läkare och nyblivna specialister (sedan högst 5 år) på temat Hållbart yrkesliv. Med detta hoppas vi utöka och kanske även föryngra kongressens deltagarskara.

Varmt välkomna till Åre, den 12 samt 13-15 maj 2020!
SFAM-Z Arrangörsgrupp
Anmälan och info via www.sfam2020.se



Simon Carlquist
ST-läkare
Myrvikens
Hälsocentral

simon.carlquist@regionjh.se



Du är väl anmäld till ...



Svensk Allmänmedicinsk
Kongress 2020

13-15 Maj, Åre

TEMA: HÅLLBARHET 2.0

Varmt välkommen till ett inspirerande kongressprogram!

Klinik möter filosofi; vetenskap möter jämtländskt mathantverk under "den femte årstiden" i Åre.

Nyhet 2020: Pre-kongress 12 maj! ST-läkare och nyblivna specialister (upp till fem år) inbjuds till en extra halvdag på temat Hållbart yrkesliv.

Info och anmälan: www.sfam2020.se

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Välkommen till den ...

90:e EGPRN

90th EGPRN meeting
Gothenburg
SWEDEN
7-10 May 2020

(European General Practice Research Network)

konferensen i Göteborg den 7-9 maj 2020 på Scandic hotell Opalen!

Tema för konferensen är e-hälsa och digital medicin.

Key Note-föreläsare är professor Eva Hummers-Pradier, Tyskland,
professor Guri Rørtveit, Norge och professor Cecilia Björkelund, Sverige.

Läs mer på www.egprn.org



SFAM har ett gott samarbete med DLF. Här från ett gemensamt möte på SFAM-kongressen i Borås 2019. Från vänster Camilla Sandin Bergh, Ulrika Taléus, Marina Tuutma, alla DLF, och från SFAM Magnus Isacson, Annika Larsson, Andreas Thörneby, Magnus Kåregård, Gösta Eliasson och Ulrika Elmroth.

Provinsialläkarstiftelsen erbjuder:

Kurs i idrottsortopedi

22–23 april 2020. Piperska Muren i Stockholm.

Kursledare: Dr Björn Engström, Capio Artro Clinic, Stockholm, Dr Anders Valentin, Elisabethsjukhuset, Uppsala, DI Sandra af Winklerfelt, (moderator).

Kostnad: 5 000 kr (inkl moms). Kaffe och lunch ingår i kursavgiften.

Obs! Kostnad för resa och logi tillkommer.

Kursbeskrivning: Två dagars fortbildning i ämnet idrottsmedicin med tyngdpunkt på diagnostik och behandling samt prevention av skador som uppstår vid idrott eller annan fysisk aktivitet. Undervisningen är upplagd dels som interaktiva föreläsningar där deltagarna är med och föreslår olika åtgärder och behandlingsalternativ vid olika skador samt framförallt praktiskt handledda övningar av klinisk undersökningsteknik gällande knä, fot/fotled, axel och armbåge. Övergripande mål är att specialisten inom allmänmedicin skall kunna erbjuda bättre diagnostik (många gånger till en billigare kostnad än tidigare) och behandling för patienter med skador som uppkommit i samband med idrott och/eller annan fysisk aktivitet. Efter kursen förväntas deltagaren att dels ha förbättrat sin kliniska diagnosförmåga samt också utökat sin kunskap med fler diagnostiska tester. Deltagaren kommer också att ha fått förbättrade kunskaper beträffande behandlingsalternativ.



Kurs i kardiologi för allmänläkare

4–5 maj 2020. Scandic Hotell i Karlskrona.

Kursledare: DI Christer Olofsson, ST Andreas Borsiin Thoraxcentrum Karlskrona, Överläkare Mikael Ringborn Thoraxcentrum Karlskrona, Överläkare Malin Persson Thoraxcentrum Karlskrona.

Kostnad: 5 000 kr (inkl moms). Kaffe och lunch ingår i kursavgiften.

Obs! Kostnad för resa och logi tillkommer.

Kursbeskrivning: Det händer mycket nytt inom kardiologin. Nya läkemedel, nya utredningar och ny teknik har radikalt förändrat situationen både för patienter och för sjukvården. Det är viktigt att snabbt få kunskaper om dessa förändringar för att kunna erbjuda så god vård som möjligt.

Målsättningen med kursen är att uppdatera och ge nya kunskaper inom exempelvis, utredning av bröstsmärta, syncope, behandling med blodförtunnande samt uppföljning och behandling efter hjärtinfarkter.

Sista anmälningsdag 15 februari. <https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/aktuella-kurser/>

Annons



Höstreflexioner

Lövtunna löften från förr och nu

Vi går in i naturens gula väntsal. Tar vår nummerlapp i väntan på dr Bore. Från en alm i Nacka? Eller på Lövesta Vårdcentral? Näsorna rinner på drop in. Och drop ut.

Äldre dam med lövtunn blek hud. Brist på klorofyll? Trötta, lite febriga småbarn. Med utslag. Nedstämd tyst tonåring. Med stripigt utslaget hår. Kostymklädd jäktad man i finansbranschen. Halsont. Sen en timme. Ska inte ta lövlapp. Ska gå förbi de övriga. Bråttom. Flyg väntar.

Det är höst. Dr Bore tar ett djupt andetag. Åter en lång dag. Vi har det bra i vårt land. Det finns vård att få. Och vård att



ge. Med skydd av listtak. För att inte vitrockar ska behöva ta nummerlapp? Nej, i ur, skur, höst och snömodd måste dr Bore och teamet orka. Fast läkarkontakt önskas.

Fast? Om hen inte pallar trycket? Då finns Bemanningsrockar att köpa. Dom flygs in. Utan skam i samhällskroppen. För samhället en mycket dyr höstmedicin för samhällets iatrogena hosta.

Det har fallit många gulnande löv sen dr Bore med kamrater började tala om max 1 500 per rock. Och många lövtunna löften har fallit ner från politikermunnar. Och landat i irrgångarnas labyrint, trampats ned på höststigar och förmultnat. Det hjälper inte att Sverige har Löven i toppen. Det är botten!

I dessa dagar gäller motsatsen på opererande enheter i vårt land. Operationer ställs in. Op-salar och personal redo, men man saknar materiel för att kunna utföra ingreppen på patienterna som väntat i kön sen länge.

Är det inte detta skäl så är det brist på utbildad personal som gör att en rätt hårt skattebetalande befolkning ej får förväntad hjälp.

Men denna höst alltså lite ombyte. Men utan att förnöja någon! En upphandling som gått fel handlar det om. Sägs det i alla fall. Det är något fel på Systemet säger vi. Ja även moderater tycker det nu. Systemet måste få konkurrens. Försäljning bör kunna ske privat. Ömsom vin och Löwenbräu.

Men om det var så väl att det endast handlade om det. Tyvärr är många felaktigheter satta i system sedan länge i vår stackars sjukvårdsorganisation.

Och just när jag hade lösningen på tungan faller jag på eget grepp. De tillåtna 1 500 har nått taket!

Men tack för ordet. Glad vinter!

Mats Andersson

Ännu ej helt avlövd specialist
i allmänmedicin
Danderyd
matsallbot@hotmail.com



Provinsialläkarstiftelsen erbjuder:

Skutkurs – allmänmedicinskt arbetssätt

Bohusläns skärgård. Internat skonaren Westkust, 8-12 juni samt 3-7 augusti 2020

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 gåming. Kunna få reflektera över smått som stort, bli inspirerad och få ny kraft! Läs mer om kursen på www.skutkurs.se.

Sista anmälningdag 15 februari.

<https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/aktuella-kurser/>



"Vad har blivit bättre i primärvården under din karriär?"

De senaste åren har vi hört mycket klagomål från primärvården. Det rör sig främst om att verksamheten är underbemannad, att arbetsbördan är för stor, att uppdrag och resurser inte stämmer överens.

Samtidigt sker en ständig utveckling av primärvården, och specialiteten allmänmedicin väljs av ett stort antal unga läkare. Vi vill i detta nummer av AllmänMedicin lyfta fram det som faktiskt blivit bättre.

Diskussionerna på nätet allmänläkare emellan har under många år skett i Ordbyte, en emailgrupp. På senare år har det poppat upp facebookgrupper där deltagarnas medelålder är betydligt lägre. Här ställde jag frågan "Vad har blivit bättre i primärvården under din karriär?" Jag fick många svar.



Illustration: Annika Anålen

f Väldigt intressant! Väldigt nyfiken på vad kollegor med 30+ år erfarenhet skriver. Främst nyfiken över synen på primärvård från patienter och beslutsfattare, hur var ersättningsystemen, rollen som hyrpersonal och samarbete med sjukhusen.

Fick min legitimation 2011 och började då min bana inom primärvård. Spontant skulle jag säga att:

1. Primärvården har lyfts på agendan hos politiker och hos Läkarförbundet.
2. Digitaliseringen har kommit igång på allvar.
3. Högst subjektivt men det känns som att det är allmänt mer accepterat att läkare får och kan vara entreprenörer och får möjlighet att förverkliga sin idéer. Vi har dock en fortsatt lång väg att gå här skulle jag påstå.

f Fler yrkeskategorier som har självklara roller i primärvården utöver distriktsläkare och distriktsköterska. Fantastisk kompetensbredd idag!

f Standardiserade vårdförlopp för tidig upptäckt av cancer.

f Jag tror att mer och mer ansvarsfördelning ligger på primärvårdens axlar och det är viktigt att gamla specialister är uppdaterad med alla AKO.

f Samhället har till slut förstått att primärvården är sjukvårdens nav. Man har tankemässigt decentraliserat vården. Och tanke föregår handling. Det positiva är att vi har blivit "erkända" som viktigast.

f Sorry, kan inte komma på nåt. Recept via dator möjliga. Ja, det är toppen 😊.

f Mycket lättare att remittera till psykolog inom primärvården.

f E-remiss och den digitala läkarassistenten ALMA (se sid. 23). Läsa sjukhusets journal kunde vi redan 2001.

f Gemensamt journalsystem med sjukhusen. Ökad medvetenhet om betydelsen av allmänmedicinsk forskning.

f Mycket roligare jobb! Även om det ger mera arbete är det superkul att vi har hand om så stor del av internmedicin, geriatriken, den ortopediska medicinen osv. Det ger ett intressantare arbete och jag är en större del av sjukvården som folk behöver. Jag använder min hjärna och mitt vetande och mig själv mycket mera idag då jag både kan få misstanke om sjukdom, utreda den och behandla den. Det innebär att jag kan följa människan med lidandet mycket längre på vägen 😊.

- f**
1. Sammanhållen journalföring, med länsgemensam journal. Svårt alls förstå hur det kunde funka tidigare, om man ser till medicinsk säkerhet och kostnader för dubbelprovtagningar.
 2. Bättre länsgemensam utbildning för distriktsläkare.

f Att få arbeta ännu mer med helheten. Möjlighet att i glesbygden jobba med andra lösningar. Att det åter blir mer teamarbete.



Utän inbördes rangordning (sedan min AT 2002–2004):

1. Enhetligt datoriserat journalsystem för hela regionen.
2. Nationell patientöversikt.
3. Sköta stora delar av uppföljningarna (svar på prover och undersökning, koll av förlopp, årskontroller, behandlingseffekt mm) via digital plattform, istället för brev och telefon.
4. Journal på nätet.
5. Sjukintyg för patienten på nätet (behöver inte printa ut).
6. Befolkningen minskade önskan om antibiotika.
7. Otroligt mycket fler behandlingsalternativ vid diabetes, KOL OCH hjärtsvikt.
8. Standardiserat vårdförlopp för cancer.
9. Medibas,
10. PACS för att titta på radiologiska bilder.

11. Ladda upp hudbilder för hudläkarkonsult.
 12. Ökad politisk förståelse av primärvård, dock inte tillräckligt hög ännu.
 13. Mobilt bank-id – öppnar för mycket digitalisering
 14. Digital diktering istället för band.
- Och mycket mycket mer!



Nummer 6 (befolkningens minskade önskan om antibiotika) är underskattat. Faktiskt sant nu när jag tänker på det. Lobbying när det görs på ett bra sätt.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Vad i primärvården har blivit bättre under min karriär?

”Väldigt nyfiken på vad kollegor med 30+ år erfarenhet skriver” säger en av dem som svarade på min fråga i **facebookgruppen** (s. 16). Svaret är väl ”det mesta” – även om en del av det som byggts upp raserats av vår svenska finanskris på 90-talet i kombination med det nyliberala tänkandet som då slog igenom med full kraft.

Här beskriver jag fyra viktiga faktorer som förbättrat primärvården: journalsystemen, omhändertagandet av kroniska sjukdomar, det preventiva arbetet samt konsultationskompetensen.

Journalerna

Jag minns, när jag hade sommarjobb hos provinsialläkaren, högarna med svarta vaxduksböcker där provinsialläkaren förde in sina anteckningar i kronologisk ordning. Sommarvikarien var inte riktigt nöjd med systemet.

När vi 1980 startade Ektorps vårdcentral i Nacka fick vi överta provinsialläkare Folke Murvalls journalarkiv. Det var två lådor med vardera tre rader kort i A6-format – dvs. en fjärdedels A4. På dessa hade han skrivit med skrivmaskin och ett halvt radavstånd – mycket kortfattade anteckningar. Blev det mer än ett kort tejpade han ihop dem till dragspel.

Hur systemet med pappersjournaler fungerade har Karin Lindhagen beskrivit (s. 21). Vi gjorde studiebesök för att hämta idéer. En viktig förbättring var försättsbladet där varje besök skrevs in. Varje sökorsak alternativt diagnos skulle skrivas in där, med nummer enligt primärvårdsregistret. När det sköttes så gav det en bra överblick över patientens diagnoser och sökmönster.

Datajournalen, av tämligen enkel beskaffenhet, medförde en revolution när det gällde tillgänglighet. Jag skrev in anteckningarna direkt (jag har hög hastighet i maskinskrivning). Det som saknades var möjligheter till utdata och kommunikation med sjukhusen. Översikten var heller inte densamma som med pappersjournalerna, trots att det borde varit tvärtom.

Björn Landström har beskrivit hur dagens journalsystem, nu kallade patientadministrativa system, stjälar tid från patienterna



Illustration: Annika Andén

(s. 22). Det tycks som om meningen med journalen, att behålla och förmedla information om patientens situation, fått mindre betydelse än just ”administration”. Samtidigt finns möjligheten att enkelt ta ut data för kvalitetsarbete vilket i sin tur leder till utveckling av vården på ett sätt som inte var möjligt tidigare.

Kroniska sjukdomar

”Trött. Viktnedgång. Kissar mycket. Positiv glykosuri. Remiss Nacka sjukhus.” Så stod det på ett av Folke Murvalls journalkort.

Distriktssköterskorna arbetade självständigt från sina egna mottagningar på andra håll i kommunen. Eftersom dr Murvall hade så stort upptagningsområde så var det framför allt till Nacka sjukhus de skickade sina patienter när de var i behov av läkarkontakt.

När vi startade upp Ektorps vårdcentral 1980 fick distriktssköterskorna flytta in i lokaler intill distriktsläkarmottagningen. Vi läkare förväntade oss att det var till oss de i första hand skulle vända sig till. Närheten och fröet till teamarbete uppskattades inte av alla ”distriktare”. När vi så småningom gjorde om till vårdlag blev det en gemensam mottagning för alla.

”Jag skulle önska att politikerna hade modet att beställa 'en hälsofrämjande primärvård' och att professionerna sedan fick mandat att utforma den.”

Under min tid på Ektorps vårdcentral började ett diabetesprojekt på Karolinska sjukhuset. Sjukvården för kroniskt sjuka patienter skulle handla om att lära patienten själv ta hand om sin sjukdom. Man insåg att akutsjukhusens struktur inte passade och att patienterna skulle få det bättre i en välfungerande primärvård. Från olika vårdcentraler inbjöds en distriktsläkare och en distriktssköterska att få specialkunskaper.

Deras uppgift blev att ansvara för att kvaliteten på diabetesarbetet på vårdcentralen höjdes. Hos oss skedde det genom att diabetikerna fick varsin blankett i en pärm. På regelbundna diabetesmöten gick vi igenom varje patient för att se om läget var okey. Nya kunskaper förmedlades från de diabetesansvariga. Varje husläkarteam fortsatte ansvara för sina diabetespatienter.

Senare tillkom motsvarande arbete för astma och kol, och nu finns standardiserade vårdförlopp för cancer. Jag är övertygad om att detta är ett bra arbetssätt – att några i personalgruppen lär sig extra om ett problem och sedan fungerar som handledare och informatör till övriga. Som patient ska man inte behöva byta doktor eller distriktssköterska för att man får en ny sjukdom.

Preventivt arbete

Prevention är ett luddigt begrepp som bör delas in i åtminstone hälsofrämjande arbete på grupp- eller samhällsnivå, primärprevention (tidig upptäckt hos friska) och sekundärprevention

(lindra effekterna av sjukdom).

”Rökning – ska verkligen vi läkare behöva tala om det?” var en replik som en kollega fällde då jag blev ”folkhälsoläkare” i Nacka 1997.

Folkhälsoarbete hade då börjat bedrivas på olika håll i Sverige, främst för att minska förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar. Sjukvårdens del var i första hand hälso-samtal med vissa åldersgrupper. Men hela samhället involverades: hälsoinformation i lokalpresen, märkning av ”nyttiga” livsmedel och tobaken undångömd, subventionerad motion med mera.

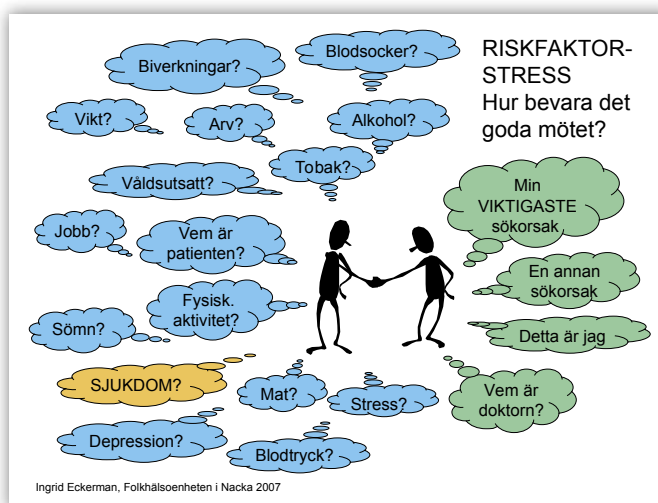
I Nacka hade vi inte de resurserna. Vad kunde vi göra med 1,0 distriktssköterska och 0,20 läkare för sex vårdcentraler med för stora listor? Primärvårdens ansvar måste begränsas till individprevention med de patienter de redan träffade.

Jag kom fram till att fem faktorer var viktiga för uppkomsten av folksjukdomar: rökning, alkohol, motion, stress och kost. Vi riktade in oss på utbildning av all personal, hjälpmedel i arbetet och stöd för personal som deltog i förbättringsarbete. Dokumentation av levnadsvanor i journalen ingick för att möjliggöra uppföljning.

I rapporten ”Det hälsofrämjande mötet – primärvårdens viktigaste redskap i folkhälsoarbetet” 2004 beskriver jag det diagnosobundna hälsoarbetet. De organspecialister som då satt i landstingets ledningsgrupp för prevention förstod ingenting, och rapporten negligerades.

Arbetet fungerade väl och blev modell ända upp på Socialstyrelsenivå för hur individprevention i primärvården kan utformas. Vår lilla folkhälsoenhet lades dock ned då den nya prestationsbaserade ersättningen infördes i Stockholms läns landsting.

Sven Wåhlin visar siffror på hur det idag är en självklarhet i hela primärvården att man ska tala levnadsvanor med sina patienter (s. 24). Nu ser jag fram emot att stress/psykisk ohälsa, sexualliv, sömn, droger, spel och våld i hemmet kommer förs upp på listan över faktorer som kan vara viktiga för patientens ohälsa.



Däremot är inte primärpreventionen lika självklar i primärvården. Tvärtom har screeningprogram och överdiagnostik ifrågasatts allt mer i allmänmedicinska kretsar. Politiker vill gärna tro att tidig upptäckt av sjukdomar ska leda till minskade sjukvårdskostnader.

Det goda mötet

Bertil Hagström beskriver hur det allra första mötet har förändrats från att patienten låg avklädd på undersökningsrummet till att man möts som jämlikar i väntrummet (s. 20). Visst var vi medvetna på 70-talet om vikten av hur man bemötte patienten. Men här har det skett en systematisk utveckling som inkluderar strimor av konsultationskunskap redan under kandidattiden. Mina jämnåriga grannar talar uppskattande om de yngre läkarna de träffar, att de är så bra på att lyssna.

Idag finns en medvetenhet om att goda resultat, vare sig det handlar om levnadsvanor eller behandling, är beroende av en god relation med patienten, att denna är beroende av en god konsultationsteknik och att man aldrig kan förkovra sig nog inom området. Det förutsätts att man under sin utbildning deltar i utbildningar om konsultationen. SFAM:s fortbildningsprojekt handlar just om detta.

När man arbetar med levnadsvanor benämns metoden motiverande samtal (MI). När allmänläkare åker på kurs heter det Kalymnosmodellen. I grunden är det detsamma.

Själv vill jag gärna tala om en ”hälsofrämjande primärvård”. Den inkluderar ”det hälsofrämjande samtalet”. Oavsett om patienten är frisk, måttligt sjuk eller allvarligt sjuk är vår uppgift att få patienten att må bättre. Samtalet, bemötandet, vården måste utgå från vem patienten är och hens syn på livet, hälsan och det egna ansvaret. Detta kan kallas patient- eller personcentrerad vård.

I den hälsofrämjande primärvården undviks också överdiagnostik som kan göra patienterna mer sjuka än friska, åtminstone subjektivt. Sam Everington påpekar hur även omgivningens utformning kan vara hälsofrämjande (s. 7), något som man förstått väl inom antroposofisk sjukvård och omsorg. I studiebesöken på den numera stängda Vidarkliniken ingick att studera färgsättning och utformning av lokalerna.

Jag skulle önska att politikerna hade modet att beställa ”en hälsofrämjande primärvård” och att professionerna sedan fick mandat att utforma den.

Jäv saknas.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Annons

Ju mer man tänker djupare på frågan desto mer förstår man mindre om det var sämre förr när det var bättre

Har något överhuvudtaget blivit bättre i primärvården under senare år, undrar du. Det är klart att det har!

Jag tror nog dock att det är mer på grund av utvecklingen inom cyberspace och av det vi som allmänläkare själva har skapat än av högre makter inom landsting och region. Jag tänker då på patient-läkarrelationen som ju påtagligt har ändrats till det bättre och så tänker jag på internet.

Då

Då, då "då" var mycket mera "förr" än vad "då" är nuförtiden, då hade jag den föregående provinsialläkarens svårlästa korta anteckningar på en journal i A5 format. En sådan bestod av ett halvt A4-ark, ett format som i sin tur var en rest av 2:a världskrigets engelska läkares journal, som skulle kunna rymmas i vederbörandes militärrocks bakfickor, sägs det. En sådan journal hade jag till hjälp för att med myndiga kliv gå in i undersökningsrummet och till patienten, som vårdbiträdet hade ledsagat in. Där låg hen mer eller mindre avklädd under en filt, en förskrämd stackare, som jag skulle undersöka och "fråga ut", ja så hette det nog. Därefter, på min expedition, slog jag mig ner i min stora kontorsstol (med nackstöd!?) bakom ett stort skrivbord, ämnat för kontorsarbete egentligen och inte en patientnära relation. På på andra sidan satt patienten, något skymd av alla pappershögar, journaler, små korgglådor märkta med "ut" eller "in", "oläst", "LoH att skriva" osv.

Bakom mig stod den imposanta bokhyllan fylld med gamla läroböcker med Ture Petréns "Anatomi" först och sedan i en blandad kompott tyngde sig Sam Brodys "Gynekologi och obstetrik", "Internmedicin" av Hallberg, Werkö med flera. Tjocka, tunga pjäser, som kunde imponera på vem som helst men framförallt patienterna. Därtill alla dessa pärmar med diverse kodord, som "pm från sjukan", "ÖNH-kurs Örebro", "Soc.styr" och "H-nämnden", i salig åminnelse.

Ja, ni fattar! Boklig kunskap en gång förvärvat, men med tiden alltmer omodern och borttappad, vilket också doktorn blev i brist på input. Det blev svårt att hänga med i medicinens allt snabbare förändring. Telefonkonsultationen blev lätt en lärar-elevsituation från sjukhusets sida och mindre bra för självbilden som allmänläkare.

Nu

Så mycket bättre är det nu när vi hämtar våra patienter själva i väntrummet. Vi hinner se vilka svårigheter hen har att ta sig upp ur stolen, ont? stelt? och under småprat till expedition och tillika undersökningsrum kanske en parkinsondiagnos presenterar sig. Väl inne på rummet tar vi upp vad som kan vara aktuellt för patienten den dagen. Utan att vi numera tänker på det, så



Illustration: Annika Andén

har patientens ängslan och tankar om sina besvär och vad som vi tillsammans kan göra åt det, undan för undan, klarats ut i samspråk. Före, under och efter eventuell undersökning reder vi ut sammanhangen (ni minns Farhågor, Föreställningar och Förväntningar, ord och begrepp som förenklade vad vi tidigare kanske utnyttjade men inte förstod).

Inga böcker bakom mig, inget "bröt" (= skräp) på ett mer designat bord, som kan störa samtalet. Den vridbara datorskärmen blir något vi har gemensamt och där kan diskutera lab-prover, röntgensvar med mera ...

Till min egen hjälp har jag nu massor av medicinska länkar, där jag kan fräscha upp mina kunskaper kontinuerligt och inte minst innan jag ringer t.ex. ortopederna eller neurologerna om ett knepigt fall. Efter lite snabbinläsning före samtalet händer det då att jag kan mer än hen i frågan, vilket kan vara bra för självförtroendet. Så visst kan jag tycka en del har blivit bättre trots allt, men dessa framsteg rör egentligen bara mig och min patient.

Allt det andra, som som när "kund" introducerades istället för patient, som första tecknen på New Public Management och allt som kommit därefter, har inte gjort primärvården bättre. I det avseendet var det bättre förr när det var sämre och hur det kunde bli så illa, vet jag inte, men som Tage sa "ju mer man tänker djupare på detta desto mer förstår man mindre".

Bertil Hagström
Horred
hagstrom.beretil@gmail.com



Var finns journalen?

Var befinner sig journalen? Konstig fråga kan dagens allmänläkare tycka. Den finns ju i datorn, var skulle den annars vara? Men på pappersjournalernas tid var det en adekvat undran som frustrerande ofta besvarades med ett ”vet inte”, eller ”vänta, så ska jag hjälpa dig leta”.

När jag var FV-läkare, som det hette före ST-läkarnas tidsålder, på en vårdcentral i Uppsala i slutet av 1980-talet, sammanställde jag en pärm för nya läkare, vilket blev underlaget för min specialist-examensuppsats 1991. Den var avsedd i första hand för AT-läkare men också för andra läkare som var nya på vårdcentralen. En av flikarna i pärmen handlade

om var man kan hitta en journal man behöver hantera.

All information i vårdcentralens journaler fanns på maskinskrivna A4-papper, lagrade i journalarkivets långa hyllor i bruna kartongmappar, sorterade efter personnummer, eller överförda till mikrofilm. Visste man inte personnumret var man chanslös. Eller, nästan chanslös, för man kunde gå igenom tidböckerna och se om man hittade namnet där någonstans och därigenom få fram personnumret. Visste man personnumret men journalen hade sorterats in på fel plats i journalarkivet kunde man ha hjälp av ett kodsysteem med markeringar så att det blev ett hack i linjen av märkning på mapppryggarna om en mapp var felplacerad i nummerordningen.

Jag kom på minst ett dussin olika ställen där man kunde hitta en journal som faktiskt var rätt placerad:

- På ordinarie plats i ett av de tre journalarkiven, ett för vart och ett av de tre vårdlagen.
- På mikrofilm.
- På journalplaneringsexpeditionen, där den kunde finnas på minst tre olika ställen.
- På undersköterskeexpeditionen i väntan på dagens eller nästa dags patientbesök.
- Hos någon av sekreterarna för utskrift.
- Hos någon av läkarna – i diktatlåda, utlåda, låda för olästa journaler, låda för journaler att fundera lite mer på.
- På en vagn någonstans för transport mellan dessa olika platser.



Illustration: Annika Andén

Oj, vad mycket tid som gick åt för att bara hantera journalmappar. Så när du sitter och suckar över krångligheter och ofullkomligheter i ditt nuvarande journalsystem, tänk på att du ändå nästan alltid har journalen tillgänglig!

Men att somligt var sämre förr är inte något skäl att låta bli att försöka förbättra det som är bristfälligt nu.



Karin Lindhagen
Uppsala
karin.lindhagen@sfam.se

Klimatet och kemikalierna

– våra största hot mot människors hälsa

Gå med i Läkare för Miljön!
www.lakareformiljon.se



AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

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



Allmänläkaren och patientjournalen – ett tidsperspektiv

I höger hand diktafonen, i vänster pappersjournalen. Året är 1989, jag och en kollega utgör läkarna på Tidans vårdcentral. Säger namn och personnummer, pappersjournalen ligger framför mig. Talar in en anteckning, skriver själv ingenting, det gör läkarsekreteraren, lägger journalen åt sidan och tar upp nästa pappersjournal där jag dikterar en sammanfattning av ett röntgensvar, en bedömning och ett brev till patienten. Nästa röntgensvar är mer oroväckande och jag lägger undan diktafonen, sätter på hörlurarna och ringer patienten. Dikterar sedan vad som sagts i samtalet.

Det patientrelaterade arbetet gick fort att dokumentera. Koncentrationen på att oavbrutet diktera gav ett flyt i dikterandet, diktafonen blev som en kroppsdel. Sekreteraren var i fas och utskriften var klar samma dag.

I vänster hand diktafonen, höger hand på tangentbordet. Året är 1999, jag och en kollega och ibland en vikarie utgör läkarna på Tidans vårdcentral. Jag dikterar patientens namn och personnummer som syns på skärmen. Jag lägger ifrån mig diktafonen och ringer patienten om det oroande röntgensvaret



Illustration: Annika Andén

och kommer överens om ytterligare en undersökning. Utskriften är klar på eftermiddagen. Skriver recept själv, annars skriver sekreteraren allt.

Det gick varken fortare eller långsammare 1999 än tio år tidigare. Journalen var mer tillgänglig om än inte lika lätt att hitta i som tio år tidigare. Arbets sättet hade ännu en känslans lätthet över sig.

Höger och vänster hand på tangentbordet. Året är 2019. Fem deltidsarbetande läkare. Klickar och skriver, klickar och skriver, kontaktsätt, kontaktorsak ... tar upp diktafonen i höger hand, dikterar, klickar och skriver diagnos ... Ringer patienten. Klickar och skriver. Dikterar. Utskriften klar nästa dag.

Det patientadministrativa arbetet 2019 tar längre tid än tjugo och trettio år tidigare. Då diktat efter diktat i snabb ström utan mellanliggande klickanden och skrivande. Tiden då jag träffar eller telefonpratar (oldtime-digitalt) med den enskilda patienten är oförändrad men antalet patienter jag hinner med blir färre för att patientdokumentationen tar längre tid.

Evidens? Har räknat i mottagningslistor och jämfört. Tre till fyra färre kontakter med levande människor per dag.



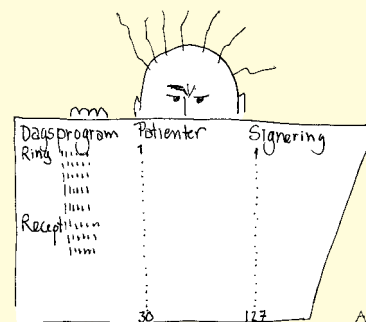
Björn Landström
Tidans vårdcentral

En påfrestande dag

- Tjafs med FHV (eller snarare arbetsgivare) om sjukskrivningsansvaret för en tjej med svår utmattning.
- Samtal med fly förbannad anhörig p.g.a. alkoholiserad dement patient förlorat körkortet ("var det det enda du kunde komma på att göra för honom?!?!").
- Akut konfusorisk patient som blir hemskickad från akuten.
- Remiss från akuten ang. multijuk man med anemikrävande hemorragisk cholecystit där de vill ha elstatus och att vi följer leverstatus flera ggr per vecka trots att de behövde narkosens hjälp för att sticka honom.
- Som grädde på moset begäran komplettering från FSK angående gravid tjej som jag sjukskrev i 2 v p.g.a. att hon svimmade 4–5 ggr per dag. "Kan du tydliggöra vad patienten inte klarar p.g.a. sitt tillstånd?"

Jag svarade att det hon inte klarar är att behålla medvetandet och att detta inte är förenligt med hennes arbete som lärare.

Så less. Själva kärnuppdraget vi har är ju fantastiskt. Det är all skit runtomkring som driver en till vansinne.



Hämtat från facebook.

"ALMA" – äntligen ett digitalt verktyg som hjälper i den kliniska vardagen!

Journalroboten ALMA svarar på de verkliga behov vi har i klinisk verklighet. ALMA är ett system som sparar tid, underlättar det administrativa patientarbetet och är enkelt att använda.

Fredrik Holmberg är ST-läkare på Vårby vårdcentral i Stockholm och har tidigare arbetat som programmerare – som det visar sig en ultimata kombination för att ta fram en journalrobot.

ALMA söker igenom all information i journalen och upptäcker och varnar vid olika situationer som du som läkare kanske inte upptäcker själv. Om du har en patient med hjärtsvikt som saknar RAAS-blockad, då dyker det upp en liten ruta som uppmärksammar dig på detta och du får några val. Dels kan du klicka och komma direkt till kunskapsstöd som beskriver riktlinje, hur och varför RAAS-blockad rekommenderas vid hjärtsvikt. Du får också alternativ "skriv recept enalapril" eller "skriv recept kandesartan". Om du klickar där så öppnas ett recept på valt läkemedel och doseringsförslag enligt rekommendationer. Du behöver bara signera efter eventuell redigering så är det klart.

ALMA jobbar i bakgrunden och märker om du skriver ett brev om provsvar till patient. En liten informationsruta frågar om du vill skriva en daganteckning om detta. Du väljer själv. Om du klickar på den öppnas en journalanteckning med en del färdig text som du kan redigera, sedan signera – så är det klart.

Liljeholmens Vårdcentral och Husläkarjour är en av tre vårdcentraler som har pilotat systemet under projektledning av en av våra ST-läkare, Hjalmar Olsson. Våra erfarenheter är samlade i en större rapport som inte kan återges här. Sammanfattningsvis är vår upplevelse att ALMA svarar på flera av våra behov i klinisk vardag. Vi hoppas att fler ska få tillgång till ALMA som funge-



Illustration: Katarina Liliejuist

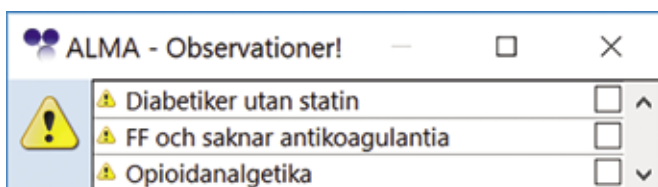
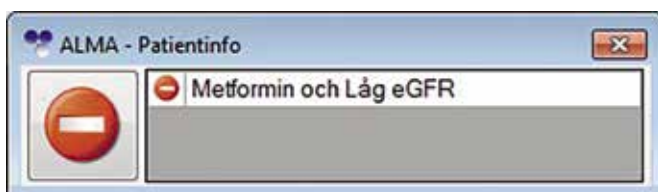
rar oavsett vilket journalsystem man har. Vi är övertygade om att fler vårdcentraler skulle vara intresserade av de vinster vi redan sett ur flera aspekter.

Patientsäkerhet: Genom att informationen i journalen kopplas direkt till rekommendationer i kunskapsstöd så uppmärksammas risker och brister. Vi har också kunnat påverka och lägga in nya varningar som att uppmärksamma att patienten har diabetes när man ordinerar. Detta lade vi till efter en lokal avvikelser på husläkarjouren.

Arbetsmiljö: Genom att föreslå åtgärder och även göra en del av jobbet så underlättas det administrativa arbetet. Det blir färre musklick, det går mycket fortare och det upplevs mycket smidigare. Det är ändå du "bakom spakarna" som styr, du kan redigera eller välja att ignorera meddelandena.

Ekonomi: För mig som verksamhetschef betyder effektivare, säkrare arbetssätt och minskad administrativ börda för läkarna också effekter som förbättrar ekonomin. Vi ser att våra läkemedelsgenomgångar har ökat under pilotperioden, dels för att man får påminnelse om det inte är gjort, dels för att ALMA förenklar genom att öppna upp journalmallen med sökord, rätt KVÅ-kod och tar fram aktuella värden GFR och vikt.

Jag tror att många av oss upplever en stor trötthet av de uttjatade floskler om att ökad digitalisering ska lösa alla våra problem i primärvården, och så får vi en massa tröga och svårarbetade system som snarare tar tid från patientarbetet än att det underlättar. Därför är det extra roligt när ett system som ALMA utvecklas av någon som har kunskap och egen erfarenhet av läkararbete på vårdcentral och därför har insikt om vad vi önskar och behöver. Det är då det kan bli verkligt bra.



Jäv föreligger ej.

Sandra af Winklerfelt Hammarberg
Verksamhetschef
Liljeholmens Akademiska Vårdcentral,
Stockholm
sandra.afwinklerfelt-hammarberg@sll.se



ALMA, "Automated Learnable Medical Assistant", prövas också på hjärtkliniken, Danderyds sjukhus.

En spaning om levnadsvanor och alkohol i allmänläkarens vardag – förr, nu och framtid

Tittar vi några hundra år tillbaka i tiden så var befolkningens levnadsvanor och sjukdomsprevention en central uppgift för provinsialläkaren. Epidemier kunde ge konsekvenser för rikets försörjning och säkerhet. Vad gäller alkoholskador så har huvudfokus under senaste århundraden tydligt varit på de sociala konsekvenserna, och inte på individens hälsoskador.

Därför var det främst kvinnorörelsen och arbetarrörelsen, snarare än läkare, som på 1800-talet engagerade sig i nykterhetsrörelser och för begränsningar i form av lokala Systembolag och senare för förbudsomröstning. Även läkaren Ivan Bratt, upphovsman till motboken och ”Brattsystemet”, drevs främst av sociala motiv. Läkaren Magnus Huss var ett undantag, när han även beskrev alkoholens medicinska skadeverkningar i sina avhandlingar *Alcoholismus cronicus* 1849–51.

Det är intressant att alkoholen orsakade så stora sociala konsekvenser, trots att totalkonsumtionen i slutet av 1800-talet och hela 1900-talet faktiskt var lägre än i dag. Detta kan dels förklaras av att det då nästan bara var män som drack alkohol, till stor del arbetarklassen. Således, de som drack, drack mycket. Därtill var dryckesmönstret annorlunda; det var inte ”ett glas vin till maten” utan ett brännvinsupande. Alkoholproblem har således inte varit en tydlig läkarangelägenhet, utan mer en social angelägenhet. Detta är bakgrunden till det paradoxala att det är socialtjänsten som har huvudansvaret för att behandla alkoholberoende enligt vår (i dag unika) lagstiftning.

”Om vår patient har utvecklat ett alkoholberoende så är nog tyvärr vi allmänläkare ungefär lika fördomsfulla som andra i synen på det som ett moraliskt förkastligt tillstånd.”

Tittar vi på levnadsvanor och förebyggande i stort så är det först 1982 som HSL (Hälso- och sjukvårdslag) fastställer att förebyggande är en del av vårt jobb: *”Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador ...”*. Prioriteringsutredningen *”Vårdens svåra val”* 1995 föreslog till och med att förebyggande av sjukdom, tillsammans med akut livräddande insatser, skulle prioriteras allra högst. Alla andra sjukdomsinsatser var således mindre viktiga. Detta blev ingen lag, men nu var förebyggande

hälso- och sjukvård definitivt satt på kartan och gjorde avtryck även i allmänläkarkåren.

Ett nätverk av allmänläkare startade 1996 ett riskbruksprojekt. En bärande del var ”Riskbruksverkstäder”, en utbildning inriktad mot fördjupade kunskaper i konsultationskonst genom ett kollegialt erfarenhetsutbyte som leder till ökad förmåga att på ett värdeneutralt sätt ta upp alkoholfrågan till diskussion med patienterna. Hundratals allmänläkare deltog i slutet av 1990-talet, veteranerna Jonas Sjögren och Charlotte Hedberg var drivande.

Ett stort steg togs 2004 då regeringen gav Folkhälsoinstitutet i uppdrag att driva ett nationellt riskbruksprojekt med delprojekt för allmänläkare, dsk, MVC, BVC, FHV samt ett motiverande samtalsprojekt (MI) [1]. Projektledare rekryterades från professionsorganisationerna inklusive SFAM (där undertecknad utsågs). Staten finansierade därtill även lokala projekt i alla landsting. Det var en intensiv period av utbildande och vårdcentralaktiviteter, t.ex. uppmärksamhetsveckor för alkohol. Efter projekttidens slut 2010 fortlevde en hel del av de strukturer som byggts upp uti landstingen.

Mina erfarenheter från den tiden är att allmänläkarkåren ganska entydigt ansåg att alkohol var en angelägenhet för oss, men i praktiken var svår att integrera i vardagssjukvården. En generell screening, som WHO och internationella forskarvärlden föreslog, ville man inte veta av. Begreppet ”riskbruk” avstigmatiserade och gav ett alternativ till ordet ”missbruk”. Det blev lättare att tala om alkohol. Termen riskbruk har dock sina begränsningar, bl.a. vet vi numera att det inte går att fastställa en konsumtionsnivå som är helt riskfri. Begreppet lågriskkonsumtion har därför vunnit insteg internationellt och i Sverige.

Alkohol är den levnadsvana som uppmärksammas och diskuteras minst i vården. Förr som nu! Har senaste årtiondens projekt och satsningarna haft effekt? Det finns ett par studier som ger svar, positiva svar. En befolkningsenkät som utvärderade riskbruksprojektets effekt visade att mellan 2004 och 2012 ökade prevalensen av dem som fått fråga om alkoholvanor i vården från 15 % till 33 %. De som fått råd om alkohol ökade från 3,2 % till 4,2 % [2]. Att så många patienter trots allt tillfrågas kan verka förvånande, men ligger i samma storleksordning som andra studier [3, 4]. Män, yngre, överviktiga, rökare och personer med stresstillstånd tillfrågades oftare än andra.

Andel besökare i primärvården som 2017 fört samtal om någon levnadsvana senaste sex månaderna var, enligt SKL:s Öppna jämförelser, för män i 53 % och kvinnor 45 % [5]. Också detta imponerande siffror. Vi pratar levnadsvanor med våra patienter!

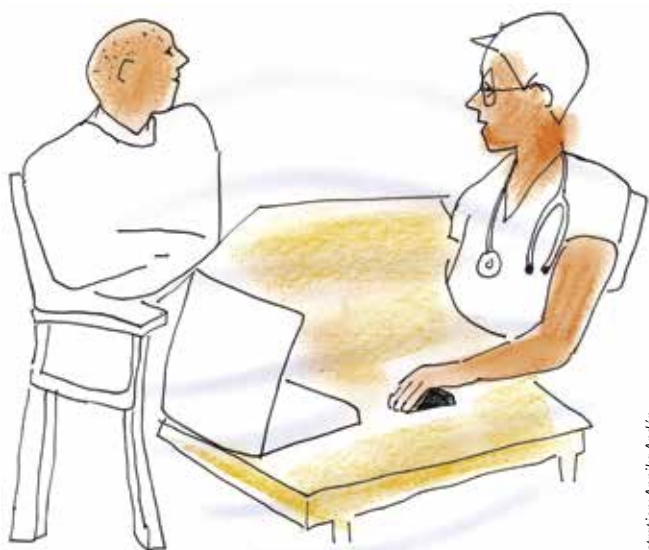


Illustration: Annika Andén

Framtidsspaning

Men hur pratar vi om alkohol? Förr var det i termer av missbruk och alkoholism, sedan blev det i termer av riskbruk. Nästa steg är att öka förståelsen för alkohol som en farmakologiskt aktiv substans, där effekten är mycket olika eftersom den biologiska variationen är stor.

Allmänna riktlinjer om riskbruk [6] eller lågriskkonsumtion [7] ger användbara hållpunkter, men är trubbiga och gäller på befolkningsnivå. Som individer reagerar vi olika på alkohol, har våra svaga respektive starka punkter i våra organ. Alla får inte högt blodtryck av alkohol, men en del får det vid ganska måttlig konsumtion. Har vi någon sjukdom eller medicinering kan vi vara betydligt känsligare för alkohol än när vi är unga och friska.

Detta behöver vi kunna diskutera i en medicinsk anda, utan att det framstår som moralism eller intrång i det privata. Om vår patient har utvecklat ett alkoholberoende så är nog tyvärr vi allmänläkare ungefär lika fördomsfulla som andra i synen på det som ett moraliskt förkastligt tillstånd. Skam och stigmatisering gör det redan svårt för personer med alkoholproblem söka hjälp. Här har vi ett tacksamt förbättringsområde. De flesta alkoholberoende personerna har trots allt lättare tillstånd som oftast är mycket tacksamt att behandla [8].

Jäv saknas.

Sven Wählin

Allmänläkare
Överläkare

Ordförande i SFAM:s råd för levnadsvanor
Riddargatan 1 – Mottagningen för alkohol
och hälsa Beroendecentrum Stockholm
sven.wahlin@sl.se



Referenser:

1. Wählin S, Svensson A-K, Wetterqvist Å. Primärvården får 20 miljoner för arbete med riskbruk. Läkartidningen. 2007;16:1205-06.
2. Lundin A, Danielsson AK, Hallgren M, Torgén M. Effect of Screening and Advising on Alcohol Habits in Sweden: A Repeated Population Survey Following Nationwide Implementation of Screening and Brief Intervention. Alcohol and Alcoholism. 2017;52(2):190-196.
3. Nilsen P, McCambridge J, Karlsson N, et al. Brief interventions in routine health care: A population-based study of conversations about alcohol in Sweden. Addiction. 2011;106:1748-56.
4. Ahacic K, Allebeck P, Thakker K. Being questioned and receiving advice about alcohol and smoking in health care: Associations with patients' characteristics, health behavior, and reported stage of change. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2010;5:1-11.
5. Frågor om levnadsvanor I vården. Resultat från nationell patientenkät 2015 och 2017. ISBN:978-91-7164-708-5. SKL 2019.
6. Andréasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa – En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2005:11.
7. Allebeck P, Andréasson S, Wählin S, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) Rapport 2018:1.
8. Wählin S. Alkohol – En fråga för oss i vården. Studentlitteratur. Lund. 2:a uppl. 2015.

WONCA EUROPE Berlin 24-27 juni 2020

Res på internationell konferens!

- Att träffa kollegor från Europas alla hörn och förstå att de har samma problem som man själv kan ge en kick och tillföra energi.
- Att se vidden i allmänmedicinsk verksamhet och forskning ökar stoltheten över sin specialitet.

Sista dagen för att skicka in abstrakt är 10 januari 2020.



<http://www.woncaeurope2020.org>

Hur hanterar ST-läkare i allmänmedicin medicinsk osäkerhet?

Beatrice Joneken fick priset "Årets uppsats 2019" för sin studie av ST-läkares tankar om medicinsk osäkerhet. Karin Lindhagen gjorde en mejlintervju med författaren.

Karin: Vad fick dig intresserad av just denna fråga?

Beatrice: Det var något som kom upp en del på handledning mot slutet av min ST, när det blev färre medicinska frågor. Jag funderade över vad det egentligen var som jag tar upp på handledningen. Jag och min handledare började prata om sådant som "skaver", som man går och bär på emellanåt. Dessa samtal ledde till att jag reflekterade mer kring medicinsk osäkerhet och hur jag själv gör för att hantera den, samt hur vi allmänläkare som grupp hanterar den. När jag började leta artiklar så märkte jag att det inte gick lika lätt som jag hade förväntat att hitta information om det området, så då kändes det ännu mer spännande.

Karin: Vad fick dig att välja just kvalitativ metod och fokusgrupper?

Beatrice: Från början hade jag tänkt att göra något mer "vanligt" på mitt ST-arbete, med kvantitativ metod. Det kändes spontant enklare, då jag inte hade erfarenhet av kvalitativ forskning sedan tidigare. När jag började fördjupa mig i mitt ämne så insåg jag ganska fort att det skulle bli intressant med en kvalitativ studie. Jag funderade sedan på hur jag skulle samla in data, och hur man som studiedeltagare skulle hamna i rätt sinnesstämning för att reflektera kring det ämnet. Jag valde då att välja fokusgrupp framför enskild intervju. Jag tänkte att själva samtalet i grupp skulle leda till en fördjupning av ämnet, och att interaktionen mellan studiedeltagarna skulle ha en positiv effekt på bredden i diskussionerna, och därmed ge ett mer uttömmande material.

Karin: Hur fungerade det rent praktiskt att genomföra studien?

Beatrice: Det var lite krångligt att hitta ett upplägg med studiedeltagare som frivilligt och utan ersättning valde att delta. Jag fick komma överens med studierektorer angående att genomföra datainsamlingen på en del av en ST-dag. När datumen väl var satta, så flöt det på med datainsamling och dataanalys, sedan en process av skrivande och skrivande.

En sammanfattning av uppsatsen finns på SFAM:s hemsida sfam.se under rubriken Specialistexamen. Den som vill läsa hela uppsatsen kan mejla författaren: beatrice.joneken@vgregion.se. Handledare för uppsatsen var Åsa Premberg, FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän.



Beatrice Joneken mellan Robert Svartholm och Anneli Vinensjö.

Foto: Ingrid Eckerman

Beatrice Joneken:

Hur hanterar ST-läkare i allmänmedicin medicinsk osäkerhet? Uppsats för specialistexamen i allmänmedicin 2019

I tidigare studier av medicinsk osäkerhet hade man mest använt enkäter som metod och undersökt hur medicinsk osäkerhet kan reduceras. Här användes istället kvalitativ metodik. Tre fokusgrupper med sammanlagt 17 deltagare fick diskutera kring temat medicinsk osäkerhet under ledning av författaren. Diskussionerna spelades in på ljudband och transkriberades. Kvalitativ analys av diskussionerna visade att viktiga teman som kom fram var medvetenhet om inverkan av stress/trötthet, acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, tydlig kommunikation med patienten, planera rimlig utredning av patienten, rådfråga och söka information samt att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden. Medvetenhet om inverkan av stress/trötthet samt att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden var nya områden som verkade gå utanför vad man tidigare inkluderat i forskning om hur medicinsk osäkerhet hanteras.

Karin: Var det något som överraskade i resultatet?

Beatrice: Jag blev positivt överraskad över att så stor del av det insamlade materialet handlade om att acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket. Jag hade förväntat mig att mer "självklara" saker som att rådfråga kollegor och söka information på egen hand skulle ta en större plats. Men jag tror att det är så självklart att vi gör det, så när de strategierna väl var nämnda så följde inte så lång diskussion. Mer intressant var då själva förhållningssättet till den medicinska osäkerheten, och att det är en del av allmänläkarens yrke oavsett hur erfaren man blir.

Det var också intressant hur studiedeltagarna beskrev att stress/trötthet kan leda till ökad medicinsk osäkerhet, och att dagsformen påverkar känslan av osäkerhet samt förmågan att

fatta beslut. Flera studier har tidigare gjorts på det omvända sambandet, att medicinsk osäkerhet leder till stress/utbrändhet.

Karin: Vad lärde du dig själv av att göra studien?

Beatrice: Jag fick verkligen fördjupa mig på området medicinsk osäkerhet och korrelerande områden, vilket var mycket lärorikt och givande för själva läkaryrket. Minst lika intressant var den praktiska erfarenheten av hur kvalitativ forskning kan genomföras, det har tidigare känts abstrakt för mig. Det var lite svårt men ändå genomförbart steg för steg, och under handledning. Alla delar var spännande på olika sätt; bakgrund, metod, data-

insamling, dataanalys och diskussionen, samt hur man hittar rätt språk och rätt uttryck för sammanhanget.

Karin: Tack för dina svar och återigen grattis till att din uppsats blev Årets uppsats 2019!

Jäv saknas.

Karin Lindhagen
Uppsala
karin.lindhagen@sfam.se



Nya alkoholmarkörer i primärvården – nya etiska dilemman

PEth är ett relativt nytt prov med hög känslighet för alkohol. Det ger oss ytterligare ett användbart verktyg för symtom och sjukdom där alkoholkonsumtion kan vara av betydelse. Här beskrivs på vilket sätt PEth kan användas på ett systematiskt sätt.

Alkohol – en medicinsk fråga

Alkoholkonsumtion kan påverka många olika sjukdomstillstånd. Trots att vi i vården är väl medvetna om detta har vi ändå ofta svårt att föra alkohol på tal, även vid de sjukdomstillstånd där alkohol ofta har stort inflytande. Det är synd, för om vi inte för alkohol på tal så får patienten lätt intrycket att alkoholen inte har någon medicinsk betydelse. Detta gäller framför allt högkonsumerande personer, men vissa individer är mer känsliga och även en måttlig konsumtion kan då "lägga sten på bördan".

Att fråga om alkoholkonsumtionen kan vara svårt, vi får ofta intetsägande svar som "inte så mycket", "som andra", "normalt" etc. Frågor om dryckesvanor bör vara systematiska och kvantifierbara, t.ex. *Vilka dagar i veckan brukar du dricka någon alkohol?* Följt av: *Vad dricker du då?* Och sedan: *Hur mycket?* Eller: *Hur många flaskor vin på en vecka?* Skriftliga frågor t.ex. i hälsoformulär eller i AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) är ibland bra hjälpmedel, då de oftast upplevs mindre personligt utpekande än muntliga fritt formulerade frågor.

PEth – som rutin

Allt fler allmänläkare har börjat använda PEth som en screening i vissa situationer. PEth ingår då oftast i ett paket av prover som är relevanta för tillståndet. Vanligast är vid hypertoni eller psykisk ohälsa. Rutinerna är lite olika, men det värdefulla är just att ha en rutin, som ska stämma för en själv och för verksamheten. Några exempel:

- Alla besvärliga blodtryck (mer än två läkemedel)
- Alla nya blodtryckspatienter

- Alla årskontroller för blodtryck
- All sjukskrivning för psykisk ohälsa
- Alla sjukskrivningar efter en eller två månader

Dessa exempel är hämtade från svenska verkligheten (jag utbildar frekvent runt om i landet och har diskuterat PEth med hundratals allmänläkare). I region Dalarna och i viss mån region Kalmar och Norrbotten är sådana rutiner vanligast, som rutin på vårdcentralen, eller som den enskilde doktors rutin.

Ett exempel är Kvarnsvedens vårdcentral i Borlänge, därifrån kan du lyssna på en podcastintervju med dr Gunnar Svärd på SFAMpen (<https://soundcloud.com/sfampen/gunnar-svard>).

"Om vi inte för alkohol på tal så får patienten lätt intrycket att alkoholen inte har någon medicinsk betydelse."

PEth – som underlag till samtal

PEth påvisar en låg alkoholkonsumtion, några glas vin i veckan kan ge utslag. Värdet blir allt högre ju mer man dricker, men hur mycket det stiger kan variera mellan individer. Halveringstiden är cirka sex dagar, så PEth speglar konsumtionen senaste veckan/veckorna.. Inget annat än just senaste tidens konsumtion speglas; inte alkoholberoende eller missbruk (undvik detta stigmatiserande ord). Det kanske inte heller visar den vanliga konsumtionen. Patienten kan ha haft semester och druckit ovanligt mycket, eller några födelsedagskalas på rad.

Denna vår osäkerhet gör frågan mindre känslig, det kan ju vara tillfälligt. Detta ska också vara utgångspunkten i samtalet. Vi vet inte, därför måste vi samtala med patienten. I samtalet kan vi, från vår sida, konstatera fakta, d.v.s. PETH-värdet samt informera om vad det betyder, men sedan fråga, t.ex. vad patienten själv tänker om detta. Eller fråga hur dryckesvanorna vanligen ser ut (vilket ju är svårt att få bra svar på), eller fråga om patienten känner till något om hur alkohol kan påverka aktuell sjukdom.

Erbjud information om möjliga samband. "Möjliga" är ett viktigt ord här, vi vet ju ännu inte om patientens alkoholvanor påverkar tillståndet. Detta kan vi ta reda på med det s.k. halveringstestet. I samtalet om alkoholvanor är det primära målet att patienten själv ska få förståelse och insikt, det är mindre viktigt att vi får reda på faktiska förhållanden. Att pressa patienten i en alkoholanamnes väcker motstånd. Erbjud information i stället.

Halveringstestet

Har alkohol relevans för min patients sjukdom, t.ex. en hypertoni? Detta kan vi hjälpa patienten att ta reda på, genom att erbjuda halveringstestet. Detta innebär att patienten allra minst halverar sin alkoholkonsumtion under förslagsvis fyra veckor. Bäst och säkrast utfall får vi om patienten håller uppe helt med alkohol, men alla är inte beredda på att göra detta.

Efter de fyra veckorna har vi ett återbesök och utvärderar blodtrycket (gärna även andra positiva bieffekter av minskad alkohol: t.ex. mer energi, gladare, bättre sömn). Eftersom högkonsumtion så ofta bidrar till en hypertoni, så får vi ofta ett positivt utfall. Om inte – patienten fick en insikt om alkohol som viktigt för den egna hälsan.

Detta är tillämpligt på de flesta tillstånd där alkohol kan påverka, och även på lab-prover. Följ därför gärna levervärden samtidigt som du genomför halveringstestet, så får patienten se hur "normala" leverprov blir än lägre, som ett uttryck för mindre belastning på levern. Även en konsumtion av en flaska vin i veckan ger en liten belastning på levern, vilket avspeglas i något högre levervärden.

Vill du se en kort film som exemplifierar halveringstestet vid hypertoni så finns filmen på www.riddargatan1.se/filmer.

"Kontinuitet i vården gör det betydligt lättare att få andrum, att över tid förstå situationen bättre och ha dialog med vår patient."

Högt PETH – vad gör vi?

Informera patienten! På sätt som beskrevs ovan. Högt PETH har i första hand en medicinsk relevans för patientens aktuella sjukdomstillstånd. Men det har även medicinsk relevans då det kan indikera en annan sjukdom: alkoholberoende. Detta kan vi erbjuda patienten att ta reda på mer om.

En första screening som ofta är tillräcklig är de 10 frågorna i AUDIT. Med ett ifyllt formulär kan vi diskutera de problem som patienten själv angett och upplever att alkoholen medför.



Illustration: Annika Andén

Vill du bli bättre på denna procedur så finns dels en kort instruktiv film på www.riddargatan1.se/filmer, och dels en liten minikurs på www.riddargatan1.se/AUDIT. Där finns dessutom AUDIT-formulär på 30 språk.

Vill man göra en grundligare beroendutredning, eller (mindre stigmatiserande uttryckt) vill patienten ha grundligare förståelse för sitt tillstånd, så finns ett formulärpaket "Hälsokoll alkohol" tillgängligt på www.riddargatan1.se/PV. Detta kan lämnas till patienten att fylla i hemma och ha med sig vid ett återbesök.

Beställa PETH – ett etiskt dilemma?

Måste jag inte informera min patient om de prover jag beställer? Svaret är ja, men hur vi informerar kan diskuteras. Tidigare var det förhärskande synsättet att alkoholkonsumtion är privat och stigmatiskt, så därför måste vi ge specifik information om vi vill beställa alkoholmarkörer. Det synsättet tillämpar vi inte när vi beställer t.ex. lipider, trots att även det kan indikera en "dålig" livsföring.

Om vi lämnar våra stigmaföreställningar kring alkohol och beaktar det som en medicinsk angelägenhet samt att cirka 90 procent av svenska vuxna dricker alkohol och drygt 15 procent har ett riskbruk, så blir det lättare att acceptera mindre detaljerad information om alkoholmarkörerna. Prover som är relevanta för orsak till hypertoni, viktiga vid behandling av hypertoni, och prover som visar övriga riskfaktorer torde vara en fullödlig beskrivning i en tidspressad praxis.

PEth – ett nytt prov

Fosfatidyletanol (B-PEth) är ett relativt nytt prov, som nu finns tillgängligt i alla regioner. Det har en hög känslighet för alkoholkonsumtion och helt specifikt för alkohol. PEth är en abnorm fosfolipid som bara kan bildas om alkohol finns närvarande. Falskt förhöjda värden kan däremot förekomma om man har alkohol i blodet vid provtagningstillfället, eftersom bildningen av PEth då fortsätter i provröret.

Halveringstiden för PEth är cirka sex dagar, varför PEth oftast speglar konsumtionen senaste 2–3 veckorna. PEth kan påvisa en låg alkoholkonsumtion, t.ex. ett par glas vin fredag och lördag. Värdet blir allt högre ju mer man dricker, men hur mycket det stiger kan variera mellan individer. Det går således inte att helt säkert säga att ett visst värde motsvarar en viss alkoholkonsumtion. Man får därför svar i intervall:

<0,05 $\mu\text{mol/L}$: Inget eller endast lågt sporadiskt intag.

0,05–0,30 $\mu\text{mol/L}$: Tyder på måttligt intag (men för vissa individer skadligt, särskilt i intervallets övre del).

>0,3 $\mu\text{mol/L}$: Kan tyda på ett mer omfattande, regelbundet intag.

Kostnaden varierar i olika regioner, men ligger oftast på drygt 300 kronor.



Högt PEth – ett etiskt dilemma?

En fallbeskrivning:

En person kontaktar mig för råd. PEth hade tagits rutinmässigt i vården och visade sig ligga på 2,01 $\mu\text{mol/L}$, d.v.s. ett omfattande regelbundet intag, vilket stämde med en uppgiven veckokonsumtion på ca 24 standardglas (4 flaskor vin). Personen minskade konsumtionen kraftigt, men PEth ligger vid flera provtagningar kring 0,7 $\mu\text{mol/L}$. Detta blev grund för anmälan till Transportstyrelsen och indraget körkort. Övriga prover var inom referensvärden, men något höga, ALAT strax över referensvärde. Diagnoskriterier för missbruk (enl. DSM-IV) ej uppfyllda, för beroende ej klarlagda.



Personen är universitetsutbildad, välfungerande socialt. Ärendet är med rätta överklagat då endast förhöjd PEth inte är grund för indraget körkort enligt Transportstyrelsens författning, det visar ju bara hög konsumtion. Det är dock hög sannolikhet att det föreligger ett alkoholberoende vid upprepat höga PEth.

Det första dilemma är att vid högt PEth har vi en indikation på högt alkoholintag, och därmed en stor statistisk sannolikhet för ett alkoholberoende. Hur hantera? Dilemma kan i många fall lösas genom att vi erbjuder patienten information eller att vi tar reda på mer, enligt ovan, t.ex. en "Hälsokoll Alkohol".

Det andra dilemma är att 4,5 % av befolkningen har alkoholberoende, livstidsprevalensen kan beräknas till ca 12 %, och för beroende eller missbruk är livstidsprevalensen kring 30 %. Allt fler av dessa personer kommer att uppmärksammas om PEth blir rutin. Om vi följer Transportstyrelsens författning (vilket vi inte gör) ska vi anmäla alla dessa. Den orimliga ultimata konsekvensen är att 12–30 % av befolkningen blir utan körkort under 1–2 år.

En grund för författningens krav är att synen på alkoholberoende utgår från beroendevårdens "alkoholister" som dock är yttersta "toppen på isberget" och mycket ofta har psykiatrisk samsjuklighet eller använder flera droger. Från epidemiologiska studier vet vi dock att alkoholberoende oftast är ett relativt godartat och övergående tillstånd, hos normala människor med gott omdöme.

Ett likartat dilemma är att vi får fler ställningstagande till orosanmälan, eftersom det inte är ovanligt att barn får illa när en förälder har hög alkoholkonsumtion med beroendediagnos. Ta reda på mer är även här en bra början för att hantera dilemma. Att du informerar föräldern om din oro kan i sig vara en stark drivkraft till en förändrad alkoholkonsumtion.

Kontinuitet i vården gör det betydligt lättare att få andrum, att över tid förstå situationen bättre och ha dialog med vår patient.

Jäv saknas.

Sven Wählin
Allmänläkare
Överläkare

Ordförande i SFAM:s råd för levnadsvanor
Riddargatan 1 – Mottagningen för alkohol
och hälsa Beroendecentrum Stockholm
sven.wahlin@sl.se



Doktor Glad AB

@doktor-glad

Alias Andreas Thörneby

Forskning visar att placebo är lika effektivt som läkemedel vid de flesta infektioner, smärttillstånd och andra bekymmer. Vår verksamhet vilar således på stabil vetenskaplig grund.



Vård som kan anstå – ett etiskt dilemma

Vi satt tillsammans, en grupp unga blivande distriktsläkare och jag, och reflekterade som så ofta tidigare över arbetet.

Nu pratade de om hur svårt det är att kombinera rollen som myndighetsperson med rollen som medkännande doktor. Hur drar man gränsen, man måste ju göra rätt och hålla alla regler och föreskrifter, och tänk om man skriver något på ett sjukintyg som man inte helt kan stå för och belägga i tydliga sjukdomssymtom. Denna trötta kvinna med en hopplös hemsituation som inte orkar jobba, men där det medicinska underlaget egentligen är tunt. Hon är ju helt slut och det är så synd om henne, men det får man ju liksom inte ta hänsyn till. Det finns så många typer av patientmöten med liknande dilemman.

"... minnet av mitt handlande har svidit i mitt läkarhjärta ända sedan dess."

Mina tankar flyter iväg och snuddar åter vid den där eftermiddagen för många år sedan, nej, inte den historien igen, släpp den, jag gjorde ju inget fel, det blev bara lite dumt. Men varför kommer den tillbaka igen och igen till mig och känslan den väcker är skam?

Tillbaka i gruppen tar jag ordet med en kommentar om att de beslut som jag har träffat genom mitt läkarliv och som jag har ångrat, har varit där jag valde myndighetsrollen fram för medkänslan, även om de varit korrekta i medicinsk och juridisk

mening. Kollegorna i gruppen nickar och funderar och samtalen fortsätter.

Händelsen som gör sig påmint inträffade på vårdcentralen när jag var ganska nybliven specialist. En sen eftermiddag, där jag hade jour-en och var ensam kvar med en receptionist. Det stod en man i luckan av tydligt utländsk ursprung och krävde på engelska att få träffa en läkare. Hans legitimation var ogiltig, tydligen hade han inte uppehållstillstånd och skulle inte alls vara i landet, men han stod i alla fall där och ville inte gå. Receptionisten var osäker



Illustration: Annika Andén

och jag visste inte alls hur jag skulle göra. Han var inte direkt hotfull, mera vädjande, så jag tog in honom på min expedition utan att stänga dörren helt.

Han hade ont i en axel och ville ha hjälp, helst av allt en spruta. Alltså egentligen en helt vanlig axelpatient av vilka jag träffade åtminstone en varje vecka och ofta gav en injektion med kortison. Så vad var problemet? Varför kunde jag inte bara ge honom det som han önskade?

Jag förstår fortfarande inte hur jag lät mig trassla in i argumentationer om "vård som inte kan anstå", risk för allergiska reaktioner när han nu inte kunde legitimera sig så att jag inte kunde veta om han hade kända allergier. För vad skulle jag göra om han plötsligt dog av min injektion och låg där på golvet och jag inte visste vem han var?

Mina fantasier sporrade ur totalt och jag nekade honom hjälp. Först efter långa diskussioner fick vi honom att gå med sin onda axel. Just då kändes det som en lättnad, men minnet av mitt handlande har svidit i mitt läkarhjärta ända sedan dess.



Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Vård som inte kan anstå

Begreppet "vård som inte kan anstå" är sedan 2008 infört i lagen [1]. Det gäller vuxna asylsökande och papperslösa.

Socialstyrelsen har gett riktlinjer för vilken vård asylsökande bör ha rätt till:

- Akutsjukvård
- Vård där en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder
- Vård som kan motverka ett mer allvarligt tillstånd
- Vård som kan undvika framtida mer omfattande vård
- Vård som kan minska användningen av mer resurskrävande behandlingar
- Mödravård och preventivmedel
- Hjälpmedel till funktionshindrade

Läkarförbundet och Vårdförbundet anser att det är oetiskt att ge vård på andra grunder än vårdbehov [2].

Referenser:

1. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Svensk författningssamling 2008:344.
2. Rööst M. Vård som inte kan anstå – ett odefinierat begrepp med allvarliga individuella följder. AllmänMedicin 2017;1:39-40.

Psykofarmaka och PTSD i husläkarpraktiken

DEGAM-konferensen i Tyskland (s. 50) innehöll en hel del resonemang kring allmänmedicinens innehåll, organisation mm. Men man hade också programpunkter under temat "Aus der Praxis für die Praxis" (ungefär "från praktiken till praktiken").

Mycket hands-on blev det om "psykofarmaka i husläkarpraktiken". Föreläsaren, en erfaren psykiatriker och psykofarmakolog, lade huvudfokus på utsättningsbesvären, interaktioner, och biverkningar av antidepressiva.

Det jag tog hem är att antidepressiva verkligen ger utsättningsbesvär, ibland över lång tid, upp till ett år. Han varnade för vissa, i synnerhet Fluoxetin och Paroxetin som det ibland kan rentav vara omöjlig att komma loss ifrån, och betonade att utsättningsbesvären inte är samma som återfall i sjukdom. I det sammanhanget varnade han för att beslutet att påbörja behandling med antidepressiva kan vara början på en patientkarriär. Han visade en tankeväckande kurva, effekten av citalopram och sertralin vid depression i samband med demens. Bägge med en snarlik kurva med god och ihållande effekt över ett par års tid. Men sedan kom placebokurvan: den var identiskt ...

Vi påmindes om somliga av antidepressiva preparatens utpräglade antikolinerga effekt, i synnerhet när preparaten kombineras med CYP-inhiberare, som kan yttra sig i mer eller mindre tilltagande förvirring. Han varnade här bl.a. för kombinationen amitriptylin-propavan. Mina standardval, Citalopram, Sertralin och Mirtazapin, går på det hela taget relativt bra här, men han gav ett exempel på kombinationen Citalopram – Triptaner som lätt kan utlösa ett serotoninergt syndrom.

Enligt föreläsaren finns det inte någon anledning längre att ge Citalopram överhuvudtaget.

Escitalopram är absolut inget "me-too-preparat". Det har betydligt färre kardiella biverkningar (QT-förlängning) eftersom det ges i halva dosen. Det är enbart s-enantiomeren som ger antidepressiv effekt medan bägge, s- och r-enantiomerer (i Citalopram), ger kardiella biverkningar. Det finns 30 % rapid metabolizers för Citalopram. De behöver högre doser eller kan ses som icke-responders. Vid osäkerhet eller konstiga biverkningar är det bra att kontrollera plasma-spegeln. Kostnaden är ca 20-50 € per analys.

Det är läkemedlens antihistamin-effekt som ger viktökning, t ex Mirtazapin.

Sedan fick vi några intressanta exempel på interaktioner. Så blockerar exempelvis fluoxetin samma CYP som metaboliserar Tamoxifen som enbart är prodrug till den aktiva substansen. Kvinnor med Tamoxifenbehandling blir under fluoxetin således som obehandlade vilket även kan visas i statistiken men högre recidivsiffror i cancer!

Kontentan: Var medveten om en hel del interaktioner och om utsättningsbesvären. Antidepressiva är inga godsaker. Likväl kan man behöva använda dem.

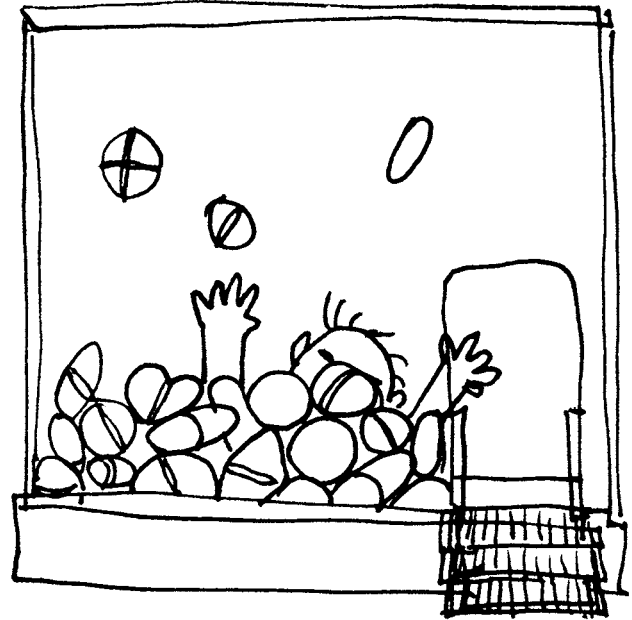


Illustration: Katarina Liljequist

Post-traumatiskt stressyndrom

Så besökte jag en workshop om PTSD – tämligen posttraumatiskt på lördagsmorgon efter fredagkvällens sena kongressfest ...

PTSD är lätt att missa, i synnerhet om det ligger längre tillbaka. Det måste aktivt frågas efter. Patienterna kan ha en diffus somatiserande symptomflora. PTSD kommer i nya ICD 11 inte längre att klassas som ångeststörning utan som minnesstörning.

Våga ta upp det, tänk på det! Det kan vara vistelsen på intensiven, en bilolycka, misshandel (även som barn) och förstås krigstrauma.

Läkemedelsbehandling enbart är inget alternativ. Det kan eventuellt ges akut och adjuvant men alla behöver psykoterapi i någon form. Det finns olika distansieringstekniker som kan underlätta för patienten att återberätta, t.ex. att berätta i tredje person, att beskriva händelsen som om patienten ser det på en bildskärm med möjlighet att imaginärt öka eller minska volymen eller ljusstyrkan, aktiv spegling, psykoedukation med mera.

Man kan inte lösa allt, vissa fall "måste" misslyckas. Det är viktigt att motivera till behandling, att stödja behandlingsgången, erbjuda adjuvanta behandlingar (uthållighetsidrott) och behandla sam-sjukligheten.

Jäv föreligger ej.

Markus Beland
Jokkmokk

markus.beland@norbotten.se



Om tortyr

– hur vi bemöter och dokumenterar

Det är vanligare än vi vill tro att flyktingar är torterade. En stor andel av flyktingarna har posttraumatiskt stressyndrom. Kunskap om diagnostik och behandling bör finnas hos varje kliniskt verksam allmänläkare. Initiativet till ett nätforum för vårdpersonal välkomnas.

AllmänMedicin tog i sitt nummer 2-2018 upp tortyr i flera artiklar [1, 2]. Frida Johansson Metso, psykolog på Transkulturellt centrum i Stockholm och allmänläkaren Kristian Svenberg på Närhälsan i Göteborg redovisade sina erfarenheter. De gav många exempel på både psykiska och kroppsliga tortyrmeter och skador. De framförde behovet av att upptäcka, behandla och dokumentera tortyr och föreslog att allmänmedicinen skulle ta sig an denna försummade problematik. I dagarna lanserar Transkulturellt centrum ett nätforum för vårdpersonal som arbetar med människor som utsatts för tortyr. Det är lovvärda initiativ.

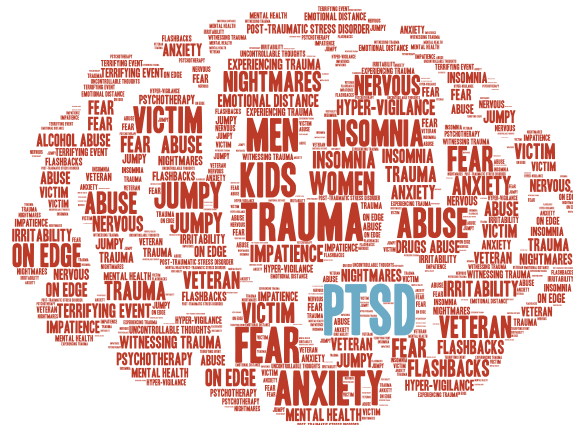
Jag skrev på 90-talet en artikel för Läkartidningen som hette "Gör flyktingmedicin till egen specialitet!" [3] Jag hade arbetat som läkare på Invandrarverkets förläggningar i fem år och upptäckt att vården av flyktingar krävde kunskaper som vi inte hade. Det blev inte så. Intresset för flyktingar var alltför ljust, okunnigt och bagatelliserande för att kräva att extra vårdresurser skulle tilldelas denna grupp. I stället tog man ett riksdagsbeslut om begränsad vård för flyktingar, och då Invandrarverkets förläggningar lades ned på 90-talet stälptes flyktingarna ut på vårdcentralerna utan att ge dessa någon särskild utbildning. Det grundlade den osäkerhet och frustration som många läkare fortfarande känner inför flyktingars vårdbehov.

Att arbeta med flyktingar

Själv fortsatte jag att jobba med flyktingar. Utan ledning och mot inte så lite motstånd. Senare fick jag en hemvist på Kris- och Traumacentrum i Stockholm där kunskaperna och behandlingen av tortyr låg på internationellt hög nivå. Nu är mottagningen nedlagd, stämningen mot flyktingar hätskare och hatet har fått en politisk förankring. Inom flyktingmedicinen vilar inga lagrar, men det utförs ett intressant och tålmodigt arbete av många engagerade människor. Och i dag finns kanske bättre förutsättningar. Många läkare har erfarenheter av arbete för Läkare utan gränser. Vi har kolleger från andra länder.

Patienter med obehandlade tortyrskador finns överallt inom vården. 30 % av flyktingar som kommer till Sverige är torterade. 2005 hade 5,6 % av befolkningen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) under sin livstid (7,9 % hos kvinnor, 3,6 % hos män) [4].

Därför är det initiativ som tagits särskilt välkommet. Intressant är också att det kommer från allmänläkarna och att de inte skyggar för det svåraste, tortyren. Frågan om vilken roll allmänmedicinen kan ha i flyktingsjukvården ligger på bordet. I ett flyktingmottagande baserat på en asylrätt där tidigare tortyr har betydelse behövs möjligheter för en asylsökande att få sina



uppgifter om tortyr bekräftade. Det är en fråga om rättssäkerhet. Det ligger på oss om så ska ske.

Det behövs en del förhandskunskaper. Svårigheterna och motståndet ligger på politisk nivå men det finns också tanke-mässiga hinder. Flyktingsjukvården spränger gränserna mellan psyke och soma. PTSD är en somatisk sjukdom med psykiska manifestationer. Tortyr ger både somatiska och psykiska skador.

Dokumentationen

Metoden vid en dokumentation är att undersöka om en patient har kroppsliga eller psykiska symtom som styrker hans eller hennes uppgifter om tortyr. Med en rättsmedicinsk terminologi kallas det "vara förenlig med". Det finns olika uppfattningar om vilken specialitet som behövs för att göra en dokumentation.

Många anser att det krävs en rättsläkare och förvisso krävs en rättsmedicinsk kunskap om hur ärr ser ut efter olika skador. Men jag har också överraskande ofta haft hjälp av mina allmänmedicinska kunskaper. Vilken tid en särskild skada behöver för att läka. Hur länge en viss skada ger besvär och vilka besvär. Hur sår förändras. Symtomen vid en skallskada, här ofta förvillande lika PTSD. Vilka symtom en revbensfraktur ger och hur de utvecklas. Utvecklingen av både kroppsliga och psykiska besvär den närmaste tiden efter en tortyrskada kan ge värdefull information.

Utvecklingscentra

De större regionerna har särskilda centra för utveckling och kunskapsspridning inom området flyktingmedicin. Det finns också material för distansstudier.

Skåne: Kunskapscentrum Migration och hälsa

VGR: Lärandecentrum Migration och hälsa

Stockholm: Transkulturellt centrum, Stockholm

Östergötland: Flyktingmedicinskt centrum

En dokumentation är många gånger ett intrikat detektivarbete där en initierad kunskap om hur tortyren gick till och vad man kan läsa av i olika ärr är byggstenar. En dokumentation tar tid och kräver fokus. Det allmänmedicinen kan göra är att påvisa att skadorna finns och kräva en ordentlig utredning. Ibland räcker det.

Kunskapskällor

Utbildningen till allmänläkare ger i regel inga kunskaper om tortyrskador. Men det finns bra och lättillgängliga kunskapskällor. Som referenser anges en del litteratur.

De somatiska avsnitten i Istanbulprotokollet kan vara en god början [5]. Här beskrivs de vanligaste tortyrmetoderna. Det finns bilder av hur ärr ser ut och beskrivningar av det kliniska tillståndet efter tortyren. Ofta ges konkreta och gedigna råd om hur man kan diagnostisera skadorna, till exempel sensymtom efter upprepad falaka (slag på fotsulorna) eller de axel- och nervskador som orsakas av så kallad palestinsk hängning, en upphängning med bakbundna händer.

Det är också viktigt att känna till den psykiatriska symtomatologin efter tortyr, framför allt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Diagnosen på denna förmodligen uråldriga sjukdom fastställdes 1980 i DSM (Diagnostic and Statistical Manual), den diagnosmanual som används inom psykiatri. Det finns flera versioner av DSM och diagnosformuleringen av PTSD varierar något mellan dem. Vi får med erfarenhet en viss inkänning i hur diagnosen ser ut, men för att ha rätt att ställa diagnosen måste patienten uppfylla de kriterier som anges i DSM.

Att en patient har PTSD innebär att det måste finnas ett trauma och kan ibland vara en omväg att upptäcka tidigare tortyr hos patienter med svårtolkade symtom. En traumatiserad patient är ofta också deprimerad och vi måste alltid göra en bedömning av självmordsrisken. En ökad suicidrisk är den faktor som oftast ligger under en juridisk bedömning att ett återvändande är "livshotande". Det kan också finnas andra psykiatriska orsaker och funktionshinder som gör att en individ som återvänder till ett oroligt område inte bedöms kunna reagera adekvat i en farosituation.

Vi bör vara medvetna om att vårt intyg är en del av en juridisk process och bemöda oss om att ge medicinska svar på de frågor som är aktuella för asylbedömningen. Vi måste alltså skaffa en viss kännedom om asyllagarna, särskilt Utlänningslagen. Numa bilägger åtminstone Migrationsdomstolen de lagparagrafer som utgör grund för deras bedömningar i sitt beslut, som lätt kan erhållas av det juridiska biträdet eller ombudet. I regel respekteras vår medicinska expertis, men vi bör inte gå in på den juridiska processen t.ex. genom synpunkter eller vädjanden. Det gör lätt att vårt intyg stämplas som partsinlägga och inte beaktas.

Att få patienten att berätta

Några ord bör också sägas om svårigheterna att få en tortyrhistoria. Att berätta om en svår tortyr väcker plågsamma återupplevelser hos den torterade. Ofta varnas för retraumatisering och många läkare är rädda för att väcka upp svåra minnen som den torterade har glömt. Det är bara det att en torterad inte glömmes. Hen lever tvärtom hela tiden i sitt trauma.

Det beror på att tortyren inte på ett normalt sätt har kunnat bearbetas och arkiveras i långtidsminnet i ett hippocampus som är skadat av de neurofysiologiska skeendena som utlösts

Läkarutlåtande till Migrationsverket

För att beskriva sjukdomsbilden hos din patient kan blanketten "Utlåtande från läkare vid provning av hälsotillstånd i ärenden om uppehållstillstånd eller verkställighetshinder" (244011) som återfinns på Migrationsverkets hemsida användas. Det är viktigt att följa anvisningarna som brukar följa med blanketten för att ge Migrationsverket svar de behöver för sin bedömning.

Blanketten är inte gjord för en tortyrbedömning men du kan bifoga den som en bilaga. Ta med dina bedömningar om tortyren i rutan Övriga uppgifter på sista sidan i blanketten. Ange tydligt dels om du anser att skadorna överensstämmer med patientens berättelse och med uppgivna tortyrmetoder. Ange också om du anser att misstanke på tortyr föreligger och att en tortyrutredning bör göras!

Intyget bör skickas till det juridiska biträdet eller ombudet för att ge denne möjlighet att kommentera intyget ur juridisk synvinkel innan det skickas till Migrationsverket.

Istanbulprotokollet

Istanbulprotokollet, som antogs av FN:s kommission för Mänskliga Rättigheter 2000, har i sin manual omfattande beskrivningar av fysiska och psykologiska bevis på spår av tortyr och anvisningar för läkare, psykologer och annan hälso- och sjukvårdande personal för bedömning och rapportering av undersökning av en tortyröverlevande.

av tortyren. Minnena ligger kvar på ett preverbal nivå, fulla av skrämmande bilder, sinnesintryck, skräck och kroppsliga symtom som är desamma som vid traumat och ofta återupplevs med samma intensitet.

Det kan kännas som en lättnad att få dela dem med någon. Att kunna verbalisera en skrämmande upplevelse och dra den ur dess marterande skuggliv är ofta första steget i en terapeutisk process. Men det ställer krav på oss. Att vara närvarande och stödjande och bekräfta att vi har hört: "Så bra att du kunde berätta för mig. Hur mår du nu?"

Jäv saknas.

Brita Hännestrand
Specialist i allmänmedicin och psykiatri
Befris läkarmottagning
Uppsala
brita_hannestrand@hotmail.com



Referenser:

- Johansson Metso F. Sjukvården måste bli bättre på tortyrskador. AllmänMedicin 2018;2:25-27.
- Svenberg K. Tortyr – ett mordförsök på eliten. AllmänMedicin 2018;2:28-31.
- Toivanen T, Toivanen S. Utsatt för tortyr: Att möta och rehabilitera traumatiserade flyktingar. 94 s. Gothia fortbildning 2014. ISBN 9789172059436.
- Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredriksson M (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatrica Scandinavica 111(4), 291-299.
- Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. FN 2004. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf> Hämtat 27.10.2019.

Själv mord i glesbygden – en utmaning för primärvården?

På 1980-talet upptäcktes hög frekvens av självmord bland män i Hälsinglands finnskogar. Orsaken antogs vara stora krav på att männen, trots inskränkta möjligheter, skulle klara sig själva utan att klaga. Kunskap om bakomliggande faktorer är viktiga då självmordsförebyggande arbete utformas. Primärvården har en unik kännedom om befolkningen och bör delta i planeringen av sådant arbete.

I slutet av 1980-talet arbetade jag ett par år som distriktsläkare i Los-Hamra, den del av finnskogen som ligger i nordvästra Hälsingland. I området fanns en hög förekomst av självmord hos män genom skjutning, men den var okänd inom sjukvården på grund av att männen inte sökte hjälp. Folk i bygden kände till självmorden men det rådde en tystnads-kultur. Att vi upptäckte dem berodde på en undersökning av skogsarbetare i området, där vi tittade på dödsorsaker. Vid samma tid gjorde landstinget (region Gävleborg) en kartläggning av hälsoläget i länet där den höga självmords-dödligheten också framkom.

Självorden avvek i vissa hänseenden från mina tidigare erfarenheter av självmord under femton år som läkare. De var våldsamma och skedde genom skjutning och i något fall dynamit.

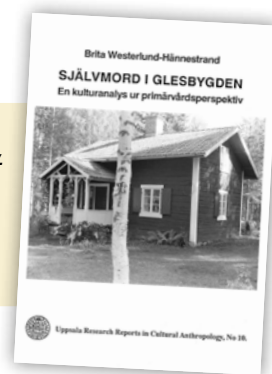
"Det fanns en sorts respekt för självmorden hos män i bygden."

Det fanns en sorts respekt för självmorden hos män i bygden. För familjen som drabbades kom självmordet oväntat. Av polisrapporter upprättade efter döden framgår att få av männen hade gjort uttalanden före döden som kunde tyda på självmordstankar och de hade ofta inte uppfattats. I de flesta rapporterna beskriver anhöriga mannen som glad och morsk.

Bara ett fåtal uppgifter fanns om psykisk sjuklighet. Fem av 23 män jag tittade särskilt på hade vårdats inom psykiatin. Av dem hade två fått diagnosen depression. En del män angav sjukdom som orsak till självmordet i efterlämnade meddelanden, men de hade sällan besökt en läkare för att få symtomen diagnosticerade. I de fall så hade skett hade läkaren uppfattat deras sjukdomar som fullt behandlingsbara.

Jag samlade mina erfarenheter i en rapport om självmorden som jag kallade "Själv mord i glesbygden – en kulturanalys ur primärvårdsperspektiv". I den tolkade jag självmorden som orsakade av de höga krav som ställdes på männen i området, att kunna lösa sina egna problem, praktiska eller personliga, utan att klaga eller belasta andra, och en stark motvilja mot yttre kontroll.

En kulturanalys ur primärvårdsperspektiv. Kulturanthropologiska institutionen, Uppsala universitet 1991. 151 s. ISBN: 9150608312. Beställs genom www.befris.se.



Bakom självmorden låg en självmordsvåg som uppstod under perioden 1925–1935. Självordsdödligheten steg då till det fyrdubbla jämfört med föregående 10 års-period, framför allt genom ett ökat antal självmord hos män. Hälften av självmorden hos männen skedde genom skjutning. Det var en metod som tidigare efter 1894, då min statistik började, inte hade använts vid självmord, trots att jakt varit vanlig i området sedan finnarna kom i slutet av 1600-talet.

Metoden gav självmorden demonstrativ prägel som en sorts markering eller protest. Skogen där männen av hävd hade jagat fritt hade gradvis tagits över av skogsbolagen. Det hade lett till att jaktmöjligheterna minskat och kontrollerades på ett annat sätt än tidigare. 1925–35 var dessutom nödår och många män var – som de tidigare gjort under historien – ute och (tjuv)jagade älg för att skaffa mat till familjen. Om de upptäcktes kom de i fängelse. Den ökade kontrollen kan ha upplevts kränkande och lett till den ökade självmordsdödligheten.

Jag lade fram denna hypotes på självmordskonferensen i Norrköping i oktober 2019, där jag också redovisade statistik från de 30 år som gått efter min undersökning. Den visar att självmordsdödligheten gått ned så att den nu ligger obetydligt över riksgenomsnittet. Det är en oväntad utveckling. Den kan bero på att mansrollen förändrats.

Delvis som en effekt av pappa-ledigheten har männen kommit att engagera sig mer för familjen och deltar också nu mer aktivt i samhället. De har bland annat varit ledande i en upp-rustning av gamla historiska minnen som tidigare fått förfalla.



Fallen fura vid Järvsö kyrka.

Foto: Ingrid Eckerman

Illustration: Annika Andén



Också kvinnor och projektgrupper från skolan har deltagit i arbetet. Framgången i detta företag har skapat ett lyft för bygden och ökat befolkningens stolthet och tilltro till sin förmåga att lösa byns problem. Man kan kanske säga att den praktiska kunnighet som utmärker männen i detta område har använts på ett konstruktivt sätt.

En viss utjämning har skett mellan mans- och kvinnofärer genom att kvinnor nu deltar i flera aktiviteter tidigare förbehållna männen, exempelvis älgjakten. Män och kvinnor samverkar också i föreningar.

Exemplet visar att självmord i glesbygden kan ha speciella drag som är viktiga för utformningen av ett självmordsförebyggande arbete. Detta kan förutom omhändertagandet av självmordsnära patienter också innehålla allmänna åtgärder.

På en mindre plats är primärvården ofta enda sjukvårdsenhet och har en unik kännedom om befolkningen och deras problem. Den är därför en naturlig utgångspunkt i ett preventivt arbete mot självmord och bör delta i utformning och planering. Efter behov – och ekonomi – kan andra personalgrupper knytas till verksamheten.

Erfarenheterna från Los-Hamra visar också på betydelsen av att ha befolkningen med sig i en fråga som handlar om dem och som de genom sina erfarenheter kan ha kloka synpunkter på.

Jäv saknas.

Brita Hännestrand
Specialist i allmänmedicin och psykiatri
Befris läkarmottagning
Uppsala
brita_hannestrand@hotmail.com



Uppdaterade riktlinjer för dyspepsi

Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) har i samarbete med Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) under 2019 uppdaterat och reviderat de nationella riktlinjerna för handläggning av "outredd dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår samt funktionell dyspepsi".

De allra flesta patientbesök för dyspepsi sker i primärvården, och det är i primärvården som det mesta förskrivs av såväl syrasekretionshämmande mediciner, framför allt protonpumpshämmare (PPI), och ulcerogena preparat, såväl NSAID som ASA. En korrekt handläggning i primärvården är därför av stor vikt.

I faktaruta 1 beskrivs terminologin. Med "outredd dyspepsi" (efter engelskan "uninvestigated dyspepsia") avses det symtomkluster

som presenteras vid första läkarbesöket, oftast i primärvården. För diagnosen funktionell dyspepsi krävs en normal gastroskopi. Förekomst av "alarmsymtom/tecken" såsom anemi, melena/hematemes eller ockult blod (F-Hb) i avföringen, resistens i buken, ofrivillig viktnedgång, kräkningar, aptitlöshet och sväljningsbesvär innebär oftast en absolut indikation för gastroskopi.

Handläggningen för patienter över och under 50 år beskrivs i figur 1 och huvudbudskapet i faktaruta 2.

Prevalensen av *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) är i sjunkande på grund av att allt färre infekteras i barndomen. I socioekonomiskt utsatta områden kan dock prevalensen av *H. pylori* vara fortsatt hög. Programgruppen har bedömt att trots överlag sjunkande prevalens kvarstår rekommendationen för primärhandläggning

Faktaruta 1: Definitioner

Dyspepsi: Symtom som antas ha sitt ursprung i magsäcken eller tolvfingertarmen (t.ex. uppkördhet, tidig mättnadskänsla, smärta eller brännande känsla i epigastriet).
Outredd dyspepsi: Dyspeptiska symtom som anges vid första läkarbesöket före utredning.

Organisk dyspepsi: Dyspepsi där orsaken (t.ex. ulcus) kan hittas vid en rimlig klinisk utredning.

Funktionell dyspepsi: Dyspepsi utan alarmsymtom och med en normal gastroskopi.

Alarmsymtom: Anemi, melena/hematemes/ockult blod (F-Hb) i avföring, resistens i

buken, ofrivillig viktnedgång, återkommande kräkningar, aptitlöshet och dysfagi.

"Test&Treat": Att vid outredd dyspepsi hos patienter ≤50 år utan alarmsymtom testa för en riskfaktor för ulcussjukdom (*H. pylori*) och vid positiv test eradikera infektionen.

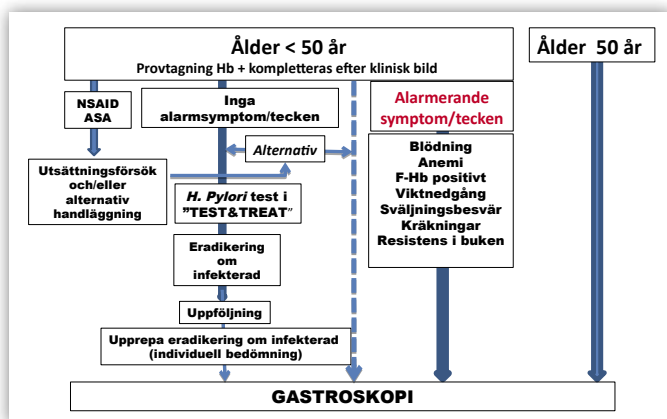


Fig. 1: Handläggning av förstagsbesök vid outredd dyspepsi.

av outredd dyspepsi hos patienter ≤ 50 år enligt "Test and treat" modellen. I USA och Storbritannien har föreslagit en höjd åldersgräns, men vi rekommenderar liksom tidigare utredning med gastroskopi vid outredd dyspepsi hos patienter från 50 års ålder och uppåt, samt även hos yngre med alarmsymptom eller -tecken. I primärvården används idag huvudsakligen fekalt antigen mot *H. pylori* (F-Hp) för diagnostiken.

Vid funktionell dyspepsi rekommenderas att tid ges för information (bra förklaringsmodell till symtomen) samt råd om livsstil, kost och psykosociala faktorer, även om evidensen för effekten av dessa råd är svag. Detsamma gäller behandling med protonpumpshämmare (PPI). En eventuell provbehandling med PPI vid funktionell dyspepsi måste utvärderas för att inte riskera slentrianförskrivning. Tricykliska antidepressiva (men inte SSRI) i lågdos kan ha viss symtomlindrande effekt. Ingen övertygande effekt har påvisats för prokinetika. Patient som fått diagnosen funktionell dyspepsi och har en påvisad *H. Pylori* infektion och symptom som påtagligt påverkar livskvalitet bör erbjudas eradikering.

Bakteriell resistens är ett växande globalt problem, bl.a. resistens mot klaritromycin, som kan vara över 20 % i Sydeuropa. I våra grannländer rapporteras dock klaritromycinresistens under 8 %. För amoxicillin rapporteras i Europa resistensförekomst på mindre än 1 %. Vi bedömer att situationen i Sverige är snarlik. Mot bakgrund av ovanstående rekommenderas därför i de reviderade riktlinjerna att alltid (oavsett symtomutfall) kontrollera effekten av given eradikering cirka en månad efter avslutad behandling (inkl. PPI) med i första hand F-Hp test.

Jäv föreligger ej.

Lars Agréus
 Professor emeritus
 Sek. för Allmänmedicin
 och Primärvård, KI
 Öregrundsvårdcentral
 Praktikertjänst AB



Lars Lööf
 Gastroenterolog
 Seniorprofessor
 Läkemedelskommittén,
 region Västmanland



Magnus Simrén
 Gastroenterolog
 Professor
 Inst. för medicin
 Sahlgrenska akademien,
 Göteborg



Faktaruta 2:

Huvudbudskap vid handläggning av patient med outredd dyspepsi

- Om debut ≥ 50 års ålder: Alltid gastroskopi.
- Om < 50 års ålder och minst ett alarmsymptom/-tecken: Alltid gastroskopi.
- Om < 50 års ålder och inga alarmsymptom/-tecken: "Test and treat" och inte gastroskopi.
- Vid primär eradikering av *H.pylori* rekommenderas som tidigare en veckas terapi med PPI + klaritromycin + amoxicillin.
- Vid eradikering av *H.pylori* bör alltid resultatet kontrolleras med fekalt *H. pylori*test (F-Hp). Om kvarstående infektion rekommenderas två veckors terapi med PPI + amoxicillin + metronidazol.
- Patient som efter gastroskopi fått diagnosen funktionell dyspepsi samt symptom som påtagligt påverkar livskvalitet och där man påvisat en pågående *H. pylori* infektion bör oavsett ålder erbjudas eradikering.

Medlemmar i arbetsgruppen

- Lars Agréus:** professor emeritus, allmänläkare
Lars Lööf: seniorprofessor, gastroenterolog
Rickard Ekesbo: docent, allmänläkare
Rein Seensalu: docent, gastroenterolog
Anders Ehnberg: allmänläkare
Lars Engstrand: professor, mikrobiolog
Christer Staël von Holstein: docent, kirurg
Magnus Simrén: professor, gastroenterolog

Vid primär eradikering rekommenderas liksom tidigare en veckas behandling med PPI x 2 + amoxicillin 1 g x 2 + klaritromycin 500 mg x 2. Vid pc-allergi byt amoxicillin mot metronidazol 400–500 mg x 2. Om eradikering har misslyckats (fortsatt positiv F-Hp-test vid kontroll) rekommenderas en andra behandlingskur, nu i två veckor och med PPI x 2 + amoxicillin 1 g x 2 + metronidazol 400–500 mg x 2. Vid pc-allergi byt amoxicillin mot tetracyclin 100 mg 1 x 2. Efter en andra misslyckad eradikering rekommenderas gastroskopi med biopsi för odling och resistensbestämning.

Det kompletta vårdprogrammet kan läsas på

<http://svenskgastroenterologi.se/wp-content/uploads/2019/07/2019-outredd-dyspepsi-ulkus-samt-funktionell-dyspepsi.pdf>

Annons



Mottagningsteamets expedition. Från vänster Fredrik Munir Ehrlington, ST-läkare, Matilda Bose, vik. ul, Kristin Hansén, ST-läkare, Dominique Vial, vik. ul, samt Eva Bergman, sjuksköterska. Foto: Ursula Kallstenius

Valla vårdcentral bygger för framtiden

En ohållbar arbetsituation på Valla vårdcentral skapade ett arbetssätt där vårdcentralen bygger för framtiden samtidigt som den dagliga driften tas om hand. En funktion som frågeansvarig läkare avlastar samtidigt som möjligheten till handledning ökar. I kombination med teamarbete ökar det kapaciteten för de få specialisterna att handleda en stor andel läkare under utbildning.

Måndagen börjar med samling klockan åtta för att se över vilka som är på jobbet och vilka positioner man har under dagen. Chefen kommenterar vädret och någon drar ett skämt, en uppsluppen stämning som start på dagen. Här hälsar alla på alla, alla vet vad de andra gör. Är någon sjuk eller behöver placeras på annan post löses det ofta direkt på morgonmötet. Vi

går därefter vidare till möten, telefontider eller dagens första patienter. Klockan nio samlas de som utgör dagens Mottagnings-team och dagen tar fart på riktigt.

Valla Vårdcentral har ca 16 500 listade patienter och fyra distriktsläkare som bemannar en fjärdedel av vårt behov. Tidigare var det en mer välbemannad vårdcentral där pensionsavgångar och byte av arbetsplatser tyngde vårdcentralen 2016-17. En historia som inte är helt ovanlig. Redan då var det ändå en vårdcentral som läkarstudenterna önskade för sin primärvårdsplacering och underläkare som vikarierat tidigare kom tillbaka till för AT. Flera av ST-läkarna som nu arbetar på vårdcentralen började en gång som AT-läkare och ville sedan fortsätta en ST i allmänmedicin just här. Arbetsglädjen är och har varit stor och vi hinner med våra patienter.

Hur kan Valla med sådan brist på distriktsläkare då vara en av Linköpings mest populära vårdcentraler för ST-läkare, AT-läkare och studenter?

Svaret är ansvar och stort stöd, en stor mängd utbildningsläkare med en kärna av erfarna distriktsläkare som är beredda att handleda. Här har alla läkare egna listor att sköta, samtidigt som stöttning finns att tillgå i vardagen. Under hela dagen finns en läkare, som regel specialist (eller erfaren ST), med uppdraget Fråge-Ansvarig-Läkare (FAL/bakjour).

Den öppna dörren är en förutsättning för underläkare att känna sig trygga i sin vardag. Det finns alltid någon som kan slänga ett öga på din patient eller som du kan bolla handläggningen med. Det är också hit alla akuta frågor från andra medarbetare kommer, recept som är akut slut, bedömningar i telefon eller akuta kontak-

ter med hemsjukvården. Detta innebär att övriga läkare i den egna mottagningen inte blir avbrutna av knackningar på dörren för att lösa all världens problem.

Vi är indelade i tre team med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare, där delar av teamet träffas varje vecka för att bedöma rätt vårdnivå på svåra ärenden från telefon och handläggning av kända patienter.

Sedan någon månad tillbaka har teamkänslan ytterligare stärkts, då alla nybedömningar och akuta besök tas om hand i det nystartade Mottagningsteamet. Detta team utgörs av en specialist (frågeansvarig/FAL), tre underläkare varav minst en ST-läkare, sjuksköterska, distriktssköterska och undersköterska. Till teamet bokas allt som behöver ha en snar bedömning, en del omläggningar och injektioner. En del patienter bokas från telefon och en del bokar sig via webbtidbokning.

Varje morgon och varje eftermiddag är det ett nytt team som startar med att gå igenom bokningar, fördela till lämplig resurs och få en översikt över dagen. Därefter tas patienterna om hand i tur och ordning, en del längre och en del kortare besök. Teamet sitter i "öppet landskap" så att avstämningar lätt görs flera gånger under passet för att fördela lämplig resurs till rätt patient, möjligheter för diskussioner kring handläggning, direkt hjälp från FAL men även möjlighet att träna praktiska färdigheter tillsammans med FAL.

Här får vi in handledning på flera nivåer samtidigt som vi effektivt träffar stor del av våra patienter. En del åkommer tas rutinmässigt om hand av distriktssköterska. I teamet har utbildningsläkarna möjlighet att se även dessa patienter. Arbets sättet ger också förutsättningar att dra med varandra för att se klassiska manifestationer, lära sig en injektion eller hur man använder öronmikroskopet!

Underläkarna Matilda Bose och Dominique Vial började arbeta på Valla vårdcentral direkt efter examen.

– Vi sökte oss hit eftersom vi varit så nöjda med vår VFU här. Redan som student fick man jobba självständigt under handledning och utmanas till att lära sig mer. Från första början känner man sig sedd och betraktad som en kollega. Vi har möjlighet till tät handledning som justeras allteftersom erfarenhet och trygghet ökar. I tuffa situationer eller bedömningar finns det alltid gott stöd. Det är också en stor

fördel att efter varje besök (till en början) kunna diskutera handläggningen med en kollega som är tillgänglig för just det.

Kristin Hansén, ST-läkare sedan slutet av 2017:

– Jag blev legitimerad tidigare samma år och kom direkt från en föräldraledighet. Jag hade själv inte jobbat på Valla vårdcentral eller varit där som student, men hört mycket gott om den. Den största faktorn att söka mig till Valla var just handledningen, att veta att det alltid finns en öppen dörr. På Valla har vi också väl utarbetade rutiner och flöden för saker som tidigare tagit onödig administrativ tid och en stark vilja att hela tiden utveckla vården vi ger och våra arbetssätt. Ett exempel är vår blodtrycksmottagning, där en sköterska följer ett PM vid förhöjt blodtryck, uppföljning efter insatt behandling och håller i patienten till hen når målvärde. Vi kommunicerar kring val av behandling och justeringar, men det avlastar vardagsarbetet enormt!

Jag har planerat handledning en gång per vecka, men i vardagsarbetet behöver jag ändå stämma av, eller bara kolla att den handläggning jag planerat är rimlig. Att då kunna, utan att känna att man stör, gå och prata med FAL gör att den dagliga stressnivån minskar. Att jobba såhär motverkar också känslan av ensamhet som jag vet många känner, framför allt tidigt i karriären inom allmänmedicinen. Att man samtidigt ser varandra mer och har en stor möjlighet till återkoppling tänker jag bidrar till tryggare utbildningsläkare och handledare. Under våra läkarmöten har vi också möjlighet att diskutera fall i hela läkargruppen, ställa frågor och ha regelbunden internutbildning. Detta stärker vi-känslan som ytterligare motverkar att känna sig ensam i arbetet!

Distriktsläkare Ursula Kallstenius:

– När vi gick från att vara en relativt välbemannad vårdcentral till att flera av specialistkollegerna under ett år, av olika skäl, slutade på vårdcentralen var vi tvungna att bestämma oss för en överlevnadsstrategi.

Många av oss hade då under en längre tid verkligen arbetat på hårt. Vi var trötta och frustrerade över att det kändes som att det inte gjorde någon skillnad hur mycket man än arbetade. Man upplevde en stor otillfredsställelse över känslan att man gjorde allting men med en varierad kvalitet.

Vi som arbetar på Valla VC har alltid varit intresserade av utbildning och fortbildning och personligen upplevdes det verkligen, innan vår omorganisation, som att vi handledde under tidspress. Mitt i den egna mottagningen behövde någon av utbildningsdoktorerna fråga om något eller hjälp med bedömning av en patient. Sköterskor i telefon eller med egen mottagning behövde fråga om något. Vi försökte på olika sätt att göra oss tillgängliga men vi lyckades inte riktigt. Det kändes till slut som att man skötte sin egen mottagning med vänsterhanden medan man egentligen behövdes någon annanstans. Det var inte hållbart i längden!

Eftersom vi som var kvar verkligen ville fortsätta att arbeta tillsammans och på vår vårdcentral, tog vi beslutet att öka mängden underläkare. Alltifrån helt nyblivna kollegor, direkt från termin 11, till AT och ST.

Förutsättningen var att vi verkligen kunde satsa på handledning, både i form av direkthandledning men också avsatt veckohandledning. Vi blev, med vårt nya arbetssätt, också mer tillgängliga för konsultationer med sjuksköterskor, undersköterskor, våra psykoterapeuter etc. Vi blev



Foto: Adobe Stock

helt enkelt mer inriktade på teamarbete!

Som distriktsläkare hos oss så arbetar jag idag i huvudsak med handledning. Jag har kvar min lista på drygt 1 300 patienter och har ungefär en halv dag per vecka tider för årskontroller för mina patienter. Jag får stå ut med att, om någon av mina patienter behöver en tid för bedömning utöver det, så får de gå till någon av mina kollegor i mitt team. Genom att ha delat upp vårdcentralen i tre team kan vi ändå hålla en viss kontinuitet i teamet! Jag arbetar med hemsjukvård och har ett SÄBO men övrig tid går åt till att vara FAL eller avsatt handledningstid. Jag har just nu fyra ST och två underläkare i väntan på AT som jag handleder.

Hur känns det att ha så lite ”egen mottagning”? För några år sedan hade jag inte kunnat tänka mig detta men ”nöden har

ingen lag”. Vi är alldeles för få specialister i allmänmedicin och vi har svårt att rekrytera våra yngre kollegor till att välja vår specialitet. Jag tror att det dels beror på att de ser vilken hög arbetsbelastning det är på många enheter men med åren har jag också insett att det nog också beror på att man inte riktigt trivs med ”ensamarbetet” det kan innebära att vara distriktsläkare.

Jag tänker att, om vi skall ha någon chans att faktiskt bli fler allmänmedicinare, måste vi som arbetat länge finnas där för att överföra vår erfarenhet till våra yngre kollegor. För att det skall bli bra så måste det finnas tid! Vissa av oss vill också arbeta mer i team och jag har en känsla av att den yngre generationen känner så i större utsträckning.

Jag ser alltså vårt nya arbetssätt som

en möjlighet till rekrytering men upplever det också som en stor utveckling för mig att verkligen få tid och utrymme att arbeta med handledning!

Jäv saknas.

Kristin Hansén
ST-läkare

Kristin.Hansen@regionostergotland.se

Matilda Bose
Underläkare

Dominique Vial
Underläkare

Ursula Kallstenius
Allmänläkare

Alla Valla vårdcentral, Linköping

Mina erfarenheter från trettio vårdcentraler En hyrläkare berättar

Som ålderspensionär lämnade jag år 2006 Centrum för Allmänmedicin, Karolinska. Då började för mig ett nytt liv, som hyrläkare. Jag har arbetat på trettioålet vårdcentraler, från Blekinge i söder till Norrbotten i norr.

På några arbetsplatser blev det endast en enstaka vecka, men oftast flera veckor i följd eller vid upprepade tillfällen. Jag har känt mig uppskattad på samtliga ställen och själv uppskattat så många medarbetare. Därför fortsätter jag nu, efter min 80-årsdag, att arbeta några pass per vecka på en husläkarjour i närheten av min bostad.

Mycket är oförändrat sedan 50 år

Vårdcentralerna, deras bemanning och arbetssätt, byggdes upp och dimensionerades med 1970-talets medicinmottagningar som förebild. Jag har förvånat noterat att flertalet vårdcentraler, trots datorisering, har samma bemanning och rutiner som för femtio år sedan.

Flera vårdcentraler kallar sig *hälsocentraler*. Vid vård för sjukdom kan hälsoråd ges, men på sina ställen har det gått till överdrift. På flera vårdcentraler var jag tvungen att vid varje besök skriva in patientens rök-, alkohol- och motionsvanor, då det var ersättningsgrundande. Detta oberoende av om uppgifterna hade någon relevans för dagens ärende.

Läkarledd eller ej?

Någon skillnad mellan offentligt drivna vårdcentraler och vård-

centraler tillhörande en vårdkoncern såg jag inte. Däremot var de enstaka vårdcentraler som ägdes och drevs av läkare synnerligen trivsamma med goda rutiner och handplockad personal. Här hann jag med fler patienter.

De flesta vårdcentraler som jag arbetat på har inte haft läkare som ledare. Mitt intryck är att vårdcentraler ledda av andra än läkare inte uppfattar att läkaren är en nyckelperson och en bristvara och att arbetssätt som gynnar läkaren är till gagn för hela verksamheten.

"Arbetssätt som gynnar läkaren är till gagn för hela verksamheten."

De läkarledda vårdcentralerna hade bättre rutiner med mer service från kringpersonal. Det var lättare för mig att diskutera patientfall med en chef som var läkare än med en icke-medicinare.

Samarbetet med patienterna

”Paternalistiskt omhändertagande” var inställningen hos de flesta vårdcentralerna, trots att det inom vården talas om empowerment och respekt för patientens autonomi.

På sina ställen fylldes tidboken av årskontroller av kroniskt sjuka patienter. Patienterna kallades per brev även om de nyligen varit på vårdcentralen i ett annat ärende. Att patienterna själva skulle kunna beställa tid när tid förflutit, vilket de borde uppmärksamma när fjärde och sista uttaget av läkemedel på apoteket skett, föresvävade inte personalen.

Allt fler patienter, i synnerhet yngre personer med tillfällig ohälsa, krävde omedelbar tillgång till doktorn. Deras tilltro till sjuksköterskans kompetens var låg. Det var tråkigt att uppleva att så många inte förstod hur kunniga primärvårdens sjuksköterskor, speciellt distriktsköterskorna, är. En avsevärd skillnad mot hur det var under förra seklet.

Äldre personer som sökte vård blev sällan utan läkartid efter ett trivsamt samtal med sköterskan. Att ha en legitimerad sjuksköterska för tidbokning förefaller mig vara slöseri med resurser. På flera privata vårdcentraler svarade en undersköterska eller en sekreterare för tidsbeställningen.

Varierande kvalitet på läkarnas arbete

Att döma av journalanteckningar gjorda av tidigare läkare vid vårdcentralen varierade dessas medicinska kunskaper oroväckande mycket. Det gällde både ordinarie läkare och hyrläkare. Vissa läkare föreföll helt okunniga om basala tillstånd och andra läkare använde föråldrade tänkesätt och behandlingsrutiner.

Själv stödde jag mig på riktlinjer från myndigheter och beslutsstödet Medibas för att uppdatera mina kunskaper.

Då allmänläkaren till skillnad från sjukhusläkaren arbetar ensam och ofta har sin trogna patientstock kan det gå lång tid innan bristande kunskaper uppdagas. En återkommande kollegial genomgång av journalinnehåll skulle höja kvaliteten på vården.

Receptförnyelse – hyrläkarens dilemma

På samtliga vårdcentraler sattes jag att förnya recept. Receptbelagda mediciner är inte ofarliga – vore de det skulle inte receptbeläggning behövas. Därför ska recept skrivas ut för en begränsad tid, maximalt för ett år framåt. Därefter ska läkaren bestämma! Kan det sättas ut? Kan det ersättas med ett nyare och bättre läkemedel?

"Däremot var de enstaka vårdcentraler som ägdes och drevs av läkare synnerligen trivsamma med goda rutiner och handplockad personal. Här hann jag med fler patienter."

Det kändes trist att förnya ett recept på klemastin (som ger trötthet) till en patient med hösnuva, då det finns nyare läkemedel som desloratadin som saknar denna biverkan.

Många patienter hade förväntningar på att på ett enkelt sätt få tillgång till beroendeframkallande medel. På vissa vårdcentraler kunde jag utläsa att leverans av bensodiazepiner, morfinderivat och liknande skett i årtal utan patientbesök. På de ställena

skrev jag ut en mycket låg dos och gjorde en anteckning i journalen där jag summerade de mängder patienterna fått enbart på aktuell vårdcentral. De vårdcentralerna valde jag att inte återkomma till, utan överlät till läkarna på berörd vårdcentral att lösa problemen själva.

"En återkommande kollegial genomgång av journalinnehåll skulle höja kvaliteten på vården."

Datoriseringen har förändrat journalarbetet

Datorerna har förändrat dokumentationsarbetet på vårdcentralerna. Tidigare samlades uppgifter om patienterna i journalmappar med tusentals sidor. Journalarkiven upptog stor del av vårdcentralens yta. Undersköterskor och sekreterare använde mycken tid på att sortera in journalblad, medicinlistor, laborationslistor, EKG-registreringar och remiss- och röntgensvar i rätt journalmapp. Om en journalmapp sorterats in fel i arkivet eller blivit kvar på någon expedition försvårades arbetet. Vi minns mödorna att återfinna dem.

Alla vårdcentraler jag arbetat på använde datorjournalssystem,



Foto: Katarina Liliequist

av varierande kvalitet och mer eller mindre användarvänliga. Jag kom i kontakt med fler än tolv olika datorsystem. Några av dem var ologiska och innehöll element av besvärjelser, till exempel att man skulle trycka Enter tre gånger och därefter på patientens personnummer för att komma vidare med ett e-recept.

Journalsystemen var antingen sökordsbaserade eller textbaserade. I ett sökordsbaserat system görs anteckningarna under olika rubriker (sökord) till exempel smärta eller medicinering. Under varje rubrik hamnar anteckningarna i kronologisk ordning. Det är ibland svårt att finna adekvata sökord och det tar tid att gå in i en sökordsbas. Sökordsbaserade system ger ändå en möjlighet till översikt.

Annorlunda är textbaserade system, pappersjournalen på skärm, en löpande journal med anteckningar i kronologisk ordning utan hänsyn till vad anteckningen innehåller.

Genom olika kommandon kan funktioner som receptskrivning, remisskrivning med mera enkelt aktiveras och laboratorielistor hämtas, något som gäller båda typerna av journaldatasystem.

"Trots all datorisering är rutinerna för läkares journalskrivning i stort sett oförändrade sedan 1950-talet."

Persondatorns möjligheter att använda fönster för riktlinjer och dylikt användes av mig, men jag såg sällan kollegorna använda sig av dessa stöd. De möjligheter datorisering innebär förutom journalföring var föga utnyttjade. Till exempel såg jag ingenstans att statistikutdrag för att följa vårdresultat gjordes.

Kollegor – skriv själva!

Alla i vården med legitimation av Socialstyrelsen är skyldiga att föra journal och alla utom läkare skriver själva in sina observationer. Trots all datorisering är rutinerna för läkares journalskrivning i stort sett oförändrade sedan 1950-talet med sekreterare som skriver efter diktagen. Högar med journalband stackas på skrivexpeditioner eller lagras som filer i datorn inför ibland mer än veckolång väntan på utskrift. Röststyrd diktering

Några förslag

- Läkare bör skriva själv, direkt
- Journaler bör granskas av kolleger
- Tidbokning och recepthantering bör datoriseras fullt ut

skulle kunna vara ett alternativ, men är det inte betydligt smidigare att läkaren själv skriver sin journalanteckning?

Jag insåg tidigt vilken tidsbesparing det innebär att själv skriva journalanteckningar och signera dem direkt. När Syster står i dörren är det lättare att pausa journalföringen om man skriver själv jämfört med att backa bandet och lyssna.

Den som själv skriver lär sig att hushålla med orden och undviker att bli svamlig och pladdrig, vilket gör texten betydligt mer njutbar för kommande läsare.

I Lgr 80 (Läroplan för grundskolan 1980) står det "inläring, som innebär att man med rätt anslagsteknik och rätt fingersättning lär sig skriva maskin, bör ske integrerat i olika ämnen helst redan på mellanstadiet". För de yngre läkare som underlätit att lära sig maskinskrivning under sin skoltid och för de äldre läkare, som inte kan skriva maskin finns det utmärkta självstudiekurser på nätet.

Att kunna skriva utan att läsa texten på skärmen och använda samtliga fingrar är ergonomiskt riktigt och gör att texten omgående kommer att ligga on-line.

Röstigenkänning har lanserats som ett alternativ för diktering till sekreterare. För att texten ska bli bra för en senare läsare måste dikteringen vara kort och koncis. Den som använder tekniken måste läsa igenom referatet och sedan signera det.

Ejda Hassler
Med.dr.
Specialist i yrkes- och allmänmedicin
Stockholm
ejda.hassler@gmail.com



AllmänMedicin informerar

Ta en porträttbild!

Alla författare ombeds skicka med en porträttbild. Se till att du har en lugn bakgrund och ljus i ansiktet. Ta **INTE** en selfie, utan be någon annan hålla i din mobil eftersom bakkameran tar bättre bilder än framkameran. Skicka sedan bilden oförminskad till chefredaktor@sfam.se. Eller använd sladd och ladda ner till datorn, skicka som bifogad fil.



AllmänMedicin har blivit bättre!

Peter Olsson i Jokkmokk reflekterar

Temat för detta nummer av tidskriften är: ”Primärvården har blivit bättre”. Redaktören ville ha texter om förbättringar. Då slog det mig att jag skulle ha svårt att invändningsfritt komma med förslag på exempel. Är jag och delar av min generation alltför negativt kritiska så att vi inte förmår urskilja positiva trender?

Att självkritiskt granska sina egna utgångspunkter och åsikter verkar vara en otidsenlig gammaldags vetenskaplighet.

Tidskriften har blivit bättre, se bara på bredden i förra numret. Nätläkare, regioner, ersättningsmodeller och internationell utblick. Bland klinik vill jag lyfta ST-arbetet om frozen shoulder. Thörnebys tankar om arbetet utöver registrerade besök känner jag igen, gjorde en liknande redan under min AT för mycket länge sedan!

Några noteringar vid läsningen av nr 3-2019:

– **Dermatoskopi** presenteras entusiastiskt. Att läkare blir kunnigare på att bedöma hudförändringar kan man knappast ha några invändningar emot. I min region kommer teledermatodskopi att införas. Det ledde till en lång och ganska infallsrik diskussion i en mailtråd där många kolleger deltog.

Jag frågar mig om det är visat att tekniken verkligen leder till adekvat handläggning. Som jag ser det stor risk för överdiagnostik och överbehandling. Borde finnas data i antal PAD och allvarigare diagnoser och dödsfall? Ser vi allvarlig försenad diagnos med ”doctors delay” i verkliga livet?

”Jag saknar mer provokation och utmanande spetsiga formuleringar!”

Min dotter, Minna Johanssons, prisbelönta avhandling som ifrågasätter och diskuterar screening presenteras också i nr 3. Kärlkirurgerna reagerar aggressivt på ifrågasättande av

bukaortascreening. Hudläkarna däremot är tysta när det gäller slutsatsen att inte satsa på screening av melanom.

Kan vi förvänta en ordnad screening även för melanom, grundad i oro och ångest? På ”Ordbyte” argumenterades för att använda teledermatodskopi på äldreboende. Det har jag inte sett indikation för. Men jag kan ha fel.

– **Diabetologerna** med pålitlig industrianknytning, Peter Nilsson och Stig Attvall, lyckas trots tre sidor undvika att nämna dubblad amputationsrisk (och inte heller Fourniers gangrän).

Preparat som inte skiljer sig från placebo, förutom pris, är ”intressanta”.

Vår medicinklinik hade en vikarierande diabetolog som till en mycket äldre man gav tre nya preparat i sin iver att sänka sockret med nya mediciner. Följden blir helt utslagen patient med diarrer under flera månader. Det var många vändor innan det kunde avslutas.

En annan har fått kronisk hemorragisk cystit och utretts för hematurin flera gånger. ”Shared decision” verkar nämnas pliktskyldigast. Vår uppgift blir att skydda och bromsa?

– **Presentationen av Victor Montoris bok** var för lång för att mina kolleger skulle orka läsa, två sidor. Ska försöka begränsa till en sida framöver annars blir ordmassan ogenomtränglig. Själv har jag haft stor nytta av omläsning av hela läroböcker (ex. psykiatri, ortopedi, palliativ vård, alkohol, idrottsmedicin, akutmedicin).

Dagens läkare läser hellre pm och riktlinjer på maximalt en skärmbild. Böcker ger för mig annan överblick och förståelse.

– **Min duktiga kandidat** för termin 8 undrar hur man ska behålla intresset av informationsflödet under en hel karriär. Det kan säkert kännas övermäktigt ibland, men utgår man från de frågor som ställs i mötet med patienter blir det ett naturligt urval.

Exempel på det är Christer Peterssons lästips Peter Dorward ”The human kind”. Den skotske allmänläkaren intresserar sig bl.a. för alla tänkbara aspekter av smärta och opioidberoende. Med utgångspunkt i patienternas beteenden och berättelser används psykologi, introspektion, filosofi, religion etc. Trots min bristfälliga engelska lyckades jag att läsa den spännande boken utan lexikon under en fjällvandring.

– **Tyvär** lämpar sig inte AllmänMedicins långa pressläggningstider för debatt och diskussion där ståndpunkter kunde brytas. Jag saknar mer provokation och utmanande spetsiga formuleringar!



Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@norbotten.se



Vilken sjukvård ska vi prioritera?

IDagens Medicin 1 november 2019 gör Bengt Järhult, distriktsläkare i Ryd, ett inlägg där han skåpar ut värdebaserad vård, registermedicin, extrem subspecialisering med mera. Han menar att läkares handlande ska baseras på evidens och signifikanta studieresultat. Majoriteten av patienterna är multisjuka äldre som behöver fast läkare, kontinuitet, själsligt stöd och etik i utredningskarusellen. Läkare är de enda som kan rangordna och prioritera utifrån medicinska behov.

Det finns anledning att påminna om prioriteringsutredningen 1995, den som ligger till grund för

"Yttre krafter är i full färd med att göra om läkarrollen i tron att läkargärningen kan ersättas med standardiserade vårdplaner, SVF, SKL:s så kallade kunskapsstyrning, ett framtida kontrollsystem, marknadsanpassade diagnos- och åtgärdsalgoritmer och en uppblåst föreställning om vad AI åstadkommer."

Bengt Järhult

vår lagstiftning. En etisk plattform utgör grunden när fem nivåer för prioriteringar togs fram. Nivåerna har något olika utformning för klinisk verksamhet respektive politisk/administrativ nivå.

Många års arbete låg bakom prioriteringsutredningen, och diskussionerna fortsatte långt efter att den var klar. Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet fortsätter arbetet. Många rapporter har skrivits, konferenser avhålls regelbundet och ett nordiskt nätverk har skapats.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Ur hälso- och sjukvårdslagen

- Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
- Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.
- Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.
- Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Prioriteringscentrum i Linköping är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, som arbetar med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. <https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum>

Den etiska plattformen

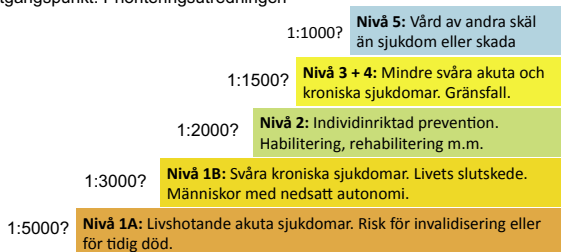
1. **Människovärdesprincipen.** Alla människor har lika värde och samma rätt.
2. **Behovs- eller solidaritetsprincipen.** Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behovet är störst.
3. **Kostnadseffektivitetsprincipen.** En rimlig relation mellan kostnader och effekt måste finnas när man för in nya behandlingsmetoder, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.

Prioriteringar i klinisk verksamhet

- 1A. Vård av livshotande akuta sjukdomar. Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- 1B. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.
2. Individinriktad prevention vid kontakter med sjukvården. Habilitering/rehabilitering mm. enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.
3. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
4. Gränsfall. Hit räknas åtgärder vid ofrivillig barnlöshet, hormonbehandling mot kortväxthet utan bakomliggande rubbning och psykoterapi i avsaknad av psykisk sjukdom.
5. Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Resurstrappa 2014?

Antal invånare per primärvårdsläkare i förhållande till uppdraget.
Utgångspunkt: Prioriteringsutredningen¹



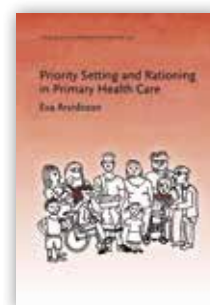
1. Vårdens svåra val. SOU 1995:5

Ingrid Eckerman april 2014

Ur *AllmänMedicin* 2-2014.



Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5.



Arvidsson Eva. Priority settings and rationing in primary health care. Doktorsavhandling. Linköpings universitet 2013.



En värdefull vård. En hälso- och sjukvård med människan i centrum. Svenska Läkaresällskapet 2015.

Annons



Rekordstora ST-dagar 2019

Under tre novemberdagar samlades 540 ST-läkare på Münchenbryggeriet i Stockholm. Kongressen var mycket välordnad. Med appen nerladdad i mobilen fanns all information och åhörarkopior.

Temat för kongressen var kontinuitet. Ett återkommande ämne var hur man skapar ett hållbart arbetsliv. Kontinuitet och god arbetsmiljö går hand i hand.

Kongressgeneralen Susanna Steen, ST-läkare vid Axelsbergs vårdcentral, Stockholm, presenterade sin huselektriker Roger som känner det gamla huset och dess ägare. Kontinuitet och personlig kännedom gör arbetet kostnadseffektivt. Ägarna känner sig trygga.

Magnus Isacson, SFAM:s ordförande sedan i våras, berättade om hur hans engagemang började när SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde) beslöt att 50 % av tidbokningarna skulle ske via nätet. En debattartikel i Svenska Dagbladet och ett upprop underskrivet av 500 läkare fick ledningen att ta tillbaka förslaget. Magnus fick blodad tand, och det följdes av två debattartiklar om primärvårdens situation med 700 respektive 1 400 undertecknare. Hans budskap är: Det går att påverka!

Andreas Thörneby, alias Doktor Glad, styrelseledamot i SFAM, talade om informationskontinuitet, där tillförlitlig information är tillgänglig för alla inblandade, processkontinuitet, dvs. att olika delar av sjukvården hänger samman, samt personkontinuitet, att man har kontakt med samma individ vid upprepade tillfällen och över tid.

Vem tar hand om doktorn? är ett två år gammalt nätverk. En facebookgrupp med 7 000 medlemmar utgör en kollegial mötesplats. De tre grundarna beskrev förloppet vid den hjärnskada som utmattningssyndrom innebär, och där läkningsförloppet är lika långt som vid en traumatisk hjärnskada. Viktiga ingre-

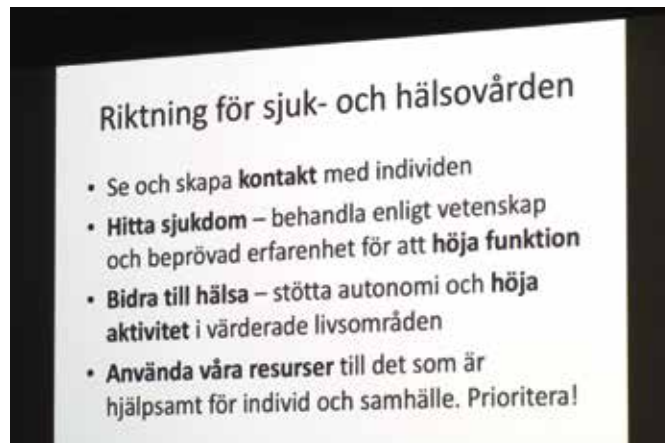
dienser för utveckling av utmattningssyndrom är att inte kunna styra sitt arbete, oklara mål med arbetet och samvettsstress. Behandling i internat har lett till snabbare återgång i arbete.

Därefter vidtog en stor mängd parallellseminarier om varierande ämnen. Flera av dem dubblerades, vilket gav fler möjlighet att lyssna.

Dag två bjöd på liknande program som jag tyvärr inte hade möjlighet att delta i. Bankettmiddagen med påföljande dans ägde rum i Mälarsalen med Stockholms bästa utsikt.

Sista dagen bjöd på två superföreläsningar som gav hopp och inspiration om ett framtida gott allmänläkarliv.

Åsa Kadowaki, psykiater och KBT-terapeut, grundade för över 10 år sedan nätverket Läkare med gränser. Hon höll ett innehållsrikt föredrag om att ”hjälpa långsiktigt utan att stjälpa kortsiktigt”. För att kunna möta någon annan måste man



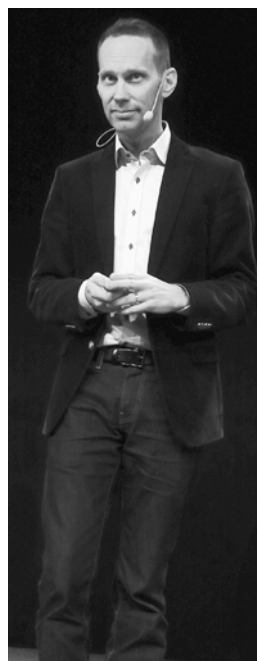
Susanne Steen.



Magnus Isacson, SFAM.



Andreas Thörneby, SFAM.



Ola Bergstrand.



Åsa Kadowaki.



Marina Tuutma, DLF, krockar arm med Gösta Eliasson, SFAM.

möta sig själv. Doktorn har samma behov av att "bli chaufför i sitt eget liv" som patienten. Medveten närvaro är ett verktyg för att nå dit.

För att hjälpa patienterna utan att medikalisera livet behöver läkaren ha kunskap om stressens mekanismer och empowerment. Läkaren måste också behärska samtalets olika komponenter.

Alla borde någon gång under yrkeslivet få lyssna till Åsa. I väntan på det kan du smygträna på hemsidan Viktigtpåriktigt.nu.

Ola Bergstrand började sin bana med ledarskaps-ST i Skåne och blev verksamhetschef i Löddeköpinge. Nu är han för-



Arrangörerna tackades av med blommor.

valtningsstrateg i Skånes primärvård och ordförande i Region Skånes expertgrupp för allmänmedicin. År 2014 var hans rapport färdig "Hur behåller man och lockar läkare till primärvården?" Det som utmärkte "gröna öar", dvs. välfungerande vårdcentraler, var en medveten satsning på arbetsmiljön med stor frihetsgrad för allmänläkarna att lägga upp arbetet efter egna önskemål, en hög grad av sidouppdrag utöver mottagningsarbetet, satsningar på regelbunden fortbildning och en trivsel med arbetskollegor och ledarskapet på vårdcentralen. Rapporten listar ett 60-tal punkter där både ledning och läkare har ansvar för förbättring.

Olas rekommendationer är bland annat:

- Ta av offerkoftan! Gör det du kan hemmavid.
- Bli en god kommunikatör.
- Skapa en trygg patient.
- Ta inte över patientens ansvar.
- Respektera kafferasten.
- Lär dig konflikthantering.
- Bidra till god stämning på arbetsplatsen!



Fri dans ... till storbandsjazz.



Text och foto:
Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Hälsningar från arrangörerna

I ett års tid har arrangörgruppen planerat kongressen. Projektet räknas som en del av deras utbildning.

Alla i den glada gruppen var eniga. Det bästa har varit gemenskapen, men också att man lär sig så mycket och att man upptäcker nya förmågor hos sig själv. Alla föreläsarna och alla utställarna tackade ja till att medverka.

Vart får vi åka på ST-dagarna 2021? Stafettpinnen är kastad! Kontakta SFAM:s styrelse om du är intresserad av att ordna ST-dagar!



Att göra sin kompetensutvecklingsplan

Som specialist i allmänmedicin kliver man in i en ny fas av det livslånga lärandet. Nu finns det inte längre något regelverk som styr på gott och ont, men vi är moraliskt förpliktade att utveckla vår kompetens. Det handlar bland annat om patientsäkerhet och drivkraften att ständigt förbättra hälso-och sjukvården.

De medicinska kunskaperna omsätts snabbt och det gäller att både förstärka och förnya sin kompetens. Utgående från mötet med patienten behöver vi hålla en reflekterande kollegial dialog levande. Allmänläkaren befinner sig i en gränssituation mellan patientens livsvärld och en medicinsk systemvärld. Det ställer stora krav på vår omdömesförmåga och att kunna se problem utifrån olika perspektiv, den biopsykosociala modellen.

Fortbildning har en dubbel roll inom allmänmedicinen genom att dels innehålla utbildning i traditionell mening, dels skapa och vidmakthålla den betydelsefulla identiteten inom specialiteten.

Avstämning och ansvar

Vi behöver tänka mer strukturerat kring vår egen kompetensutveckling, där lärandet till största del utgår från den vardagliga praktiken. Som professionell utövare av yrket behöver vi fortlöpande stämma av att vi är på rätt väg. Samhället har rätt att ställa krav att vi sköter vår kompetensutveckling på ett förtroendeingivande sätt. Ansvaret åvilar såväl den enskilde allmänläkaren som dennes chef. Att göra en kompetensutvecklingsplan synliggör vårt ansvarstagande. Det ska vara tydligt och enkelt!

Det behöver inte vara krångligt att formulera sin kompetensutvecklingsplan. Här är en manual till kompetensutvecklingsplan och en mall för kompetensutvecklingsplan. Om du föredrar en annan mall är manualen användbar ändå.

Flera olika kompetenser

Som allmänläkare kan man behöva utveckla många kompetenser: Medicinsk handlingsförmåga, kommunikationsförmåga, samarbetsförmåga, lärande och vetenskaplighet, organisera, administrera och leda, läkaren i samhället och professionellt förhållningssätt.

Två lärandeprocesser

Den första lärandeprocessen går ut på att tillägna sig generella kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Det kan ske individuellt med hjälp av olika läromedel eller i grupp med en lärare. Denna pedagogik dominerar under grundutbildningen och tillämpas senare när man uppdaterar sina kunskaper om t.ex. diagnosmetoder, datorprogram och läkemedel.

Den andra lärandeprocessen syftar till att göra sig förtrogen med och hemmastadd i komplexa och oklara sammanhang med öppenhet för omprövning och omvärdering av befintligt synsätt. Detta lärande uppstår ofta spontant i det dagliga arbetet och förstärks genom reflektion, ibland tillsammans med en kollega eller i en grupp.

Fyra steg

Den kontinuerliga kompetensutvecklingen kan beskrivas i en enkel 4-stegsprocess enligt Janet Grant, brittisk medicinsk pedagog [1]:

- Vad vill du lära?
- Hur ska du lära dig det?
- Lärl!
- Använd det du lärt dig och visa på effekt

”Reflection-in-action” [2] betyder en omedelbar reflektion under pågående möte. Differentialdiagnostiska och moraliska överväganden kan välla oss huvudbry. En inre magkänsla kan fungera som en varningssignal. Den inre tankeprocessen vägleder oss liksom samspelet med patienten. Ibland behöver vi rådfråga en kollega om vår bedömning innan vi avslutar mötet.

”Reflection-on-action” är när vi i efterhand reflekterar över mötet, antingen ensamma eller i dialog med en eller flera kollegor.Handledningssituationer och falldiskussioner på läkarmöten eller i FQ/Balint-grupp får exemplifiera detta.

Kompetensförstärkning och kompetensförnyelse

Det finns också andra sätt att se på kompetensutveckling [3]. Det vanligaste är att du gör nya erfarenheter eller tar del av ny information som lätt kan tolkas inom ramen för den förståelse av arbetet som du redan har. De nya kunskaperna bidrar då till att bygga på det du redan vet, men leder inte till att förståelsen av arbetet förändras. Du underlättar ditt arbete genom att fylla igen kunskapsluckor och bli mer erfaren och därmed säkrare på

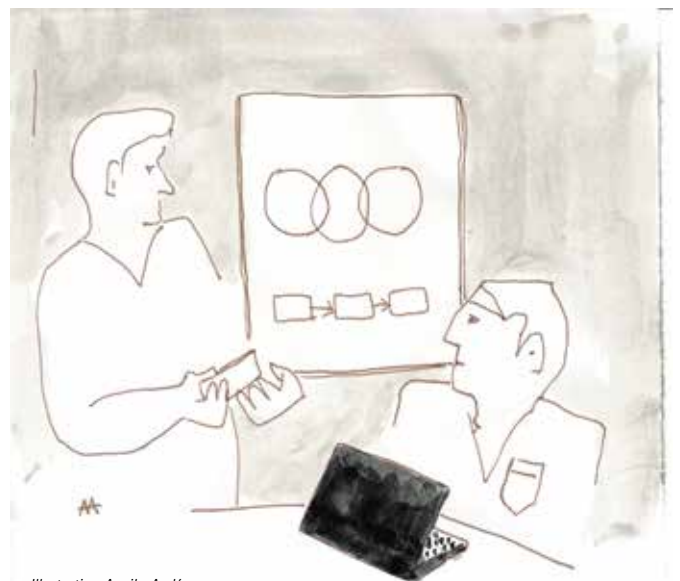


Illustration: Annika Andén



Kompetensutvecklingsplan för specialister i allmänmedicin

1. På vårdcentralen

Vad behöver du lära dig? Hur tillgodoser du dina lärobehov? Beskriv hur du fortlöpande förstärker och förnyar din kompetens. Vilket utrymme för reflektion finns? Uppföljning (ett år senare): Hur gick det? Skriv några meningar.

2. Lokal fortbildning

Planerar du att delta i lokala fortbildningsaktiviteter? FQ-grupp? Balintgrupp? Annat? Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

3. Regionövergripande fortbildning

Planerar du att delta i regionala fortbildningsaktiviteter? Läkemedelsinriktad fortbildning? Handledarutbildning? Sakkunniggrupper? Fördjupning inom olika områden? Lokala SFAM-arrangemang? m.m. Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

4. Nationell fortbildning

Planerar du att delta i nationella fortbildningsaktiviteter? Svensk Allmänmedicinsk Kongress? Provinsialläkarfondens kurser? Annat? Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

5. Internationell fortbildning

Planerar du att delta i nationella fortbildningsaktiviteter? Nordisk kongress i Allmänmedicin? WONCA? Annat? Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

6. Litteraturläsning

Vad läser du regelbundet? Planerar du något specifikt? Uppföljning: Reflektera över din läsning. Något tankeväckande som har betytt något i din roll som läkare?

7. Sidouppdrag, förtroendeuppdrag etc

Planering? Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

8. Övrigt

Något du vill lägga till? Uppföljning: Hur gick det? Skriv några meningar.

att du gör rätt, men det innebär inte att du ifrågasätter grunden för det arbete du utför. Det kallas för *kompetensförstärkning*.

För att en verksamhet ska kunna utvecklas mer genomgående krävs en annan process, *kompetensförnyelse*. Det innebär att berörda personer omprövar och omskapar sin förståelse av arbetet och därmed börjar tolka situationer annorlunda, gör andra metodval och prioriteringar, samt utnyttjar andra slag av faktainformation och vetande. Man ifrågasätter och omprövar "det på förhand givna".

Ovanstående bör beaktas när man påbörjar sin årliga planering. De olika lärandeprocesserna ska ges utrymme i planen.

Lärometoder

Det finns ett stort utbud att välja mellan: Falldiskussion, reflektion och dialog i vardagen, informellt eller mer organiserat, är grundläggande. Lärande från kollegor kan ske i form av medsitning med och av kollegor, FQ-grupp (fortbildnings- och kvalitetsgrupp) och Balintgrupp, ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog), en examensliknande metod för självvärdering tillsammans med kollega.

Analysa kunskapsstöd samt läsa artiklar och böcker gör man på egen hand, men ett kollegialt erfarenhetsutbyte kring läsandet förstärker effekten. Idag finns också webbutbildningar, webbseminarier, podcaster och videoinspelade föreläsningar.

Kurser och konferenser är självklara för de flesta. Man ska heller inte glömma egen undervisning och handledning eller utvecklingsarbete och forskning.

I fortbildningsplanen bör man beskriva vilka metoder man planerar att använda.

Olika roller och lärandemiljöer

Som specialist i allmänmedicin har man ofta olika roller, och planeringen behöver uppmärksamma dessa. För flertalet är mottagningsarbetet det som dominerar tjänstgöringen, varför det är lämpligt att börja där. Det är viktigt att allmänläkare också tillgodoser sina lärobehov utanför sin egen arbetsplats, och att vi som yrkesgrupp utvecklar en gemensam identitet. Vi behöver under årens lopp ingå i och utvidga olika nätverk, och det behöver komma till uttryck i planen.

Planen

Planen kan gärna ha en berättande form. Själva skrivandet förlöser minnet och fördjupar reflektionen. Lärandet är i och för sig en process, men det kan finnas ett värde i att ange det mest minnesvärda under året.

Jäv saknas.

Anders Lundqvist
AKO-koordinator Skåne NO
Ordf. SFAM:s fortbildningsråd
andlundqvist@gmail.com



Referenser:

- Grant J. The Good CPD-guide. A practical guide to managed continuing professional development in medicine. Radcliffe Publishing Ltd, andra upplagan 2011. ISBN 9781846195709
- Schön D. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books, 1983.
- Sandberg J, Targama A. Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer. Lund: Studentlitteratur; 1998.

Materialet finns på SFAM:s hemsida www.sfam.se.
Klicka på Utbildning, välj Fortbildning
och sedan Fortbildningsrådet.



Kongressen hölls på Universitetskliniken i Erlangen/Bayernbörjan i en lämplig lokal.

Foto: Markus Beland

Husläkararbetet mellan patientens väl och samhällets krav

Rapport från den 53:e tyska kongressen för allmänmedicin och familjemedicin i Erlangen, Tyskland 12–14 september 2019

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) är Tysklands motsvarighet till SFAM. Dess kongresser är den tyska allmänmedicinska akademins vetenskapliga kongresser. Successivt har de blivit mer mångsidiga med förmedling av praktisk kunskap och är på så vis inte helt olika de svenska SFAM-kongresserna. Jag passar på att åka eftersom det för mig är en trevlig återförening med mitt ursprung samtidigt som kontrasten till vår svenska allmänmedicin ger nyttiga impulser för det dagliga arbetet.

På prekongressen gick jag på en workshop med temat "oberoende allmänmedicinsk fortbildning". Jag hamnade bland erfarna CME-utbildare som ville finslipa sin metodik genom att lära sig om olika didaktiska utlärningsmetoder. Vi skulle rigga en utbildningsmodell efter ett eget behov: vilka metoder man skulle använda, t.ex. metaplan-kort, flipped classroom, visualisering av inlärningsmål, advanced organizer, gruppuzzle, world café osv. Jag hade ju aldrig hållit i en CME-utbildning! Känslan som inställde sig hade jag inte känt på 45 år, att vara dålig elev som inte kan sitt. Fy, vilken antiklimax! Nog att jag



Den informella onsdagsgruppen möts onsdagskvällen innan kongressens början i en lämplig lokal.

Foto: Markus Beland



Hela programmet för kongressen finns på:
https://eventclass.org/contxt_degam2019/online-program.



Tågförbindelserna i Tyskland är snabba.

säkert tog med någonting men denna känsla hade jag gott kunnat vara utan. Varför är inte jag lika duktig som de ...?

Seminarier och föreläsningarna höll mycket god klass och kvällarna på uteserveringarna var roliga. En del key-note lecturers och seminarier kretsade kring temat ekonomisering och kommersialisering av medicinen. Mina bidrag utifrån mitt svenska perspektiv var alltid mycket välkomna.

Tyska allmänläkare är till skillnad från svenska traditionellt egna företagare. Sjukhusen i Tyskland har de senaste årtionden privatiserats i en hissande takt så att de till och med gått om USA. Det ställer till med otrevliga medicinska problem. Motsatsförhållandet mellan nödvändigheten att gå runt ekonomiskt och korrumpbarheten samt patientens väl för nödvändigtvis upp frågan om den medicinska etiken och moralen. Den är emellertid även viktig hos oss i Sverige för att vi läkare måste klara oss i alla sjukvårdssystem med god läkareetik och moralen i behåll. Risken för deprofessionalisering av allmänläkarrollen är man mycket medveten om även i Tyskland. Digital health är ett stort tema.

Mest gripande och också mest invecklad bland huvudföreläsarna var Micha Brumlik, professor i utbildningsvetenskap (educational science). ”Med blicken riktad mot tanken bakom en filosofisk läkekonst sedan Hippokrates” försökte Brumlik, genom brevväxlingen mellan Immanuel Kant och Christoph Wilhelm Hufeland (en av allmänmedicinens och naturläkekonstens grundare), att ”göra en distinktion mellan den ovillkorliga moraliska medicinska uppgiften (att rädda liv och lem) och dess etik: att därutöver ge en rimlig grund för att öka sannolikheten för ’ett gott liv’, för att sedan kunna ställa frågan vad detta idag – på 2000-talet – kan betyda.”¹

I Tyskland är nationalsocialismens katastrof ett ständigt aktuellt tema. Även Brumlik, som själv är född som tyskjudisk flykting, vände dithän när han berättade om psykosomatikens faders, Victor von Weizsäckers, kännedom om och inblandning i naziregimens eutanasirott på funktionsnedsatta barn medan exempelvis Thure von Uexküll, ytterligare en samtida välkänd tysk psykosomatikens grundare, mycket medvetet tog position och höll ett tydligt avstånd till naziregimen. Gripande, och som alltid för oss tyskar: smärtsamt.

Jag höll mig på psykspåret eftersom jag tycker det är det vi kan sämst. Jag lyssnade på en utmärkt föreläsning om psykofarmaka i husläkarpraktiken och besökte en workshop om PTSD (se sid 31).

Kongressen var en bra påminnelse om det medicinskt, psykologiskt, socialt, och kulturellt komplexa i vårt arbete som allmänläkare. Nästa DEGAM-kongress blir hopslagen med WONCA-Europe i Berlin 24–27 juni. Det blir nog någonting helt annat.

Markus Beland
 Jokkmokk

markus.beland@norrboten.se

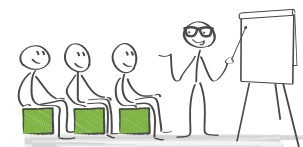


- 1 ”Mit Blick auf den Gedanken einer philosophischen Heilkunst seit Hippokrates versuche ich anhand des Briefwechsels von Immanuel Kant und Christoph Wilhelm Hufeland eine Unterscheidung zwischen dem unbedingt moralisch Gebotenen des Arztberufs (Rettung von Leib und Leben) sowie seiner Ethik: Ermöglichung eines darüber hinausgehenden ‚guten Leben‘ zu plausibilisieren, um die Frage stellen zu können, was das derzeit – im 21. Jahrhundert – bedeuten kann.”

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida sfam.se/tidskriften "för kursgivare".





Nationell primärvårdskonferens lyfte blicken mot framtiden

En del vägledning om vart vi är på väg gavs när Lena Hal- lengren, Anna Nergårdh, Göran Stiernstedt och internatio- nella vårdexperter stod på scen inför chefer, strateger och en del vårdpersonal på Nationella primärvårdskonferensen i Göteborg. Utöver de här presentationerna hade man också en mängd mindre seminarier och workshops om praktiska arbetssätt med primärvårdsfokus och utställare på plats från regioner och företag.

Jäv saknas.



Anders Åkvist
Specialist i allmänmedicin, chefläkare
Närsjukvården Region Halland
anders@akvist.se

Douglas K. Eby:

System i Alaska: en förebild för sammanhängande vård

Tisdagens inledningsföreläsning hölls i rekordfart av Douglas K. Eby, vice president of medical services vid NUKA system of care, Alaska. NUKA är ansvariga för vård till 65 000 personer i glesbefolkade Alaska.

Han beskrev hur man lämnat den professionsdrivna utveck- lingen av vården för att låta invånarnas behov styra vårdens ut- formning. I en trettio år lång utveckling för hela organisationen har kunderna/ägarna fått forma målen och hela organiseringen. Syftet för hälso- och sjukvården där är att informera, influera, heja på, anknyta till och skapa relationer med patienterna. Medarbetarna förväntas satsa heltid och långsiktigt för att kun- na skapa de relationer som är nödvändiga för bra vård som uppskattas av patienterna. Genom förändringarna i systemet är inte bara patienterna nöjdare; de medicinska resultaten har förbättrats kraftigt.

– Vi som jobbar i vården måste släppa vår illusion av kontroll, säger Douglas Eby. Vi är så indoktrinerade i en illusion av att styra patienterna på ett sätt som vi aldrig kunnat. Istället för att kalla patienterna följsamma eller inte följsamma kan vi tänka på hur vi kan göra det attraktivt att göra de val som betyder något för varje persons hälsa i sitt liv. Patienten är inte en sten som vi i vården kastar med hög precision mot ett mål utan en fågel som behöver motivation att uppnå sina egna mål. Vårt jobb är att hjälpa till på vägen mot de målen genom att utnyttja djupa relationer med vården som formas under lång tid, beskrev Douglas Eby.

Genom att bygga på relationen och ha hög tillgänglighet till ett team som känner varje invånare ”on a first name ba- sis” söker patienterna mindre vård och man behöver mycket mindre remittering, provtagning och röntgen. Teamets sam- mansättning är standardiserad, men arbetssätten får teamet forma utifrån de invånare de har hand om och sina egna kom- petenser. Däremot har man skrotat alla specialistsköterskor för diabetes, astma och liknande utan låter personalen bli experter på människorna.

Utanför kärnteamet men i samma lokaler finns bland annat en psykiater och flera andra resurser. Just förändringen med psykiatern har förbättrat psykvården mycket. När teamet har psykiater att sticka in huvudet till blir det få remisser och man är tryggare att sköta saker själva. Storleken på uppdraget är viktigt enligt deras erfarenhet. Att införa team med för stora patientlistor eller obalans i sammansättningen är dödfött och kommer inte att lyckas.



Douglas K Eby.

Foto: Anders Åkvist



Göran Stiernstedt:

Vårdutredningarnas besked klarnar

På konferensens första dag avlöste Göran Stiernstedt Anna Nergårdh på scenen där de gav sina bilder av vad som behöver hända i vården framöver. Stiernstedt kom direkt från presskonferensen där han samma dag överlämnat betänkandet av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

Det blev tydligt att Stiernstedts utredning tittat på några konkreta frågor medan Nergårdh fortfarande har det breda, övergripande synsättet på den stora omställning som skissas. Nytt för denna gång från Anna Nergårdh var hur hon tryckte på att statens uppföljning och styrning skulle skruvas åt om inte regionerna i samarbete med kommunerna överför resurser till den nära vården.

– Om det inte räcker med uppföljning och uppmaningar får man titta på andra regleringar för att resurser ska flyttas, sade Anna Nergårdh.

Stiernstedts regleringar om tydligare nationella regler för listning, rätt till fast läkarkontakt, ökade krav på kontinuitet och tillgänglighet och begränsad etableringsfrihet mötte bifall i publiken. Flera av förslagen syftar till att minska skadorna av



Göran Stiernstedt.

Foto: Anders Åkvist

de parallella systemen för "nätläkare" och den ordinarie vården och det var också de förslagen som mötte störst jubel.

Båda utredarna tryckte på behovet av en ny utredning om prioriteringar i vården och det är också ett av förslagen som Göran Stiernstedt lämnade till Regeringen i sitt betänkande.

Zayna Khayat:

Vården ställs på ända närmsta åren

Det började brett och stort när Zayna Khayat talade. Hon är future strategist vid Saint Elizabeth Health i Kanada. Med en jämförelse till Kopernikus likställde hon vårdens förändring närmsta åren med övergången till den heliocentriska världsbilden. Hon beskrev hur sjukvårdssystemet Kaiser Permanente gått över till 61 % "virtuella" kontakter och har ett mål på 80 %. På detta sätt har man ökat antalet patienter som man hjälper med 30 % utan ökade kostnader. Zayna Khayat berättade om hur vården redan nu lämnar sjukdomsfokus, standardisering, fysiska besök och korta kontakter. I stället kommer till brett samhällsengagemang i allt från boende till utbildning för invånarna, individanpassning och virtuella kontakter.

Stödet från olika former av mjukvara kommer att explodera inom de närmaste fem åren. De doktorer som inte använder AI kommer att ersättas av läkare som använder AI. Den utvecklingen kommer sedan att göra att allt fler komplicerade uppgifter överförs till först sjuksköterskor och andra och slutligen till patienten själv.

– Idag finns inget hinder för de patienter som vill ta kontroll över sin egen hälsodata och utvecklingen av program som använder den, sade Zayna Khayat.

– I Kina har 300 miljoner människor på bara tre år anslutits till ett nytt AI-baserat system och liknande sker i USA, fortsatte hon. Nuvarande personal måste lära sig att arbeta under de här förutsättningarna och inse att relationen och samhällsförankringen är det unika för hälso- och sjukvårdspersonalen på plats, inte kunskap eller tillgång till instrument eller data.

– Vi blir friskare, men inte till följd av det som hälso- och sjukvården gör, avslutade Zayna Khayat.

Lena Hallengren:

Ministern lovade nationellt listningstak

– Vi kommer att ha ett nationellt listningstak för listning på allmänläkare, sade Lena Hallengren. Samtidigt måste vi göra allt man kan för att bevara och utveckla teamarbetet som skiljer oss från till exempel Norge. Ministern tittade in på konferensen för att under 20 minuter svara på frågor som deltagare i konferensen lämnat in under dagarna. Hon var tydlig med att primärvården ska vara den fasta grunden för många patienter, särskilt de som är äldre och har komplexa behov. Angående listningstaket behöver detaljer i hur taket ska konstrueras redas ut innan det kan införas. En generell siffra, exempelvis 1 500 patienter per heltid, är inte aktuell utan man kommer att behöva väga in vårdtyngd och liknande. I förslagen från Regeringen kommer rätten till fast läkare, listningstak och nationella regler om listning att hänga ihop.

Socialministern ville inte gå lika långt som Anna Nergårdh när det gäller vad staten kan göra för att se till att primärvården får resurser för att kunna vidga sitt uppdrag. I första hand tänker man sig tydligare uppföljning och att uppmana regionerna till att göra en omställning och fördela om resurser.

Det kom också frågor om förändring av huvudansvaret för olika delar av sjukvården, angående förstatligande och återförande av hemsjukvården till regionerna.

– Sådana lösningar förenklar diskussionen och leder till risk för att nödvändig utveckling av vården avstannar medan man väntar på den stora förändringen som ska lösa allting, sade Lena Hallengren.

Ministern avslutade med att säga att vården måste vara jämlik och behovsstyrd, inte konsumtionsstyrd.

– Annars undergräver vi förtroendet för både vården och samhället som helhet, sade Lena Hallengren.



Att se medicinen genom andra ögon

Rapport från den internationella Balintkongressen i Porto, Portugal 11–15 september 2019

Den biennala internationella Balintkongresserna präglas av berikande möten med delegater från andra länder. Man lär främst känna kollegor genom det intensiva arbetet i de fyra-fem Balintgruppsessioner som utgör ryggraden i kongressen. Samtidigt får vi svenska deltagare tillfälle att återknyta samarbetet från våra egna årliga Balintmöten.

Åtta svenskar – fem allmänläkare, två onkologer och en psykiater – for från höstblåsten till ett Porto i ljuvaste sensommarvärme. Men den här gången fanns en sordin av chock och saknad efter vår avlidne skånske kollega, Stefan Bálint, som hastigt gått bort 26 augusti i sviterna efter en cykelolycka (se sid 60).

Temat för årets Balintkongress var ”Seeing medicine through other eyes”. Knappt 200 deltagare från ett tjugotal länder deltog.

Öppningen av kongressen satte tonen: En stråkkvartett spelar stycken av Mozart, Bach, Sjostakovij vals nr 2, Piazzola samt ett poetiskt välkomsttal av Dr Manuel M. Souza, ordförande i den portugisiska Balintföreningen. Det öppnade våra sinnen.

Samtliga svenska delegater rapporterar att de haft stor behållning av de små grupperna. Det kunde vara en reguljär Balintgrupp, eller en som särskilt arbetade med Balint-ledarskapsfrågor. Det senare är viktigt för ledarskapets kvalitetssäkring och utveckling. Här några axplock.

En som var med för första gången skriver:

”För mig personligen var Balintgruppen det mest givande. Jag var nervös början. Alla andra verkade så erfarna och säkra. Hur skulle det gå med språket? Var mitt ’fall’ relevant? Var mina

behov av hjälp och input banala? Oron och nervositeten visade sig, som så ofta, helt obefogad. Jag slogs av att vi bär på samma problem och funderingar trots att vi arbetar i så olika system, olika kulturer och inom olika professioner. Att man på så kort tid, utan förkännedom om varandra och trots våra olikheter kan bilda en *fungerande grupp!* Så givande! Ledare och co-leader gjorde ju ett fantastiskt jobb, men visade också på *olikheter i ledarskap* som jag tar med mig. Något passar mig – annat inte. Allt är ju lärdomar och erfarenheter. Jag hade gärna sett fler än fyra gruppssessioner under konferensen.”

En annan förstagsdeltagare apostroferade:

”Det var en unik erfarenhet under en internationell kongress, att relationen mellan läkare och patient i sin kärna verkar beröra samma typer av svårigheter oberoende av kulturella och ekonomiska förutsättningar.”

En med några kongressers erfarenhet bakom sig:

”Den stora behållningen var arbetet i min Balintgrupp. Jag var i en ledarskapsträningssgrupp med läkare, psykologer och psykiatriker från sju länder. Alla hade varierande erfarenhet av Balintledarskap – från ingen alls till några år. Vi kunde snabbt uppnå en atmosfär som kännetecknades av öppenhet, respekt och nyfikenhet. Vi arbetade enligt klassisk Balintmetod med fall och gruppdiskussioner. Vi bytte ledare så att alla fick prova att leda. Efter varje session tog vi tid att prata om ledarskapet under sessionen och vad som fungerade bra.



Klaus Stein. Foto: Anders Birr



Anders Birr, Carin Gram, Jacob Engellau, Henry Jablonski.

Foto: Sonja Holmquist



Charlotta Hagstam och Tanja Olsén.

Foto: Henry Jablonski

Min grupp leddes av två psykologer från USA. De hade aldrig arbetat ihop tidigare – en fick hoppa in då en annan ledare fått förhinder. Det var inget som märktes. Med många helt färskas ledare i gruppen kunde det lätt bli självanklagelser eller för skarp kritik. Ledarna lyckades styra upp detta bra så att det blev en konstruktiv diskussion, så att vi kunde lära oss av misstag och brister. Jag fick med mig många nya idéer om arbete och tankar för mitt arbete som ledare. T.ex. hur aktiv ska ledaren vara? Ska man försöka förklara eller hjälpa gruppen framåt när de tycks ha fastnat eller missa något, eller låta gruppen själv göra insikterna?

Det är också så otroligt spännande att få en insyn i andra kollegors vardag och hur vården i deras länder fungerar. En taiwanesisk psykiatriker förundrades då han fick reda på att jag kan ha 30 minuter för en patient, de somatiska läkarna har ofta bara någon eller några få minuter med varje patient i hans land. Och hur plågsamt det kan vara att arbeta som allmänläkare i ett land utan sjukförsäkringar när ens svårt sjuka patienter inte kan ges den vård de borde ha rätt till.”

Föredrag och workshops av varierande kvalitet

Det var tre föredrag som gjorde intryck på oss. Shai Krontal, Tel Aviv Medical Center redovisade hur de lyckats organisera en livskraftig organisation för Balintheadledning på Israels största akutsjukhus. Upplägget har visat sig kunna bestå över tid, och skulle kunna fungera som modell för sådana försök även i Sverige.

Jeffrey Sternlieb, psykolog från Pennsylvania, USA, berättade tillsammans med juristen Jennifer Sweeney, patientorganisationsrepresentant, om de mötesforum de initierat, ”3rd Conversations”. Syftet är att i möten mellan läkare och patienter låta dessa två vårdens huvudaktörer samtala om upplevelser, villkor och förhoppningar. I dagens sjukvård i USA, ”a broken system” enligt Sternlieb, har dessa grupper hamnat i ett paradoxalt motsatsförhållande. Detta forum har visat sig kunna skapa nya meningsbärande sammanhang som främjar ömsesidighet, insikt och hopp i en illa fungerande sjukvårdsrealitet. Upplägget skulle kunna påverka och ändra på inställningen till hopplösa omständigheter – även i Sverige.

Sist men inte minst Andrew Elders (UK) öppningstal ”Hearing secret harmonies: Balint and the re-imagining of medicine” som nu kan läsas i den svenska Balintföreningens senaste Bulletin, se www.balint.se.

Kongressen var inspirerande. Balintarbete utgör ett viktigt komplement till kliniskt arbete och är obligatorisk för specialistläkare i många andra länder. Balintarbete i Sverige behöver lyftas med syftet att öka sjukvårdspersonalens humanistiska kompetens och känsla av sammanhang.

Slutligen, Porto är en otroligt vacker stad med sina mönstrade kakelplattor, slingrande gator, vackra flod och vänliga invånare. Vi kom hem uppfyllda av alla intressanta samtal och många upplevelser och vänner rikare. Nästa Balint-kongress äger rum 1-5 september 2021 i Bryssel. Väl värt att föra in i allmanackan redan nu!



Jacob Engellau
Överläkare onkologi,
leg psykoterapeut,
Balintledare
Lund
drhjab@gmail.com



Sonja Holmquist
Allmänläkare
Balintledare
Stockholm



Henry Jablonski
Psykiater
psykoanalytiker
Balintledare
Stockholm



Tanja Olsén
Allmänläkare
Malmö



Klaus Stein
Allmänläkare
Arvika



Utveckla din "inre handledare" med Kalymnosmodellen!

Allmänläkarens vardag är utmanande och krävande. Vi befinner oss ofta under press och kan ha svårt att hitta och bevara vår integritet. Våra patientmöten rymmer många förväntningar och olika känslotillstånd. Det är nödvändigt för oss att hitta "en inre handledare" som hjälper oss att reflektera över våra konsultationer och över hur vi själva reagerar och fungerar i vårt arbete.

Grupphandledning och video-handledning hjälper oss att utveckla vår "inre handledare". Denna artikel beskriver vilka erfarenheter och upplevelser läkare som deltar i sådan handledningsprocess kan förvänta sig.

Man kan fråga sig varför vi inte klarar av våra konsultationer på tio minuter? Ut går en glad patient och så har vi tre minuter att skriva journal, kanske skicka en remiss och två minuter att ta en kopp kaffe. Hur svårt kan det vara? Det finns många svar. Ett av dem är att vi under konsultationen inte hinner förstå vad som egentligen händer. Vi blir överväldigade (av allt möjligt), börjar ställa frågor – och så hamnar vi i diket.

Vad är det som gör det dagliga arbetet på vårdcentralen svårt?

Vår roll, vår identitet, som läkare utmanas ständigt. Många vill blanda sig i vad som sker i konsultationen. Där finns krav från regionerna, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, försäkringsbolag, vårdprogram och från patienter som tillägnat sig kunskap via internet. Listan kan göras lång. Detta kan

göra att det blir svårare att hålla fast vid, och överhuvudtaget ha kontakt med, sina egna gränser.

I handledning har läkaren möjlighet att reflektera över sitt förhållningssätt, sin plattform och sina gränser. Det är viktiga frågor. "Vad händer med mig när en plågad patient som är beroende av benzodiazepiner, ber mig om mer medicin?", "Vad gör jag, när jag redan känner mig överarbetad och hungrig och en av mina patienter verkligen behöver en tid i dag?", "Jag har en patient, som är 38 år och håller på att dö i cancer från sina två små barn, hon har ont, och nu kan jag ordinera cannabis, men jag vet inget om den behandlingen och känner mig ensam med detta ansvar".

Vår vardag är sprängfylld med frågor av detta och av allehanda annat slag. Det är inte bara en tisdag i månaden som det dyker upp svåra (och spännande) dilemman. Det händer varje dag, och det händer många gånger dagligen. Dessutom är tempot högt. Vi behöver därför ett utrymme, där vi kan dela tankar och bekymmer med varandra och reflektera över dem. Det säger sig självt att om sådana erfarenheter inte då och då kan ventileras och delas med andra, kan vi komma att ge efter för några av våra egna grundantaganden ("Jag skriver inte ut beroendeframkallande medicin" eller "Jag finns alltid där för mina patienter"). Ibland krockar våra grundantaganden med varandra, ibland kämpar vi på med några väldigt belastande sådana. Om vi arbetar vidare utan medvetenhet om detta löper vi risk att fara illa av stress och att bli utslitna eller cyniska.

Hur undviker vi att hamna i diket?

För att undvika att bli överväldigade i konsultationen – och hamna i diket – måste vi från första ögonblicket vi möter patienten ha tillgång till en inre del av oss som reflekterar och som har ett metaperspektiv på situationen. Ett sådant förhållningssätt motverkar känslan av att bli överväldigad eller allt för belastad av det patienten berättar eller ber om hjälp med. Vi behöver hitta vår inre handledare.

Här till behövs (minst):

1. *Teori* om vad som händer i mötet mellan patient och läkare och *metod* för att kunna reflektera över det i handledning
2. *Träning* i detta för att så småningom bära med sig handledningen i sitt inre, att anpassa den till sig själv och den aktuella situationen.

Mötet mellan läkare och patient, teori och metod

Det har skrivits mycket om patient-läkarmötet och om allt man bör komma ihåg under konsultationen [1-6]. Viktigt att påminna sig om är att patienten alltid bär med sig outtalade frågor, förutom sin symtompresentation: "Tycker doktorn att det är okej att jag är här?", "Tycker hen att jag är hysterisk?", "Är det farligt?", "Kommer jag att få hjälp?"

Laddningen kring dessa frågor, och de ibland starka känslor som följer, härstammar från det faktum att vi, när vi känner oss sjuka eller när kroppen "låter"/har symtom, kommer i kontakt med ett eller flera av våra existentiella grundvillkor, särskilt meningslöshet, ensamhet och död. Känslor förknippade med detta, jämte ångest och skam, uttrycks vanligtvis indirekt, tyst (aggression, däremot, kan visas tydligt, direkt).

Patientens känslor smittar ofta över till oss utan att vi blir medvetna om det. Vi kan hamna i ett tillstånd av maktlöshet, trötthet och irritation – negativa känslor som det kan vara svårt att befria sig ifrån. Kanske ger vi patienten skul-

Grundantagande/core belief: En förutsättning i människors föreställningsvärld som, utan att den behöver vara medveten, styr sättet att uppfatta och värdera sådant som händer i det dagliga livet. Exempel: Att allt nog ordnar sig till slut, att ingen går att lita på, att människan till sin natur är god, att det är samhället det är fel på.

Källa: *Psykologguiden.se*



Figur 1: Läkarens inre handledare. Från Roger Neighbour "The Inner Consultation" [1]

den för obehaget. Det är här metaperspektivet kommer in som ett redskap för att undvika känslomitta. Om vi lyckas upptäcka vad som sker i rummet, kan vi ge patienten kvitto på det hen berättar (figur 1) [7]:

"Det låter verkligen jobbigt ...", "Vad

bra att du kom...", "Jag vill gärna försöka hjälpa dig..."

I och med att vi bekräftar patientens känslor lättar bördan för både patienten och läkaren. Ju mer vi utvecklar dessa färdigheter, desto mer stärker vi vår inre handledare.

Träning i klinisk metod och utveckling av metaperspektivet – den inre handledaren

Att utveckla sin förmåga till metaperspektiv tar lång tid. Vi behöver lära om, och därefter följer ett ständigt underhållsarbete. Läkarens egen hållning och integritet utmanas hela tiden av administrativa krav, rädsla att göra fel och av stämningar och känslotillstånd som finns i konsultationsrummet. Det är svårt att bli rutinerad! Kontinuerlig träning krävs.

På Kalymnoskurserna kan man lära sig grundprinciperna (se faktaruta). Här får man en bra startdos! En veckas intensiv träning och handledning motsvarar vad man kan hinna med i en vanlig handledningsgrupp på hemmaplan under två år.

Under de första timmarna på kursen – då gruppbildning sker – arbetar handledaren med att skapa trygghet i gruppen. Deltagarna presenterar sig, och blir lugna när de noterar att handledaren genom att ge bekräftelse skapar trygghet och glädje i gruppen. Den stämningen tar deltagarna med sig, och får på så vis mod att arbeta ärligt och att våga visa litet av sig själva under veckans arbete.

I gruppen arbetar man intensivt med att filma och att se patientspel (rollspel). Man varvar mellan att vara läkare och att gestalta en av sina patienter. Man kan också ta med en konsultationsvideo "hemifrån". Medan man sitter med patienten

Kalymnos-modellen

Kalymnos-modellen är en pedagogisk metod där man i en kollegial grupp interaktivt och problembaserat kan spela patientspel och på så sätt förstå, träna, tillämpa och tillägna sig personcentrerad klinisk metod och motsvarande förhållningssätt.

Konceptet består av följande element:

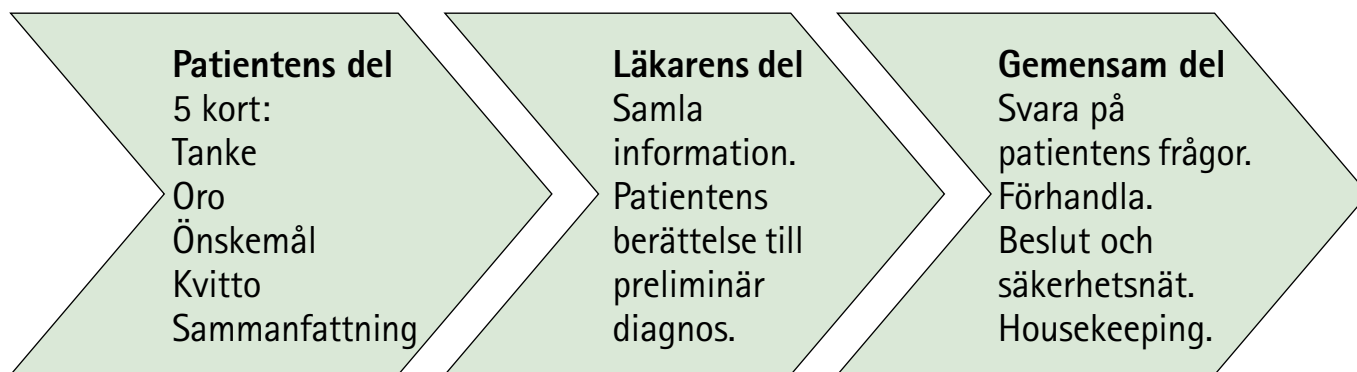
1. Förberedelse inför kursen genom att läsa och reflektera över tre vetenskapliga artiklar om patientcentrering, samt att välja/ta med sig problematiska fall från sin egen kliniska vardag eller egna inspelade konsultationer.
2. Skapande av en trygg grupp.
3. En modell av konsultationen bestående av tre självständiga delar: Patientens del, Läkarens del och Gemensam del. I Patientens del ingår de fem korten.

Den Gemensamma delen innehåller svar på patientens frågor i Patientens del, resultat av läkarens undersökning, förhandling och säkerhetsnät.

4. Som redskap till samtalet i Patientens del används de fem korten (kvitto, sammanfattning, tanke, oro och önskan). Särskilt kvitto-kortet med utgångspunkt i patientens känslor [7]. Syftet är att skapa tillit och att få patienten att berätta det hen har förberett och på så sätt individualisera mötet.
5. En gestaltande pedagogik, där man gestaltar sin egen patient och upplever hur det känns att bli bemött (eller inte bli bemött). På detta sätt lär sig deltagarna de centrala elementen för ett bra möte med patienten.
6. Genom att spela in och återse pa-

tientspelen på video blir det möjligt att få både ett inifrån- och ett utifrånperspektiv på händelseförloppet. På så sätt stärks läkarens självbild och utvecklandet av den inre handledaren.

7. Handledning av video enligt Fönstermetoden eller Macro-Micro metoden [9, 10].
8. Alla lärare är kliniskt erfarna läkare som själva gått kursen, själva använder metoden i kliniken och har vidareutbildat sig i praktisk handledning i grupp. Lärarna har daglig handledning av sitt arbete under kursen. Lärarna skall dessutom ha kunskap om vad som kan belasta läkare, och hur man ser till att hålla house-keeping i vardagen.



Figur 2: Konsultationens tre delar och de fem korten i Patientens del.

i konsultationen (i rollspelet) får man ett inifrån-perspektiv och, när man ser filmen igen, ett utifrån-perspektiv. På så sätt utvecklas förmågan till meta-perspektiv, metablick.

Många läkare har också startat egna grupper med videohandledning, oberoende av kurserna eller efter en Kalymnoskurs. Även här är det avgörande att det finns en trygghet i gruppen. Det bör inte vara för stor omsättning bland medlemmarna. Trygghet ökar förutsättningen att ha mod till att visa sig själv och att tala om de saker som man har svårt med. Om man bara visar upp den ena "perfekta" konsultationen efter den andra finns det inte så mycket att arbeta med i laboratoriet – förutom behovet av att vara perfekt!

Förutom träning i att använda de konsultationstekniska redskapen innehåller varje session arbete i laboratoriet. I "labbet" hjälps alla i gruppen åt att prova olika sätt att bemöta patienten. När en läkare, som har haft svårigheter i förhållande till en patient, får gestalta sin patient, får hen möjlighet att upptäcka hur det känns om en kollega (nu i "doktors stol") bara vänligt kvitterar, bekräftar och finns där. Då kan kanske läkaren, som hade med sig fallet, erfara att det inte är så farligt att till exempel säga nej, och kan sedan få lust att själv sätta gränser.

Här kommer de konsultationstekniska redskapen, de fem korten, till användning (figur 2) [8]. De fem korten kallas för just kort för att förtydliga att läkaren i konsultationens första del, patientens del, har två kort att spela med: kvitto och sammanfattning, medan patienten har tre kort: tanke, oro och önskan. I Kalymnos-metoden tränas läkaren i att konsekvent och mycket medvetet stanna kvar i och

genomarbota patientens del, framför allt genom att använda det mycket potenta kvitto-kortet.

Reflektioner och praktiska övningar är en bärande del av Kalymnos-modellen och bidrar till att utveckla läkarens reflektionsförmåga och därmed till att utveckla "sin inre kamera", sin inre handledare och metaperspektivet. Allt eftersom läkaren utvecklar sina färdigheter i metoden och tränar sina konsultationstekniska redskap får hen större möjlighet att se konsultationen/mötet med patienten både utifrån och inifrån. Läkaren får metablicken i sin verktygslåda.

Kanske börjar läkaren i en konsultation att känna igen signaler från sig själv – som trötthet, irritation, maktlöshet, ledsnad – och inser att nu gäller det att ge kvitton. Genom att bekräfta och benämna de känslor som finns i rummet kan läkaren exempelvis möta en patient som pratar väldigt mycket utan att bli allt för överväldigad. Varje gång läkaren ger kvitton, bekräftar eller berömmar patienten minskar den känslomässiga belastningen i mötet för både patienten och läkaren.

Andra kvitton kan vara: "Vad bra att du kom", "Vad bra, då vet jag vad du vill", "Vad glad jag blir, att du berättar allt det här för mig", "Det skall jag gärna försöka hjälpa dig med", "Det måste vara mycket svårt för dig". Med sådan bekräftelse kan man bemöta vrede, ångest, maktlöshet och förebråelser på ett tillmötesgående sätt, eftersom man inser att känslorna inte är riktade mot ens egen person, utan är uttryck för hur patienten har det. När man känner sig trygg i sin läkarroll, kan man möta patienter utan att själv bli arg, rädd eller förebrå patienten tillbaka. Metaperspektivet gör att vi tidigt

kan upptäcka: "Oj, här rör det sig om patient-läkarförhållandet" och – om inte patientens liv är hotat – "då tar vi först itu med relationen, annars växer problemet och kan utveckla sig till en konflikt."

Vem är jag som läkare?

Videohandledning fungerar som en sorts identitetsträning, där läkaren får tid och möjlighet att smaka på "vilken sorts läkare är jag?", "vilken sorts läkare är min kollega?", "hur förhåller jag mig till denna patient?", jämte träning i "energibesparande gränssättning". Läkaren får därmed mer kontakt med sig själv och vem hen är. Dessutom använder vi olika teorier som tränar metaperspektivet: de existentiella grundvillkoren [11], Joharis fönster [12], transaktionsanalys [13], dramatriangeln [14], social nätverkskartor [15] och livshistoria [16].

En annan vinst med grupphandledning och video är att läkaren stegvis kommer mer överens med sig själv. Läkaren visar sig själv på videon: "här är jag...", "jag har visat mig för er", "ni har sett mig och ni tålde mig". Det är i sig en slags "frälsning". Läkaren kan också själv se vad som fungerade bra och lättare komma överens med sina egna svagheter, eftersom de vägs upp av goda kvaliteter. När läkaren ser och erkänner sina resurser och svagheter blir hen mer sig själv.

Allt detta leder till ökat trygghet i läkarrollen. Detta goda smittar över till patienten. När läkaren "bevarar sig själv", "blir sig själv" eller "skapar sig själv", ökar förmågan att skapa relation till patienten. Och det är relationen som helar [11]. Det kommer också att vara lättare för läkaren att befinna sig i relationen över tid, i många år. När läkaren inte läng-



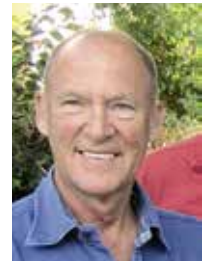
re upplever relationen som en konstant och krävande belastning, kommer hen att fungera bättre även i många andra aspekter – diagnostik, compliance [17], salutogenes [18] och att undvika medicalisering [19].

Jäv: Författarna är lärare på Kalymnoskurserna, handledare i Sverige och Danmark, undervisare på specialinstitutbildningen m.m.

Helle Therese Kirkegaard
Specialist i
allmänmedicin
Lärare på
Kalymnoskurserna
Silkeborg, Danmark



Jan-Helge Larsen
Spec. i allmänmedicin
Lärare och
initiativtagare till
Kalymnoskurserna
Tidigare lektor i
allmänmedicin vid Köpenhamns universitet
Dronningmølle,
Danmark



Artikeln publicerades ursprungligen i Danmark, Månedsskrift for almen praksis, oktober, 2018.
Översättning: Jan-Helge Larsen, Tina Nyström Rönnås. Kontakt tina.nystrom.ronnas@sjustadsdoktor.se

Litteraturlista:

1. Neighbour R. The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. 2 ed. London: Radcliffe; 2005.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
3. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. The Medical Interview, NY: Springer, 1995.
4. Larsen J-H, Risør O: Konsultationsprocessen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern, 1994; 72: 319-30.
5. Larsen J-H, Risør O, Putnam S. 1997. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract 14: 295-301.
6. Kurz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication skills in Medicine. Oxford: Radcliffe, 2006.
7. Larsen J-H, Nordgren G. Improving patient-doctor communication through the use of "receipts". Education for Primary Care. <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1483210>.
8. Larsen J-H, Neighbour R. Five Cards – a simple guide to beginning the consultation. Br J Gen Pract 2014; 64: 150-51.
9. Neighbour R, Larsen J-H. The windows method: a fresh approach to video case discussion. Education for Primary Care, DOI: 10. 1080/14739879.2016. 1228433.
10. Larsen J-H, Nordgren G, Ahlkvist J, Grafström J. Helping doctors to improve the 'Patients Part' of the consultation using the 'Macro-Micro supervision' teaching method. Educ Prim Care. DOI: 10.1080/14739879.2019.1565926.
11. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København: Reitzel, 1994.
12. Johari window. https://en.wikipedia.org/wiki/Johari_window.
13. Berne E. Hvad er det vi leger? København: Gyldendal, 1973.
14. Karpman drama triangle. https://en.wikipedia.org/wiki/Karpman_drama_triangle.
15. Agger NP. Sociale netværk. I Kamper-Jørgensen F, Almind G (red) . "Forebyggende sundhedsarbejde". København: Munksgaard, 1986.
16. White M. Kort over narrative landskaber. København: Reitzel, 2009.
17. Lassen LC. Compliance i almen praksis. København: Institut for almen medicin, 1989.
18. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Reitzel, 2003.
19. Hvas L, Brodersen J, Hovelius B (red). Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? København: Månedsskr. Prakt. Lægeg. 2009

AllmänMedicin gratulerar

Årets handledare i Västerbotten



Mats Persson, allmänläkare på Ersboda hälsocentral i Umeå, tilldelades handledarpriset 2019 av SFAM Västerbotten.

Motivering: "Hos vår handledare Mats står dörren, bokstavigt talat, alltid öppen. Han är stödjande och backar upp dig när du behöver det som mest. Han är hjälpsam och aldrig omöjlig och med ett stort medicinskt kunnande löser han frågor och problem i en handvändning. Med ödmjukhet och tålmod lindrar han din oro och ångest. Han låter dig utvecklas och pröva dina egna idéer. Med sitt lugn och trygghet visar han stort förtroende för sina ST-läkare och värnar alltid om en god arbetsmiljö."





Foto: Jacob Engellau



Stefan Bálint gick bort den 25 augusti i sviterna efter en svår cykelolycka i juli. Han sörjs närmast av hustrun Karin och från tidigare äktenskap döttrarna Miriam och Sarah med familjer.

Stefan växte upp i Malmö. Hans bakgrund formade honom. Hans familj var ungerskbördig. Tre år gammal förlorade han sin far, som var ingenjör och affärsman och hade en sekulariserad judisk bakgrund.

Stefan utbildade sig till psykolog i Lund och till psykoanalytiker i Köpenhamn. Han var en av de svenskar som på 1970-talet var med och tog initiativ till att skånska psykologer och läkare kunde gå sin psykoanalytikerutbildning i Köpenhamn. Han blev tidigt utbildningsanalytiker och en uppskattad handledare och lärare.

Under 1990-talet var han ordförande för Dansk Psykoanalytisk Selskab och under 2000-talet var han medlem av dess utbildningskommitté. Han blev också medlem och utbildningsanalytiker i den Svenska Psykoanalytiska föreningen. Stefan hade ett stort internationellt engagemang och ledde kliniska fallgrupper vid europeiska konferenser. Många vittnar om Stefans värme och det personliga engagemang som präglade hans arbete som handledare och psykoanalytiker i södra Sverige.

I början av sin karriär som klinisk psykolog på den psykiatriska kliniken på Malmö Allmänna Sjukhus blev han, tillsammans med en krets yngre läkare, en av professor Lennart Kaijs adepter. Kaij hade varit på studiebesök i London



Stefan Bálint

~ 1945-2019 ~



och introducerade Balintgrupp-metoden i Sverige. När Kaij gick bort kom Stefan att axla hans fallna mantel. Stefan ledde många Balintgrupper och initierade utbildning av Balintledare.

Det säger mycket om Stefans person och professionella kaliber att han – en psykolog – lyckades få så många läkare intresserade av att långsiktigt fördjupa sig i något så komplicerat och utmanande

som läkar – patientrelationen, inte bara inom öppen vård och allmänläkarpraktik utan också inom sjukhusvården. Han initierade forsknings- och utvecklingsprojekt i syfte att kritiskt granska och därmed utveckla Balintgrupp-metoden. Stefan bidrog också i den internationella Balintfederationen där han åtnjöt ett högt anseende.

Som motvikt till sitt djupa yrkesengagemang fann han rekreation i sitt sommarparadis på Österlen tillsammans med sin hustru Karin. Många är vi som minns Stefans vackra foton från deras promenader i Stenshuvuds vackra bokskogar och havet vid Rörums Å.

Stefan var varm, jordnära och djupsinnig. Dessutom hade han en stor portion uppskattad humor. Han hade den ovanliga förmågan att träda i en nära och respektfull relation till dem han samarbetade med, att lyssna och förmedla sin förståelse på ett sådant sätt att det vidgade perspektiven och hjälpte läkare, psykoterapeuter och patienter att bli bättre versioner av sig själva, professionellt och privat.

Stefan Bálint var vid sin plötsliga och alltför tidiga död fullt yrkesverksam. Hans bortgång har skapat djup förstämning. Nordisk psykoanalys och Balint-verksamheten i Sverige har förlorat en central gestalt. Många av oss har nu att sörja en högt uppskattad kollega och kär vän.



Foto: Karin Luttrup-Balint

Jacob Engellau

Överläkare onkologi,
leg psykoterapeut, Balintledare, Lund

Maria Fitger

Psykoanalytiker; Lund

Henry Jablonski

Psykiater, psykoanalytiker, Balintledare
Stockholm
drhjab@gmail.com

Rolf Künstlicher

Barn- och ungdomspsykiater, Psykoanalytiker,
Stockholm



Kultur-spalten

Med kroppen som kompass

*Kroppen vet vad själen såg var bilder bara.
Kroppens lust, den vassa smärtan av en spik
Det kalla, och det mycket heta kan ingen själ bevara*

*Och inte ens bland smärtorna finns några utbytbara
.....*

Så börjar poeten Lars Gustafsson en dikt från 1996. Jag har läst den många gånger därför att Gustafsson med genuin poetisk skärpa säger något viktigt om förhållandet mellan kropp och själ, sinne, minne och smärta på ett sätt som är svårt att uttrycka i medicinska termer. Av flera skäl dök dikten upp i minnet när jag läste filosofen Fredrik Svenaeus nya bok *Det naturliga – en kritik av queerteorin, transhumanismen och det digitala livet*.

I boken knyter Svenaeus an till flera av sina tidigare teman om hälsa, sjukdom, vård och diagnoskulturer. Som filosof är han djupt rotad i en fenomenologisk tradition med föregångare som Heidegger, Husserl, Sartre och Merleau-Ponty. Alla har de sin utgångspunkt i uppfattningen att kroppen är människans ankare i världen. Den egna kroppen är inte ett objekt bland andra utan vårt ”sätt” och vår enda möjlighet att vara i världen. (Inte att förväxla med dagens prestationsinriktade kroppsfixering.)

Detta kan låta självklart, men blir kanske allt mindre så i en värld präglad av avancerad vetenskap och teknik. Och av spetsfunda teorier som alltmer tycks distansera kropp och känsla från tänkande och kognition. När mätande och teknisk manipulation hamnar i centrum, förpassas annat ut i periferin. Och därmed blir världen mindre

Filosofen Descartes gjorde på 1600-talet det stora misstaget att lägga tänkandet till grund för all kunskap menar Svenaeus eftersom ”allt tänkande är nedsänkt i kroppen och känslan”. Även tvivlet och tänkandet är en känsla. I början av boken ger Svenaeus goda skäl för den ståndpunkten.

Kropp och smärta

Smärta är en mycket obehaglig känsla. Alla har upplevt den. I värsta fall kan den ockupera både kropp och tänkande. För att konkretisera detta tar Svenaeus författaren Lars Gustafsson roman *En biodlares död* (1978) som exempel. I boken gestaltas en människas modiga och sakliga kamp för att leva värdigt och uthärda en smärta som leder mot döden. Hos Svenaeus möter vi biodlaren redan i kapitel två med rubriken: ”Det gör ont att leva”. För den medicinskt orienterade läsaren är detta kanske den viktigaste delen av boken, men den hänger nära samman med kapitel om könsidentitet och sexualitet, om våra tilltagande teknologiska beroenden och livet på sociala medier.

I det avslutande kapitlet sammanfattar Svenaeus det problematiska förhållandet mellan ”den levda kroppen” och den snabba teknologiska utvecklingen. Där får vi bl.a. möta trans-

humanisterna som siktar på *singulariteten*, dvs. det tillstånd där människans hjärna smälter samman med datorn till ett kroppslöst medvetande bortom biologins begränsningar. Rena science fiction? Nej inte bara! Framstående forskare inom IT-värld och vetenskap tror att det kan vara möjligt redan omkring 2045. Vår egen superstjärna inom artificiell intelligens, Max Tegmark, har beklagat sig över ”kolchavinismen” med innebörden att vi inte ska tro att det biologiska livets *kolatom* självklart är överlägsen datorernas *kiselatomer*.

Jag tror inte att Svenaeus skulle hålla med Tegmark på den punkten. Han menar att transhumanisternas förakt för kroppen mest bottnar i rädsla för ålderdom och död. För Svenaeus är kroppen och biologin istället den kompass som i bästa fall får oss att undvika vissa felmanövreringar som kan bli följden av att vi låter den kognitiva kartan dölja viktiga delar av verkligheten. *Magkänslan* kan kanske, långt före tanken, tala om för oss vad som inte kommer att fungera. Utmattningsdepressioner och kronisk smärta skulle kunna vara mindre vanliga om vi tog kroppens signaler på allvar: ”Att lyssna på kroppen betyder inte att sluta tänka, det handlar om att tänka med kroppen.”

Precis som för Lars Gustafssons biodlare kan den sjuka kroppen bli en främling, ja rentav en fiende till den person som är/har denna kropp. ”Men det finns inget annat liv än det med kroppen. Det vi längtar efter när kroppen plågar oss är inte ett kroppslöst liv, utan ett liv med en annan kropp.” Men vi måste bli vän med vår kropp även när den sviker oss. Den amerikanska poeten Louise Glück uttrycker detta fint i några rader om åldrandet:

*”My body, now that we will not be travelling together
much longer/I begin to feel a new tenderness toward you.”*

I diktens slutrader uttrycker hon denna ömhet, som har mycket mera med ”varande” än med prestation att göra:

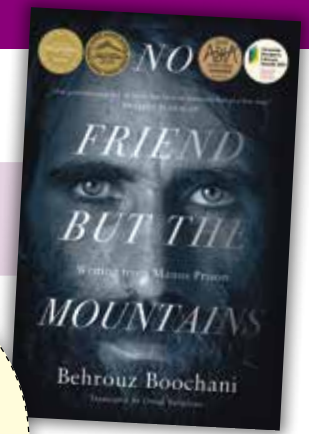
*It is not the earth I will miss
It is you I will miss*

Som läkare står vi mitt i korselden mellan ny teknologi, nya idéer om hälsa och sjukdom och ”gamla” kroppar vars grundläggande behov inte har förändrats så mycket genom årtusendena. Svenaeus presenterar förstås ingen färdig lösning på hur vi ska orientera oss i denna motsägelsefulla samtid. Han ger inte mycket för teknologiska människoförbättrare men håller ändå öppet för teknologins goda sidor, utan att förfalla till menlöst förnekande av en reell konflikt mellan människa och teknik.

Christer Petersson
christer-p@telia.com



Behrouz Boochani. *No friend but the mountains. The true story of an illegitimate imprisoned refugee.*
Picador, Australia 2018/ London 2019. 416 s. ISBN 978-1529028485



Vittnesmål från flyktingfängelset

Presstopp!

Behrouz Boochani har med turistvisum lämnat Manus Island för att delta i en litteraturfestival på Nya Zeeland. I skrivande stund är det okänt var han tänker söka asyl.

Vid prisutdelningen av flera av Australiens litterära utmärkelser kunde vinnaren inte delta. Författaren är iransk-kurdisk journalist som sökte asyl 2013. Australien hade just då infört mycket restriktiva bestämmelser. Båtflyktingar blev fängslade och forslade till det mest ökända interneringscentrat på Manus Island, Papua Nya Guinea. Efter fem år stängdes centrat men författaren är kvar som statslös.

Boken är en gripande skildring av människan i extrem utsatthet, jämförbar med andra klassiska fängelseskildringar. Till stora delar skrevs boken i korta fragment som sändes i hemlig mobiltelefon. Senare har författaren kunnat delta i internationella konferenser om mänskliga rättigheter och migration via modern skype-teknik.

Inledningsvis skildras en förfärlig båtresa där båten sjönk, men flyktingarna blev undsatta för att brutalt stoppas vid ankomsten till Australien.

Intressanta är beskrivningar av medresenärer och medfångar med karaktärisering av olika personligheter och hur olika mänskliga egenskaper renodlas under svår press. Där finns de naturliga ledarna, individualister, de som värnar om familjen, de som utnyttjar sin egen styrka och andras svaghet, men även det motsatta. Psykoanalys är en viktig influens och porträtten är kondensat av personer som av etiska skäl oftast inte kan namnges.

Poetiska inslag blandas med filosofi och analys av neokolonialism.

Boken är översatt från farsi till engelska. Översättaren har i några fotnoter betonat och pekat på det speciella i kurdiska berättartraditioner.

Boochani använder begreppet *kyriarki*. Det är en utvecklad teori om hur sociala system byggs upp för att förtrycka och tvinga fram underkastelse. Det handlar om medveten tortyrliknande kränkning i varje detalj av fängelsets organisation som utdelning av mat, kläder, madrasser och toaletter.

Även sjukvården är en viktig del av det kyriarkiska systemet som en integrerad del av förtrycket. Dess enda uppgift är att bryta ned motstånd. Att få de internerade att ge upp för att bli återsänd till det land man flytt från. Oändliga omständliga kösystem syftar endast till disciplinering och förnedring.

Det finns leende, unga friska sjuksköterskor men läkarna är mera frånvarande. Författaren bestämmer sig för att inte anlita sjukvården alls. Tandvården är än värre och en papuan får med glödgad metall döda en infekterad tandrot.

Analysen av sjukvårdens roll är intressant och ger associationer till vår roll i biståndsarbete, ordinarie sjukvård och migrationsmedicin. Vi borde oftare fråga oss i vems intresse vi utför olika åtgärder. Som referens anas Foucault snarare än Illich för analys av makten som förtrycker och plågar. Vi måste vara medvetna om att sjukvård, försäkringskassa, migrationsverket och andra myndigheter är delar av systemet.

Även Sverige och Europa använder symbolpolitik för att sända meddelanden till potentiella migranter. Människor drunknar i medelhavet eller blir fast i hopplösa flyktingläger under ibland slavliknande förhållanden i söndrade stater.

Om än det motiveras med försök att förhindra en återkomst av fascism och att mota främlingsfientlighet klingar den västerländska retoriken om försvar för mänskliga rättigheter falsk.



Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@norbotten.se

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 chefredaktor@sfam.se!



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.eliaasson@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 levnadsvanefrågor

Sven Wählin
sven.wahlin@sl.se

IT-rådet

Anne Björk
annebjork@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

Studierektorskollegiet

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

fortbildningsamordnare
Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

Svensk förening för Glesbygdsmedicin

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

Nätverket för psykisk ohälsa

Katrin Hagskog-Engel
katrin.hagskog-engel@sl.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.voncaeuropa.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sl.se

Euripa

euripa.woncaeuropa.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-Rydén
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Gunilla Steninger
gunilla.steninger@gmail.com
Christina Ledin
christina.ledin@regionvarmland.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Anne Björk
annebjork@gmail.com

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM

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

GOTLAND

Susanna Althini
susanna.althini@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@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

Ingrid Stener
ingrid.stener@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.eliaasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

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

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Anneli Vinenjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
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.

**2020****Januari**

Kompetensvärdering
13-15.1 Nyköping

Mars

Värdering av Mitt-i-ST
23.3 Stockholm

April

Idrottsortopedi
22-23.4 Stockholm
Provinsiälläkarstiftelsen

Maj

Kardiologi för allmänläkare
4-5.5 Karlskrona
Provinsiälläkarstiftelsen

EGPRN

7-10.5 Göteborg

Svensk allmänmedicinsk kongress
13-15.5 Åre

2020**Juni**

Skutkurs
- Allmänmedicinskt arbetssätt
8-12.6 Bohusläns skärgård
Provinsiälläkarstiftelsen

Wonca Europe + DEGA
24-27.6 Berlin

Augusti

Skutkurs
- Allmänmedicinskt arbetssätt
3-7.8 Bohusläns skärgård
Provinsiälläkarstiftelsen

2021**September**

Balintkongress
1-5.9 Bryssel

Utgivningsplan för 2020

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	13.1	17.2	16.3	Ny läkare i Sverige
2	16.3	27.4	8.6	Levnadsvanor
3	17.8	21.9	19.10	Att skriva intyg
4	12.10	16.11	14.12	Allmänmedicin i litteratur och fiktion

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.

Följ debatten på Ordbyte!

Gå in på www.sfam.se/foreningen/organisation/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.

KursDoktorn

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

KursMedicin

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

Internationellt

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

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

Provinsiälläkarstiftelsen

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/provinsiälläkarstiftelsen/aktuella-kurser/>

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