AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2020 ÅRGÅNG 41

Ny som läkare i Sverige

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

2 **Nerdragningarna drabbar alla**
Magnus Isacson

3 **Utan invandrare stannar sjukvården**
Ingrid Eckerman

4 **SFAM & AllmänMedicin informerar**

5 **Remissvar: Digifysiskt vårdval**
Annika Larsson

7 **Möten med socialministern**
Magnus Isacson

8 **"Social prescribing" är mer än teamarbete – Fortbildningsprojektet besökte Bromley by Bow Centre i London**
Andreas Lindmark och Lisa Sallmén

10 **Hållbar primärvård – verktyg, innovationer och arbetsglädje**
Rita Fernholm och Christer Rosenberg

13 **Snart stundar kongressen!**
Simon Carlquist

14 **We can do it!** *eller* **Att återta makten över verksamheten**
Malin Öborn

15 **Vad gör SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling?**
Karin Lindhagen

16 **Stort behov av utbildningsplatser för utländskt utbildade läkare**
Ingrid Eckerman

17 **Läkartidningens seminarium: Väntetider för legitimation behöver förkortas**
Ingrid Eckerman

19 **Vägen till svensk legitimation**
Ingrid Eckerman

21 **Från en by i Pakistan till Västerhaninge**
Kiran Khiani

23 **Bastjänstgöring i Dalarna stöter på svårigheter**
Ingrid Eckerman

25 **Från Kurdistan till Norrköping**
Ali Jameel

26 **Utbildning av utländska läkare i Norrbotten**
Anna Beck

27 **Från Syrien till Norrbotten**
Anna Beck

28 **Från Tyskland till Sverige**
Anna Beck

30 **KUL i Göteborg**
Dorota Carlsson och Ingmarie Skoglund

31 **Från Sankt Petersburg till Härnösand**
Aleksandr Suchkov

32 **Barkaby vårdcentral berikas av utländska läkare**
Ingrid Eckerman

33 **Från Egypten till Barkaby**
Ingrid Eckerman

34 **Från Sindh till Barkaby**
Ingrid Eckerman

35 **Studiecirkel i Uppsala**
Christina Grzechnik Mörk

36 **Från Jekaterinburg till Karolinska**
Ruslan Musábir

37 **Ingen introduktionsutbildning i Stockholm**
Ingrid Eckerman

39 **Om transkulturell psykiatri**
Ingrid Eckerman

40 **Hälsocentralen – En korus**
Jenny Andersson

42 **Kontinuitet i praktiken**
Andreas Thörneby

44 **Tankar om en enkät – Peter Olsson i Jokkmokk reflekterar**
Peter Olsson

46 **Kjell Asplund: Vi kan ha något att lära av komplementär och alternativ vård**
Gösta Eliasson

48 **Brytpunkt och polyfarmaci i palliativ vård av multisjuka**
Bengt Järhult

52 **Förtydligade riktlinjer för dyspepsi**
Lars Agréus

55 **Shlomo Vinker – kommande president för WONCA**
Hans Thulesius

56 **Att lära under livet**
Mikael Hoffman

57 **AllmänMedicin gratulerar**

60 **Livets nakna skrov**
Christer Petersson

61 **En tegelsten fylld med historisk allmänmedicin**
Torsten Green-Petersen

62 **Ett oumbärligt nummer om flyktingar och hälsa**
Ingrid Eckerman

63 **SFAM informerar, kalendarium**

SFAM/AllmänMedicin informerar | Debatt | Tema-artiklar | Klinik & forskning | Utbildning & Fortbildning | Blandat

Omslagsbild AllmänMedicin nr 1-2020

Kollage hopsatt av vår grafiker Annika Cederlund.

Nerdragningarna drabbar alla

Första tidningen detta decennium, nu i nytt digitalt format med artiklar som är lättare att dela med sig av på sociala medier och på andra sätt. Dock fortfarande samma habila redaktion och chefredaktör. Temat den här gången är ny läkare i Sverige. Jag tänkte skriva lite om vilken situation som möter dessa nya läkare.

På flertalet sjukhus i Sverige gör man nu stora besparingar, på Akademiska, på Sahlgrenska och på Stockholmssjukhusen. Både i Stockholm och Göteborg har sjukvårdspersonal anordnat uppmärksammade marscher, upprop och annat för att protestera mot dessa neddragningar.

Initialt när det annonserades om neddragningar tänkte jag att detta är en ofrånkomlig del av omställningen till ”God och nära vård” men när jag satte mig in i det hela insåg jag att så inte alls är fallet. I Stockholm, som jag känner till bäst, varslar man på sjukhusen samtidigt som man drar ner budgeten för husläkarverksamheten. Istället satsar man extra på hemsjukvård, psykosociala insatser och nätläkare. Och inte ens när man räknar ihop alla dessa ”primärvårdsposter” blir det en satsning utan en besparing i primärvården, om man räknar med inflation och löneökningar.

Trots detta berättar Stockholmspolitikerna glatt om hur viktig primärvården är och att det ska satsas 2020. Man förklarar varslen på sjukhusen just med argumenten att det är en ofrånkomlig del av omställningen till ”God och nära vård”.

Detta är lögnaktigt och provocerande. I Stockholm pågår ingen omställning utan en nedmontering av hela sjukvården. En av riskerna med denna oärliga retorik från politiker är att allmänläkare och sjukhusläkare hamnar i konflikt om vart resurserna egentligen tar vägen. Detta vore ödesdigert för vården och professionen. Vi är alla överens om att vi måste stärka primärvården i Sverige men vi kan inte dra ner drastiskt på sjukhusen innan vi har en bättre fungerande primärvård.

Att läsa om både situationen på vårdcentralerna i Stockholm och på akutmottagningarna är tragiskt och ovärdigt ett land som Sverige. Det måste kunna fungera bättre än så här. Och vi allmänläkare och sjukhusläkare måste hålla ihop och påverka tillsammans.

Istället för de besparingar man gör i Stockholm kan man fundera på hur mycket detaljstyrning och administration av vården kostar? Vi kan fundera på om det är rimligt att kostnaderna till nätläkarbolagen ska tillåtas fortsätta öka i snabb takt med samma ersättningssystem? Och är det rimligt att man fortsätter införa nya vårdval i Stockholm trots protester från både patienter och profession?

Det finns även vissa ljusglimtar i primärvårdssverige. I VGR inför man ett system där man premierar de vårdcentraler som ger patienter fasta läkare. Det är absolut inget perfekt system och det finns saker att anmärka på, men ambitionen är i alla fall tydlig.

I Sörmland har man nu tagit fram en konkret plan på hur man ska öka antalet allmänspecialister och försöka se till så att så många som möjligt får en fast läkare med listtak. Även här finns saker att anmärka på men också detta tycker jag får betraktas som ett litet steg i rätt riktning.

Det måste hända mer, bättre och snabbare. Vi måste hålla ihop med sekundärvården och politikerna måste åtminstone lägga sig till med en ärligare retorik.

Magnus Isacson
Ordförande
magnus.isacson@sfam.se

SFAM informerar

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

Utan invandrare stannar sjukvården

För länge sedan, som facklig representant, deltog jag i intervjuer av sökande till AT-tjänster. Det var påfallande hur många som hade ”osvenska” namn. En del hade förstås bott i Sverige i generationer. Andra hade kommit hit som barn.

För över tio år sedan var jag engagerad i den senare nerlagda föreningen ILIS, Internationella Läkare i Sverige, en intresseförening inom Läkarförbundet. Vi ordnade då en endagskurs i ”svensk sjukvårdskultur”.

Dagen blev livlig och uppskattad, alla ville ha en fortsättning. Det största behovet fanns hos EU-läkarna, de som utan vidare spisning slängdes in i det svenska sjukvårdssystemet. Vana vid ett patriarkaliskt förhållningssätt blev det ofta konflikter med sjuksköterskor och annan personal. Läkarna från länder utanför EU fick god tid att lära sig både om Sverige och om sjukvården innan de fick sin legitimation. Detta bekräftas av flera artiklar i detta nummer av Allmänmedicin.

Något år före flyktingvågen 2015 publicerade Barnläkarföreningen en bild med alla läkare på en barnklinik. Sedan tog de samma bild, men utan de läkare som hade utländsk bakgrund. Det blev många hål. Idag skulle det vara ännu fler hål.

Flyktinginvandringen 2015 har bidragit till ett stort antal välutbildade läkare från bland annat Syrien. Förhoppningsvis är de nu alla inne i systemet. Med nuvarande åtstramad asylpolitik och svårigheter att passera gränser är det inte troligt att vi får så många fler läkare från länder i inbördeskrig. Visserligen har FN-domstolen sagt att klimatförändringar kan vara asylskäl. Men det är inte samma sak som att svenska regeringen skulle anse det vara asylskäl.

I detta nummer av AllmänMedicin får vi läsa om åtta olika läkares väg till svensk legitimation. Det har varit frustrerande för alla – framför allt språket. Men deras berättelser andas allt från tacksamhet och tålamod till bitterhet.

Och ja – svenska regeringen fortsätter skicka blivande undersköterskor till Afghanistan – i den mån de inte flytt vidare till Frankrike och andra länder. De afghanska ungdomarna får genomgående goda betyg när det gäller bemötande och motivation. Vi behöver dem! Flera av dem skulle läsa vidare till sjuksköterskor och läkare om de fick chansen.

Har man hört de afghanska ensamkommande ungdomarnas berättelser så vet man att för de flesta är Afghanistan inte ett alternativ.

Personcentrerad kirurgi

Sedan sist har jag varit patient och fått högercolon borttagen (ingen fara, med god marginal är den ytliga förändringen helt borta). Det var på ett sjukhus som brukar komma högt upp på listan över bästa sjukhus. Påfallande, jämfört med mina tidigare erfarenheter, var den konsekventa patientcentreringen, inklusive läkarkontinuitet. Som cancerpatient fick jag gräddfil till allt , inklusive läkarkontinuitet. I vårdprogrammet finns ”information” som en punkt – jag utrustades med en pärm som fylldes på under vårdtiden. Långvarig fasta och premedicinering borta. Täta kontroller att smärtlindringen fungerade. Nattpersonalen tassade in i salen på morgonen och störde bara den som behövde störas. Inte förrän vid åttasnåret tändes taklampan. I cafeterian serverades önskekost under önsketider. ”Tarmslingan” med sina åtta stationer stimulerade till promenader med lättgympa.

Jag tänker på min dröm om en bassäng i den stora foajén på Ektorps vårdcentral. Det var efter att jag med en grupp kollegor reste på studiebesök till Island. Där ingick bad i olika varma källor. En så påtagligt avslappnande effekt det har! Tänk om alla patienter, framför allt de med värk och dåligt-mående, skulle komma en timme före besöket och sitta i bassängen och prata med andra och dricka en kopp kaffe … Många besök skulle bli lättare.

Det är inte bara samtal som kan vara patientcentrerade. Det gäller även den yttre omgivningen. Entréer och väntrum ska vara vackra, receptionspersonalen välkomnande!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se

Köp böckerna skrivna av och om de ensamkommande ungdomarna!

https://stottepelaren.se/handla/bocker/

STÖTTEPELAREN

Stöttepelaren – stödförening för ensamkommande barn och ungdomar

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

Varning

En kvinna ringer runt till landets vårdcentraler och ber om psykofarmaka. Hon uppger sig ringa från en kvinnojour, för en misshandlad kvinnas räkning, som lever under skyddad identitet. Detta har pågått under många år.

Innan du överväger en förskrivning: Kontrollera hennes läkemedelslista!

AllmänMedicin nu som e-tidning!

När detta nummer av AllmänMedicin finns i din brevlåda ska den också finnas som elektronisk tidning i nytt format.

Den har en egen domän: allmanmedicin.sfam.se. Du når den från hemsidan sfam.se/tidskriften.

Du kan också ladda ner appen AllmänMedicin till din mobil.

Även de två senaste årgångarna av AllmänMedicin kan läsas som e-tidning. Via sökfunktionen kan du hitta de artiklar du är intresserad av.

Du kan läsa tidningen som en bläddrbar pdf. Klickar du på artikeln kommer den i artikelläge. Härifrån kan du dela artikeln, t.ex. i sociala media.

Skriv i AllmänMedicin!

Vi behöver bidrag av alla slag! Låt dig inspireras av årets teman – eller tag ett helt annat ämne!

Vi vill också ha dina bilder, så högupplösta som möjligt. Kanske någon kan passa som omslag?

Årets teman:
Nr 2: Levnadsvanor, manusstopp 16 mars
Nr 3: Att skriva intyg, manusstopp 17 augusti
Nr 4: Allmänmedicin i litteratur och fiktion, manusstopp 16 november

Fortbildningsprojektet söker nya medlemmar!

Fortbildningsprojektet ska sprida sig som ringar på vattnet. Nu söker man nya medlemmar från augusti 2020. Läs mer på **http://www.sfamfortbildningsprojekt.se/**.

Är du intresserad? Kontakta Ulf Måwe mawe@sfam.se.

Berätta om ditt råd!

Redaktionen vill presentera SFAM:s alla råd för medlemmarna.

Vilka är ni? Vad gör ni?

Hör gärna av dig till chefredaktor@sfam.se för intervju eller bidrag!

Vecka 3-kursen 2020

Här är kursdeltagare och lärare på SFAM:s årliga kurs i kompetensvärdering på stiftsgården Stjärnholm utanför Nyköping. Kursen gick traditionsenligt i vecka 3. Den ger behörighet att vara värderare för Mitt-i-ST och examinator för specialistexamen, samt stöd för studierektorer och handledare att värdera ST-läkares kompetens.

Gamla nummer av AllmänMedicin nu på hemsidan!

Har AllmänMedicin 1979–2003 ännu inte landat på hemsidan så sker det snart. I skrivande stund arbetar Lars Berg med att lägga in sina skannade gamla tidningar på en speciell sida.

Remissvar: Digifysiskt vårdval

Digifysiskt vårdval: Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet är den fullständiga rubriken på slutbetänkandet för den statliga utredning som gjorts under ledning av Göran Stiernstedt. Namnet på utredningen är Styrning för en mer jämlik vård och den tillsattes av regeringen december 2017 med arbetsnamnet Ordning och reda i vården. Under utredningens gång fick den i tilläggsuppdrag att också analysera fenomenet nätläkare.

Slutbetänkandet fick skjutas fram i tid i flera steg, men publicerades slutligen i augusti 2019. Därefter vidtog en remissrunda där SFAM som en av cirka 80 olika instanser har skrivit ett svar. Utöver remissvar direkt till Socialdepartementet har vi också skrivit remissvar till Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet, som underlag för dessa organisationers egna svar på remissen. Alla inkomna remissvar finns att läsa på regeringens hemsida [1]. SFAM:s remissvar finns också att läsa på vår hemsida under Föreningen → Remissvar [2].

Sammanfattningsvis uppfattar SFAM:s styrelse att mycket av det som framförs i utredningen är i linje med vad vi önskar. Utredningen lyfter till exempel återkommande fram att vården ska vara behovsstyrd och att åtgärder behövs för att bryta den glidning mot en mer konsumtions- och efterfrågebaserad vård som skett de senaste åren. Utredningen rekommenderar också att både regering och huvudmän (regioner) tillför ökade resurser till primärvården. Digitala lösningar bör integreras i den fysiska vården. Ett ökat fokus på kontinuitet och möjlighet till långsiktig planering är också i linje med SFAM:s ståndpunkt.

Däremot tycker vi att utredningens förslag kring listning är svagt och otillräckligt. Man föreslår nämligen följande: *I hälso- och sjukvårdslagen ska regleras att patienten ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.* Man föreslår alltså i praktiken fortsatt listning på vårdcentral, inte på läkare. Detta trots att man på flera ställen i utredningen skriver om vikten av relationell kontinuitet.

Vi i SFAM:s styrelse anser att en vårdcentral inte kan ha en relation, till detta krävs en människa, dvs. en fast läkare. Vi anser inte heller att listning på läkare på något sätt skulle förhindra möjligheten att tillvarata svensk primärvårds breda multiprofessionella kompetens eller teamarbete. I utredningen finns ett förslag att regionerna ska få besluta om en begränsning för antalet patienter som får lista sig hos en utförare. Detta vill vi ska vara ömsesidigt, dvs. att även utföraren ska kunna besluta om ett listtak. Och eftersom vi förespråkar listning på läkare bör det innebära att det ska kunna finnas ett tak för antal listade patienter per läkare.

Nu återstår att se vad denna utredning och dess remissvar, samt huvudbetänkandet från den andra stora pågående utredningen God och nära vård som förväntas i mars, får för effekter. Kan det kanske äntligen bli en primärvårdsreform? Eller blir resultatet ännu fler utredningar?

Jäv saknas.

Annika Larsson
Vice ordförande, SFAM
Moröbacke hälsocentral, Skellefteå
annika.larsson@sfam.se

Länkar:

1. https://www.regeringen.se/remisser/2019/10/remisslista-sou-201942-digifysiskt-vardval/
2. http://sfam.se/wp-content/uploads/2020/01/Remissvar-Digifysiskt-vardval-SOU-2019_42.pdf

Digifysiskt vårdval:
Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. SOU 2019:42. Norstedts juridik AB 2019. 662 s. ISBN 9789138249659.

SFAM tar över SAFU

Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU) är ett nationellt samarbete mellan Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för Allmänmedicin (SFAM) och representanter från alla allmänmedicinska forskningsenheter i Sverige. Nätverket har funnits sedan 2016 och arbetat för att utveckla en stark nationell och regional struktur för forskning och utbildning för den framtida allmänmedicinen och primärvården. SAFU:s remissvar har fått stort utrymme i utredningen ”God och nära vård”.

SFAM kommer fr.o.m 2020 att ta över ansvaret för det fortsatta arbetet med SAFU. Syftet är att stärka föreningens arbete för forskning och utbildning inom primärvården. SAFU planeras att utvecklas från ett informellt nätverk till en formell nationell samverkansgrupp med utsedda representanter från alla enheter på universiteten där allmänmedicinsk forskning bedrivs. På så sätt hoppas vi att stärka legitimiteten för SAFU.

Ove Andersson
Allmänläkare, ordförande SAFU

Björn Landström
Allmänläkare, SFAM
(vetenskaplig sekreterare)

Core Values of Family Medicine: **Threats and Opportunities**

www.woncaeurope2020.org, #woncaeurope2020

Dear collegues and friends/cooperators of family medicine,

you are cordially invited to attend the 25th Conference of WONCA Europe in Berlin. Our national congress of Germany, Austria and South Tyrolia will be integrated in this great event.

Berlin is a vibrant City with a very special history. Many of us remind the unexpected fall of the wall which divided the City and Europe. Now it as a mulitcultural location and bridge between former western and eastern Europe. But it has much more to offer for science and culture, for personal meetings and questions about our future. You may attend the conference and practices, you can go for sightseeing and relax, you will get new ideas, inspirations and connections. We will reflect on core values of family medicine: how can we manage threats and use opportunities for a good health system and satisfaction of all persons beeing involved including ourselves? Come to Berlin by end of June 2020 and join our community!

Prof. Dr. med. Erika Baum
President WONCA Europe Conference 2020

Prof. Dr. med. Christoph Heintze
Co-Chair WONCA Europe Conference 2020

We are excited to announce new presentation formats for the 2020 Berlin WONCA Europe Conference in addition to usual ones:

- Lectures
- Workshops / Symposia
- Workshop report from practice NEW!
- Science slam NEW!
- From practice for practice NEW!
- State of the art lectures NEW!
- One slide – 5 min presentations
- Poster / ePoster

Conference Secretariat:
GUARANT International, Českomoravská 19, 190 00 Prague 9, Czech Republic
Phone: +420 284 001 444, E-mail: woncaeurope2020@guarant.cz

For more information please visit our website www.woncaeurope2020.org

Wonca World family doctors. Caring for people. EUROPE

DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

GUARANT INTERNATIONAL

Möten med socialministern

Under hösten 2019 träffade jag Lena Hallengren vid två tillfällen för att diskutera primärvårdsreform och annat intressant.

Första gången var i början av november på socialdepartementet efter att jag hade propsat på att bli inbjuden ett par gånger. Jag bjöd även med Marina Tuutma, ordförande för DLF, då det brukar vara bra att man är två personer vid sådana här möten, dels för att man bidrar med olika perspektiv, dels för att man ska hinna tänka.

Att komma in på socialdepartementet var inte helt enkelt. Många saker måste klaffa. Man måste vara uppskriven på en lista, vakten måste titta på rätt lista och man måste ha med sig legitimation. I vårt fall hade vakten tittat på fel lista, varför vi fick vänta en stund utanför i novemberregnet medan människor i kostym och dräkter ilade in och ut genom socialdepartementets tunga dörrar. Men till slut tittade vakten på rätt lista och då blev vi insläppta.

Väl därinne möttes vi upp av socialministerns politiska sakkunniga som eskorterade oss genom korridorer och upp till Hallengrens kontor. Upplevelsen var att Hallengren satt där och tog emot besök på löpande band då det var någon besökare precis före oss och någon som kom in just efteråt.

> "Jag ser positivt på det faktum att den politiska viljan från regeringen verkar finnas."

Mötet var trevligt och trots att vi bara hade en halvtimme avsatt kändes det inte stressigt. I och för sig drog vi över tiden en del. Under året som gått känns det som att socialministern har blivit klart mer insatt i frågorna som gäller primärvården och förstår problematiken.

Det finns en stark vilja att genomdriva en ordentlig primärvårdsreform med skrivningar om fast läkare och begränsad lista men dels är det en komplicerad situation i riksdagen och dels är det väldigt svårt när regionerna har så otroligt stor makt och på sina håll inte alls intresserade av att satsa på primärvården, vilket vi nyligen fått erfara i bland annat Region Stockholm. Detta är dock inga ursäkter för att inte göra sitt yttersta vilket vi har försökt förmedla.

Marina Tuutma, Lena Hallengren och Magnus Isacson. **Foto:** *Daniel Johansson*

I slutet av mötet bjöd jag in socialministern till Tensta vårdcentral för att kunna diskutera ytterligare primärvårdsfrågor och även belysa hur viktigt det är med fast läkare med begränsad lista för befolkningen i ett socioekonomiskt utsatt område. Egentligen är det lika viktigt i alla områden men min uppfattning är att det blir ännu tydligare i Tensta.

Precis som att det på sätt och vis är enklare att förändra en totalt dysfunktionell vårdcentral än en som bara är halvdålig. På den ena förstår man verkligen att något måste göras medan man på den andra fortsätter hanka sig fram då skutan inte är på väg att sjunka närmaste månaderna.

Hallengren tyckte att det lät som en mycket god idé med besök i Tensta och strax innan jul kom hon och hennes politiske sakkunnige, Daniel Johansson, som även är läkare, på besök.

Vi diskuterade Region Stockholms ”primärvårdssatsning”. Vi kom in på hur digitaliseringen påverkar sjukvården och om hur den bäst kan integreras i ordinarie vård. Vi pratade naturligtvis om primärvårdsreform och fast läkare men även om vilka möjligheter och svårigheter det finns för Tenstas befolkning att få tillgång till sjukvård med tanke på språksvårigheter, dålig insikt i hur samhället fungerar med mera.

Sen blev det fika med lussebullar och pepparkakor. Vi avslutade därefter med att Lena, Daniel och jag träffade en patient som berättade lite om sina erfarenheter av primärvården, hur fragmenterat det är och hur svårt det blir när man träffar olika läkare hela tiden och inte vet vem som ansvarar för vad när man är sjukskriven och ska återgå i arbete.

Om man ska sammanfatta våra möten och de intryck jag har fått så ser jag positivt på det faktum att den politiska viljan från regeringen verkar finnas.

Dock är jag rädd för att partierna i riksdagen inte ska komma överens och därmed dra ut på det hela eller komma med en sönderkompromissad reform. Jag är också rädd för att pengarna, likt tidigare gånger, försvinner på vägen via regionerna ut till primärvården.

Jag är varken anonym alkoholist eller troende men jag är ändå väldigt förtjust i Sinnesrobönen ”Gud, ge mig styrka att acceptera det jag inte kan förändra, mod att förändra det jag kan och förstånd att inse skillnaden.” Denna bön är bra att ha i bakhuvudet när man har mitt uppdrag för att inte bli alltför frustrerad i sin iver att påverka och förändra.

Magnus Isacson
Ordförande
magnus.isacson@sfam.se

"Social prescribing" är mer än teamarbete

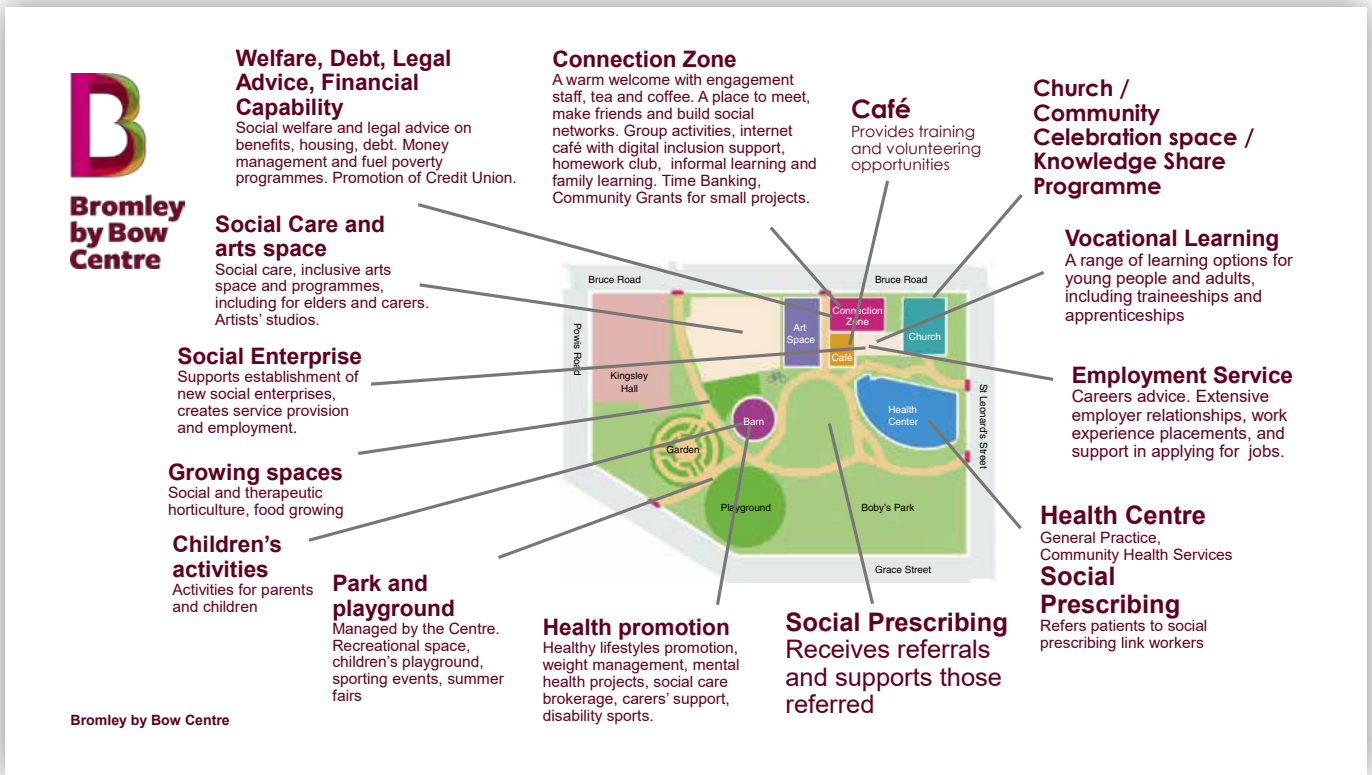
Fortbildningsprojektet besökte Bromley by Bow Centre i London

SFAM:s fortbildningsprojekt har varit på studiebesök i London. Första dagen möttes vi på RCGP, Royal College of General Practice – en fantastisk byggnad i närheten av Regents Park. I Storbritannien har distriktsläkarna hög status och hela RCGP är en symbol för det. Janet Grant, professor i kompetensutveckling föreläste (se sid 56). Det blev en fantastisk dag med reflektion och inspiration om läkarnas livslånga professionella utveckling. Storbritannien har, liksom de flesta andra länder i Europa, reglerad kompetensutveckling med revalidering av specialistkompetens.

Andra dagen blev för många deltagare resans höjdpunkt: ett besök på Bromley By Bow Centre i Londons East End, ett av Londons fattigaste områden [1, 2]. Här finns det ett Health Centre byggt i anslutning till en kyrka med ett mysigt café, en fin trädgård och lokaler som ger utrymme till en mångfald av sociala aktiviteter. Ett Health Centre som ger ett annat intryck än den bild vi har av en hälsocentral.

Vi fick höra Dan Hopwell, verksamhetsutvecklare, berätta om en präst i East London som under mitten av åttiotalet upptäckte att kyrkbänkarna stod tomma och vägrade att låta lokalen förvandlas till kontor eller bostäder. Istället bjöd han in de lokala föreningarna. Det lokala samhällets centrum och mötesplats blev till. Först långt senare bestämde sig den ideella föreningen på Bromley By Bow att det behövdes en egen

Parken runt Bromley By Bow Centre. **Foto:** *Lisa Sallmén*



Bromley By Bow Centre. **Foto:** *Lisa Sallmén*

hälsocentral. Då byggdes lokalerna till där Sam Everington nu har sin läkarmottagning.

Med bakgrund av lokalsamhällets mångfaldiga aktiviteter, och att föreningen själv tog lån och byggde sin hälsocentral, växte *social prescribing* fram. *Social prescribing* innebär att den ansvarige GP remitterar patienten till en koordinator som kan hjälpa patienten till andra samhällsaktörer eller aktiviteter. Det är inte de medicinska åtgärderna som har störst betydelse för hälsan utan livsomständigheter – hur livet ser ut i övrigt. Det är inte enbart kost, motion, tobak, alkohol/droger, stress/ångest/nedstämdhet som kartläggs utan även ensamhet, ekonomiska bekymmer, behov av utbildning och boende.

Det var ett oerhört intressant studiebesök som visade att *social prescribing* är så mycket mer än ett team kring en patient eftersom det krävs ett helt annat socialt engagemang i samhället.

Jäv saknas.

Andreas Lindmark
Ersboda hälsocentral, Umeå

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

Referenser:
1. Lundqvist A. I väntan på en svensk primärvårdsreform – snegla gärna på Storbritannien! AllmänMedicin 2019;4:5-6
2. Eckerman I. Hälsofrämjande primärvård – inspiration från London. AllmänMedicin 2019;4:7

Foto: *Gösta Eliasson*

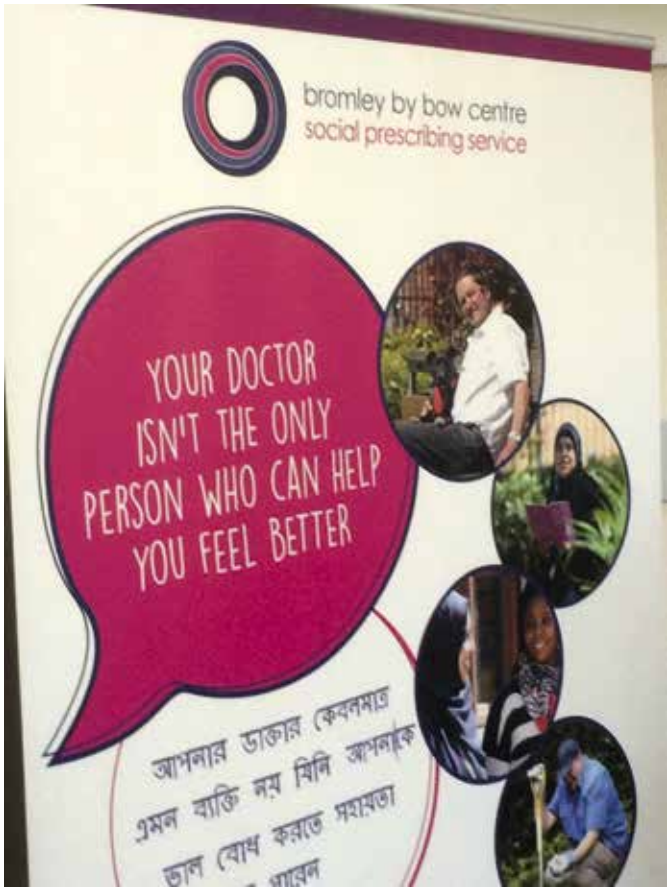


Foto: *Gösta Eliasson*

SFAM:s fortbildningsprojekt söker nya medlemmar med start i augusti 2020.
Kontakta Ulf Måwe på mawe@sfam.se.

Projektet har medlemmar från norr till söder som träffas varannan vecka genom videomöte. Mötesformen är enkel där någon lyfter en fråga eller ett ämne. Därefter får alla lämna kommentarer. Nätverket arbetar i kollegial dialog med fortbildnings- och levnadsvanefrågor och ger inspiration och stöd.

Projektdeltagarnas material:
http://www.sfamfortbildningsprojekt.se/
SFAMpen – en podcast: http://sfam.ringla.nu/

SFAM:s nationella kvalitetsdag 28 november 2019

Hållbar primärvård
– verktyg, innovationer och arbetsglädje

SFAM:s Kvalitets- och patientsäkerhetsråd (SFAM-Q) hälsade den 28 november drygt 120 deltagare från hela Sverige välkomna till den 16:e Nationella Kvalitetsdagen på Svenska Läkarsällskapet i Stockholm. Temat för denna dag var *”Hållbar primärvård – verktyg, innovationer och arbetsglädje”*. Nio olika parallella seminarier och workshops genomfördes samt fem storsalsföreläsningar. Diskussionerna var många och intensiva såväl i samband med seminarierna som på lunchen och i pauserna.

Uppmärksamheten riktades särskilt mot hur vi kan göra primärvårdsarbetet mera hållbart genom klokare och smartare arbetssätt, bättre struktur på arbetsplatsen och en god psykosocial arbetsmiljö i ett samhälle under allt snabbare förändring. Det berättades om framtidens vård, om tryggare och mer gemensamma arbetsstrukturer för läkare och övrig vårdpersonal och om vår egen hälsa och arbetsmiljö, men också vikten av att vi själva utvecklar arbetssätt och förbättringsprojekt tillsammans med invånarna för att nå dessa mål.

Årets gästföreläsare *Simon Tulloch*, psykolog och senior rådgivare vid the Danish Society for Patient Safety, Köpenhamn, talade om *”The importance of Psychological Safety in healthcare”*. Han beskrev hur känslan av säkerhet och kontroll har betydelse för arbetsmiljön, arbetsglädjen och för förmågan att våga säga till när man ser något som inte fungerar som det ska.

Petter Tuorda, distriktsläkare och verksamhetschef vid Cederkliniken i Piteå, höll sin föreläsning via länk om hur vi, genom att komma ut ur våra rum och arbeta i gemensamma kontorslandskap, kan känna oss tryggare, ta hjälp av varandra och känna oss mindre ensamma som allmänläkare. Det kan vara en väg till att skapa en bättre arbetsmiljö. Med specifika standardiserade undersökningsrum och det gemensamma större administrativa rummet ökade också det gemensamma lärandet såväl för erfarna specialister som för ST-, AT- och vikarierande underläkare. Fler av de sistnämnda valde att göra sin ST just på denna vårdcentral tack vare den goda arbetsmiljön som främjar ständigt lärande på ett prestigelöst sätt.

Bengt Ardenvik, sjuksköterska, hälso- och sjukvårdsstrateg Region Skåne, gav i en internationell utblick en beskrivning av hur primärvården i framtiden i allt högre grad kommer levereras av tvärvetenskapliga team innefattande både kliniska och icke-kliniska roller. Utvidgningen av dessa arbetsteam kommer att förbättra tillgänglighet och utvidga utbud av tjänster som levereras i vår framtida primärvårdskontext. En expansion av arbetsteam kommer att minska arbetsbelastningen för allmänläkaren och göra det möjligt för oss att fokusera våra expertkompetenser där de behövs mest – på komplexa fall, multisjuka och med att hantera oklara diagnoser. Allmänläkaren kommer att ha en viktig roll att spela i hjärtat av dessa tvärvetenskapliga team – de kommer att vara ledare, expertrådgivare, lärare och mentorer.

Lina Ejlertsson, doktorand i folkhälsovetenskap, inledde med att berätta att den viktigaste faktorn i självskattad hälsa på arbetsplatsen är återhämtning. Hon beskrev ett ettårigt projekt där hon och kollegor från Lunds universitet arbetade med medarbetarna på sex interventionsvårdcentraler i Region Skåne med skräddarsydda återhämtningsmodeller. För varje arbetsplats utvecklades återhämtningsaktiviteter som till exempel mikropauser, meditation, lunchpromenader, yoga, mindfulness, teambuildingsmöten, inofficiella morgonmöten m.m. Budskapet i hennes föreläsning var att man behöver ta avstamp i att varje arbetsplats är unik och att arbetsplatsens medarbetare själva behöver undersöka och hitta sina egna former för återhämtning. Medarbetarna på interventionsvårdcentralerna upplevde en signifikant positiv skillnad i återhämtning och bättre arbetsmiljö. Hur stora skillnaderna var är just nu under analys.

Marie Olsson är biträdande primärvårdschef och verksamhetschef för Mobila teamen i Malmö och Mellersta Skånes Primärvård, Region Skåne. Hon inledde

Simon Tulloch. **Foto:** *Eva Arvidsson*

med att det finns både medicinska och humanitära skäl till att i görligaste mån förhindra inläggning på sjukhus i samband med akut sjukdom hos sköra äldre. Mobila team fyller där en viktig funktion. Genom en tydlig organisatorisk struktur med tydliga rutiner och överenskommelser mellan primärvård, akutsjukvård och kommunal hemsjukvård förbättras arbetssätten. Internmedicinare, geriatriker och infektionsläkare kommer ut från sjukhusen och arbetar tillsammans med allmänläkare i de multisjukas hem för en bättre vård. Det blir därmed ett mer hållbart nyttjande av de begränsade resurser som stat, regioner och kommuner har fått av våra invånare. Hennes nästa steg i att utveckla modellen är att skapa tjugo vårdplatser i hemmet till halva kostnaden av vad en vårdplats skulle kosta på ett centralt sjukhus i Region Skåne.

Avslutningsvis fördelade SFAM-Q stolt priset till årets bästa förbättringsprojekt som i år delades ut till två av de nio presenterade förbättringsprojekten (sid. 57).

Utvecklingen i vården och i samhället är snabb och det är viktigt för oss att följa den och vara med och påverka. Kan vi delta i en systematisk utveckling av verktyg och arbetssätt tillsammans med invånarna kan vi också garantera en högre grad av patientsäkerhet och kvalitet och inte minst en hållbar arbetsmiljö för oss och våra medarbetare!

Vi vill rikta ett särskilt stort tack till alla medverkande för de fantastiska och ambitiösa förbättringsprojekt som presenterades och till alla besökare som mötte upp och gjorde dagen möjlig.

Rita Fernholm
Ordförande, SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd, Boo vårdcentral, Nacka
Doktorand Karolinska Institutet
rita.fernholm@gmail.com

Christer Rosenberg
Medlem av SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd, Senior Medical Advisor
rosenberg.christer@outlook.com

Jäv: Rita Fernholm: saknas.

Christer Rosenberg: Senior rådgivare åt regioner, kommuner samt företag, för närvarande Cuviva AB.

Programmet från dagen och powerpointpresentationer finns tillgängliga på SFAM-Q:s hemsida. Gå gärna in där, ladda ner och visa i läkarnätverk, på läkarmöten och på APT:n för vidare diskussioner. SFAM-Q:s hemsida hittas på: http://sfam.se/foreningen/rad/kvalitets-och-patientsakerhetsradet-sfam-q/.

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi (SFMP) inbjuder till

Nationell Balint-konferens

Växjö 24-25 april 2020

Fullständigt program och anmälningsblankett
på www.sfmp.se; www.balint.se

Tema: "Sörjande inom sjukvården
Hur kan vi förstå sorg - vår egen och andras
- i möten med patienter och anhöriga?"

Plats: Biskopsgården Östrabo, Växjö

Inledande föredrag av Inger Benkel och Henry Jablonski
och arbete i parallella smågrupper.
En grupp för Balintledarskaputveckling kommer att erbjudas intresserade.
Förmöte fm. 24 april: studiecirkel för Balintledare

Förfrågningar: info@sfmp.se

Nu är det inte långt kvar till …

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2020

13-15 Maj, Åre

TEMA: HÅLLBARHET 2.0

Varmt välkommen till ett inspirerande och brett kongressprogram!

Nyhet i år: Pre-kongress 12 maj för ST och nyblivna specialister.

Keynote speakers: Anders Anell m.fl, Jonna Bornemark, Henrik Vogt och Lindsey Fitzharris. Dessutom spännande workshops och föreläsningar med bl.a. Naprapat-Jonas och nätverket Vem Tar Hand om Doktorn?

Mer info och uppdaterat program på kongressens webbplats.

Anmäl dig idag på **www.sfam2020.se**

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Snart stundar kongressen!

– Hallå där Simon Carlquist, medarrangör för Svensk Allmänmedicinsk Kongress. Hur går arbetet med kongressen så här i januarimörkret? frågade chefredaktören. Så här blev mitt svar:

Det går framåt! Anmälningarna trillar in och flera utställare är klara för medverkan. Vi har redan ett väldigt intressant preliminärt program med både bredd och djup.

Fyra keynote speakers är klara för medverkan hittills. Det är filosofidocenten **Jonna Bornemark**, docent i filosofi, flitig radiogäst och författare till boken *Det omätbaras renässans*.

Sedan är det **Lindsey Fitzharris**, kanske lite mindre känd här hos oss men hon är medicinhistoriker utbildad vid Oxford och ligger bland annat bakom Youtube-kanalen *Under The Knife* på samma tema.

Och så norske **Henrik Vogt**, fastläkare och forskare inom området systemmedicin, en kritiker av överdiagnostik och det som ibland går under begreppet ”Too much medicine”. Det tror jag blir jättespännande att få lyssna till.

Nytillkommen är **Anders Anell** från Lund som blev årets kommunalekonom 2014 för att han satt sig in i styr- och ersättningssystemen. Han har förstått primärvårdens och allmänläkarnas roll för sjukvården.

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2020

13-15 Maj, Åre

Vi jobbar även på ytterligare något eller några namn som ännu är lite hemliga. Sen är det förstås också en uppsjö intressanta föredrag och workshops som många av våra kongressdeltagare bidrar med. Vi är långt ifrån klara ännu och fler namn presenteras säkert innan den här tidningen når läsarna.

Simon Carlquist
ST-läkare
Myrvikens Hälsocentral
simon.carlquist@regionjh.se

Jonna Bornemark

Lindsey Fitzharris

Henrik Vogt

Anders Anell

We can do it! *eller* Att återta makten över verksamheten

SFAM Östergötland anordnade en novembereftermiddag ett temamöte. Inbjuden gästföreläsare var Minna Johansson, distriktsläkare i Uddevalla och medicine doktor. Ett hundratal gäster bänkade sig för att lyssna till vad som skulle bli en otroligt inspirerande föreläsning i att förstärka vårt kollektiva allmänmedicinska självförtroende. Bakom sig hade föreläsaren på den stora duken projicerat upp den klassiska amerikanska 40-talsaffischen där en arbetarkvinna visar sina muskler och ser bestämd ut.

Minna Johansson är känd för många tack vare sin uppmärksammande avhandling från 2018 som handlade om bl.a. bukaortascreening. Hon talade inte så mycket om just denna forskning utan drog istället en exposé över forskning, vetenskapliga studier och statistikens tolkningsmöjligheter samt misstag som kan göras i dess anda. En vetenskapligt korrekt grund är så viktig för att det som t.ex. politiker beslutar om ska leda till något bra och vara till patientens fördel istället för att bara vara ett beslut som inte leder till något, vilket kanske ofta är fallet.

Minna Johansson presenterade sin avhandling på SFAM-kongressen 2019. "We Can Do It!" är en amerikansk affisch från andra världskriget. Den gjordes av J. Howard Miller 1943 för Westinghouse Electric för att inspirera de kvinnliga arbetarna till hög arbetsmoral.

Minna berättade att i många medicinska expertgrupper saknas det allmänmedicinska perspektivet och kompetensen, och med enbart sjukhusspecialisternas synsätt kan det bli felaktigt utformade rekommendationer. Det är mycket viktigt att den allmänmedicinska kompetensen också tas till vara vid utformandet av riktlinjer och vårdprogram eller behandlingsrekommendationer. Annars kan alldeles för specifika åtgärder rekommenderas på för stora, ganska friska grupper människor vilket kan leda till biverkningar och medikalisering. Med enbart sjukhusspecialister i expertgrupper förbises lätt det faktum att de allra flesta patienter som söker vård i första hand har kontakt med vårdcentralen. Många av dessa patienter har mer än ett problem och flera kroniska sjukdomar medan riktlinjerna är utformade för den med ett isolerat typiskt tillstånd – alltså en patient som sällan ses i verkligheten. Därmed passar ej vissa undersökningar för en stor del av dem trots att de rekommenderas allmänt.

Minna pratade om hur vi allmänläkare borde och kan verka enligt vetenskapen, och att vi borde återta makten över verksamheten. Många beslut fattas och det kan tyckas att vi bara har att följa dem. Men! Vi kan säga nej till det som vi inte tycker är relevant att göra, vi kan säga nej till beslut som expertgrupper och politiker har tagit gällande både det ena och det andra. Vi borde bara göra det som vi själva kan stå för och som är relevant för patienten vi har framför oss.

Det kan gälla saker som att t.ex. låta bli att utföra något enligt ett visst vårdprogram, eller att utreda på annat sätt än att skicka remiss för standardiserat vårdförlopp. Algoritmerna gör att vår kunskap och kliniska blick åsidosätts, och själv tycker jag ibland att det känns som att jag bara följer ett recept till punkt och pricka, utan att få möjligheten att reflektera eller göra min egen bedömning. Jämför med när du (om du är sådan till sättet) lagar mat utifrån recept – åtminstone jag formar alltid receptet enligt min egen känsla och smak och ser receptet mest som inspiration.

Minna är en populär föreläsare, tacksam att lyssna till och hon gör det svåra lättbegripligt. Hon använder på ett tydligt sätt vetenskapliga studier och statistik som stöd för det hon pekar på, och det är inte det minsta svårt att förstå vad hon menar eller säger. Tänk så många gånger man har suttit och lyssnat på torra referat av studier, metoder, analyser – utan att ens egentligen ha förstått vad syftet är … Men varm västkustintonation och vänligt leende säger hon något så självklart som att vi ska vara stolta över att vi är specialister i allmänmedicin och att vi ska lita på vår egen kunskap och känsla.

En annan sak som hon poängterar är vikten av att verka i fristående, oberoende anda. Om någon har ekonomiska intressen eller samröre med t.ex. läkemedelsbranschen eller annan vinstdriven verksamhet – vad kan man dra för slutsatser då? Vad har vi för oberoende, saklig, vetenskaplig grund att förlita oss på i dessa fall?

Efter föreläsningen stannade många av oss kvar för årsmöte i lokalföreningen samt efterföljande middag. Det var en härlig stämning i det vackra huset, vi var diskussionslystna och många samtal fördes om hur vi skulle kunna ändra på våra arbetssätt. Stämningen kändes kreativ och en stolthet anades i luften! We can do it!

Jäv föreligger ej.

Malin Öborn
ST-läkare
Vårdcentralen Åby, Norrköping
malin_oborn@hotmail.com

Vad gör SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling?

Josabeth Hultberg berättade för Karin Lindhagen i en telefonintervju i november 2019

SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling, SFAM-H, är det nyaste av SFAM:s tio råd, bildat 2017. Det inspirerades av den internationella diskussionen om överdiagnostik och att välja klokt (”Choosing Wisely”). Samtidigt bygger det vidare på traditionen från SFAM:s nedlagda läkemedelsråd, som arbetade i många år med kritisk granskning av studier och information om läkemedel och för att stödja en evidensbaserad läkemedelsförskrivning.

Initiativet till det nya rådet kom från Hanna Åsberg under hennes tid som ordförande i SFAM. Minna Johansson fick i uppdrag att vara ordförande i rådet och att rekrytera medlemmar. SFAM-H består nu av nio medlemmar i olika åldrar och med bakgrund inom både forskning och klinisk verksamhet. Hálfdán Pétursson har tagit över som ordförande.

Policydokumentet *”Överdiagnostik och annan överanvändning av medicinska metoder”* bildar underlag för rådets arbete. Det finns också internationella versioner av detta dokument, antagna av Nordic Federation of General Practice (NFGP) och WONCA Europe. Rådet ska bidra till att sätta överdiagnostik på agendan hos allmänläkare, andra läkare, sjukvårdsmyndigheter, media och allmänheten, för att stimulera till samhällsdebatt och bidra till bättre användning av sjukvårdens tjänster.

Internationellt drivs dessa frågor bland annat under beteckningarna ”Choosing Wisely” och ”Preventing Overdiagnosis”, och rådet har på sin hemsida länkar till motsvarande initiativ i andra länder såsom Norge, Storbritannien, Kanada, USA och Australien. Inom Cochrane är ”Sustainable Healthcare” ett av ett dussin temaområden.

Rådet har som ambition att sprida kunskap om hur man kan kritiskt granska och förhålla sig till metoder för diagnostik och behandling. Man vill öka medvetenheten om mekanismerna bakom och konsekvenserna av överdiagnostik, och förstå hur det kan leda till undanträngningseffekter som gör att andra sjukdomstillstånd och hälsoproblem kommer i skymundan. Rådet träffas 5–6 gånger om året och har dessemellan e-postkontakt.

Rådet höll ett symposium om standardiserade vårdförlopp på SFAM:s kongress i Borås 2019, har medverkat vid utbildningsmöten för allmänläkare och ST-läkare, och på andra sätt informerat om hur man gör kloka val. En checklista som allmänläkare kan använda som bas för diskussioner inom området är på gång.

Från vänster Malin André, Ulrika Elmroth och Hálfdán Pétursson

Josabeth Hultberg och Jonas Sjögreen.

Rådet har också bistått styrelsen med synpunkter, till exempel med remissvar om standardiserade vårdförlopp och om SKL:s projekt för organiserad PSA-testning.

– Det är bra att ha en kombination med några gamla rävar som har erfarenhet från klinisk verksamhet och forskning och från styrelsearbete, några yngre engagerade kollegor, och så någon som är i ålder mittemellan. Då blir det en bra generationsväxling. Arbetet i rådet är stimulerande och vi har roligt tillsammans, säger Josabeth Hultberg.

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SFAM:s råd
SFAM har tio fasta arbetsgrupper som kallas råd. De bevakar och driver viktiga frågor inom sina intresseområden samt biträder styrelsen med underlag för remissvar och beslut. Vi inleder här en serie artiklar om råden för att visa medlemmarna vad som händer i SFAM.

Medlemmar i SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling

Hálfdán Pétursson, ordf.
Malin André
Ulrika Elmroth
Minna Johansson
Josabeth Hultberg
Jan Håkansson
Oskar Lindfors
Jonas Sjögreen
Staffan Svensson

Du hittar kontaktinformation på SFAM:s hemsida **www.sfam.se**

Ordna en utbildning
Vill du ha hjälp med en lokal eller regional utbildningsinsats om hållbar diagnostik och behandling kan du höra av dig till SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling via SFAM:s hemsida, www.sfam.se under menyrubrik Föreningen, eller genom sökfunktionen.

Stort behov av utbildningsplatser för utländskt utbildade läkare

Snart har de sista läkarna från den stora fyrtiotalskullen gått i pension, samtidigt som gruppen vårdkrävande multisjuka växer sig större. Att vi behöver fler läkare i allmänhet och allmänläkare i synnerhet om vi ska kunna fortsätta med den höga och växande standard vi har är väl kända fakta. Det är en av anledningarna till att läkarutbildningen byggts ut.

I Sverige anser vi att läkare ska ha specialistkompetens [1]. Vi vill inte tillbaka till den tid när det fanns en kader av långtidsvikarierande underläkare utan specialistkompetens.

Det kostar det en tiondel att vidareutbilda en läkare med utländsk legitimation, jämfört med vad en svensk läkarutbildning kostar [2]. Läkare brukar bli långvariga i Sverige, så investeringen är väl värd [3].

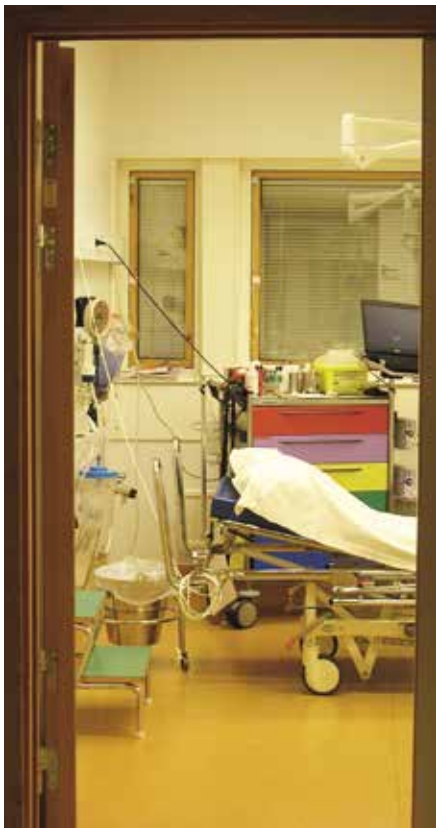


Foto: *Katarina Liliequist*

År 2018 legitimerades 2 306 läkare varav 1 186 utbildats i Sverige, 853 i övriga EU/EES och 267 utanför EU/EES (källa Socialstyrelsen). Att 50 % av nya läkare är utbildade i andra länder och att de flesta av dem behöver extra utbildningsinsatser kan vi inte blunda för.

Samtidigt som antalet med läkarexamen ökar i Sverige så ökar antalet svenskt eller utländskt födda legitimerade EU-läkare som vill specialisera sig här. Därtill kommer cirka tusen svenska studenter i Polen som behöver AT för att bli legitimerade [4]. Det innebär att antalet läkare som kommer att behöva AT, BT och ST ökar. Det behöver också tillskapas utbildningstjänster före BT för utländska läkare, då deras utbildning skiljer sig mycket från vår.

Läkare utbildade i tredje land (utanför EU/EES) har fått köa för att få sin svenska legitimation [5]. Det kunde ta sju eller åtta år till legitimation. För specialister räckte det med sex månaders godkänd provtjänstgöring, förutom språkkunskaper och författningskurs. Övriga fick göra det s.k. TULE-provet som hade en klinisk och en praktisk del inom medicin, kirurgi, psykiatri, gynekologi och pediatrik.

Flyktinginvandringen 2015 satte det hela på spets, och nya vägar till legitimation togs fram. Nu finns några läkare som klarat det på två år [6].

Det kommer att finnas sex olika utbildningar parallellt: AT, BT för EU-läkare, BT för läkare utbildade i Sverige, samt tre olika ST-system. Det ställer stora krav på utbildningsenheter, vårdcentraler, handledare.

Den 1 juli 2020 upphör regionernas skyldighet enligt lag att tillhandahålla AT-tjänster [7]. År 2019 saknades det enligt SYLF 290 AT-platser. Samtidigt görs besparingar inom många regioner, framför allt dem där allmänläkarbristen är som störst, genom att inte tillsätta AT- och ST-tjänster. Antalet planerade BT är lågt i förhållande till behovet. Det är också svårt att få fram auskultations- och praktiktjänster på alla nivåer.

Det finns stor risk att vi får en stor grupp av legitimerade läkare utan adekvat utbildning som utan handledning vikarierar som underläkare, åker runt som stafettläkare eller anställs av nätläkarföretagen. De kommer att vara billigare i drift än de organspecialister som eventuellt avskedas från sjukhusen i storstäderna.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. Politikerna måste ta ansvar för bristen på specialistläkare. Läkartidningen. 2020;117:FYS7
2. Edström J. Vad kostar en akademiker? En jämförelse av utbildningskostnaden för en svensk-född och en invandrad akademiker. SACO 2015. ISBN: 978-91-88019-02-8
3. De är många och de är trogna. Sjukhusläkaren 14.12.2015. Hämtat 11.1.2020. https://www.sjukhuslakaren.se/de-ar-manga-och-de-ar-trogna-2/
4. Färre vill plugga till läkare i Polen. Läkartidningen. 2019;116:FW6F
5. Tusentals köar för en svensk läkarlegitimation. SvD 11.7.2016. Hämtat 11.1.2020. https://www.svd.se/tusentals-koar-for-en-svensk-lakarlegitimation
6. Snabbare väg till vårdjobb. Barometern 28.4.2017. Hämtat 11.1.2020. http://www.barometern.se/debatt/snabbare-vag-till-vardjobb/?stopredirect
7. SFS 2018:1997. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Gör din beställning av extra nummer i god tid. Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

Läkartidningens seminarium:

Väntetider för legitimation behöver förkortas

Den 7 november 2019 bjöd Läkartidningen in till en späckad eftermiddag om nyanlända läkare. Här fick vi information om vad som pågår liksom möjlighet att diskutera problem och lösningar.

Tobias Nässén, regionråd för valfrihetsfrågor i Region Stockholm ansåg att kompetensförsörjningen inom sjukvården är en avgörande fråga för framtiden. Regionen bidrar med 9 miljoner kronor för praktiska tjänstgöringar, trots att budgeten är tight.

Publiken påpekade att praktikplatserna är det stora problemet. Från Lunds universitet meddelade man att det nu inte finns något avtal om KUL-utbildning. Alla kan säga nej, och man kommer inte att kunna ta in lika många i programmet.

Acko Ankarberg-Johansson. **Foto:** *Ingrid Eckerman*

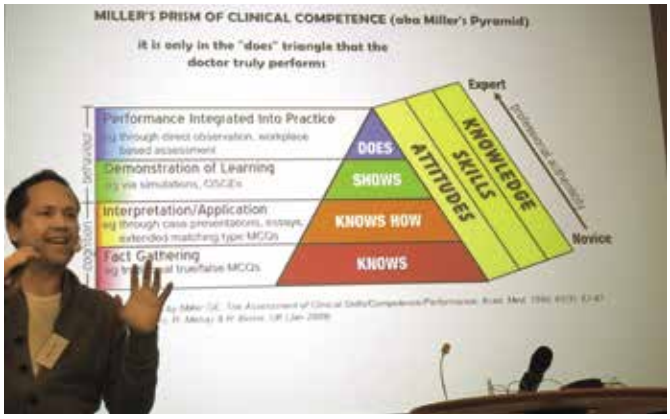
Acko Ankarberg-Johansson, ordförande för riksdagens socialutskott, sade att vi har en moralisk skyldighet att hjälpa människor på flykt. Hon ansåg att rätten till fortbildning ska vara lagstadgad för yrken med legitimation. För närvarande har bara sex av 21 regioner pengar avsatta för fortbildning. Hon talade också om statens och regionernas ansvar. Idag vet vi inte hur många som arbetar inom sjukvården.

Åsa Wennberg, enhetschef för behörighetsfrågor på Socialstyrelsen, berättade om vägen till legitimation. Socialstyrelsens väg, via kunskapsprov, praktiktjänstgöring och författningskurs, är tänkt vara den snabbaste. Därtill finns vägen via kompletteringsutbildning plus AT-tjänstgöring.

Utmaningar på vägen är bl.a. tillgång till kliniska träningscentra inför kunskapsprovet och platser för praktisk tjänstgöring. Ett tillfälligt uppehållstillstånd och svårigheter att få försörjningsstöd kan göra det svårare att klara kunskapsprovet.

Ungefär 900 läkare utbildade utanför EU ansöker varje år om legitimation. Många som gör kunskapsprovet har inte tillräckliga kunskaper. Vad händer med dem? Kunskapsprovet handlar om patientsäkerhet.

Magnus Hultin från Umeå universitet, som hittills ansvarat för kunskapsprovet, poängterade att det handlar om att verifiera att läkaren har tillräckliga kunskaper. Hur hittar man dem som inte bör få legitimation?



Magnus Hultin. **Foto:** *Ingrid Eckerman*

Provet förutsätter en god läsförståelse på svenska. Tolkning av en vetenskaplig artikel ersätter det vetenskapliga arbete som svenska studenter gör och är en test av engelskkunskaperna. Det är totalmixen av frågor man blir godkänd på.

En förberedelsetid behövs mellan det teoretiska och det praktiska provet. Yngre läkare klarar det teoretiska provet bättre än äldre, men för det praktiska provet finns inga skillnader. Frågorna testas på läkare som är aktiva på läkarutbildningen, och de stäms av på AT- och ST-nivån.

Sören Berg, anestesiolog vid Linköpings universitet, talade om kompletteringsutbildningen (KUL). Varje år får 200–250 läkare med utbildning från tredje land svensk legitimation. Flera utredningar har pekat på långa tider, 4–8 år, till legitimation.

Det viktiga är inte legitimationen utan när man kommer i arbete. Bristande språkkunskaper är ett stort problem som slår igenom överallt. Därtill kommer bristande kunskaper i

Sören Berg. **Foto:** *Ingrid Eckerman*

vårdkultur och behov att uppdatera sina kunskaper. Träningen handlar om samtals- och undersökningsteknik.

Man gör personen en otjänst om hen inte har tillräckliga förutsättningar för att klara jobbet. Även på AT-skrivningen underkänns många läkare utbildade utanför Norden.

Kompletteringsutbildningen för läkare med utländsk examen, ”KUL”, startade 2009. Nu finns cirka 100 platser på fem universitet. Den kombinerar teoretisk och praktisk utbildning med AT som mål.

Kunskapsprovet blir nu urvalsinstrument, dvs. man ska ha fått goda poäng för att komma in på KUL. I Östergötland finns ett kontrakt med universitetet om antal platser för praktiktjänstgöring. Ändå är det mycket arbete att få fram dessa.

Utbildningen syftar till att tillvarata och utveckla egen kunskap och egna färdigheter. Gruppen är heterogen sett till ålder, tidigare arbete, kultur och språk. Det ställer krav på tät kontakt och individualisering.

Efter 2014 har söktrycket ökat. I Linköping får nära 100 % godkänt resultat på kursen eller kunskapsprovet. Genomsnittstiden från slutet av KUL i Linköping till vikariat är 8 månader, till start av AT 1,5 år och till legitimation 3,5 år.

Utmaningarna framöver är osäkerheten beträffande dimensioneringen. Vägen behöver fortfarande förkortas, framför allt beträffande språket. När AT försvinner måste KUL göras om. Önskvärt är att man förändrar den kompletterande utbildningens plats i en gemensam väg för alla.

Stina Hållsten, Södertörns högskola, leder en intensivkurs i medicinsk svenska och medicin för läkare med examen från tredje land. Den startade 2016 som ett privat initiativ från en grupp svenska läkare för att underlätta för asylsökande kollegor att komma fram till svensk legitimation. 2019 började tredje omgången i samarbete med Svenska Läkaresällskapet.

Utbildningen på 12 månader innefattar svenska, medicinsk kunskap och auskultation i sjukvården. I språkundervisningen ingår uttalsträning med logopeder. Många klarar C1-provet. Stina Hållsten tror att det beror på att läkarna blir bättre motiverade genom att de får ta vara på sin yrkesidentitet i stället för en uppgiven väntan på flyktingidentitet. De träffar svenska praktiserande läkare, blir bemötta som kollegor och kommer i kontakt med sjukvårdens verklighet. Att kursen äger rum på en högskola bekräftar dem som kvalificerade akademiker.

Utbildningen har fokus på samtal. Ju bättre uttal man har, desto bättre förstår man grammatiken. Brytning accepteras, men intonation och satsmelodi måste vara rätt för förståelsens skull. Sje-ljuden är svåra. Ofta klarar man B1 efter fyra månader.

Anders Rüter från Sophiahemmet visade en bild av hur allt började: En föreläsningssal var fylld med förhoppningsfulla nyanlända läkare. Vad fick de höra? ”6 000 har ansökt om läkarlegitimation sedan 2015. Det tar 6–7 år att få sin legitimation godkänd. Max 3 försök att göra kunskapsprovet.”

Redan 2016, i samarbete med Läkarförbundet, startade man en introduktionskurs. Teorin lärs ut genom seminarier och föreläsningar. Färdighetsträning sker enskilt och i team på kliniskt träningscentrum, med standardiserade patienter. Auskultationen sker i huvudsak vid Sophiahemmet. Kursen ger 18 högskolepoäng.

Sam Yildirim. **Foto:** *Ingrid Eckerman*

Sam Yildrim, länsstyrelsen i Stockholm, har lång erfarenhet av att hjälpa invandrare i arbete. Han menar att akademikerna måste få jobb på sin nivå så att de lågutbildade får de enkla jobben. Svenska språket måste få ta tid. Programmet ska vara sömlöst – ”nu är det sömnlöst”. Väntetiderna mellan de olika insatserna måste kapas.

Han berättade om SfM, svenska för medicinutbildade, som går igång i Huddinge vårterminen 2020. Förutom mer praktik ska den vara kultur- och forskningsnära.

Sams önskeidé är ett Welcome House, en fysisk centralt placerad plats som kompletteras av en virtuell organisation. Här ska guider finnas som informerar och vägleder om arbete, försörjning, utbildning mm. Aktörernas samarbete möjliggör effektivisering. ”Två timmars besök i stället för två år av letande.”

Susana Tiamsson och **Aiman Elmansuri** presenterade den nybildade Internationella läkarföreningen i Sverige, ILF. ILF har idag cirka 100 medlemmar från 33 länder, som talar 38 språk. Merparten är unga, många är specialister eller har forskarexamen. Föreningen vill vara representerad på alla steg i legitimationsprocessen.

De lyfte studiecirklarna i Uppsala (sid. 35) som förberedelse för kunskapsprovet och förkorta tiden i ”väntrummet”. Det ska var rimliga villkor för att komma ut i arbetslivet utan att äventyra patientsäkerheten. Man förespråkar strukturerade spår som bevarar den kliniska kompetensen. Genom en strukturerad praktiktrappa och föreläsningar ska man uppnå relevanta språkfärdigheter liksom lära sig rutiner och riktlinjer.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Vägen till svensk legitimation

Läkare med utländsk utbildning kan delas in i tre grupper:
- **De som vuxit upp i Sverige men utbildat sig i annat EU/EES-land (”EU-läkare”).**
- **De som vuxit upp och utbildat sig i annat EU/EES-land (också ”EU-läkare”).**
- **De som vuxit upp och utbildat sig i ”tredje land”, dvs. utanför EU/EES.**

Illustration: Annika Andén

Vägen till legitimation och specialisering ser olika ut för dessa grupper.

Syftet med vägen till legitimation enligt Socialstyrelsen är kunskaps- och lämplighetskontroll med fokus på patientsäkerhet. Sökande ska kunna visa att man har de kunskaper och färdigheter som krävs för att jobba självständigt i yrket. De grundläggande och allmänna kunskaperna för att få legitimation ska uppfyllas.

EU-läkare

Läkare utbildade i EU/EES eller Schweiz kan, enligt EU-direktivet, få legitimation utan komplettering. Socialstyrelsen kontrollerar att man har erkända yrkeskvalifikationer.

För att arbeta som läkare måste man ha kunskaper i svenska, danska eller norska motsvarande betyg C1 enligt europeisk standard. Kunskaper i svenska författningar krävs ej.

Läkare utbildade i tredje land

Socialstyrelsen gör en individuell bedömning av varje person som ansöker om svensk läkarlegitimation. Det finns tre möjliga vägar till legitimation för läkare utbildade utanför EU/EES.

Vägen via socialstyrelsen

Den snabbaste, men kanske svåraste, vägen är via kunskapsprovet. Den innefattar följande steg:
- Godkända yrkeskvalifikationer, dvs. validering av tidigare utbildning.
- Kunskaper i svenska, norska eller danska motsvarande nivå C1.
- Godkänt teoretiskt och praktiskt kunskapsprov.
- Godkänd distanskurs i svenska författningar.
- Godkänd praktisk tjänstgöring på sex månader. I vissa fall kan den ersättas av allmäntjänstgöring (AT) eller bastjänstgöring (BT).

Vägen via kompletteringsutbildning

En väg för dem som inte klarat kunskapsprovet är kompletteringsutbildning för läkare (KUL) följt av AT eller BT [1]. Vid antagningen tas hänsyn till uppnådda poäng på provet och i vissa fall även ålder.

Kompletteringsutbildningen är ettårig och innehåller både teoretisk och praktisk utbildning. Stor vikt läggs vid svenska språket och kommunikation. Utbildningen ger 60 högskolepoäng och möjlighet till studiemedel. Utbildningarna finns i Stockholm, Göteborg, Örebro, Linköping och Lund.

Umeå erbjuder en tvåårig distanskurs som ger 120 högskolepoäng, inklusive 30 poäng medicinsk kommunikation på svenska och ett examensarbete på 7,5 poäng. Praktiken är 26 veckor i sluten vård och 26 veckor i primärvård.

Vägen via läkarlinjen

Den som inte har fullgjord utbildning tidigare kan söka in på läkarlinjen och den vägen få svensk legitimation.

Kunskapsprovet

Kunskapsprovet utformas av Umeå universitet och är både teoretiskt och praktiskt. Man har rätt att göra tre försök. Det teoretiska provet måste vara godkänt innan man får gå vidare till det praktiska.

Den teoretiska delen, med inslag på engelska, har ifrågasatts [2, 3, 4, 5, 6]. Det anförs att det innehåller många preliniska frågor som erfarna specialister har svårt för, men även att det innehåller frågor på ST- eller specialistnivå. Språket anses för avancerat och tiden för pressad. Nivån för godkänt har flera gånger legat på runt 10 % men även upp till 30 %.

De som sätter ihop provet hävdar att provet mäter basvetenskaper som är en nödvändig grund för alla. För dem som klarar provet är det ett snabbspår ut i sjukvården. Kraven bör vara desamma på alla läkare, oavsett var de är utbildade [7].

Bastjänstgöring

I den nya läkarutbildningen ersätts AT före legitimation av bastjänstgöring (BT) efter legitimation, som en inledande del av ST. Under en övergångsperiod kommer de båda systemen att finnas parallellt. Under många år blir det i huvudsak läkare med utländsk utbildning som gör BT.

BT är 6–12 månader lång, varav minst tre månader primärvård är obligatoriskt. De tio lärandemålen är uppbyggda kring tre teman: kunskap, kompetens och förhållningssätt.

Många svenska ungdomar som inte kommer in på läkarutbildningen i Sverige har valt att utbilda sig i andra EU/EES-länder, framför allt i det forna östblocket. De har, liksom

Illustration: Annika Andén

övriga EU-läkare, saknat den här möjligheten att skolas in i den svenska sjukvårdens praktiska verksamhet.

Bastjänstgöringen för utländskt utbildade läkare kommer troligen att delvis ha ett annat innehåll än den som gäller läkare utbildade i Sverige, då de två grupperna har olika behov [8].

Specialistkompetens

Med fullgjord specialistutbildning i annat EU/EES-land kan man arbeta som specialist i Sverige om specialiteten finns i Sverige och ingår i de 52 specialiteter som anges i EU-direktivet. Om man vill göra sin specialistutbildning i Sverige måste man från 1 juli 2019 först göra bastjänstgöring (BT).

Den som har helt eller delvis fullbordad specialisttjänstgöring från tredje land måste göra en svensk ST-utbildning.

Introduktionsprogram

Detta gör inte anspråk på att vara en fullständig lista.

Nationell introduktionskurs på nätet

Karolinska Institutet har tagit fram en webbaserad introduktion till svensk hälso- och sjukvård. På kvartsfart tar den fem veckor att gå igenom.

Stockholm

Läkarförbundets fadderprogram i Stockholm riktar sig till utländska läkare som fått sin utbildning granskad av Socialstyrelsen och som kan delta i ett seminarium på svenska. Syftet är att faddern ska kunna vara ett bollplank och professionskollega. Programmet är sex månader långt, med tre gemensamma träffar. Varje fadder får ansvar för en eller två adepter.

Sedan 2017 finns ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Södertörns högskola och Svenska Läkaresällskapet (sid 17). Läkare och sjuksköterskor med examen från utanför EU utbildas i svenska och medicinsk svenska.

På Sophiahemmet startade 2016 i samarbete med Läkarförbundet en introduktionskurs för läkare utbildade i tredje land (sid 17).

Någon introduktionskurs i primärvården för EU-läkare eller för läkare från tredje land finns inte (sid. 37).

Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen finns programmen PLUS [9] och PLUS intro. PLUS riktar sig till redan anställda EU-läkare. PLUS intro handlar om språkutbildning och praktik för asylsökande och nyanlända.

Uppsala

I Uppsala finns kliniska introduktionskurser för EU-läkare, språkpraktik via kommunen och Arbetsförmedlingen samt enstaka praktikplatser inför kunskapsprovet för läkare utbildade utanför EU. Volontärer håller i en studiecirkel inför kunskapsprovet (sid. 35).

Lokala utbildningscentra

På Nässjö utbildningscentrum får läkare med utländsk utbildning intensiv handledning i allmänmedicin under fyra månader.

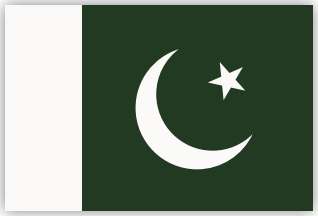
Norrbottens kompetenscentrum har hämtat mycket inspiration från Nässjö (sid. 26).

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. Nilsson G et al. KUL fyller i kunskapsluckor. Läkartidningen 2018;115:E9SP
2. Kunskapsprovet fyller inte sin funktion. Läkartidningen. 2017;114:EXAF
3. Kunskapsprovet för läkare från icke EU-land – gör om, gör rätt. Läkartidningen 2017;114:EW3U
4. Kunskapsprovet - tuff barriär för läkare utbildade utanför EU. Läkartidningen 2019;116:FL3C
5. Sverige ställer orimliga krav på utländska läkare. Dagen Samhälle 8.4.2019. Hämtat 11.1.2020. https://www.dagenssamhalle.se/debatt/sverige-staller-orimliga-krav-pa-utlandska-lakare-27024
6. Provet som underkänner varannan läkare får kritik. Fokus 16.1.2020. Hämtat 24.1.2020. https://www.fokus.se/2020/01/provet-som-underkanner-varannan-utlandsk-lakare-far-kritik/
7. Patientfarligt med låga krav på läkare. Dagens Samhälle 12.4.2019. Hämtat 11.1.2020. https://www.dagenssamhalle.se/debatt/patientfarligt-med-laga-krav-pa-utlandska-lakare-27137
8. Reflektioner från BT-pilotprojekten i Region Dalarna & Värmland. Marcus Carlsson, Region Dalarna, oktober 2019. Hämtat 11.1.2020. https://slf.se/app/uploads/2019/10/bt-pilotprojektet-i-dalarna-varmland-sr-konf-191022.pdf
9. Program för EU-utbildade läkare överbryggar kulturella skillnader. Läkartidningen 2016;113: D4FL

Från en by i Pakistan till Västerhaninge



Jag heter Kiran Khiani. Jag föddes 1976 i Shadadkot, en liten by i Pakistan där man inte hade någon möjlighet att få vård eller tillgång till sjukhus. Man behövde åka mer än 3–4 timmar för att komma fram till det närmaste sjukhuset.

Min mamma var gravid med mig och min tvilling. Ingen visste om min tvillingbror som låg i mammas mage. Tillsammans med fosterhinnorna fick min mamma föda min tvillingbror utan någon hjälp och den okunniga barnmorskan sa till min farmor att mamma skulle föda ett djur. Men min farmor såg små fötter under hinnan och man öppnade den och hittade en pojke – min tvillingbror som dog efter två veckor.

Min mamma berättade att när jag var liten sa alla på byn till min mamma att jag var en häxa som hade ätit upp min lille tvillingbror. Dom hotade och hatade mig när jag bara var 3–4 veckor gammal. Då bestämde min mamma sig för att flytta därifrån tillsammans med min pappa. Det var det största beslut som togs av min mamma och det var inte lätt. Vi flyttade till stora huvudstaden Karachi. Där började min resa och möjlighet till medicinsk karriär.

> **"Alla på byn sa till min mamma att jag var en häxa som hade ätit upp min lille tvillingbror."**

Det var inte lätt att utbilda sig som läkare i Pakistan när man är fattig och tillhör en minoritets grupp (hindu). Det var min mamma som hade den starka önskan och en dröm att jag skulle bli läkare. Mycket kämpande av min mamma. Tidigt fick jag arbeta. Jag sydde kläder, hjälpte barn med läxor. På så sätt fick jag pengar till min utbildning till läkare.

Som legitimerad läkare i hemlandet arbetade jag drygt sex år på ett sjukhus med 450 platser för urologi och njurtransplantation i Karachi.

I våra kultur är det föräldrarna som bestämmer vem man ska gifta sig med. Då min mamma inte längre levde blev det min pappa som ordnade så att jag gifte mig med en pakistansk man som sedan länge bodde i Sverige. Han kom hit för att plugga och gick på KTH för sin magisterexamen.

Jag kom till Sverige januari 2009 efter att ha gift mig i Pakistan. Mitt första steg till jobb i Sverige var inte lätt. Viktigast var språket. Jag studerade svenska som andra språk på gymnasienivå. Utbildningen var inriktad mot vårdpersonal med utländsk vårdutbildning och var en del av SFA, svenska för akademiker. Det var två års utbildning.

Under språkutbildningen tog jag ett studieuppehåll, då fick jag vårt första barn april 2010. Jag började komplettera språkutbildningen med olika nationella språkprov och författningskurser för läkare. I Stockholm fick jag också auskultera på gynekologmottagning i Stockholm och på urologmottagning på Danderyd sjukhus flera veckor innan jag fick börja provtjänstgöring inom urologi.

Från september 2013 började jag arbeta som provtjänstgörande läkare inom urologi på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och fick min svenska läkarlegitimation mars 2014. Sedan första april 2014 arbetade jag på en vårdcentral som en vikarierande läkare och fick även börja min ST inom allmänmedicin.

Det var flera anledningar att jag valde att bli allmänläkare. Dels var det ett helt annat system när det gäller urologi i Sverige. Här delar man olika patienter vid olika mottagningar. Jag menar kvinnlig urologi separat, barn urologi separat, njurmedicin separat, njurtransplantation separat och så vidare.

Jag fick veta att om jag skulle vilja bli urolog i Sverige behövde jag gå igenom ett helt jourtungt ST-block med sju års utbildning, fem år urologi och två år allmän kirurgi. Det var också mycket svårt att hitta en ST i urologi i Stockholm.

Jag började arbeta på vårdcentral som vikarie med tanke om att utvärdera efter några månader och eventuellt byta, men jag började trivas så mycket och fick även påbörja mitt ST. Det är väldigt rolig att arbeta inom primärvården. Här får man träffa olika typer av patienter med olika åldrar, från en dag och uppåt, och med varierande symptom. Lång tids uppföljning och uppskattning av patienter för att träffa mig flera gånger. Det har en stor betydelse för mig. Här jobbar man mycket självständigt och detta innebär både stort ansvar men samtidigt stor frihet i form av inget jourarbete och så vidare.

Jag fick vårt andra barn april 2016 och då var jag föräldraledig ett och halv år. Jag började arbeta igen efter föräldraledig från augusti 2017.

> **"När jag började arbeta i Sverige inom primärvården var tid den svåraste punkten."**

Min reflektion om allmänmedicin som specialitet är att den är en mycket bred och väldigt bra specialitet där man anlägger en helhetssyn. Man fokuserar inte bara på ett organ eller ett symptom utan man tänker brett. Jag gillar tanken på att man pratar om livsstil, kost och motion. Att jag har möjlighet

att följa patienterna över tid samt att det är varierande åldrar och många olika diagnoser – både akuta och kroniska. Det är mycket rolig att arbeta som allmänläkare.

Vissa saker är mindre bra. Jag har inte kontroll över bokning av patienter. En del behöver mer tid och andra mindre. Det administrativa systemet gynnar inte alltid patienten. Kanske för mycket ekonomiskt tänkande ibland.

Nyligen flyttade jag min ST till AKKA vårdcentral i september 2019. Just nu är jag i slutet av min ST. Jag trivs mycket bra och blir snart klar med min ST i allmänmedicin. Jag utvecklar varje dag min medicinska kompetens genom att träffa flera patienter på vårdcentral, arbetar hela tiden självständigt och följer upp patienter under längre tid.

Jag utvecklar min förmåga till kommunikation genom att prata med patienter och kollegor. Vetenskaplig kompetens utvecklar jag genom att läsa litteratur på nätet, olika tidskrifter och artiklar på PubMed. Jag har också skaffat flera böcker som jag försöker läsa nästan varje dag. Något som varit positivt för min utveckling och mitt självförtroende är att jag flyttade min ST från norr till syd förra året.

"Om man är motiverad och gärna vill fortsätta sin karriär inom vården finns det inte så många hinder."

När jag började arbeta i Sverige inom primärvården var tid den svåraste punkten. Man har väldigt kort tid att styra sin mottagning, dels p.g.a. patienterna har många krav, folk kommer med sina diagnoser. Man hinner knappt att förklara eller övertyga patienter när det gäller behandling. Tidsbrist var det största problemet för mig för att hinna med allt. Det bästa är att man har möjligheter att få jämlik vård, man alltid följer riktlinjer och vård brukar ges med respekt för alla människors lika värde.

Det finns en hel del skillnader inom hälsosjukvården mellan Pakistan och Sverige. Sverige är en välfärdsstat där man har byggt upp ett rättvist sjukvårdssystem där alla är likvärdiga, mycket hårt reglerat och jämställt. Alla har rätt till lika sjukvård oavsett vem man är. Plånboken styr inte kvaliteten på vården vilket är den största skillnaden. I mitt hemland finns många privata vårdgivare som sitter överallt och om man har en tjock plånbok får man snabbare och bättre kvalitet av vård jämför med statlig finansierad vårdgivare. Mycket korruption.

I mitt hemland finns det lätt tillgång till flera sorter olika mediciner som man kan köpa utan recept. Om man har pengar köper man nästan allt utan någon kontroll.

Man tror mycket på mediciner och tänker inte på kroppens egen förmåga att läka. Man kan få mycket falska mediciner. Ingen reagerar eller kontrollerar. Vem som helst kan sälja mediciner på apotek. Inga regler som man följer. Som patient har man inget krav från sin vårdgivare. På grund av analfabetism litar man mycket på vården. Det finns mycket lätt tillgång till läkare eller mediciner. Man kan få snabb tillgång till specialister bara man har pengar.

Kiran Khiani.

De råd jag vill ge andra läkare som söker sig till Sverige är det viktigaste att fokusera på svenska språket och inte skynda att hitta jobb. Följa alla riktlinjer och regler från de stora myndigheterna. Om man är motiverad och gärna vill fortsätta sin karriär inom vården finns det inte så många hinder. Man behöver bara tålamod och tillit till sin egen kompetens och förmåga. För eller senare får man allt som man önskar. Om man följer alla krav från Socialstyrelsen steg för steg får man sitt drömjobb.

Jäv föreligger ej.

Kiran Khiani
ST-läkare
AKKA vårdcentral, Västerhaninge
kirandrnankani@gmail.com

Bastjänstgöring i Dalarna stöter på svårigheter

Telefonintervju med Linda Candell

På överenskommen tid blir jag uppringd av Linda Candell i Gagnef, studierektor AT allmänmedicin i Region Dalarna. Tillsammans med kardiologen Marcus Carlsson är hon ansvarig för pilotprojektet bastjänstgöring i Dalarna som löper från augusti 2019 till juni 2020. Jag hade hittade presentationen av projektet på nätet, och av den förstod jag att det inte var så lätt.

– Det var mycket tuffare än vi trodde det skulle bli, säger Linda. Av de fyra från Rumänien och Ungern som vi slutligen anställde som BT-piloter var det en som hade en svensk mamma. Hon kunde språket och det gjorde att det gick lättare att komma in i jobbet. För de andra tog det tid att komma in i det vardagsmedicinska språket.

Vad var det som var svårast?
– Språket kommer man in i med tiden. Värre är det med utbildningarna som skiljer sig starkt från den svenska. Jag tror inte man har sett det tidigare, då dessa läkare aldrig granskats. De har fått sin legitimation och satts att arbeta. När en person inte har fungerat har man nog trott att det beror på personen – inte på att hens utbildning har en lägre kvalitet. Om antagningen sker centralt finns möjlighet att se mönster, t.ex. vilka universitet läkarna kommer från.

– Det ställer stora krav på handledaren när utbildningarna är så olika och ger så olika kompetens att jobba självständigt.

BT är till för dem som ska specialisera sig. Men de som inte gör det?
– De behöver inte heller göra AT. De kan tassa runt som hyrläkare, jobba ensamma utan att få feedback.

Vad har pilotprojektet gett för erfarenheter?
– Vi behöver göra introduktionsutbildningen mycket mer omfattande än vad vi trodde tidigare. Vem gör vad i vården,

Linda Candell.

hur är sjukvården uppbyggd, hur dokumenterar vi, försäkringsmedicin, författningspsykiatri, lagar och regler. Det ställs numera krav på svenska C1, det gjordes inte tidigare. Men de läser inte författningskursen.

Borde distanskursen i författningar läggas till på samman sätt som svenska C1?
– Kanske borde arbetsgivaren kräva genomgången författningskurs? I så fall, finns tillräckligt många platser? Det är många från EU som ska in i systemet nu.

Vad är din åsikt om BT-systemet?
– Jag tycker det är bra med en strukturerad introduktion för alla. BT blir antagligen en tidsbegränsad anställning, det gör att man kan våga testa läkare på ett strukturerat sätt och att man inte måste vikariera länge innan för att visa vad kan. Det ger ett bättre utgångsläge för planering av ST.

När kommer de utländska läkarna kunna börja göra BT?
– De som får ut sin svenska legitimation efter 1 juli 2020 måste göra BT som del av sin ST. Men alla lärosäten utom Riga har examen bara i juni. De ska lämna in alla papper till Socialstyrelsen och får ut sin legitimation framåt hösten. Vi kan inte rekrytera förrän de har sina papper klara. Vi kommer att göra som flera andra regioner, starta upp BT efter årsskiftet. Då hinner vi också utvärdera piloten som det är stort intresse för.

Kommer ni att göra olika BT för dem som är utbildade i Sverige respektive utomlands?
– Vi vet inte än. Jag ser tre grupper: EU-läkare som inte kan språket, EU-läkare som kan språket och läkare som utbildats i Sverige. Även Socialstyrelsen tänker på olika grupper.

Blir det olika för dem som är utbildade inom respektive utom EU?
– Inte på gruppnivå. Men man måste göra individuella anpassningar hela tiden.

BT ska vara mellan sex och tolv månader. Vilka kan gå sex månaders BT?
– Man ska uppfylla målen i målbeskrivningen. Har man arbetat mycket i ett annat land kanske man kan klara det på sex månader. Men med strukturerade placeringar och bedömningar blir det svårt att hinna med. De allra flesta ska göra ett år.

Finns ekonomiska incitament för regionerna att korta ner utbildningen?
– Jag kan inte se hur man kan spara pengar om man inte gör det bra. Det viktigaste är att vi får bra specialister.

Vem betalar lönen?
– Det är olika i olika regioner. Jag hoppas att det blir som i Dalarna, att BT-läkarna anställs centralt på samma sätt som AT-läkarna och att de helt och hållet belastar ett separat konto. Då kostar det inte klinikerna så mycket att ta hand om dem som behöver mycket stöd. I Värmland var det hemkliniken som stod för lönen.

Tycker du att primärvårdsperspektivet är tillräckligt tillgodosett?
– BT innebär en otrolig satsning på primärvården som är en av de obligatoriska placeringarna. Primärvården kan dra fördel av BT genom att ge bra introduktion och handledning så vi får färre stafettläkare. Socialstyrelsen kommer nog att ändra till ”minst tre månader primärvård” för att inte sätta en övre gräns.

– Enligt regeringens direktiv ska man ta ”särskild hänsyn till kunskaper i psykiatri”. Det blir svårt att tillgodose med placeringar i akutsjukvård och primärvård. Var man än hamnar behöver man de kunskaperna. Har man studerat utomlands kan man inte våra lagar och regler. Så psykiatri blir troligen obligatoriskt både i Dalarna och många andra regioner.

Finns det något du vill tillägga?
– Ja! Observera att vi inte kan minska antalet AT-platser – vi behöver i stället öka dem. Platserna på läkarutbildningen har ökat och behovet av AT kommer att öka under många år framåt. Detta är otroligt viktigt!

– Vi behöver också fundera på hur vi ska hjälpa de utomlands utbildade läkarna att få den kompetens de behöver för att söka ST. Ska de gå författningskursen? Ska de gå olika kurser om hur det fungerar i svensk sjukvård?

– Åtminstone i början kommer det att finnas för få BT-platser. Det blir konkurrens, och svårt för dem som inte riktigt behärskar språket. Det blir en ny flaskhals för att komma in i systemet. Det finns beräkningar på hur många BT-platser som behövs i höst. Men vi vågar inte dra igång så många platser nu när vi har sett problemen. Många saknar kvalifikationer för att söka BT.

Det finns många introduktionsprogram för läkarna från tredje land. Behövs liknande för EU-läkarna?
– Kanske kunde det finnas en gemensam organisation eller plattform för att hitta introduktionsutbildningarna? Att själv leta efter lämpliga kurser är jättesvårt.

Pilotprojekt bastjänstgöring

Ett pilotprojekt med bastjänstgöring (BT) startades hösten 2019 i samarbete mellan Region Dalarna och Region Värmland [1]. Andra pilotprojekt bedrivs i Östergötland och Sörmland.

Målsättningen var att få fram anställningsbara ST-läkare, att engagerade handledare och verksamheter skulle bli ”BT-ambassadörer” och att få nyttiga lärdomar inför starten i skarpt läge hösten 2020. Man ville testa organisationen, rekryteringen, lämpliga kliniska placeringar, handledning, bedömningar och behov av teoretisk utbildning.

I Dalarna finansieras projektet centralt, och BT-läkarna får med sig en ”ryggsäck” med pengar till placeringarna på medicinklinik/akutsjukvård, i primärvård och i psykiatri. I Värmland finns pengarna på klinikerna. Där kräver man att examen i hemlandet inte ligger mer än två år tillbaka i tiden, samtidigt som man ska ha mycket god kunskaper i svenska.

Som förkunskaper fick deltagarna fullgöra webutbildningar i försäkringsmedicin, sår, antibiotika och hygienrutiner. En tvåveckors introduktionskurs, delvis tillsammans med AT-läkarna, innehöll jourskola, hjärt-lungräddning, läkemedelsförskrivning, smittskydd, journalsystem, sjukvårdens organisation mm. Under tjänstgöringen ska en strukturerad portfolio fyllas.

När halva tiden gått finns viktiga erfarenheter från projektet:

Den stora spridningen i kompetens och språkkunskaper kräver ett annat upplägg och mycket handledning. BT skiljer sig så mycket från AT att separat organisation och studierektor behövs. Tre olika ST-system kommer att finnas parallellt.

Det kommer att finnas en stor mängd EU-läkare, med legitimation före 1/7 2020, utan erfarenhet av svensk sjukvård och som inte behöver göra BT. Utbildningstjänst (UT) före ST borde införas för dem så att BT kan reserveras för dem som måste ha BT. Om utlandsutbildade läkare med svensk legitimation får arbeta utan BT eller AT riskeras patientsäkerheten. De kan t.ex. bli stafettläkare och arbeta utan handledning.

Marcus Carlsson.

Regionerna har ansvar för dimensionering utifrån ”framtida specialistbehov”. Nu finns risk för en ny flaskhals till ST.

Referens:
1. Carlsson M. Reflektioner från BT-pilotprojekten i Dalarna och Värmland. Ppt-presentation. Hämtat 20.1.2020. https://slf.se/app/uploads/2019/10/bt-pilotprojektet-i-dalarna-varmland-sr-konf-191022.pdf

– Utbildningarna är ibland på en helt annan nivå än i Sverige. Det finns EU-läkare som under sex års utbildning aldrig tagit i en patient utan bara tittat på. Tentorna är bara multiple choice-frågor, aldrig fritextfrågor. Vi har låtit dem göra gamla AT-tentor för att träna att tänka på ett annat sätt. Det är mycket uppskattat!

– En av de första på medicinkliniken sattes efter en vecka på att följa med termin 7 på proppen för att lära sig undersöka patienter. Det är skrämmande! Hen har svensk legitimation, kan bli stafettläkare eller nätläkare och jobba på egen hand. De förväntas att göra samma jobb som våra läkare som gjort AT. De är fantastiska människor, men de får inte rätt förutsättningar utan BT.

Det kommer väl också att påverka deras ST-utbildning om de börjar på en lägre nivå?

– Ja, det gör det sannolikt. Men de kan bli utkonkurrerade i BT-antagningen och inte få ST. Det är nästan ännu farligare, för då kan de vikariera runt. Med tanke på patientsäkerheten är det ännu viktigare för dem att de tas in i BT-ST-systemet. De måste få individuella program.

– Uppföljning är viktigt. De måste få reda på vad de behöver läsa och göra för att klara jobbet. Utan ST gör de en sämre karriär, och det påverkar också kollegorna. Men det viktiga är att patientsäkerheten blir lidande!

Har jag rätt om jag säger att vill man gå ifrån hyrläkarsystemet så måste man se till att EU-läkarna kommer in i BT-systemet?

– Ja, så är det också.

Jäv föreligger ej.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Från Kurdistan till Norrköping

Jag föddes i Kurdistan i norra delen av Irak och växte upp i staden Erbil. Där studerade jag vid Hawler Medical University. Jag gjorde min AT i mitt hemland i två år på olika avdelningar, mest på akutmottagningar. Sedan jobbade jag två år som allmänläkare på vårdcentralen.

Jag kom till Sverige för att bli specialist och jobbar här eftersom Sverige är ett av de länder som har ett bra system när det gäller hälso- och sjukvård. Det går bra för mig, jag fick praktiktjänstgöring snabbt efter jag har klarat kunskapsprovet. I Östergötland finns ett bra program för praktiktjänstgöring. Nu jobbar jag som underläkare (sex månader praktiktjänstgöring) på Cityhälsan Söder i Norrköping för att få legitimation.

Det svåraste när jag skulle börja jobba i Sverige var att utan legitimation är det inte lätt att hitta jobb inom sjukvård och det finns inte tillräcklig plats för alla. Jag har flyttat från Skåne till Östergötland för att få jobb. Jag tror det bästa att börja praktiktjänstgöring på de platser som har specifikt program för detta.

Det finns stor skillnad mellan Sverige och mitt hemland. Man kan inte jämföra. Till exempel i mitt hemland jobbar vi som läkare inte med datorsystem. Men i mitt hemland behöver läkare inte ansöka AT efter examen. Landstigen anställer alla som klarade examen som AT.

I mitt hemland kan vi inte efter AT ansöka direkt till ST. Man måste jobba som vikarie i två år inom det område där man vill ansöka om ST. Sedan måste man göra ett prov. Om man klarar provet kan man börja ST. Det tar lång tid för en läkare att bli specialist. Däremot i Sverige kan man ansöka direkt när man blir legitimerad.

Ali Jameel.

Mina råd till andra läkare: Det är viktigt att man klarar språket och sedan börjar studera för kunskapsprovet. Studera svenska källor är det bästa. Jag har studerat Läkemedelsboken och jag fick ett av de högsta betygen i teoriprovet i maj 2019. Försök inte att klara provet snabbt utan bra kunskap. Om du klarar teoriprov snabbt kommer du att få problem i det praktiska provet och när du börjar jobba. Ge aldrig upp! Det kan ta lång tid men alla läkare kan klara provet.

Jag hoppas att Sverige skapar ett program för utländska läkare, med till exempel 6–10 månader språkkurs, 6 månader förberedande kurs inför kunskapsprov och sedan 6 månader praktiktjänstgöring efter att man klarat provet. Programmet måste innehålla minst tre års uppehållstillstånd för att läkaren ska kunna tänka bara på att plugga och klara provet. Det finns många läkare som har problem med uppehållstillstånd innan de blir legitimerade.

Ali Jameel
Vårdcentralen
Cityhälsan Söder, Norrköping
dr.aliismail2011@gmail.com

Utbildning av utländska läkare i Norrbotten

Norrbottens kompetensenhet för utbildning och bedömning av läkare med utländsk utbildning är förlagd till Bergnäsets vårdcentral i Luleå.

Hur jobbar vi på Kompetensenheten? Det finns flera modeller runtom i Sverige. Vårt grundupplägg är mest lik det som finns i Nässjö som vi har fått oerhört mycket inspiration av. Några saker skiljer sig dock.

Vi har skapat en kedja från rekrytering till kompetensbedömning till tillsvidareanställning. En rutin där vi alltid granskar CV:n och ansökningar från läkare med utländsk läkarexamen som söker jobb inom primärvården i Norrbotten. Vi intervjuar och försöker matchar till rätt arbetsplats. För detta har vi nära kontakt med verksamhetschefer, studierektorer och HR. Vi får siffror över hur många läkare med handledarutbildning som finns på varje hälsocentral, inklusive deras tjänstgöringsgrad, hur många läkare de handleder samt önskemål/kapacitet att anställa fler.

> **"Hur kan vi erbjuda alla mer eller mindre väl integrerade kollegor med utländsk läkarexamen som finns i länet en likvärdig anpassning?"**

”Utbildningsläkare” kallas de läkare med utländsk läkarexamen som jobbar på Kompetensenheten och ”lärare” de handledare och sköterskor som jobbar på Kompetensenheten. Vissa utbildningsläkare anser att sköterskor inte har något att säga till en läkare, men med titeln lärare är det en annan sak.

Arbetet på Kompetensenheten innefattar tjänstgöring på Region Norrbottens Kompetensenhet under fyra månader. Denna tidsperiod innehåller arbete tre dagar per vecka på Kompetensenheten, under intensiv handledning. Till en början sker fyra patientbesök per dag för att sedan öka till sex. Initialt är det fall av enklare karaktär, men allt eftersom ökar svårighetsgraden och även svårare fall förekommer. En dag per vecka sker tjänstgöring på hemarbetsplatsen med patientmöten under handledning.

Arbetsveckans sista dag är en obligatorisk instuderingsdag med teman från ett särskilt framtagen curriculum med kunskapskontroll i form av muntlig och skriftlig redovisning. Vidare ingår dagliga för- och eftermiddagsmöten med genomgång av specifika teman. Möten och curriculum handlar om teoretiskt lärande om allt från rutiner, praktiska färdigheter, integration, hur svensk sjukvård fungerar samt fundamentet i allmänmedicinyrket. Kulturella skillnader/olikheter försöker vi alltid medvetandegöra när de kommer upp.

På Kompetensenheten samt på utbildningsläkarens arbetsplats har samtliga patientbesök varit direkta med kontroll av handledaren antingen i form av medsittningar, videoinspelningar eller vid förvärvade eller konstaterade kunskaper i form av rapport till handledaren. Återkoppling har skett till utbildningsläkaren i form av skriftliga och muntliga bedömningar med på förhand överenskomna metoder såsom MSF, specialistkollegium, videoinspelningar, Mini CEX, DOPS, CBD (case based diskussion). Kommunikation med patienter i form av telefon/brev, remiss/konsultation inom arbetsplatsen, med övrig hälso- och sjukvård samt med nära vårdaktörer såsom kommunen har handletts och följts. Likaså har journalanteckningar samt labbremisser och provsvar granskats.

Kompetensbedömningar och utvärdering

Efter ungefär halva tiden på Kompetensenheten görs ett specialistkollegium med inkluderad teambaserad feedback (utvärdering för övriga yrkeskategorier). Den avslutande bedömningen innefattar färdigheter enligt EPA-baserade Milestones [1, 2].

Utbildningsläkarna får utvärdera sin egen utveckling i form av en summativ reflektionsuppgift samt utvärdera utbildningsmaterialet som de utfört under terminen.

Patientåterkoppling har efterfrågats och visar på bl.a. gott bemötande, bra förståelse samt patientnöjdhet.

Till sist: Hur kan vi erbjuda alla mer eller mindre väl integrerade kollegor med utländsk läkarexamen som finns i länet en likvärdig anpassning?

Vi har tänkt att erbjuda dem enskilt att arbeta som handledare på Kompetensenheten. Även ursvenska kollegor är välkomna! Man får en intensiv uppfärskning av handledarkunskap, nya metoder och utvidgad referensram eftersom man arbetar intensivt med många utbildningsläkare under en fyramånadersperiod. Vi erbjuder supervision med en supererfaren handledare tillsammans med övriga handledare från Kompetensenheten. Det väntar en generell uppfärskning av ens allmänmedicinska kunskap då utlärning kräver alltid en avstämning med ens egna kunskaper mot gängse riktlinjer och behandlingsmetoder.

Jäv saknas.

Foto: Dirk Fischer

Anna Beck
Studierektor ST, Luleå och Boden
Samordnare för allmänläkarkonsulterna i Norrbotten
Kompetensenheten Bergnäsets Hälsocentral
Bergnäsets Hälsocentra
anna.beck@norrbotten.se

Referenser:

1. ST-läkare allmänmedicin i Region Norrbotten. Kunskapsdokument för ST-läkare. Hämtat 22.1.2020. https://www.nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Verksamhetsomraden/ST-lakare-allmanmedicin-i-Region-Norrbotten/
2. Beck A, Sjödin M. Målbeskrvining för Dummies? Distriktsläkaren 2017;3:6-9. http://distriktslakaren.se/sites/default/files/magazine/pdf/DL_3-17_ma.pdf

Norrbottens kompetensenhet
https://www.norrbotten.se/kompetensenheten

Från Syrien till Norrbotten

Zainab är min hjälte från Syrien. Hennes berättelse om flykten börjar värdigt med ett flyg till Turkiet. Sedan kommer båtresan över Medelhavet och den tio månader långa vandringen genom Serbien, Ungern … överallt där man släpps in i landet men inte tillåts att stanna.

Zainab, som ledde över 1 500 förlossningar under sina två år som ST på kvinnokliniken (i hela Region Norrbotten föds bara 1 900 barn/år!) och som inte ens tas emot av kirurg- eller kvinnokliniken i Norrbotten när hon frågar om arbete. Man besvarar inte ens förfrågningar trots att personen i fråga är endast några mil bort.

Historiskt sett i Norrbotten har andra kollegor varit mera framfusiga och knackat dörr – och faktiskt blivit insläppta!! Ibland med glädjande resultat, och ibland med uppdragna ögonbryn och lättnad över att personen i fråga valt att flytta eller åka annorstädes. Inte ens i själva orten på några tusen invånare där Migrationsverket placerade henne har man trott på kvinnan. För att hon hade slöja?

Denna dialog återgav hon från arbetsförmedlingen/Migrationsverket:

”Så vad har du jobbat som i Syrien?”
– Jag är läkare.
”Jaha så du är sköterska!”
– Nej, jag jobbade som doktor i Syrien.
”Ok, då har du jobbat med läkare.”
– Nej, jag arbetade som läkare på gynekologi och obstetrik.
”Då är du barnmorska?!”

Illustration: Annika Andén

Så avslutas det samtalsämnet men inte utan eftersmaken av bitterhet. Det tär på själen, att förvägras att bli hörd, sedd och respekterad. Även om jag valt att beskriva en doktors resa in i vården så är den inte unik utan snarast inte alls ovanlig. Såväl för läkare från EU/EES samt som för dem utanför.

> **”Det tär på själen, att förvägras att bli hörd, sedd och respekterad.”**

Ensam utan familj men med en yngre familjemedlem som kräver hennes uppmärksamhet och omsorg står Zainab på sig. Utan körkort tas även hon in i samhället av andra vänliga medmänniskor som erbjuder jobb, visserligen inom gastronomin och inte inom hälso- och sjukvård.

När jag träffar Zainab har hon klarat teoretiska provet och kämpat med att klara det praktiska provet – förgäves några gånger. Hälsocentralen har till slut tagit in och vidareförmedlat henne till den nystartade Kompetensenheten (sid. 26).

Hur gick det då för Zainab? Mot slutet av hennes tid på Kompetensenheten var det åter dags för det praktiska kunskapsprovet. Hon berättar att hon skulle ta bort en främmande kropp ur ögat med mikroskop, utföra en lumbalpunktion, visa en katetersättning, undersöka en patient som utvecklat tetrapares m.m. Det är sammanlagt 18 OSCE (= observed structural clinical examination; olika kliniska färdigheter examineras) som ska klaras på en och en halv dag. Man har 30 sekunder att läsa om fallet, sedan blåser visselpipan och man har sex minuter på sig att klara av fallet och samla poäng. Zainab vittnar om läkare som kräktes av stressen och anspänningen.

> **”Har vi skapat ett system som sållar för hårt i Sverige?”**

Det är visserligen samma OSCE:n som används under läkarstudier, med den lilla skillnaden att då lär studenterna temat under pågående termin för att sedan bli testat i anslutning. Kunskapsprovet slår ihop alla läkarstudiers terminer i ett. Det jag förstod av samtal med flertal lektorer från läkarutbildningen så klarar nästan alla studenter kända OSCE:n, men oftast endast en ringa procentandel studenter som klara nya OSCE:n. Det är mest kända OSCE:n som studenterna examineras mot.

Jag tvivlar på att jag skulle klara dessa prov.

Zainab visade sig under sin tid på Kompetensenheten vara den medicinskt kunnigaste avseende klinisk resonemang/slut-

satser, helhetsbedömning av patientens situation, teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter av alla doktorer på kompetensenheten och även av många doktorer som jag känner.

Men jo då, hon klarade provet! Och kanske just på grund av tiden hos oss. Om än med en del ej läkta sår i själen fortsätter hon nu sin väg i svensk sjukvård. Hon är svensk medborgare och förhoppningsvis snart legitimerad.

Efter denna odyssé av teoretiskt och praktiskt kunskapsprov för läkare från utanför EU/EES väntar den praktiska tjänstgöringen inom en bred vårdinrättning på sex månader som avslutas med en bedömning. De områden som ska intygas till socialstyrelsen är tagna ur examenskraven för läkarutbildningen och AT föreskrifterna:

- omdömesförmågan
- förhållningssättet mot patienter och personal
- självständigheten i yrkesrollen
- den allmänna lämpligheten som läkare
- eventuella brister i ett patientsäkert arbete

Är det av dåliga erfarenheter av läkare från tidigare flyktingvågen från länder som inte håller europeisk standard som gjort att tillträdet till läkarjobbet i Sverige blev så vansinnig komplicerad? Kunskaper som den syriska läkarutbildningen förmedlar verkar dock mycket väl motsvara den svenska.

Har vi skapat ett system som sållar för hårt i Sverige? Om Sverige hade mist Zainab som läkare hade vi förlorat en utomordentlig viktig och duktig arbetskraft. Vi som saknar så många!

Jäv saknas.

Foto: Dirk Fischer

Anna Beck
Studierektor ST, Luleå och Boden
Samordnare för allmänläkarkonsulterna i Norrbotten
Kompetensenheten Bergnäsets Hälsocentral
Bergnäsets Hälsocentra
anna.beck@norrbotten.se

Från Tyskland till Sverige

Jag har själv varit en utlänning i Sverige även om jag blivit svensk medborgare för några år sedan.

Ny i Sverige var jag sommaren 2004. En AT-kollega bjöd alla underläkare hem till sig till midsommar, bastubad och ett dopp i Torne älven, snapsvisor av farmor och en patient som visade mig huset vid Bottniska viken som jag skulle köpa. Där bor jag kvar än idag.

Året därpå blev det midsommarfirande på ängen i Gammelgården. Där stod min erfarne distriktsläkarkollega och stekte hamburgare. Det var en nyhet, kan man som läkare ställa sig vid grillen och sälja mat och dryck på sin fritid?

När man själv kommer från en majoritetskultur [1] som anser sig själv som normen kan det vara svårt att begripa den tydligt. Denna vår kultur finns egentligen inte närvarande i vårt medvetande för att vi är omgiven av den dagligdags. Det är minoriteterna som är medvetna om vad majoritetskulturens ”kultur” egentligen är/består av.

Om utlänningen som nu är i minoritet själv kommer från en majoritetskultur kan det vara svårt att integreras. Det kräver att man aktivt arbetar med varseblivande av ens normer och värderingar.

Från första dagen i Kalix som AT-läkare har jag träffat underbara människor och kollegor. Min handledare spelade piano i personalrummet och det var allsång på fikaraster. Det svenska språket har en så fin språkmelodi. Är det därför man gillar att sjunga så mycket här?

Jag har gjort AT och ST i Kalix, sedan jobbat i Råneå i några år då flyktingvågen var som starkast. Råneå hade en förhållandevis stor procentandel flyktingar. Numera driver jag en kompetensenhet i Luleå som ska hjälpa läkare med utländsk läkarexamen att komma in i det svenska

Mitt hus. **Foto:** *Anna Beckman*

Foto: *Anna Beckman*

hälso- och sjukvårdssystemet (sid. 26).

Jag har lärt mig oerhört mycket av ett utbytesår till USA när jag var 16 år. Det var inte själva året som var mest givande utan förberedelsen av YFU (Youth For Understanding), en organisation som arrangerar dessa ensidiga utbyten där man går i skolan ett år och bor hos en värdfamilj.

I rollspel och diskussioner lärde jag mig att kulturen vi är födda i kan liknas ett par färgade glasögon som vi inte kan ta av. Låt oss säga mina tyska glasögon är röda och de svenska är blåa. När jag kommer till Sverige och lever här lär jag mig om kulturen och jag anpassar mig. Jag tar inte på mig ett par blåa glasögon och ser blått utan jag ser rött/blått eller kanske lila.

Jag har alltid varit nyfiken på andra kulturer. 2018 tog jag tjänstledigt och jobbade på Nya Zeeland. Hade en läkare därifrån velat jobba i Sverige hade den behövt gå igenom samma procedur som Zainab (sid. 27). Jag hade lättare att få legitimation.

De länder som tillhör Commonwealth kan direkt översätta sin legitimation (som läkare i EU/EES i Sverige). Annars krävs att det land där man fått sin läkarlegitimation ska kunna jämföras med förhållandena i Nya Zeeland. På hemsidan för Medical Council of New Zealand går det att läsa [2]:

”Practice environment and registration indicators include:

- the similarity of the registration system,
- the percentage of registered medical practitioners per head of population,
- and per capita total expenditure on health.”

Länder som Sverige räknas som ”comparable countries”, jämförbara länder. Då jobbar man under handledning i tolv månader där specialistläkaren skriver rapporter var tredje månad. Om allt är ok få man specialistbevis därefter.

Men ack, vilken skillnad det var att byta land och kultur med en hel familj! Första veckan på det nya jobbet ville jag bara åka hem. Sveriges och Nya Zeelands sjukvårdssystem är ganska lika, framförallt allmänmedicinen. Men lite annorlunda var det. Varför skulle jag anpassa mig nu och göra annorlunda när jag så framgångsrik hade kommit in i den svenska kulturen? Det var en enorm skillnad att byta land och kultur till Nya Zeeland som 44-åring jämfört med att åka till USA när jag var 16 respektive till Sverige som inte ens 30-åring. Plötslig fanns där många fler själar och behov att ta hänsyn till, hur barnen passar in och lär sig språket, hur maken har det på dagarna.

Med vilken stolthet jag såg på vårt svenska system! Mycket i den Nya Zeeländska allmänläkarvardagen kändes tagen från Sverige under 80–90-talen. Läkaren som jobbar mest helt själv och utan specialiserade sjuksköterskor. Sjuksköterskan som fungerar som administratör och budbärare utan att göra egna bedömningar.

Vi har ett mycket väl fungerande allmänläkarkonsultsystem i Norrbotten, likt AKO I Skåne, där primärvårdsdoktorer förhandlar med specialiserade vården om vem som gör vad – detta fanns inte i Nya Zeeland. Specialistläkaren dikterade vad allmänläkaren skulle göra. Det fanns heller inga standardiserade vårdförlopp, det tog många månader för patienter att bli emottagen av specialistkliniken även vid allvarliga sjukdomar.

Den stora skillnaden är att allmänmedicin är privat vård. Endast besök på akuten eller remisser till offentliga sjukhus är gratis. En liten procentandel välutbildade ekonomiskt välbeställda kan köpa privat sjukförsäkring. De övriga betalar sina besök hos allmänläkaren efter förmåga. Inkomsten är lägre, och om varje besök till allmänläkaren kostar 50 dollar, då blir en nyinställning av insulinbehandling hos läkaren ganska dyr.

Så upplever jag inte att det är i Sverige och jag är glad över den utveckling vi har. Att vi arbetar mera i team med sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Att vi kan erbjuder patienter mera än tröstande ord och medmänsklighet. Att vi jobbar efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Och att jag valde att göra Sverige till mitt nya hem, där jag blivit mottagen och fått växa mig in i mina roller som studierektor, allmänläkarkonsultkoordinator och nu även ledare av en kompetensenhet.

Jäv saknas.

Anna Beck
Studierektor ST, Luleå och Boden
Samordnare för allmänläkarkonsulterna i Norrbotten
Kompetensenheten Bergnäsets Hälsocentral
Bergnäsets Hälsocentra
anna.beck@norrbotten.se

Referenser:

1. Korn, Dan. Svensk kultur, en förutsättning för integration. Timbro 21.7.2016. Hämtat 3.2.2020 https://timbro.se/integration/svensk-kultur-en-forutsattning-integration/
2. Comparable Health System Criteria. Medical Council of New Zealand. Hämtat 22.1.2019 https://www.mcnz.org.nz/registration/getting-registered/registration-policy/comparable-health-system-criteria/

KUL i Göteborg

För kollegor som har utbildat sig till läkare i länder utanför EU och EES finns det idag två vägar för att etablera sig som läkare i Sverige. Den ena vägen är kunskapsprovet som efter godkänd skrivning, praktiskt prov och praktik leder till svensk legitimation. Den andra vägen är att söka till KUL, kompletteringskurs för utländska läkare, en uppdragsutbildning som idag finns vid fem universitetsorter i Sverige. Här får du ta del av våra reflektioner efter att ha lett delkursen i KUL – allmänmedicin i Göteborg under 7–10 år.

Illustration: Annika Andén

Utbildningen är ettårig i Lund, Linköping, Stockholm och Göteborg medan den är förlagd till två år i Umeå, där man också har distansundervisning. I Göteborg startades kursen 2009 och har utvecklats successivt sedan dess och omfattar nu 60 högskolepoäng. Allmänmedicin, internmedicin, kirurgi (inklusive ortopedi och anestesi), psykiatri, gynekologi och pediatrik ingår i ett block kompletterat med författningskunskap och professionell utveckling.

Vi är väl medvetna om att det finns flera utmaningar för vår utbildning. En mycket tydlig sådan är att hantera konsekvenserna av när det sexåriga läkarprogrammet med legitimation som slutpunkt införs. Kommer det att finnas AT-tjänster att söka för ”våra” KUL-studenter – eller behöver programmet också ändras för att bli legitimationsgrundande?

Den metod vi använder i Sverige för patientkonsultation är ny för många studenter. Eftersom vi lär ut denna under delkursen i allmänmedicin utgör den en ryggpelare för utbildningen, utan att förringa insatserna från andra delkurser. Då repeterar vi och tränar grundläggande konsultationsfärdigheter med patientsamtal och tillitsskapande bemötande, statusträning och journalskrivning. I början sker träning med enkla ”fall” och svårighetsgraden kompliceras under den andra terminen med mera komplexa men samtidigt vanliga primärvårdsfall.

En vecka under vardera terminen praktiserar studenterna under handledning på vårdcentral. Detta är viktigt eftersom många ”KUL:are” kommer att vikariera inom primärvården efter avslutade studier. Våra utländska kollegor kan behärska upp till fem språk, vilket utgör en enorm tillgång i vårt multikulturella Sverige. Samtidigt är det naturligtvis viktigt att träningen fortsätter med svenska i praktiken.

Att arbeta med KUL-studenter är i högsta grad att arbeta med kulturella skillnader. Dessa uppträder tydligt vid kommunikationsträning. Gränsen mellan den intima och privata i patientkontakter behöver lyftas upp och funderingar kring kroppslig beröring som kramar är vanligt förekommande. Samtidigt är utländska kollegor mycket skickliga i att ge varierande gensvar, inte minst affektiva sådana.

Sättet som en svensk läkare använder för direkt dialog även med mindre barn känns ovanligt för många studenter. Att lämna ett svårt besked till den sjuke och inte till anhöriga och att ställa frågor om våld i nära relationer väcker starka och ofta motstridiga känslor. Omfattningen av psykisk ohälsa inom primärvården utgör en stor utmaning. I många länder remitterar allmänläkaren till psykiatrin, även om det handlar om recept på sömntabletter. Vid lättare psykologiska störningar hänvisas patienter ofta till att prata med sina anhöriga istället för att söka sjukvården.

Att man betraktar en läkarpatient, en granne eller en familjemedlem som en VIP-patient känns naturligt i många kulturer. Många patienter från samma kulturområde förväntar sig också detta av sin landsman i vita rocken vilket i längden kan vara påfrestande.

Allt detta och mycket annat kommer fram vid rollspel och handledning i små grupper. Det är en styrka att i kursledningen ha perspektiv både av det som är traditionellt svenskt och som har andra rötter. Det blir många skratt under utbildningen, vilket gör att det är kul att arbeta med KUL!

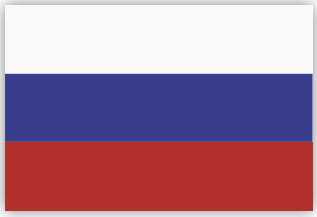
Jäv saknas för båda författarna.

Dorota Carlsson
Allmänmedicin, Sahlgrenska Akademin
Handledare på PLUS-programmet,
VGR-Akademin

Ingmarie Skoglund
Allmänmedicin, Göteborgs Universitet
Närhälsan Sandared Vårdcentral
FoUU-enheten, Södra Älvsborg Borås
ingmarie.skoglund@vgregion.se

Båda är kursledare för Delkurs KUL
– allmänmedicin Göteborg

Från Sankt Petersburg till Härnösand



Jag föddes och växte upp i Sankt Petersburg, Ryssland. Mina föräldrar är sjömän som i sin tid har besökt varje hörn och vinkel av Sverige så detta land var på tal sedan jag var barn.

Jag tog läkarexamen i Petersburg men upplevde länge att arbetssituationen i ryska vården var knappt hållbar för mig. Ett utbytesprogram med Karolinska Institutet under studietiden var en bra möjlighet att få inblick i hur vården funkar i andra länder, därför blev det just Sverige av alla andra länder som jag valde.

Min tjänst som läkarassistent började 2017 på psykiatriska kliniken i Västernorrland och sedan fick jag gå igenom det nya kunskapsprovet för utländska läkare. Utmaningen var svår men samtidigt väldigt spännande att få alla sina kunskaper reviderade. Dessutom anser jag det omstridda provet ganska rättvist för det hjälper både jämställa kunskapsnivå mellan olika utbildningssystem och ger inblick vilka krav som gäller just i svenska vården. Så småningom klarade jag av alla prover och gjorde sen provtjänstgöring som underläkare på samma klinik. Legitimation nådde jag våren 2018. Läkarassistentstjänst var en mycket bra möjlighet för mjukstart innan man är färdig med sin legitimeringsprocess som icke EU-utbildad läkare.

Numera arbetar jag inom primärvården i Härnösand och anser det som mycket värdefullt i svenska systemet att en läkare kan lösa så mycket inom sin egen kompetens. Detta skulle jag aldrig fått uppleva i Ryssland där var och en läkare måste så småningom specialisera sig fram till ”smal specialist”. Detta är tyvärr samtidigt en nackdel att planerad specialistvård alltid nås i andra hand och ”remisskrig” är inte helt ovanligt. Anmärkningsvärt så sker det knappt i Ryssland där bemanning med flera olika specialister är obligatoriskt för vårdcentraler för att få vara öppna.

Mitt lyckade försök med svensk läkarlegitimation utlöste en liten ”svenskfeber” i min hemstad då flera studiekamrater och kollegor bestämt sig för att lära sig svenska och fortsätta samma väg. Några av dem har klarat av de proverna och är på väg hit.

Vad jag kan rekommendera till nyblivna läkare i Sverige? Jag tycker att svenska vården har fantastiska möjligheter till fortbildning och handledning så jag rekommenderar starkt att använda alla utbildningstillfällen som bara finns.

Tackar för möjligheten att dela med mina erfarenheter!

Aleksandr Suchkov
ST-läkare
Hälsocentralen Södra Sundet, Härnösand
aleksandr.suchkov.se@gmail.com

Aleksandr Suchkov.

Barkaby vårdcentral berikas av utländska läkare

En januarieftermiddag tar jag pendeltåget till Barkaby och letar mig fram till vårdcentralen. Där träffar jag allmänläkaren Jawed Memon, underläkaren Magdalena Peterson och verksamhetschefen Eva Andersson.

Eva Andersson är mycket positiv till att ta emot utländska läkare.

Det finns många på vårdcentralen med utländsk bakgrund. Till och med Eva har det – hon är uppvuxen i Burundi i Centralafrika, där hennes mamma var sjuksköterska som hon själv.

Eva beskriver området som lugnt och tryggt. Många patienter är kroniskt och ofta multisjuka med stora medicinska behov.

> **"Vi har en fördel i att vårdcentralen inte är så stor, det är lätt att se och lära sig helheten."**

Hur är det att ta emot utländska läkare?
– Det här är något man engagerar sig i med hjärtat. Jag som chef och mina specialistläkare och övrig personal gör det tillsammans, säger Eva. Om det är rimligt stora uppdrag ser vi att det berikar oss mycket.

Det innebär naturligtvis en ökad administration och en ökad belastning på alla personalgrupper. Dr Jawed är drivande, men auskultation sker hos samtliga yrkeskategorier.

– Studenterna behöver lära sig den svenska kontexten, landa i den svenska verkligheten, säger Eva. Hur fungerar samtalen i personalrummet? Vi har en fördel i att vårdcentralen inte är så stor, det är lätt att se och lära sig helheten. Samtidigt har vi mycket erfarenhet eftersom vi tar emot så många utländska läkare.

> **"Det är ett stort ansvar man tar på sig när man går i god för adeptens kompetens."**

Just nu har vårdcentralen fyra praktikanter från olika håll. Arbetet kräver mycket av både handledare och praktikant. Som handledare måste man tycka om att ha en auskultant i rummet. Det bygger på att vårdcentralen är välfungerande, välbemannad med god kontinuitet. Det krävs också noggrann schemaläggning.

Blir det en bättre vårdcentral om man har utländska läkare?
– Ja, det är av stor betydelse att ha en personalgrupp med olika etnisk bakgrund, säger Eva. Men vi bör ta på oss lagom många uppdrag.

I Stockholm handlar det mycket om pengar. Hur klarar ni ekonomin?
– Utan ersättningen enligt avtal hade det inte gått, säger Eva. Det kräver tid och engagemang av specialistläkarna att följa adepterna genom processen. Det är ett stort ansvar man tar på sig när man går i god för adeptens kompetens.

Barkaby vårdcentral

Barkarby är en kommundel i Järfälla kommun. Det är ett område med äldre bebyggelse. De senaste åren har det vuxit med 1 000 invånare per år och befolkningen är nu cirka 10 000 invånare med tyngdpunkten på 25–35-åringar. Barkarby är statt i snabb utveckling, och inom fem år ska befolkningen ha fördubblats.

Barkarby vårdcentral, som ägs av Region Stockholm, har 8 600 listade invånare. Här arbetar 4,5 specialister i allmänmedicin. Dessutom har vårdcentralen fyra ST-läkare och AT-läkare.

Vårdcentralen tar emot studenter från kompletteringsprogrammen vid Umeå universitet och Karolinska Institutet. För detta får man ersättning enligt avtal. Vårdcentralen tar dessutom emot studenter, läkare och sjuksköterskor enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

I Stockholm har primärvårdens intäkter under många år utgjorts framför allt av ersättning per läkarbesök. Från och med 2020 har fokus för ändrats till diagnossättning och multisjuka patienter. Besök hos läkare respektive sjuksköterska ger nästan samma ersättning.

Från vänster dr Jawed Memon, underläkaren Magdalena Peterson, författaren Ingrid Eckerman och verksamhetschefen Eva Andersson.

Händer det att ni inser att den här personen inte kan godkännas?
– Man upptäcker det ganska snabbt, säger Jawed. Då tänker vi på ett helt annat sätt från början och lägger upp en individuell plan. Det tar energi, kraft och tid.

– Studenterna som kommer har ofta mycket höga kvalifikationer, med höga krav på sig själva. Drivkraften är stark hos dem som tagit sig så här långt, kompletterar Eva.

Magdalena påpekar att det är obalans mellan vårdcentralerna. En del tar inga utländska studenter alls, och då blir trycket stort på dem som tar emot. Studenterna från Umeå måste få sin praktik i Stockholmsregionen, men många vårdcentraler tycker att det räcker med studenterna från KI.

– När vi i Umeås första grupp skulle söka praktik var det jättesvårt, säger Magdalena. Karolinska sa att de hade nog med sina egna studenter. Det bästa är om vårdcentralerna tar ansvaret för praktiken, för där behövs läkarna.

– I Stockholm är det bara vi som tar emot studenter från Umeå, fyller Jawed i.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Från Egypten till Barkaby

Magdalena Peterson kommer från Egypten. Hennes pappa är ögonläkare och hennes mamma är kemilärare. Magdalena tog läkarexamen i Egypten år 2010 och gjorde därefter AT. Så fick hon ett stipendium och läste kommunikation och media vid Lunds universitet. Professorerna där var vänliga och kunskapsrika.

Under flera år arbetade Magdalena som undersköterska på olika avdelningar på Karolinska sjukhuset och Danderyds sjukhus.

– Kontakten med patienterna är det viktigaste som finns. Man ser hur det fungerar och de olika yrkesgruppernas roller, säger Magdalena. En av cheferna sa att de bästa läkarna är de som jobbat som undersköterska under utbildningen – de ser helheten. Att jobba som undersköterska har hjälpt mig jättemycket!

Den egyptiska utbildningen, som bedrivs på engelska, är ganska lik den svenska, så den godkändes direkt av Socialstyrelsen. Så började hon den tvååriga kompletteringsutbildningen i Umeå. Praktiken gjorde hon på Barkaby vårdcentral. Parallellt läste hon för kunskapsprovet. När hon klarade provet bytte hon spår och läste in författningskursen. I stället för AT gör hon nu sin sexmånaders praktik på Barkaby vårdcentral, för att därefter förhoppningsvis få legitimation. Hon siktar på att bli specialist i allmänmedicin.

Sitt svenska efternamn har hon fått från sin sambo. Jag frågar om hon hade rest tillbaka till Egypten om hon inte träffat på kärleken här.

– Nej, jag skulle inte vilja jobba där. Många av mina vänner har bytt land för att få bättre möjligheter.

Hur var kompletteringsutbildningen i Umeå?
– Vi var första kursen. Hälften av deltagarna var födda i Sverige, andra halvan i andra länder. Kursen har mer fokus på svenska jämfört med de ettåriga kurserna vid andra universitet. Vi hade tre dagars språkundervisning och två dagar teori. Praktiken är 13 + 13 veckor i slutenvård och 13 + 13 veckor på vårdcentral.

Magdalena Peterson, underläkare på Barkaby vc.

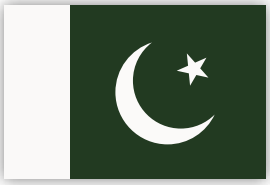
Fick du hjälp av kursen?
– Nej, jag fick inte så mycket kunskaper av teoriundervisningen. Det var praktiken som hjälpte mig – att träffa patienter, se vad specialisten gör. Det ger känsla för yrket. Min pappa säger att läkaryrket är ett hantverk. Man behöver övning för att bli bra.

Vad är största skillnaden mellan egyptisk och svensk sjukvård?
– Finansieringen är helt annorlunda. Egypten har 100 miljoner invånare, och det är mycket svårare att organisera sjukvården. Där är patienten inte i fokus. Patienten ska lyssna och följa vad läkaren säger. Här är det mer samtal mellan läkare och patient. Jag använder min kunskap för att hjälpa patienten att må bättre.

– Men jag har sett saker som man aldrig ser i andra länder. Till exempel bröstcancer stadium 4, och andra svåra symtom. Professorerna påpekade att det är bra att studenterna ser det. Men så ledsamt att patienterna blir så jättesjuka innan de söker vård.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Från Sindh till Barkaby



Jawed Memon kommer från provinsen Sindh i Pakistan, och hans språk är sindhi. Han har sin läkarutbildning från Pakistan. Där arbetade han med olika sorters kirurgi men även med allmänpraktik.

Till Sverige kom han 1996 genom giftermål med en landsmaninna, läkare i Sverige. Han anlände den 9 augusti på kvällen, och morgonen därpå var han på SFI – hustrun hade förberett allt.

Han läste svenska vilket var den svåraste delen, gjorde så småningom tuleprovet, gick författningskursen, gjorde AT och ST. Det tog 4–5 år till legitimation. Språket var det svåra. Han fick arbete som läkarassistent inom geriatriken på Jakobsberg under några år. Här mötte han patienter med alla sjukdomar och diagnoser, från hela medicinen och hela kirurgin. Han lärde sig mycket, han fick referenser och en rad i sin CV och fick sin AT snabbt.

Nu är Jawed specialist i allmänmedicin och ansvarig för hemsjukvården i Barkaby. Han gör hembesök varje dag.

Vad var det svåraste i Sverige?

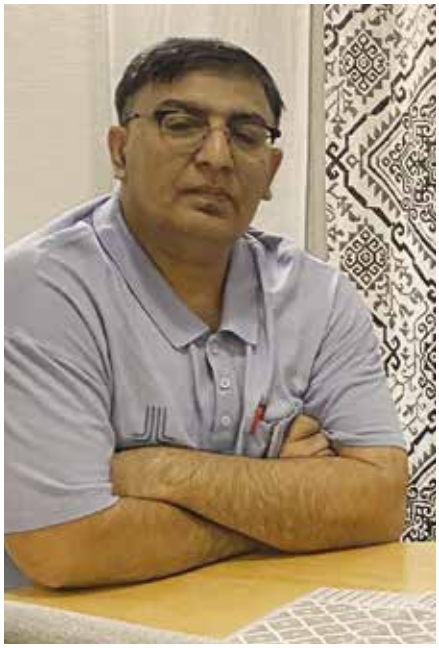
– Vägen var mycket svår. Vänner och bekanta i Sverige avrådde mig och försökte få mig arbeta med något annat. Jag ville bara gå vidare, men jag såg inte vägen, såg inget ljus att följa. När jag gick kursen i sjukvårdssvenska krävdes det en dags praktik i veckan. Men det var omöjligt. Ingen ville ta emot mig!

– Det är därför jag vill hjälpa andra läkare. När jag ser hur de bytt kläder och sitter här bredvid känns det mycket bra, deras självförtroende stärks, och de är mycket tacksamma.

Jag berättar att jag kommer ihåg hur svårt det var tidigare att ta emot intresserade läkare. Organisationen var otydlig. Var låg ansvaret? Hur gjorde man med tystnadsplikten?

> **"Jag ville bara gå vidare, men jag såg inte vägen, såg inget ljus att följa."**

Jawed berättar att tystnadsplikten är det första man tittar på innan man ser människan.



Dr Jawed Memon på Barkaby vårdcentral.

– Vi är skyldiga att berätta om tystnadsplikten och vad lagen innebär. Men jag tycker fortfarande att organisationen är otydlig på vårdcentralen.

Idag ser Jawed flera vägar till legitimation och arbete, men det finns fortfarande krångel. Han är med i Läkarförbundets faddergrupp och har två adepter som följer honom.

– Det är häftigt första gången de är med, de blir så glada. Jag blir ett föredöme för dem – jag kom som de, men sitter nu på den här stolen.

- Vi är unika i Sverige, tycker jag. Vi har en helt annan standard på utbildningen och sjukvårdssystemet jämfört med t.ex. Frankrike och USA. Därför behövs det en individuell plan beroende på var man kommer från och vilka kunskaper man har.

Men det är inte enkelt att ta emot studenter. Lokalerna är begränsade. Jawed har personlig kontakt med cheferna på ett par andra vårdcentraler, som ibland kan ta emot praktikanter när Barkaby vårdcentral inte klarar fler.

Jawed efterlyser ett större ansvar från Region Stockholm och SLSO. I Linköping har man annonserat ut 20 praktikplatser på sex månader efter kunskapsprovet. Det borde även Stockholm göra!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Provinsialläkarfondens kurser:
Vår och sommar 2020
Håll utkik efter höstens kurser!
https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/aktuella-kurser/

- Idrottsortopedi 22–23 april
- Kardiologi för allmänläkare 4–5 maj
- Klinisk kemisk diagnos i primärvården 28–29 maj
- Skutkurs 8–12 juni samt 3–7 augusti

Studiecirkel i Uppsala

När den stora flyktingvågen kom på hösten 2015 var det många, privatpersoner såväl som föreningar, som ville engagera sig på något sätt för de nyanlända. Här i Uppsala tog lokala SYLF och DLF initiativ till ett språkcafé. Intresserade kollegor bjöds in för att under en fikakväll samtala med utländska läkare. Vi hittade dem via studieförbundet NBV som redan hade etablerad verksamhet öppen för alla. De stod för både fika och lokal.

All sjukvårdspersonal var då välkomna, men det stod ganska snabbt klart att just läkarna ville något mer än att bara småprata. Vad de önskade var hjälp och stöd att snabbt klara av processen för att kunna återuppta sitt yrke i det nya hemlandet.

Vi var några volontärer som bildade en studiecirkel, med fortsatt stort stöd från NBV. Vi har sedan träffats två timmar varje vecka. Initialt hade vi bara deltagare i rummet, men sista åren har vi också kollegor på distans via videouppkoppling.

Upplägget har utgått från det kunskapsprov som Umeå universitet sammanställer och som har blivit mycket omdebatterat. Till att börja med gick vi bara igenom frågorna en efter en på de prov som hållits och diskuterade svaren. Sista åren har vi lyckats rekrytera flera frivilliga kollegor från olika specialiteter, så varje träff har ett tema. Vi har samlat frågorna ämnesvis och förutom att gå igenom dem kan den ansvarige dela med sig av sina kunskaper i just sin specialitet.

Våra deltagare är mycket engagerade och samtliga studerar hårt för proven. De delar med sig av erfarenheter från sina hemländer, vilket är mycket lärorikt för oss alla. Vi försöker delge dem svenska rutiner, något som är svårt att få erfarenhet av när man inte kommer i kontakt med sjukvården här. Några av dem har haft språkpraktik ordnat via kommun/arbetsförmedling, några jobbar som undersköterskor eller personliga assistenter. Det gäller att ha en försörjning, då processen kan ta många år. För en del kanske det aldrig blir aktuellt med läkararbete igen, då det teoretiska provet är svårt att klara. Det ska motsvara svensk läkarutbildning och har stort fokus på preklinik. Är man då en erfaren specialist kanske man har glömt eller aldrig ens lärt sig detta på aktuell detaljnivå.

Skärmbild av deltagarna på distans på mötet - se bild till höger.

Vi har inte bara flyktingar i vår grupp. Vissa har kommit till Sverige som forskare, men har en läkarutbildning i grunden och vill gärna jobba kliniskt. Andra har sökt sig hit för att få ett bättre (arbets)liv.

Bilden är från vårt möte med tema Barnmedicin. Deltagarna denna gång kom ursprungligen från Syrien, Kina, Kurdistan, Ryssland, Vitryssland, Uzbekistan, Azerbajdzjan, Venezuela och Indien. Några av dem är specialister med flera års erfarenhet som barnläkare, gynekolog, anestesiolog respektive plastikkirurg.

> **"Vad de (läkarna) önskade var hjälp och stöd att snabbt klara av processen för att kunna återuppta sitt yrke i det nya hemlandet."**

Sedan vi startade har över hundra utländska kollegor varit med, kortare eller längre perioder. Under 2018 och första halvåret 2019 deltog 70 personer varav 27 klarade det teoretiska kunskapsprovet (39 %). Eftersom vi hållit på några år är det förstås flera som tagit sig fram hela vägen och nu arbetar som läkare i Sverige. Efter genomgånget kunskapsprov, författningskurs och sex månaders provtjänstgöring erhåller man legitimation. De som är specialister från hemlandet måste även de göra något eller några år som ST innan de kan återfå sin specialistkompetens. Men de är förstås direkt ett välkommet tillskott i vården.

Det är dock svårt i Uppsala och även i andra regioner att få tillgång till plats för provtjänstgöring, bara ett fåtal tjänster har utannonserats. Likaså finns ett stort behov av praktikplatser

Från vänster cirkelledaren Ingemar Persson, pensionerad professor i gynekologi, gästen Catharina Wolde Yohannis, barnspecialist samt cirkeldeltagarna Lala Babayeva, Golda Saadeh och Sharif Maou.

innan man gör provet. Inte heller finns här någon kompletterande utbildning för läkare i universitetets regi. Regionen har dock vid ett tillfälle sponsrat några platser på en tvådagarskurs på kliniskt träningscenter, något som är värdefullt inför det praktiska provet.

Förutom att vara ledare för cirkeln har vi volontärer även försökt att påverka Umeå och Socialstyrelsen vad gäller provets utformning. Vi har skrivit brev och påtalat felaktigheter i frågor samt träffat företrädare på olika möten. För att nå uppmärksamhet har vi deltagit i den mediala debatten, varit med i radio och skrivit artiklar [1, 2, 3].

Studiecirkeln är mycket uppskattad. Det har också tillkommit, med hjälp av NBV, nya kurser med samma upplägg på andra håll i landet. Trots detta har vi även i år många anmälda som deltar på distans.

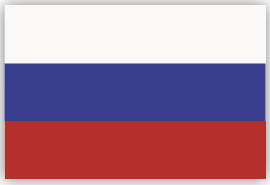
Att våra utländska kollegor har fått tillfälle att träffas i cirkeln har bidragit till att de själva engagerat sig i nätverk. Det finns en mycket aktiv Facebookgrupp, *Kunskapsprov till läkare (utanför EU)* i Sverige. Vår studiegrupp har även inlett kontakt med Läkarförbundet vilket resulterat i ILF, *Internationella läkares förening*, som blivit en intresseförening inom SLF och snart lanserar sin egen hemsida.

Jäv: Ledare i studiecirkeln.

Christina Grzechnik Mörk
Specialistläkare i allmänmedicin och geriatrik
Mobilt närvårdsteam Region Uppsala
christina.grzechnik.mork@regionuppsala.se

Referenser:
1. Kunskapsprovet fyller inte sin funktion. Läkartidningen. 2017;114:EXAF
2. Läkare: Specialister kan missgynnas i kunskapsprov. Dagens Medicin 7.11.207. Hämtat 24.1.2020. https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/11/07/lakare-specialister-kan-missgynnas-i-kunskapsprov/
3. Kunskapsprovet för läkare från icke EU-land – gör om, gör rätt. Läkartidningen 2017;114:EW3U

Från Jekaterinburg till Karolinska



Jag föddes och växte upp i Jekaterinburg (tidigare Sverdlovsk) i Ryssland (tidigare USSR). Jag studerade vid Ural State Medical University. Sedan arbetade jag tio år som kirurg, inom trauma.

Jag kom till Sverige januari 2013, av speciella skäl. I väntan på svar från migrationsverket, jag tyckte att det är tråkigt att sitta hemma, hittade själv praktik på äldreboende. Tränade språket där. Samtidigt fick jag lära mig svenska traditioner.

Jag frågade Migrationsverket om jag får jobba och vad behövs att veta för att jobba. Fick svar – vi fixar allt, det är bra att jobba. Började jobba som vårdbiträde på samma äldreboende, anställd på kommunen. Stort problem att ta ut lön från banken, hade inte rätt att skaffa konto, LMA-kort är inte legitimation, hittade lösning med hjälp av vän. Efter sex månaders arbete kallelse till Migrationsverket och samtal att dom ska polisanmäla mig för bedrägeri. Fick lön samtidigt som bidrag från Migrationsverket. Var tvungen att betala hela lönen till Migrationsverket. Jag ville inte jobba mer på äldreboende, men fortsatte att träffa boende där.

Väntade på svar från Migrationsverket i tre år. Efter det provade jag med Tisusprov i svenska. Fick godkänt på tal, underkänt på skriv. Började studera svenska på gymnasiet istället, blev klar på tre månader. Under den tiden lämnade jag handlingar till Socialstyrelsen. Det var innan 1 juli 2016 men i alla fall fick svar att jag måste göra kunskapsprov, fast jag hade jobbat 10 år som specialist.

Ruslan Musábir.

Väldigt mycket stress med kunskapsprov, kunde inte förstå hur frågekonstruktörerna tänker. Hittade information om studiecirkel i Uppsala. Fick mycket stöd av kollegor där: Ingemar Persson, Christina Mörk, Ingela Präst och många andra. Diskuterade frågor från kunskapsprov. Provet var värdelöst, inkorrekta frågor i varje provtillfälle under mer än fyra år. September 2017 hade nästan 50 % av frågorna från del 1 konstiga formuleringar, med flera rätta svarsalternativ, eller rent inkorrekta. Hur kontrollerades dessa frågor? Efter provet har man bara 48 timmar för att överklaga. Även med bevis och länk till svensk litteratur var det bara enstaka frågor som ändrades efteråt, de flesta frågor ändrades inte.

Socialstyrelsen ville i början inte lyssna alls. Motiveringen var att myndigheterna i Sverige litar på varandra och granskar inte varandra. Sen efter flera diskussioner,

även med generaldirektör Olivia Wigzell, vi fick flera chanser att göra provet tills juli 2019. (Det behövdes inte så mycket för mig själv, men det var mindre stress i alla fall).

Jag fick plats på kompletterande utbildning på Karolinska Institutet men hoppade av i november 2018. Godkändes på det teoretiska provet av kunskapsprov från tredje gången (september 2018), på praktiska från första gången (november 2018). Började praktiktjänstgöring på akutkirurgi och trauma på Karolinska Universitetssjukhuset i februari 2019. Fick legitimation i augusti 2019. Nu är jag anställd på Karolinska Universitetssjukhuset på akutkirurgi och trauma och på akut funktionen.

Det svåraste när jag skulle börja jobba i Sverige var byråkrati överallt. Det bästa var vissa kollegor som hjälper och kan förstå situationen.

Finns massor av skillnader mellan Ryssland och Sverige. Helt annorlunda approach av handläggning av patienter och det allt beror på pengar. I Ryssland är kontrollen bättre. I Sverige är det mer pengar i systemet, fast dom skulle kunna användas på mycket bättre sätt.

Mina råd till andra läkare är att om det finns val, så finns det andra EU-länder med enklare regler. För att kunna börja jobba i Sverige förlorade jag sex år och har inte specialistbevis än. Min kollega i Tyskland började jobba efter ett år. Även med regel av tre års arbete i EU-land, kan man börja jobba snabbare om man kommer till Sverige från andra EU-land.

Jag vill tacka mycket kollegor som hjälper och stödjer mig och andra utländska läkare!

Jäv saknas.

Ruslan Musábir
Trauma Akutkirurgi
Karolinska Universitetssjukhuset
ruslan.md7903@gmail.com

Ruslan Musábir

Ruslan är före detta deltagare i Uppsalas studiecirkel. Hans hustru arbetade som gymnasielärare i Ryssland och är nu barnskötare i Sverige. De har fem barn, det äldsta 14 år gammalt, det yngsta fem månader.

Ingen introduktionsutbildning i Stockholm

Har ni, eller planerar ni att ha, introduktionsutbildningar för läkare utbildade utomlands?

Jag ställde frågan till Allmänmedicinskt centrum (tidigare Cefam) i Stockholm, som har hand om utbildningen inom Region Stockholms primärvård. Deras uppdrag är producentobundet, det riktar sig lika mycket till regionägda verksamheter som till privatägda.

Helena Schildt Tossman, chef för Enheten för AT och ST, kontaktade mig.

– Jag svarar nej på båda frågorna. Vi behöver inte leta efter presumptiva ST-läkare som på andra håll i landet. Vi slussar in dem i AT eller individualiserad ST. Och vi har absolut inte möjlighet att dra igång ytterligare en utbildning!

– Det är mycket förändringar på gång. Ny grundutbildning, bastjänstgöring (BT), ny ST-utbildning på minst 5,5 år. Vi kommer att ha tre olika ST-system parallellt.

I Stockholm finns just nu 604 ST-läkare. Man tar emot 230 AT-läkare per år till primärvården, nu vill regionen öka till 250. Därtill kommer cirka 50 BT-läkare.

– Kanske blir det ett sjok med teoretisk utbildning, säger Helena. I utbildningen ska ingå etik, bemötande, konsultation, ledarskap, läkemedel, palliativ vård m.m. Troligen kommer man att lägga in en obligatorisk psykiatrisk placering.

Hos beställarenheten i Region Stockholm finns ett centralt utbildningskansli med en utbildningsenhet. Där har man rekryterat en projektledare för den nya BT-utbildningen som vid tidpunkten för samtalet ännu inte tillträtt. De allra flesta utländska läkare hamnar inom primärvården.

Helena Schildt Tossman.

– Man diskuterar hur läkare med utbildning i tredje land ska bedömas inför BT- och ST-systemet. Eventuellt blir det två läkare som bedömer både teoretiska och kliniska kunskaper. De kan få fortsätta inom BT respektive ST tills de når målen – det finns ingen övre gräns.

– Vi kan klara 610 ST-läkare. Men blir det fler måste vi få fler studierektorer. Vi har inte heller tillräckligt många handledare. Vi har nu 176 utbildningsenheter och börjar nå bristningsgränsen. Det är viktigt att kvaliteten upprätthålls. Det blir många AT, ST och BT i systemet.

Jäv saknas.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Annons

Om transkulturell psykiatri

Årets första nummer av Läkartidningen (vol 117, 15.1.2020) hade transkulturell psykiatri som tema, med 22 sidor matnyttiga artiklar. Samma dag som tidningen damp ner i brevlådan ordnade Läkartidningen ett seminarium över samma tema. Programmet följde i stort sett artiklarna i Läkartidningen.

Sofie Bäärnhielm, överläkare vid Transkulturellt centrum, Region Stockholm, inledde seminariet. Transkulturell psykiatri handlar idag om att möta en globaliserad befolkning, migranter, flyktingar, minoritetsgrupper, en social och kulturell mångfald och en föränderlig befolkning.

Ett gott interkulturellt bemötande kräver redskap, dvs. kunskap om interkulturell kommunikation, migrationens betydelse för hälsa, mångfaldsfrågor och även kunskap om rätt till vård. Psykiatrisk vård är ofta stark stigmatiserad, och många invånare har bristande kunskap om psykisk sjukdom och sjukvårdens organisation. Här kan man behöva vända sig utåt i samhället.

Anna-Clara Hollander, Institutionen för global folkhälsovetenskap på Karolinska Institutet. Om all världens migranter skulle etablera en egen stat så skulle det vara världens femte största till befolkningsmängden. Det finns 170 miljoner flyktingar i världen. Av dessa är 3,5 miljoner asylsökande.

Flera faktorer påverkar hälsan hos utrikesfödda: premigrationsfaktorer som är faktorer i ursprungslandet, migrationserfarenheter från själva resan/flykten, postmigrationsfaktorer i det nya landet samt generella sociala bestämningsfaktorer.

Christina Dahlman, överläkare vid institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet, redogjorde för studier om psykiatriskt vårdutnyttjande bland etniska minoritetsgrupper och utrikes födda. Statistiken är ofullständig då den enbart omfattar folkbokförda. Att utrikes födda under de första åren använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda behöver inte bero på att deras mentala hälsa är bättre, utan snarare att det finns ett antal barriärer.

Frida Metso Johansson, psykolog vid Transkulturellt centrum, gav oss budskap att ta hem. Posttraumatisk stress är tio gånger vanligare bland flyktingar än svenskfödda och kan också debutera sent. Flyktingarna ska erbjudas samma evidensbaserade behandling som svenskfödda, men det kan finnas behov av anpassning till livssituation. Mer skonsamma behandlingsmetoder som utgår från ny neurovetenskaplig kunskap ger hopp om mer effektiv behandling.

Frida Metso Johansson. Foto: *Ingrid Eckerman*

Elis Envall, socionom och konsult, talade om internationella åtaganden beträffande vård för flyktingar. Det är viktigt att vi står upp för mänskliga rättigheter och demokrati. Det finns flera konventioner som ej ratificerats av Sverige, t.ex. konventionen om migrantarbetares och deras familjers rättigheter (ICRMW).

FN:s konventioner är universella, odelbara och ömsesidigt beroende och relaterade. De innehåller jämlikhet, delaktighet och ansvarighet. Konventionsstaterna ska respektera, skydda, uppfylla och övervaka mänskliga rättigheter.

Elis Envall. Foto: *Ingrid Eckerman*

Tre dokument styr människors rätt till hälso- och sjukvård:

- ESK-konventionen (ICESCR, artikel 12.1) innebär att konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.
- Barnkonventionen (CRC, artikel 24.1), som nu är svensk lag, innebär att konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.
- Europeiska unionens stadga om de mänskliga rättigheterna (artikel 35) säger att var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis.

Vid den granskning av Sverige som gjordes 2007 konstaterade man att dåvarande lagstiftning och praxis när det gällde vård av asylsökande och papperslösa inte stämde med internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter.

Ansvaret för mänskliga rättigheter faller på regering och riksdag, statliga myndigheter, offentliga myndigheter (bl.a. regioner och kommuner) samt deras företrädare. Varje anställd har ansvar för att förverkliga de mänskliga rättigheterna. Det gäller även enskilda verksamheter som utför arbete åt offentliga myndigheter.

Vård som inte kan anstå omfattar även planerad vård. Vårdpersonal bör i varje enskilt fall dokumentera varför vården kan anstå. I en EU-rapport rekommenderas att man ger vård, då det på lång sikt blir för dyrt om vård uteblir. Om en remissinstans inte vill ta emot patienten bör man gå till beställaren.

Människorättsbaserat arbete ger verktyg för att på ett professionellt sätt verka för patienternas bästa. Det kräver samverkan inte bara med patienter och anhöriga utan också med övriga samhället.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Hälsocentralen – En korus

Jag bor i Umeå och arbetar på hälsocentral, är snart färdig specialist i Allmänmedicin. Har under min ST-tid använt skrivandet som en kanal för alla förtroenden, berättelser och allt liv. För att vårda nyfikenheten och det mellanmänskliga. Det som behövde rensas ur journalanteckningarna, som inte rymdes i diagnoser eller åtgärdskoder. Det som ofta saknades i strategidokument, utredningar eller budgetförslag. Denna text är ett ax- och ett hopplock, en samtida korus, min vardag.

Jenny Andersson

I.

Jag är så trött.
Det måste vara någonting fel med mig.
Jag är så trött.
Det spelar ingen roll hur mycket jag sover.
Jag går och lägger mig tidigt.
Sover länge. Vilar på dagen.
Jag är så trött.
Ingen annan är så trött som jag.

Jag kan inte sova.
Ingenting. Sover jag.
Jag går och lägger mig.
Bara vrider mig i sängen.
Somnar när det är morgon. Och då vaknar jag.

Jag brukade aldrig.
Aldrig förut har jag haft problem. Men nu.
Jag kan inte. Det är omöjligt.
Att somna.
Jag somnar men så vaknar jag direkt.
Kan inte somna om.
Sover bara fyra timmar. Två timmar.
Aldrig längre än trettio minuter åt gången.
Jag sover ingenting. Kan inte.

II.

Kan det vara något med sköldkörteln?
Att jag är så trött.
Att jag inte sover.
Att jag är så ledsen.
Att jag inte vill någonting.
Jag har läst på nätet.
Det stod på nätet.
Jag såg på en sida på nätet.
Hur är det här med sköldkörteln.
Min mamma. Min pappa.
Min mormor. Min kompis.
Många på nätet.
Har rubbningar i sköldkörteln.
Borde jag kanske ta prover?
Är det säkert att proverna visar rätt?
Min mamma. Min kompis. Många på nätet.
Har rubbningar i sköldkörteln.
Som inte syns på några prover.
Som inte svarar på behandling
med vanliga mediciner.
Kanske är det det jag har också?

III.

Det är magen.
Den krånglar.
Det har den alltid gjort.
Har den aldrig gjort förut.
Jag måste alltid gå på toa. Kan inte gå på toa.
Blir aldrig klar på toa.
Avföringen är hård. Lös.
Konstigt färgad. Annorlunda.
Det gör ont.
Här uppe. Här nere. Bakåt. När jag sitter.
När jag står. När jag jobbar. Äter mjöl.
Mjölk. Sparris. Vad jag än äter.
Och uppsvälld. Liksom spänd.

Jag har lagt om kosten.
Borde jag lägga om kosten?
Vad ska jag äta?
Vad är allt jag nu inte ska äta?
Kan vi ta prover?
(Kan det vara sköldkörteln?)
Vad ska jag göra.
Med magen.

IV.

Nu har jag så ont.
Överallt.
Det var bättre förut men nu är det sämre igen.
Överallt gör det ont.
Vad kan det vara.
Det måste ju vara något.
Någonting ni inte hittar.
Något fel är det ju.
När det gör så ont.

Jag måste få någonting för det onda.
Jag vill inte bara ta någonting för det onda.

Jag vill veta vad det är.

Det strålar ut. Det är som knivar. Det liksom sticker. Smärtan flyttar runt. Men alltid ont.

Nu måste jag ha en röntgen. En spruta.
Ett svar. Ett gympaprogram. En tablett som funkar. Någon som lyssnar. Ett annat jobb.
En sjukskrivning. En lapp med råd.
En tv i sängen.
Jag blir så trött också. Av att ha såhär ont.
Och arg. Och ledsen. Och ont.

V.

Det är här uppe, bak, på mitten och framme på benet.
När jag springer. När jag sprang förut.
När jag vill springa nu men då kan jag inte.
Jag har läst allt. Det finns så mycket att läsa.
Det är tydligen vanligt. Bland såna som jag.
Såna som springer.
Det är den här muskeln och bandet och fästet och senan.
Jag kan alla namnen och alla övningar. Jag har provat allt och alla olika och jättelänge.
Men det måste väl finnas något annat.
Något någon annan kan göra.
För varje gång jag försöker nu.
Så blir det som förut
Men jag vill att det ska vara som innan.
Så att jag kan fortsätta springa.

VI.

Det liksom värker. Känns tungt.
Konstigt när jag cyklar. Klämmer.
Ser annorlunda ut. Fult. Snett.
För mycket här för lite där. Snett. Konstigt.
Titta, säger du. Känna, måste du verkligen?
Det måste ju vara något fel.
Kan du säga vad som är fel.
Kan du inte bara säga att det inte är något fel.
Helst utan att titta. Helst innan jag kom.
Säg bara att jag kom i onödan och får slippa.

VII.

Det är jobbet som lärare, arkitekt, forskare, ingenjör, egenföretagare, undersköterska.
Jag har gjort kometkarriär på Apple.
Jag har inte arbetat på länge.
Jag klarar inte av att arbeta mer.

Det har blivit så svårt att slappna av
i musklerna.
Det är alla ljuden. Och pipet från kylen.
Det var en förkylning för mycket och så en till.
Det var huvudvärken som fanns redan
på morgonen.
Det var yrseln och ingenting att hålla sig i.
En rapport. En deadline. En chef.
En ambitionsnivå.
Alla krav och så en kollega till som inte.

Nu hittar jag inte ut ur rondellen.
Kommer jag inte iväg till jobbet.
Nu kommer jag inte upp ur sängen.

Det som skulle vara roligt.
Det som gick så bra.
Jag som hade det så bra.

Jag som var så duktig
Jag som tycker det är så viktigt att vara duktig.
Jag som tycker så mycket om att dansa.

VIII.

Jag följer med för att kunna berätta.
Jag kommer ensam för att jag skäms.
Jag är arg, jag är rädd, jag ler och skojar
för att kompensera.
Jag kommer nog försent
undrar bara vad jag gör här.

Det gäller min make. Min pappa.
Det gäller mig.
Som tvekar inför att föra min egen talan.
Som inte känner igen mig själv längre.
Som tappat tråden. Riktningen. Orden.
Koderna till korten.
Som tappat ordningen på dygnet
och allt det andra.

Precis som min pappa. Precis som med
mormor. Precis som i den där filmen.
Hur blir det sen? Vem blir jag nu?

IX.

Jag är stor men fortfarande liten.
Mittemellan.
Min mamma. Min pappa. Min storasyster.
En kusin följer med.
Hjälpsökande vuxenögonen på stolen intill.

Jag har ont i en fot och måste bäras.
Är blek. Är trött. Har ont i magen.
Kan inte sova
Har gått hem från skolan. Får gå undan
i skolan. Har bytt skola eller vill inte gå dit mer.

Kan det vara brutet?
Kan det vara hjärtat?
Kan det vara farligt?

Jag frågar, vuxenögonen frågar.
Jag skruvar på mina händer, skruvar ur stolen,
ur skinnet.
Tittar ner, ut, bort. Stora tårar rinner nerför
kinder under lång lugg.
Rösten krymper. Storasyster släpper ner
axlarna och en pappa skruvar på sig istället.

Jag vill inte leva fastän jag knappt börjat. Min
mamma vill inte leva fast hon är min mamma.
Min mamma och pappa ska till rättegång.
De vuxna är små fast dom är stora.
Det finns ord som inte kan sägas.
Det finns minnen.
Saker som hänt innan minnet.

Jag vet inte. Jag vill inte. Jag vill.
Använda något vasst.
Bara bo hos en.
Att mamma ska bli frisk.
Att allt ska försvinna.
Att allt ska bli bra.

Bup är värdelösa.
Skolan är värdelös.
Familjen är värdelös.
Livet är värdelöst.
Jag vet inte ens om jag gillar hockey längre.

X.

Det handlade om foten.
Som svullnade och gjorde ont.
Om att försöka få på stödstrumpor utan hjälp.
Om diabetes. Ett dåligt knä.
Oklippta naglar som inte går att nå eller en
trappa som är svår att ta sig upp för.
Om sömnen eller aptiten som är för lite jämnt.
Om hemtjänst som kom eller inte.
Om mediciner.

Men mest av allt handlade det om
en älskad make
Som varit sjuk länge.
Eller en hustru som plötsligt föll död
ner mitt i julbestyren.
Eller en älskad som bara slutat vakna.

Om tid som gått men som inte gör
någon skillnad.
Ett efteråt som är tomrum och olikt och
onödigt nytt efter så lång tid.
Om att vara vilse i det vardagliga
och det egna hemmet.
Där allt som varit finns överallt.
Det var så det var och aldrig sa ni
någonting om det.

Nu brottas jag ensam med påslakan och
tycker det är det jobbigaste som finns.
Hänger ensam upp tung tvätt
på en hög ställning.
Förundras över dammet som blir och
blir utan att man förstår hur det går till.
Undrar hur man kommer på
att man ska vattna blommor?

Det blev så väldigt mycket tid när jag inte
längre behövde passa någon annans
läkartider. Medicintider. Oroa mig för vad
som skulle hända om han ramlade ihop
mellan hemtjänstens besök. Om han var helt
tyst och jag som ser så dåligt.

Det är så mycket. Som inte syns förrän så
fort någon slutar med det. Som inte märks
förrän det fattas.
Och jag önskar att jag fick en chans
att säga Alla tack.
En chans till att vara två om saker.
Om jag bara vetat.

XI.

Jag vet det redan innan.
Men det värsta är ännu outtalat.
Jag har vetat sen blodet. Sen det onda.
Sen det andra.

Jag har blundat men det fanns där ändå
Jag ser i dina ögon när du också börjar ana.
Det gula i mina. Det gråa. Det magra.
Det bleka.
Alla frågor och alla svar vi båda helst sluppit.
De svåraste. Det värsta.

Alla måsten som blir nästa steg.
Som gör att det blir sant.

Men läs mig som förut. I detta innan.
Bortse från tecknen utanpå
på vad som är ofrånkomligt inuti.
Möt mig som då. I detta nu.
Vi kommer inte undan sedan.

Jenny Andersson
ST-läkare
Sävar Hälsocentral, Umeå
jenny.andersson@umu.se

Kontinuitet i praktiken

I början av november 2019 arrangerades SFAM:s årliga ST-dagar i Stockholm. Jag hade nöjet att få säga några ord om kontinuitet som redskap, bortom flosklerna. Dessa rader är en sammanfattning.

Kontinuitet i sjukvården är ett verktyg som rätt använt ökar kvaliteten i sjukvården och skapar större trygghet för patienterna. Personkontinuitet bör därför vara en obligatorisk aspekt av konsekvensanalyser vid varje beslut rörande ledning, styrning, ersättningssystem och organisation.

Med kontinuitet i sjukvården avses sammanhängande helhet. Begreppet kan delas upp i informationskontinuitet, processkontinuitet och personkontinuitet. Oftast menar man det sistnämnda. (Person)kontinuitet inom sjukvården kan ge stora fördelar, men det finns även nackdelar och fallgropar som inte skall bortses från. För överskådlighetens skull kan man betrakta kontinuitet ur ett antal olika perspektiv som delvis överlappar varandra.

1. Relation

Huvudpoängen med kontinuitet är att den ger förutsättningar för relationsbaserad sjukvård. Varje möte innehåller en relationens startsträcka som går ut på att utforska den andre; en förutsättning för tillit och delat beslutsfattande. Kontinuitet i relationer ger ett försprång som sparar mycket tid och energi i varje möte. En befintlig relation underlättar kommunikation och minskar risken för missförstånd, och den ömsesidiga investeringsviljan blir högre i en kontinuerlig relation jämfört med vid McDonald's-sjukvård. Möjligheten att ta upp känsliga frågor kan öka samtidigt som utrymmet för missriktad prestige minskar.

De initiativ som finns för att öka produktionen i första linjens sjukvård, exempelvis närakuter, enfråge-appar, nätläkare och långt driven triagering/uppgiftsväxling, har alla den underskattade nackdelen att de innebär bruten kontinuitet. Baksidan av all välmenande avlastning är att varje uppgift som i onödan utförs av någon annan är ett bortkastat tillfälle till skapande av relation.

Fallgroparna vid relationell sjukvård hänger ihop med den ibland svåra balansgången mellan närhet och distans. Missriktad välvilja och otillräcklig distans kan bidra till överdiagnostik och överbehandling, men även motsatsen, att inte förmå ta tag i känsliga problem eller underlåtenhet att neka sjukskrivning eller förskrivning. Ett särskilt problem uppstår förstås vid oönskad kontinuitet i relationer som man inte trivs i.

2. Information

"Att slippa upprepa sin berättelse" är nog det vanligaste men samtidigt minst viktiga argumentet för kontinuitet, om man avser sakinformation som tidigare sjukdomar, allergier och läkemedel, eller rekapitulation av händelseförlopp. Datorer är ju överlägsna det mänskliga minnet vad gäller felfri dataförvaring. I det goda samtalet överförs emellertid även annan, minst lika viktig men mer svårbeskriven, information som bara kan bäras oförvanskad från ett möte till nästa av de involverade personerna.

Informationsinsamling genom kontinuitet över tid är svår att ersätta vid handläggning av komplexa tillstånd, där vissa mönster inte framträder förrän tillräckligt många pusselbitar har lagts. Betydelsen av förförståelse genom en gemensam historia förbättrar möjligheten att identifiera små och tidiga förändringar från det normala för individen, till exempel tidig upptäckt av allvarlig sjukdom (bild 1). När läkare och patient träffats tidigare ökar nyttan och säkerheten vid bruk av distansöverbryggande teknik såsom videotelefoni eller text.

Den viktigaste fallgropen med kontinuitet i informationshänseende är hemmablindhet, alltså den felaktiga föreställningen att man sedan tidigare har utbytt all väsentlig information, med risk för förhastade slutsatser, missförstånd och underdiagnostik.

3. Ansvar

Många håller nog med om att stora delar av ansvaret inom sjukvården över tid förskjutits från den enskilda yrkesutövaren, spätts ut och anonymiserats inom organisationerna. Frånvaron

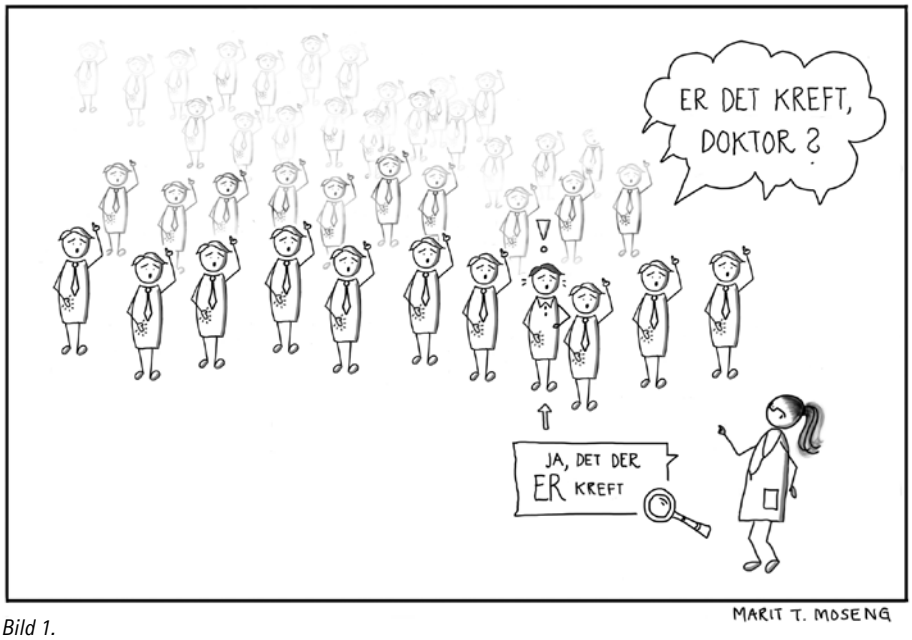


Bild 1.

Illustration: Annika Andén

av tjänstemannaansvar för sjukvården är slående. Problemen med trenden visar sig i vårdnivåriktlinjer, övervältring och nånannanism. Men det mellanmänskliga löftet om sjukvård låter sig bara uppfyllas av just enskilda människor av kött och blod, och inte vare sig controllers, hus eller kliniker. Personkontinuitet underlättar för oss att återskapa det personliga ansvaret. Människor som träffas mer än en gång är mer benägna att anstränga sig lite mer för varandra. Det blir naturligt att planera inte bara för den isolerade punktinsatsen utan även för det som kommer efter.

Kompetensutveckling är en annan ansvarsfråga, där endast kontinuitet över tid ger möjlighet att utveckla erfarenhetskunskap om förlopp, spridning och individuella utfall. Ansvar för felaktiga bedömningar och beslut innebär att man själv tar hand om sina reklamationsärenden.

4. Osäkerhet

En nyckelkompetens för varje allmänläkare är förmågan att härbärgera och hantera osäkerhet. Medicinsk kunskap tas oftast fram genom undersökningar av grupper medan de flesta beslut vi fattar baseras på extrapolerade sannolikheter. Det betyder att vi sällan vet säkert vad vi åstadkommer med våra åtgärder för den enskilde förrän efteråt. Kontinuitet, att följa förlopp, är här vårt viktigaste verktyg. Den ger oss möjlighet till exspektans med trovärdighet. Den innebär minskat behov av den ångestdrivna överdiagnostik och överbehandling som följer av ambitionen att utesluta alla tänkbara differentialdiagnoser omedelbart.

5. Trygghet

Personkontinuitet ger förutsägbarhet genom att människor vet vem de får träffa och att de kommer att bli tagna på allvar. Den långsiktighet, investeringsvilja och effektivitet som präglar relationsbaserad sjukvård bidrar också till ökad tillgänglighet, som dessutom är ändamålsenlig (rätt person i rätt tid), till skillnad från den mer vulgära form av omedelbar tillgänglighet (till vem som helst) som tenderar efterfrågas och premieras i nuvarande sjukvårdsstyrning. Trygga människor behöver inte dra sig för att söka av oro för att inte bli tagna på allvar, och inte heller söka för tidigt för säkerhets skull.

6. Autonomi

Obegränsad valfrihet står i konflikt med kontinuitet. Hållbara relationer över tid förutsätter att de inblandade avstår något, till exempel den snabbaste lösningen i varje enskilt ögonblick. Den begränsning av valfriheten som exempelvis fungerande listningssystem innebär kan anses utgöra ett oönskat tvång och en inskränkning av det självbestämmande som kännetecknar (betalande) kunder på en fri marknad. Även om många svenskar önskar kontinuitet i sjukvården, så är det långt ifrån alla.

Många människor har dåliga erfarenheter av primärvården i Sverige. Deras upplevelser måste respekteras. Jag tror att en bidragande faktor är att vi aldrig haft kontinuitet som bärande princip, utan tvärtom motarbetat densamma genom ledning och styrning. Det man aldrig upplevt är omöjligt att sakna. När inte sjukvården upplevs kunna se och tillgodose människors verkliga behov väljer politiker att åtminstone tillgodose deras efterfrågan.

Även läkarens autonomi påverkas vid strävan efter maximal, långsiktig personkontinuitet. Den kan innebära låg rörlighet på arbetsmarknaden och kanske även inskränkningar i självbestämmande över arbetsinnehåll, arbetstidsförläggning, semesteruttag och föräldraledighet. Det är inte alltid lättsamt att vara kontinuitetsbärare, särskilt inte i nuvarande system. En betydande andel av läkarna är med rätta tveksamma till att ta på sig ett långsiktigt personligt ansvar. Å andra sidan innebär system som premierar kontinuitet en tydlig maktförskjutning från ledning och styrning till patient och läkare genom att personen och inte bara funktionen återfår sin betydelse och människors utbytbarhet minskar.

> **"Kontinuitet i sjukvården är inte ett självändamål utan ett verktyg."**

Kontinuitet bör vara det normala

SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, har varit motvilliga till en förändring av nuvarande valfrihetsfokuserade styrning. Obegränsad kundrörlighet plus frånvaro av definierade personliga uppdrag har dels effektivt maskerat underkapaciteten i primärvården och dels förskjutit ansvaret för den från regioner till enskilda utförare. Sveriges historiskt relationellt bristfälliga sjukvård har samtidigt bidragit till att skapa en blomstrande marknad för försäkringsgivare, ehälsoföretag och andra privata vårdföretag och den stora alternativmedicinska sektorn.

Kontinuitet i sjukvården är inte ett självändamål utan ett verktyg. Rätt använd kan den underlätta goda relationer, ge effektivare informationshantering, gynna ansvarstagande, underlätta hantering av osäkerhet och skapa större trygghet. Precis

som alla andra verktyg måste kontinuitet användas med urskiljning och medvetenhet om både dess användningsområden och dess nackdelar och risker.

> "Personkontinuitet borde vara en obligatorisk aspekt av konsekvensanalyser vid varje beslut rörande ledning, styrning, ersättningssystem och organisation."

Det vore värdefullt att bygga sjukvården med kontinuitet som grundprincip, det normala, med tydlig motivering vid avsteg istället för tvärtom. Personkontinuitet borde vara en obligatorisk aspekt av konsekvensanalyser vid varje beslut rörande ledning, styrning, ersättningssystem och organisation.

Samtidigt kan vi inte ha en sjukvård som är beroende av enskilda personer, det blir sårbart. Vi måste ha robusta reservsystem för situationer när kontinuiteten råkar brytas, medverka till kompromisser och arbeta med medveten diskontinuitet när det är motiverat, till exempel när omedelbar tillgänglighet eller högspecialiserad kunskap krävs.

Jäv saknas.

Andreas Thörneby
Närhälsan Kinna vårdcentral
andreas.thorneby@sfam.se

Tankar om en enkät

Peter Olsson i Jokkmokk reflekterar

Kan vården anpassas bättre till patienter med kroniska sjukdomar? Hur ta vara på de sjukas egna synpunkter? Det är grundtanken i en spännande avhandling vars framväxt jag följt lite på avstånd [1]. Jag presenterar den här helt kort och sedan fritt vilka tankar den väcker hos mig.

Maria Engström Svedbo valde att efter en intressant kvalitativ intervju att utforma en patientenkät för diabetes. De trettiosex frågorna täcker olika teman: Hur man mår, kunskap om diagnosen, hinder i vardagen, oro och stöd från vården. Valideringen utförs genom jämförelse med olika livskvalitetsinstrument och de fakta som registrerats i NDR Nationella Diabetesregistret.

> "Jag frågar mig hur enkätsvar påverkar mötet och kontakten med patienten."

Det blir en ofantlig datamängd. Hanteringen av Big Data innefattar komplicerad statistik, AI, maskininlärning och försök att se samband och presentera dessa på meningsfullt sätt. Slutsatsen blev ”att diabetesenkäten har potential att i både patientbesök och utvärderingar av diabetesvården tillföra viktigt underlag och med det synliggöra patientperspektivet i diabetesvården”.

Parallellt med avhandlingsarbetet har datortekniken och säkerhet/identifiering utvecklats så att enkäten nu kan besvaras av patienten direkt i NDR på nätet t.ex. före ett besök. Du som läsare kanske redan har använt enkäten i testversion i nationell pilot?

Avhandlingen presenteras utförligt i Omvårdnadsmagasinet nr 6 2019 [2]. Enkäten ses som ett bra underlag för att få fram de mjuka värdena.

Själv vill jag gärna prova enkäten även om jag för egen del känner skepsis mot enkäter med fasta svarsalternativ. Det är tröttsamt med alla “kvalitets”uppföljningar vid minsta kontakt med företag och myndigheter.

Öppna frågor med kvalitativ metod kan ge många oväntade

Nationella Diabetesregistret, NDR

Startade 1996, har cirka 450 000 registrerade. Personer med diabetes kan via bank-id se sina egna data. Vårdgivare kan få interaktiva statistik på egna data.

Patientenkäten

- Hur jag mår och har det med min diabetes, t.ex. om oro för att diabetes kan orsaka andra sjukdomar (21 frågor)
- Vilket stöd har jag från diabetesvården, t.ex. om läkarkontinuitet (12 frågor)
- 4–5 fasta svarsalternativ

insikter. Det har jag egen erfarenhet av från början av 90-talet. Vi följde upp en satsning på att lära patienter den då alltmer tillgängliga och förenklade tekniken för självtest av blodsocker, redovisad i Allmänmedicin [3, 4].

Jag frågar mig hur enkätsvar påverkar mötet och kontakten med patienten. Får jag en annorlunda roll som överflödig vårdgivare? Kan ett visst utfall i enkät och/eller i övriga fakta i NDR via algoritmer föreslå specifika åtgärder?

Om det via allt mer journalnära Kunskapsstöd kopplas till specialistföreningen (och därmed läkemedels- och hjälpmedelsindustri) känner jag stor tvekan. Vi ser exempel på entusiastiskt oordnat förskrivande till våra patienter av internister efter läkemedelsluncher. Det tas inte hänsyn till patienternas preferenser, kontraindikationer, biverkningar och risker.

> **"Det vore tekniskt möjligt i den digitala journalen att ge patienten en friare anamnesmodul, enkätformen är inte självklar."**

Vid införande av diabetsöversikt i VAS (med möjlighet att direkt exportera data till NDR) fanns ett utbrett motstånd även bland initierade kolleger som kände sig alltför styrda.

Enkäter och andra uppgifter kan även användas för uppföljning av inte bara behandlande enhet utan enskild vårdgivare. Det kan ses som oönskad övervakning för den som inte vill. Vem som äger värdefulla data genererade av vård och patienter är inte tillräckligt diskuterat. Diabetesenkäten är till skillnad från t.ex. KOL-enkäten inte inriktad på förskrivning.

Som patient upplevde jag det märkligt att vården hade en akt om mig. En dossier med felaktigheter och missuppfattningar som jag inte själv hade enkel tillgång till. Det vore tekniskt möjligt i den digitala journalen att ge patienten en friare anamnesmodul, enkätformen är inte självklar. Gränsen för vårt professionella arbetsinstrument, journalen, blir mindre markerad.

Kanske är mina tankar alltför dystopiska. Patienten blir kanske mer aktiv och delaktig i sina värden och förloppet om tekniken blir tillräckligt enkel och smidig.

Den digitala enkäten är väl ett exempel på E-hälsa, ett märkligt begrepp som har modern och positiv klang. Ekonomin dräneras av nätläkarbolag utan ansvar. Samtidigt tvingas vi

Illustration: Annika Andén

snabba på tveksamma distanskonsultationer via videoteknik. Något som vi kan ha nytta av vid uppbyggnad av stöd för samisk hälsovård till en extremt utspridd population. Det var en utvikning.

Validering (av t.ex. en enkät) ser jag inte så mycket som ett statistiskt matematiskt problem, mera som språkligt och filosofiskt begrepp. Engström är medveten om att validitet inte kan bevisas. Om enkäten i praktiken hjälper oss att anpassa efter den enskildes synpunkter är den valid.

Peter Olsson
Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

Svedbo Engström M.
Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care.
Göteborgs universitet 2019.
ISBN: 978-91-7833-668-5

Referenser:

1. Svedbo Engström M. Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care: Descriptions as well as Development and Testing of the Diabetes Questionnaire. Avhandling. Göteborgs universitet 2019. ISBN: 978-91-7833-668-5
2. Ny enkät fångar upp tuff vardag vid diabetes. Omvårdnadsmagasinet 2019;6:20-21
3. Björkman C; Pirak B; Olsson P; Kuoljok S. Använd kvalitativ metod vid utvärdering. Allmänmedicin 1994;15(3)142-5
4. Björkman C; Pirak B; Olsson P; Kuoljok S. Hur ligger det till? Testa blodsocker när du vill. Allmänmedicin 1994;15(3)146-53

Kjell Asplund:

Vi kan ha något att lära av komplementär och alternativ vård

Handen på hjärtat, hur många gånger har vi inte mött patienter som sökt sig till alternativa behandlingar och undrat varför dessa ofta får patienten att må bättre? Har vanlig hälso- och sjukvård kanske något att lära av den komplementära och alternativa vården?

Framför mig i Läkarsällskapets bibliotek sitter Kjell Asplund, tidigare generaldirektör för Socialstyrelsen och fram till 2019 ordförande för SMER, Statens medicinsk-etiska råd. Han förknippas med många uppdrag och utredningar, bland annat inom området etik och han var den som utredde Paulo Macchiarinis ökända luftstrupstransplantationer.

Den här gången handlar det om komplementär och alternativ vård.

I mars 2019 överlämnade Kjell Asplund en utredning till regeringen angående ”annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården”. I utredningen lämnas förslag till hur situationen för dem som använder komplementär och alternativ vård skulle kunna bli bättre.

Under utredningsarbetet besökte Kjell Asplund och hans medarbetare ett antal utövare av komplementär och alternativ vård. Det väckte frågan om vanlig hälso- och sjukvård kan ha något att lära av arbetssättet inom den alternativa vården, något som dock inte platsade i den statliga utredningen, så för en tid sedan skrev han en artikel om ämnet i Läkartidningen [1].

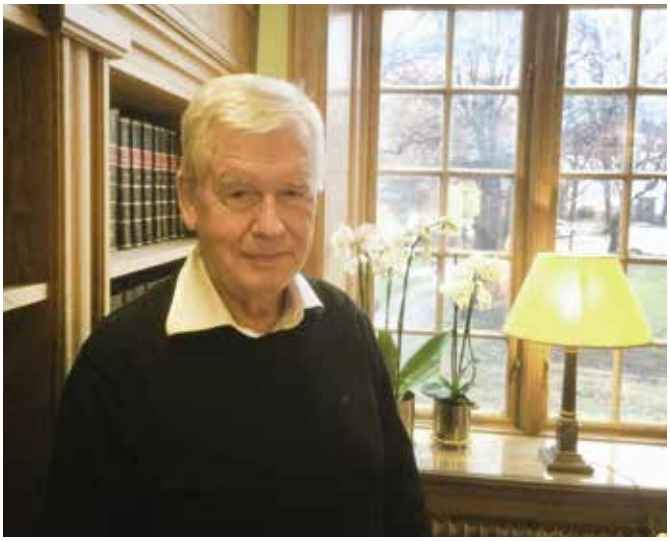
> **”Arbetsgivarna har en tendens att betrakta vårdpersonalen som utförare av vissa funktioner, snarare än som individer med en relation till patienterna.”**

Den fysiska miljön och vårdens innehåll

Idag finns visst belägg för att sjukvårdsmiljön påverkar behandlingsresultatet, bland annat för patienter med psykos- och demenstillstånd. I en amerikansk studie använde gallopererade patienter mindre smärtstillande och krävde kortare vårdtider om de kunde se grönskande träd utanför fönstret, i stället för en tegelvägg.

– Det fick mig att fundera över människans önskan om närhet till naturen och dess läkande kraft, biofili, och att den kan ha större betydelse än vi tror.

Det man noterade vid besöken hos utövare av komplementär och alternativ vård var att de hade ett påtagligt intresse av att anpassa den fysiska miljön till behandlingens innehåll.



Kjell Asplund. **Foto:** *Gösta Eliasson*

– De komplementära och alternativa verksamheterna bedrevs i en fysisk miljö som kan sägas vara kongenial med terapins innehåll, det vill säga den anslöt sig till vårdens idémässiga grund, säger Kjell Asplund, och ger ett typiskt exempel:

– En akupunkturmottagning vi besökte hade mjuka fåtöljer och tunga kinesiska draperier. I väntrummet bjöds man på te. Där fanns också en liten utställning med den utrustning som akupunktörens egen far hade använt. Jämför detta med ett vanligt väntrum eller mottagningsrum. Där är det ganska anonymt, litet kalt, opersonligt och stökigt.

Man är noga med att förhindra infektioner och allergier, men står den kliniska miljön verkligen i samklang med vårdinnehållet? Och visst går det att anpassa miljön även inom vanlig vård. Den som vill se ett exempel bör besöka Stockholms sjukhem. Där har man lagt ner ett omfattande arbete på att skapa en bra miljö, bland annat genom att inskaffa tavlor och andra konstverk.

Tid – en bristvara i sjukvården

De som utövar komplementär och alternativ vård arbetar oftast inte under den tidspress som många läkare upplever. Det kan ha stor betydelse för patienten, menar Kjell Asplund.

– Längre konsultationstid ger nöjdare patienter. I en studie omfattande elva länder var andelen patienter som ansåg sig ha fått tillräckligt med tid vid besöket hos läkaren lägst i Sverige. Inom komplementär och alternativ vård är förstagångsbesöket i regel en timme långt. Återbesök tar 30 minuter. Frågan är om inte många vänder sig till alternativ vård just för att de är missnöjda med den korta tid de kan få hos en läkare.

Den personliga kontinuiteten

Det finns vetenskapligt stöd för att personlig kontinuitet, alltså i vilken grad patienten träffar samma läkare vid upprepade besök, påverkar resultatet av vården.

– Det finns starka belägg för att kontinuitet ger bättre följsamhet till insatt medicinering och minskat behov av sjukhusvård. Eftersom merparten av den komplementära och alternativa vården bedrivs som små enmansföretag, kan man förmoda att kontinuiteten där är hög.

Många frågar sig varför personkontinuiteten i svensk hälso- och sjukvård är så låg, och varför den minskar. Kjell Asplund har inget svar på frågan, men menar att synen på vårdens medarbetare kanske kan vara en bidragande faktor.

– Arbetsgivarna har en tendens att betrakta vårdpersonalen som utförare av vissa funktioner, snarare än som individer med en relation till patienterna.

Ansvaret vilar också på professionerna

De senaste utredningarna, bland annat *God och Nära vård*, föreslår organisatoriska och regulatoriska åtgärder för att komma tillrätta med den låga personkontinuiteten. Att det har stor betydelse hur vården är organiserad är självskrivet, men enligt Kjell Asplund kan man inte skylla allt på organisationen.

– Flera ledamöter i Svenska Läkaresällskapets etikkommitté menar att vårdpersonalen har ett ansvar att verka för hög personkontinuitet. Även här har hälso- och sjukvården något att lära av den komplementära och alternativa vården.

> "Professionens ansvar är att i varje enskilt fall tillämpa prioriteringsutredningen. Men för att kunna prioritera rätt krävs det att man känner sin patient."

Värdet av ospecifika effekter

Många behandlingseffekter kan betecknas som ospecifika. Det gäller både vanlig och alternativ vård, och iakttagelsen är i bred mening en del av placeboeffekten. Resultatet av en specifik behandling påverkas av patientens upplevelser och förväntningar liksom av terapeutens engagemang och empati. Även behandlingens anseende och i vilket sammanhang den ges, har betydelse. Kjell Asplund menar att sjukvården kan bli bättre på att ta vara på de ospecifika effekterna.

– I Sverige har vården av barncancer-, bröstcancer- och leukemipatienter varit bäst på att tillvarata ospecifika effekter. Men så länge medarbetarna i vården upplever sig som utbytbara kuggar i ett stort maskineri är det svårt att skapa det patientförtroende som krävs.

Kan man dra några slutsatser om hur svensk primärvård bör vara organiserad?

– Det vore förmätet av mig att tro att jag har mer att komma med än de som jobbar i primärvården. Personkontinuiteten borde kunna bli bättre om man inför ett system med fast läkare.

Kjell Asplund

Född 1943, medicinstudier och medicine doktorsexamen i Uppsala. Professor emeritus vid Umeå universitet. Forskat på diabetes, stroke och hjärtsjukdomar.
1997–2002 styrelseordförande för SBU.
2004–2008 generaldirektör för Socialstyrelsen.
2010–2011 nationell cancersamordnare vid Socialdepartementet.
2012–2019 ordförande för Statens medicinsk-etiska råd (SMER). Genomfört en extern granskning av Paolo Macchiarinis luftstrupstransplantationer på KS.
2017–2019 lett en statlig utredning om komplementär och alternativ medicin (SOU 2019:15).

Men man kan fråga sig varför så många allmänläkare väljer friheten att jobba som hyrdoktorer i stället för att vara fast anställda.

Det handlar nog om att dagens allmänläkaruppdrag är för voluminöst och saknar avgränsning. Vad behöver göras för att vi ska få till ett fastläkarsystem trots den allmänläkarbrist vi har idag?

– Jag tror inte att det går att invänta att en ny generation läkare blir utbildade. Man måste ta vara på de specialister som finns ”på stan” och så får man försöka rekrytera de specialister som nu finns på sjukhusen till primärvårdsteamen.

Bör man sätta en gräns, till exempel 70 år, så att åtminstone de äldre får tillgång till en fast allmänläkare?

– Jag har aldrig trott på åldersgränser, och den åsikten har stått sig genom åren. Prioritering ska göras efter behov, och det är läkaren som har känslan för hur patienten ska prioriteras. Professionens ansvar är att i varje enskilt fall tillämpa prioriteringsutredningen. Men för att kunna prioritera rätt krävs det att man känner sin patient.

Uppenbarligen kan det finnas något att lära av komplementär och alternativ vård. Tunga kinesiska gardiner kanske inte passar på moderna vårdcentraler, men den alternativa vårdens sätt att låta vårdmiljön stå i samklang med det idémässiga innehållet i vården liksom förmågan att skapa kontinuitet och att utnyttja ospecifika effekter är kanske något man borde titta närmare på.

Jäv föreligger ej.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Referens:
1. Asplund K. Vi kan ha något att lära av komplementär och alternativ vård. Läkartidningen 2019;116:FTEZ

Brytpunkt och polyfarmaci i palliativ vård av multisjuka

Initiativet från Nationella vårdprogrammet i palliativ vård (NVP) att bredda vårdprogrammet till att omfatta även multisjuka är positivt. I framtida revideringar behövs ytterligare förankring i primärvården för att få en balans mellan vårdformer, kunskap och praktisk erfarenhet. Här belyses några centrala frågor: Brytpunkt och multifarmaci.

Den absolut största gruppen patienter i behov av palliativa insatser finns i primärvården, framför allt på serviceboenden och i hemsjukvården. Dödsfall i cancersjukdom är mest frekvent endast i åldersintervallet 60–65 år. Med de demografiska förändringar som förestår kommer de äldre multisjuka utan tumörsjukdom, eller där tumörsjukdom är en mindre tung del i behoven, öka stort.

När inträffar brytpunkten?

Den vetenskapliga grunden för värdet av ett *brytpunktssamtal* är svagt. Brytpunktssamtal är en indikator som registreras i journalsystem, i palliativa registret, används i öppna jämförelser och på sina håll är eller har varit kopplad till ekonomisk ersättning.

Sällan är förändringen av behandlingsmålsättningen från kurativ till palliativ vård en sak som avgörs av ett singulärt samtal. Det är en fortlöpande process, där patient och anhöriga behöver tid för att ta in information, bearbeta insikten att döden närmar sig och acceptera vad som ska ske. Detta gäller inte minst för palliativ vård vid multisjuklighet.

Vid en cancerdiagnos ligger föreställningarna om sjukdomsprogress och att behandlingsmöjligheterna är uttömda närmare både vårdgivarens och patientens bild av de hot som sjukdomen utgör. Vid multisjuklighet är det svårare att peka på att just en medicinsk åkomma är föga påverkbar. Det är det sammantagna tillståndet i en helhetsbedömning som gör att vårdinsatserna ska inriktas mot lindring.

Det är viktigt att patientens fasta läkare, under ett ofta mångårigt sjukdomsförlopp, ställer sig frågan om patienten utifrån biologisk ålder och sjukdomsbörda kommer leva om ett halvt eller ett år. Skattning av skörhet [1] kan vara ett hjälpmedel för att identifiera att patienten är på väg in i en tidig palliativ fas. Sjuksköterskan i kommunen är ofta den som ser

Illustration: Annika Andén

en fortskridande försämring och kan uppmärksamma läkaren på att ett ställningstagande bör göras om att patienten håller på att gå in i ett palliativt skede.

Läkaren bör i fri text i journalen formulera detta. På sina håll används ICD:s diagnoskod Z 51.4 och/eller Kvåkod XV09. I vissa journalsystem passar det att föra in i journalöversiktens observationsruta att patienten är i palliativt skede. Det kan vara ett stöd i vårdövergångar eller om patienten akut förs till sjukhus med nya doktorer som inte känner patientens bakgrund.

Ofta blir brytpunktsprocessen mer utdragen vid multisjuklighet än vid cancersjukdom. Den kan ofta ske genom upprepade resonemang om sjukdomsutvecklingen eller i praktisk handling, utan det enskilda brytpunktssamtalets dramatik. Patient och anhöriga tillfrågas vid tillstötande problem, t.ex. en lunginflammation, om önskemålet är att få stanna på serviceboendet eller i det egna hemmet med mer frekventa personalinsatser. Ofta är det viktigt att tillförsäkra patient och anhöriga möjligheten att få hjälp dygnets alla timmar av sjuksköterska i kommunen och att läkare finns för hembesök eller

Nationellt Vårdprogram i Palliativ vård (NVP) är framtaget via regionala cancercentra och nästan helt fokuserat på onkologi. En revision av NVP kommer publiceras 2020. Några allmänläkare under ledning av Maria Johansson, Göteborg har deltagit i arbetet, och ett avsnitt om multisjuka tillförs NVP.

telefonstöd till sjuksköterskan. Ett underlag för Vård i livets slutskede (VILS) bör skrivas och journalföras, dvs. delegering till sköterska för ordinationer av palliativa läkemedel vid tillkommande symtom och att vid ev. dödsfall konstatera döden.

> "Sällan är förändringen av behandlingsmålsättningen från kurativ till palliativ vård en sak som avgörs av ett singulärt samtal."

Att så många är präglade av kognitiv svikt eller har diagnossatt demens utgör en särskild svårighet bland multisjuka i förhållande till yngre med cancer, neurologisk obotlig sjukdom eller annan diagnos. Minst 50–70 % av patienterna på serviceboenden har nedsatt kognitiv förmåga. Att i det läget begära ställningstagande till vårdinsatser och handläggning vid livets slut i ett brytpunktssamtal är mycket svårt, även om anhöriga medverkar. Ibland finns skriftliga önskemål nedtecknade innan patienten försämrats eller fått kognitiva problem. Sådana är viktiga att beakta, särskilt om anhörigsynpunkter är klart annorlunda än patientens ursprungliga önskemål.

Många äldre svårt sjuka, särskilt med minnesproblem, kan inte förstå skillnaden mellan kurativ och palliativ vård eller precisera sin önskan om insatser vid livets slut. Detta måste respekteras och samtal finkänsligt avvägas för att inte skapa ångest eller förtvivlan hos patient eller anhörig.

Ofta kan läkaren få en indirekt bekräftelse på accept för ett värdigt slut genom en överenskommelse att patienten ska få god lindrande medicin, få ha personal kring sig vid bädden, att ansvarig läkare kontaktas vid problem och att patienten får stanna i sitt hem eller på sitt serviceboende. Vid svår multisjuklighet kan ett brytpunktsamtal vara att patienten nickar när läkaren tillförsäkrar att patienten får stanna i hemmet eller på boendet och ska skötas om väl.

> "Vid svår multisjuklighet kan ett brytpunktsamtal vara att patienten nickar när läkaren tillförsäkrar att patienten får stanna i hemmet eller på boendet och ska skötas om väl."

En inte så liten grupp äldre sjuka har inga närstående, eller bara avlägsna sådana, och då måste sköterskor och läkare med stor intuition agera utifrån ”presumtivt önskemål”. Ofta finns kunskap om patientens tidigare livsinställning, levnadsförhållanden och tidigare – innan kognitiva problem accelererat – uttalade vilja om livets slut, begravning osv.

Att rutinmässigt på ett serviceboende för gamla och svårt sjuka, inte sällan med kognitiv svikt, begära ett ställningstagande från den boende om HLR ska ges eller ej vid hjärtstopp låter sig knappast göras. En sådan diskussion vid inflyttningen till boendet kan upplevas synnerligen negativ och hotfull och skapa ångest. Däremot kan frågan mer naturligt komma upp i brytpunksprocessen. Läkaren kan då tillförsäkra patient och anhöriga att någon HLR inte sätts igång av medicinska och etiska skäl och att det inte påbörjas intensivvårdsliknande insatser som gör att patienten kan bli liggande ”som ett paket”.

Multifarmaci

Multisjuka är nästan alltid också multifarmacipatienter. Personer över 75 år med fem eller fler läkemedel ska erbjudas s.k. enkel läkemedelsgenomgång årligen. Ett fåtal med särskilda läkemedelsproblem kan få möjlighet till kvalificerad läkemedelsgenomgång med ansvarig läkare, sköterska och farmaceut. Möjligheten varierar mellan och i regioner. Problemets omfattning belyses av att på serviceboenden har patienterna i genomsnitt tio olika dagliga mediciner, vissa upp till trettio.

För multisjuka på väg mot eller i palliativ fas måste omprövningen av läkemedelsbehandlingen bli än mer omfattande och baseras på grundläggande etiska principer såsom att inte skada. De mest nödvändiga medicinerna får prioriteras i just den situation patienten befinner sig i.

Det innebär att symtomlindrande läkemedel behålls och prioriteras inbördes, medan riskreducerande, ofta en omfattande farmakologisk arsenal, kan avslutas.

Det kräver en tydlig motivering och ett lyssnande förhållningssätt gentemot patient och anhöriga, då patienten varit van att inta dessa medel i år och årtionden och sjukvården ständigt påpekat vikten av att patienten tar sina mediciner perfekt. Att medicinerna satts in på sjukhus har ofta en särskild psykologisk tyngd för patienten.

Illustration: Annika Andén

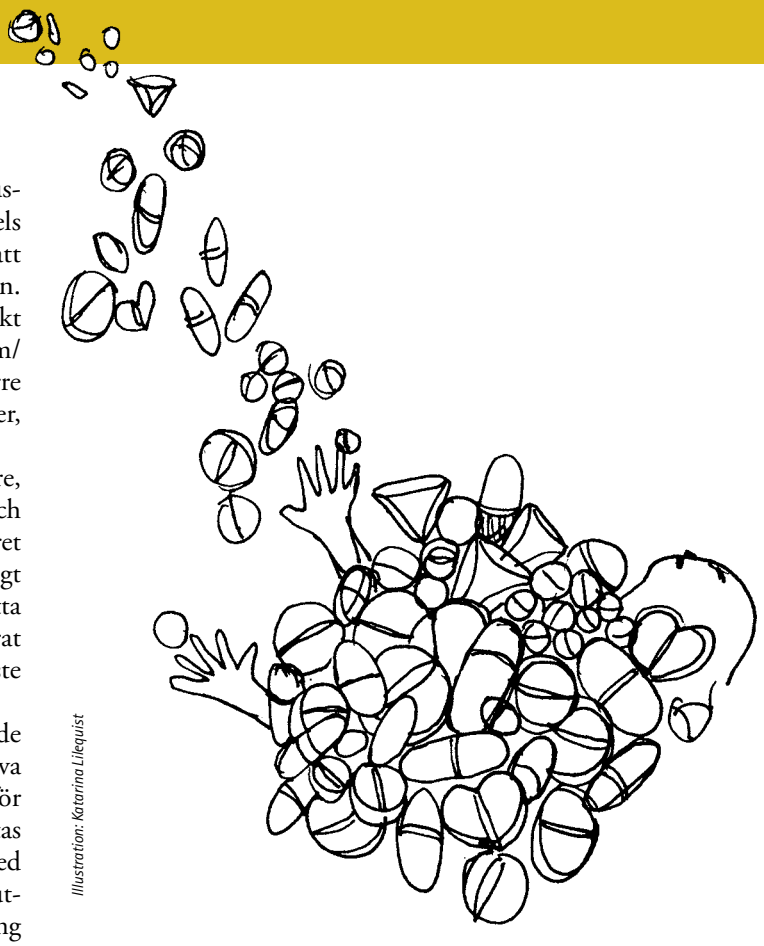


Illustration: Katarina Lilequist

Ganska sällan har patienten varit involverad i en diskussion om att dessa primär- eller sekundärpreventiva medels syfte är att minska en statistisk risk på gruppnivå, och att den enskilda patienten inte säkert har nytta av medicinen. Läkemedlen har ofta satts in vid sjukhusvistelser eller kontakt med någon subspecialitet, som utifrån sin singulära sjukdom/sitt organproblem velat maximera riskreduktionen utan större hänsyn till patientens ålder, kognitiva läge, andra mediciner, följsamhetsproblem etc.

Betydelsen av en fast läkarkontakt, oftast en allmänläkare, för multisjuka med multifarmaci kan inte nog betonas och framställs i lag och författningar som en ”rättighet”. Ansvaret för helhetsbedömningen av läkemedelsterapin ligger otvetydigt på den fasta läkarkontakten och med det befogenheten att sätta ut mindre lämpliga mediciner, dåligt evidensbaserade preparat eller biverkningsbelastade medel och prioritera de viktigaste medicinerna i en palliativ situation.

Dessa omprövningar av medicineringen kan vara både tidskrävande och psykologiskt laddade. Läkaren kan behöva lägga mycket engagemang på att efterforska när och varför olika medikamenter satts in. Kollegor kan behöva kontaktas för diskussion om ursprunglig indikation och om syftet med medicineringen förändrats under sjukdomsförloppet, hur utsättning ska ske etc. Evidensbaserad kunskap om hur utsättning av läkemedel ska ske finns i FAS UT.

Dessa ställningstaganden är nödvändiga då ett flertal av denna typ av läkemedel kan göra mer skada än nytta när den förväntade livslängden i palliativt skede är kort. Glömska, sväljningssvårigheter eller risk för biverkningar, med tilltagande nedsättning av njurfunktionen, gör ofta att en ganska hårdhänt bantning av medicinlistan måste ske.

> **"Ganska sällan har patienten varit involverad i en diskussion om att dessa primär- eller sekundärpreventiva medels syfte är att minska en statistisk risk på gruppnivå, och att den enskilda patienten inte säkert har nytta av medicinen."**

Om patienten själv handhaft sina mediciner och doserat ur burkarna kan ibland en övergång till s.k. dosdispensering (Apodos) ske. Det ger ofta en mycket god följsamhet, särskilt när läkemedelsintaget övervakas av sjuksköterska, undersköterska eller hemtjänst. Apodos minskar allvarliga förväxlingsrisker med generika (samma läkemedelssubstans under olika firmanamn som löpande byts ut på apotek av kostnadsskäl och där många patienter tar dubbel dos eller slutar med livsviktig medicin i förvirring över namnbytena).

Det är emellertid en risksituation vid multifarmaci när patienten närmar sig palliativ vård, att överföra läkemedelsordinationen som patienten haft till Apodos. Ett flertal studier har visat att följsamheten till läkemedelsordinationer i eget boende utan övervakning är dålig, för många mediciner ca 50 %. Får då patienten Apodos med nästan 100 % följsamhet är risken för ogynnsamma reaktioner stor såsom blodtrycksfall, livshotande låga blodsockervärden eller muskelbiverkningar av kolesterolhämmare.

Målsättningen med behandlingen är annorlunda i den pre- eller palliativa fasen än tidigare i sjukdomsförloppet. Högre blodsocker kan accepteras, då de förebyggande effekterna av diabeteskomplikationer inte har någon relevans i förhållande till patientens palliativa sjukdomstillstånd. Patienten har kanske sämre nutritionsintag med en betydande risk för nattliga låga blodsockervärden. Om diabetesläkemedel sätts ut kan frekventa glukoskontroller med smärtfylld provtagning dras ner till ett minimum. Samma resonemang gäller andra tidigare behandlingsimperativ, där varken provtagning eller tidigare uppsatta målnivåer för behandlingen har bärighet. Undantag finns: i pre- och palliativ fas är regelbundna viktkontroller av värde.

Multisjuka som glider allt längre in i palliativ fas kan fortfarande ha kontakter sedan tidigare med specialmottagningar. Är patienten inskriven i hemsjukvården eller i en palliativ vårdorganisation är en viktig uppgift att till kollegor på specialkliniker signalera när allmäntillståndet försämras. Trötthet och nedsatt rörelse- och förmåga att resa sig gör att kurativa behandlingar bör omprövas/avslutas och återbesök annulleras.

Det är t.ex. bättre att integrera hjärtsviktsbehandlingen i ordinarie hemsjukvård/palliativ vård än fortsatt ha påfrestande, kanske långväga kontakt med hjärtsviktssköterska på sjukhus. Försämrat allmäntillstånd, trötthet, allt mer sängliggande, vikttapp och nutritionssvårigheter gör att tidigare inplanerade cytostatikakurer kan avslutas. Det är den fasta hemortsläkaren alternativt den ansvariga läkaren i det palliativa teamet som

bör se helheten och ta initiativ för att i samråd med subspecialister avsluta en meningslös och kanske biverkningsbelastad cytostatikabehandling.

> **"Får då patienten Apodos med nästan 100 % följsamhet är risken för ogynnsamma reaktioner stor såsom blodtrycksfall, livshotande låga blodsockervärden eller muskelbiverkningar av kolesterolhämmare."**

Många multisjuka äldre i palliativ utveckling har en fortskridande njurfunktionsnedsättning, där telefonkonsultation med njurläkare är av värde. Det gäller en helhetsbedömning, där njurfunktionsnedsättningen är en del i en ofta omfattande problematik (kanske samtidig hjärtsvikt, KOL, diabetes, artros etc.). Dels kan läkemedelsbehandling behöva diskuteras för att finna en balans mellan symtomlindring kontra njurtoxicitet, dels för att ge en rimlig symtomlindring vid en fortskridande försämring av njurfunktion och en överenskommelse om behandlingsbegränsningar (ej dialys) ur etisk synpunkt.

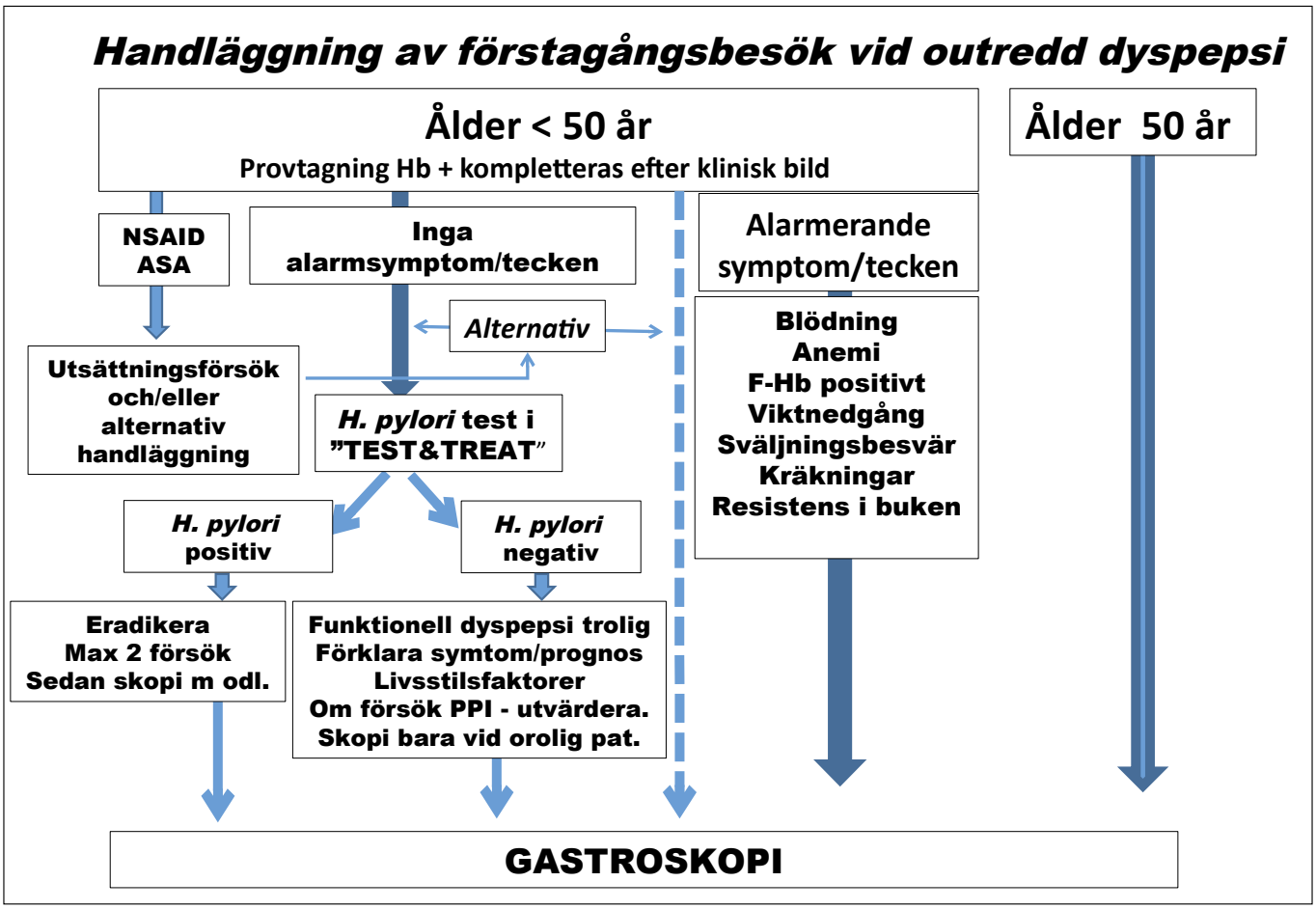
Den palliativa processen är ofta utdragen för multisjuka, där döden orsakas av ett flertal tillstånd, ibland inklusive njurfunktionsnedsättningen. Ofta tillstöter något akut såsom en infektion och där kan efter samråd med patient/anhöriga beslutas att inte sätta in antibiotika eller dropp utan att patienten med palliativa symtomlindrande läkemedel får avsluta sitt liv.

Jäv saknas.

Bengt Järhult
Distriktsläkare i Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Referens:
1. *Örebro Läns landsting. Geriatrisk Risk Profil för patienter inom primärvården. Tillgänglig via SFAM.se, Rådet för sköra äldre i primärvården http://sfam.se/foreningen/radet-for-skora-aldre-i-primarvarden/#stod*

Förtydligade riktlinjer för dyspepsi



I AllmänMedicin nr 4-2019 på sidan 35–36 redovisade vi en rekommenderad handläggning av patienter som söker för outredd dyspepsi. Artikeln bygger på Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) och SFAM:s 2019 uppdaterade och reviderade nationella riktlinjer för handläggning av ”outredd dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår samt funktionell dyspepsi”.

Observanta läsare har påpekat att handläggningen i figuren ”Handläggning av förstagångsbesök vid outredd dyspepsi” inte är lika förklarande som texten: att vid outredd dyspepsi hos patienter ≤50 år utan alarmsymtom testa för en riskfaktor för ulcussjukdom *(H. pylori)* och vid positiv test eradikera infektionen.

I den uppdaterade figuren, under *”H. Pylori* – Test&Treat”, framgår bättre hur man ska göra med de som är infekterade och de som inte är det, med ett minskat behov av gastroskopier som följd.

För författarna
Lars Agréus, *lars.agreus@ki.se*

Klimatet och kemikalierna
– våra största hot mot människors hälsa

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

LÄKARE FÖR MILJÖN

SFAM informerar

Blekinge vann
medlemsföreningen!

Blekinge lokalförening ökade mest under 2019 och får skicka en medlem gratis till kongressen.

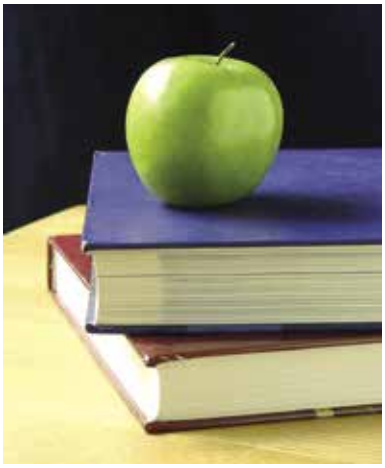
År 2018 var det Jönköping som vann. Vilken blir det 2020?

Inbjudan att presentera ditt förbättringsarbete

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genom sitt Kvalitet och patientsäkerhetsråd SFAM Q in till

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

XVI:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården



Torsdagen den 3 december 2020
Svenska Läkaresällskapet Stockholm

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

TEMAT FÖR ÅRET:
Prioriteringar – angeläget men hur då?
Förväntningar, farhågor, fantasier och förverkligande.

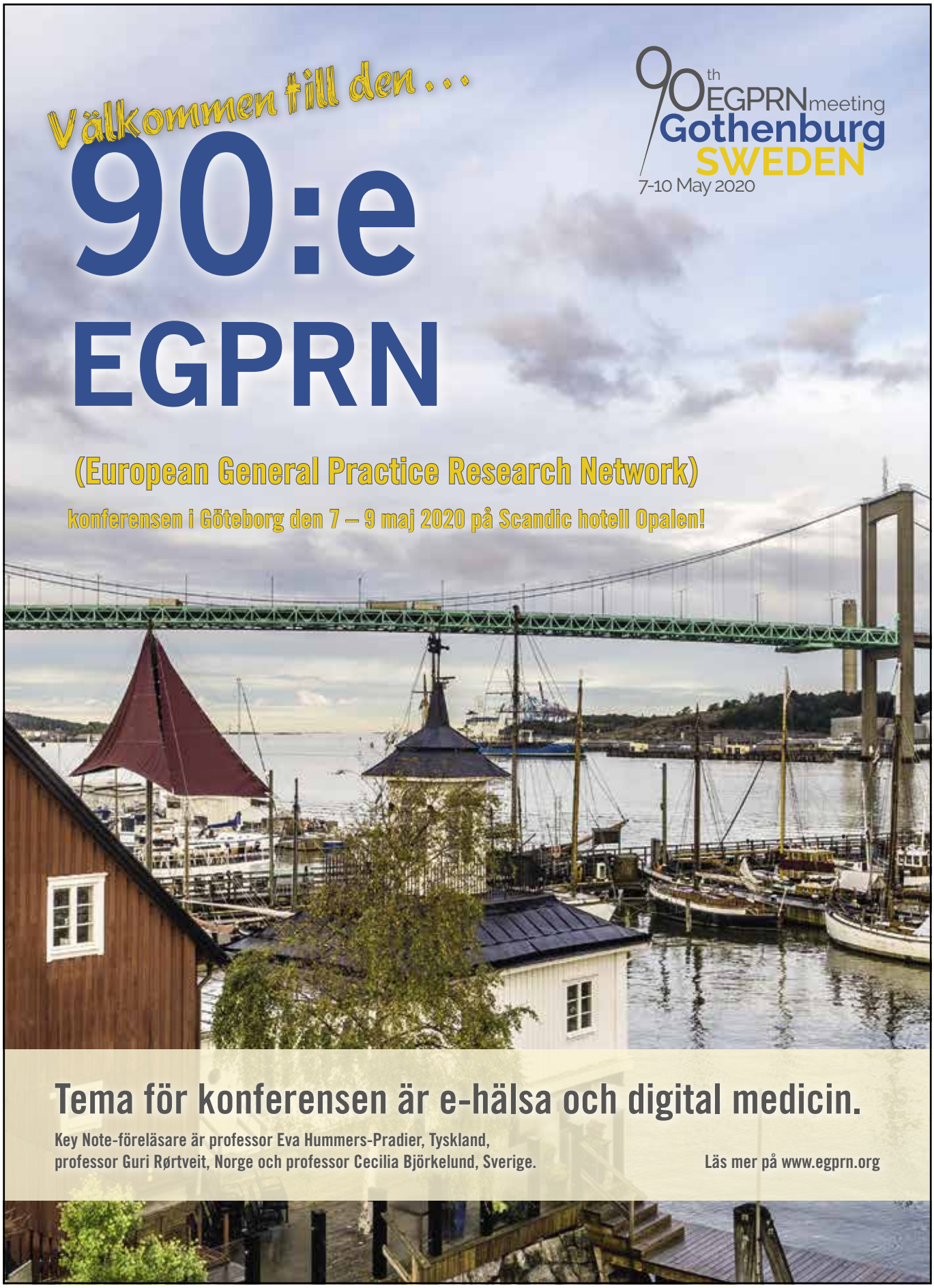
Fokus ligger som vanligt på att dela med oss till varandra av våra erfarenheter och därför ser vi fram emot att du kommer och presenterar ditt projekt!

Projektet kan vara verksamhetsnära och litet eller stort. Projekt i samband med studier t.ex. ST-projekt, C och D uppsatser är också mycket välkomna. Alla yrkeskategorier är välkomna. Erfarenheter av mindre lyckade projekt är extra viktiga att förmedla så att andra kanske kan undvika just de fallgroparna. Eftersom huvudintresset är just erfarenheter bör ditt projekt vid presentationen vara genomfört och helst även utvärderat. Du håller en presentation på 15 minuter följd av en diskussion på 5 minuter. Välkommen med Ditt bidrag.

Skicka in ditt bidrag senast 1 maj: *https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfPtfBUXtg2QMFMvjaKmtYueATFbUmSYjfsvbvLbjVhH8mVVA/viewform*
För mer info se www.sfam.se.

Har du frågor kontaktar du din närmaste SFAM Q representant:

Rita Fernholm (ordf)	Nacka	rita.fernholm@gmail.com
Eva Arvidsson	Jönköping	evaarv@gmail.com
Damon Tojjar	Skåne	dtojjar@gmail.com
Fredrik Berntsson Semb	Dalarna	fredrik.semb@regiondalarna.se
Jenny Berggren	Östergötland	jenny.berggren@regionostergotland.se
Christer Rosenberg	Blekinge	rosenberg.christer@outlook.com
Ulrika Elmroth (styr, repr)	SFAM	ulrika.elmroth@skl.se


Välkommen till den . . .
90:e
EGPRN
(European General Practice Research Network)
konferensen i Göteborg den 7 – 9 maj 2020 på Scandic hotell Opalen!
90th EGPRN meeting
Gothenburg
SWEDEN
7-10 May 2020
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

Shlomo Vinker – kommande president för WONCA

Vem är du Shlomo Vinker – förutom EGPRN-styrelsens representant i programgruppen för den 90:e EGPRN-konferensen i Göteborg i maj?
Jag är pappa till fyra döttrar och morfar till två flickor. Min äldsta dotter är läkare och min fru är barnläkare. Vi trivs i vårt hus året om nära Medelhavet, tre mil söder om Tel Aviv.

Jag arbetar deltid som allmänläkare, är medicinsk chef för ett av Israels fyra sjukförsäkringsbolag och även professor och chef för allmänmedicinska institutionen vid Tel Aviv universitet. Detta betyder förstås arbete sex långa dagar i veckan.

I höst tar jag över som president (president elect) för WONCA Europe efter min turkiske vän och kollega Mehmet Ungan som förra året avgick som EGPRN-ordförande.

Varför offrar du så mycket tid på EGPRN och WONCA?
Jag har varit ordförande för SFAM:s motsvarighet i Israel i nio år. Jag är alltså van vid offentligt frivilligarbete. Att forska som allmänläkare är en utmaning överallt men särskilt i Israel. Vi saknar både avlönade akademiska tjänster och doktorandprogram i allmänmedicin. De flesta akademiska uppdrag och forskningsaktiviteter sker på frivilligbas, även chefskap för universitetsavdelningar.

I en sådan miljö är det naturligt att unga forskare letar efter kollegor och erfarna forskare som lärare. Och det var så mitt EGPRN-engagemang började på Malmö/Köpenhamn-konferensen 2006. Sedan dess har jag haft nöjet att delta på 23 EGPRN-möten. Jag hade äran att ordna en lyckad konferens i Tel Aviv 2016 och valdes då in i EGPRN:s styrelse.

Shlomo Vinker med sin hustru Rina på hennes mottagning. **Foto:** *Hans Thulesius.*

Varför ska tidningens läsare delta på EGPRN i Göteborg 7-9 maj eller på WONCA Europe i Berlin 24-27 juni?
Jag har varit på otaliga nationella och internationella konferenser i många ämnen – men allmänmedicinska konferenser har en unik atmosfär. WONCA-möten ger en blandning av relevanta kliniska uppdateringar och vetenskapliga presentationer från olika länder. Man delar idéer och inhämtar mycket kunskap. EGPRN-möten ger djupare insikter i forskningsmetodik. Och då EGPRN:s granskningsprocess är svårare och refuseringsprocenten hög borgar det för god kvalitet på presentationer och diskussioner.

Så ni är förstås hjärtligt välkomna till båda mötena!

Hans Thulesius
SFAM:s representant i EGRPN
Professor/docent i allmänmedicin
Linneuniversitetet / Lunds universitet
Vårdcentralen Skärvet, Växjö
hansthulesius@gmail.com

EUROPEAN GENERAL PRACTICE EGPRN RESEARCH NETWORK
EGPRN is a network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM

Wonca
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

Att lära under livet

En färgstark och välkänd föreläsare talar ut om efterutbildning vid ett möte med svenska allmänmedicinare i London (se sid 8). Professor Janet Grant har skrivit boken "The good CPD guide: A practical guide to managed continuing professional development in medicine" och har förmågan att fånga åhörarna.

Huvudbudskapet var enkelt. För att vara effektiv måste efterutbildning av läkare vara en integrerad del av yrkeslivet, inte en separat aktivitet. Det måste finnas ett stort inslag av personligt yrkesmässigt val, inte föreskrivna kurser. *"It is from immersion in practice that effective CPD arises."*

Men bakom det enkla budskapet finns mycket forskning, många insikter i pedagogik och mycket praktisk erfarenhet. Inte minst viktigt är enligt professor Grant att redan från början tänka på det fjärde steget i en 4-stegsprocess:

1. Vad ska du lära dig?
2. Hur ska du lära dig?
3. Lär dig det!
4. Använd lärandet för att förstärka och använda det.

Efterutbildning är väsensskilt från formell utbildning. Efterutbildning är inte detsamma för någon eftersom det är vårt eget sätt att utvecklas som yrkesutövare. Därför behövs mer av individuell anpassning och mindre av struktur och stöd. Utmärkande för effektiv efterutbildning är enligt professor Grant att den är så nära yrkesutövandet som möjligt, att läkaren själv äger och kontrollerar efterutbildningen, att den är så lite tyngd av byråkrati och registrering som möjligt, samt att det finns ett system för efterutbildning som stödjer läkaren. "Learning is a process – not an event."

Att det sedan finns behov av formella krav för att få den tid och skapa de situationer som behövs för en effektiv efterutbildning är en annan sak. Men de ska finnas där för att hjälpa, de ska inte vara utgångspunkten.

Professor Janet Grant. **Foto:** *Gösta Eliasson*

I förgrunden Ulf Måwe, den drivande bakom SFAM:s fortbildningsprojekt. **Foto:** *Gösta Eliasson*

Frågestunden gav befriande raka och avslöjande svar som:

– If you use this model are there scientific evidence?
General supported in education evidence.

– Why is the change so slow in coming?
Professionals cowardice and lack of organization.

– What are the most important obstacles?
Professionals cowardice and lack of organization.

– Are there reasons for CPD-credits after all?
We live in a bureaucratic era. Through credits you'll have something to show for others. You are up against a machine. Because of this you'll have to consider how to use the machine for your benefit.

– How can the process of CPD be measured?
There is a lack of good measures. Reason for this is that we are talking about social science. Social science doesn´t do evidence, it describes.

– Does CPD need more leadership?
CPD needs the profession to speak. Leadership is about having a vision, to communicate that with enthusiasm. But then you need a manager.

– How do you integrate CPD in organizational development?
You do actually need points or activities where CPD is seen. If the point is doctor-to-doctor conversation, then that has to

happen etc. Not much need for documentation but you have to ask yourself what points are visible and how do you use them.

– How to support the culture of learning, CPD? What do we do with the bad apples?
Education will not deal with the bad apples. Disciplines deals with bad apples.

Som sagt var – rättframt. Efter 35 år som läkare så finns det skäl för mig själv att reflektera över hur jag har lärt – och inte lärt – *under* yrkeslivet istället för att tala om att lära *för* livet.

Föreläsningen och frågestunden väckte många tankar. En tanke var hur priviligierad jag varit som sjukhusspecialist där arbetsdagarna bestod av så många ronder, kollegiala möten och diskussioner som i praktiken var efterutbildning. Och hur fel det blir om vi i primärvården börjar med att jämföra antalet externa utbildningsdagar med sjukhusspecialister, och inte ser hur stor skillnaden är i vardagsarbetet.

Med den insikten är det lättare att ställa krav på verksamhetschefer – och sig själv – att prioritera arbetssätt och aktiviteter som innebär efterutbildning i vardagsarbetet. Hurdana och hur ofta? Det är en lokal fråga.

Mikael Hoffmann
Inf.läkare och klinisk farmakolog
Överläkare
NEPI
mikael.hoffmann@nepi.net

SFAM-Q belönade två förbättringsprojekt

Vid SFAM-Q:s kvalitetsdag 2019 (sid. 10) fick två av de nio presenterade förbättringsprojekten pris.

Mårten Segerkvist, specialist i allmänmedicin, Bräcke Diakoni, presenterade sitt arbete kring väntelistor och vårdplanering: *Kronikerlistor – algoritmgenererade väntelistor med riskstratifiering på basis av journaldata, förskrivningar och lab/mätvärden.*

Motivering: ”Genom att våga ifrågasätta tidigare rutin och istället börja om från början har Bräcke diakoni skapat en struktur som möjliggör att resurser bättre fördelas utifrån patienternas medicinska behov. Med hjälp av tekniken och en enhetlig struktur bidrar *Kronikerlistor* till mer jämlik och säker vård för varje enskild patient. Imponerande!”

Mårten Segerkvist presenterar sitt projekt. **Foto:** *Rits Fernholm*

Carl Anton Waltersson och **Isak Erling**, psykologer vid Slottsskogens Vårdcentral, Göteborg belönades för sitt projekt *Existentiell samtalsgrupp kopplat till åldrande – ett förbättringsarbete riktat mot äldres psykiska hälsa inom primärvården.*

Årets bästa handledare i Dalarna

Frida Bråbäck på Falu vårdcentral blev utsedd av Dalarnas AT-läkare som primärvårdens bästa handledare.

Motivering: ”Trots en mycket belastande arbetssituation svarar alltid Frida med ett leende när man ber om hjälp, spelar ingen roll om det är en AT-läkare, en sköterska eller en patient som behöver stöttning. Trots en enorm belastning visar hon en aldrig sinande energi utan inspirerar med sitt arbetssätt men även med sin personlighet. Alltid varm, positiv och stöttande.”

Motivering: ”För ett väl genomfört förbättringsarbete där man arbetar proaktivt med att förbättra äldres psykiska hälsa. Ett föredömligt exempel på hur man kan gå från att identifiera ett behov och introducera en lösning som i detta fall blivit en bestående del av vårdcentralens verksamhet. Strålande arbete!”

Isak Erling och Carl Anton Waltersson. **Foto:** *Eva Arvidsson*

Mottagare av priset: AVC-samordnare Christina Olsson, verksamhetschef Camilla Lannefors, och adjungerade kliniska adjunkterna George Iverieli, Katarina Krokstedt och Jenny Nilsson. **Foto:** *Louise Grännsjö.*

KI:s KLOK-pris

till Danderyds akademiska vårdcentral

Varje år delar Karolinska Institutet ut KLOK-priset för förtjänstfulla pedagogiska initiativ som främjar verksamhetsförlagd utbildning (VFU). I år går det till Danderyds akademiska vårdcentral (AVC) vid Akademiskt primärvårdscentrum (APC).

Motivering: ”Danderyds akademiska vårdcentral bedriver en till omfattning och innehåll imponerande pedagogisk verksamhet. Interprofessionellt lärande stimuleras och tränas genom interprofessionella seminarier och hembesök. Handledarna får stöd och utveckling genom handledarmöten om interprofessionellt lärande och *peer learning*. Ledningen stödjer och stimulerar även att handledarna går längre pedagogiska utbildningar.

Danderyds akademiska vårdcentral har två pedagogiska ALF-projekt i vilka de interprofessionella hembesöken utvecklas och utvärderas och handledningsmodellen *peer learning* implementeras. Projektresultat har presenterats på nationella och internationella konferenser.”

KLOK-priset 2019, framtaget av studenter vid Rikssglasskolan i Orrefors. **Foto:** *Louise Grännsjö.*

Miriam Todd gratuleras av Axel Petersson (t v), ordförande i DLF Jönköping, och Bengt Hultberg (t h), ordförande Jönköpings läns läkarförening.
Foto: *Anna Tillberg*

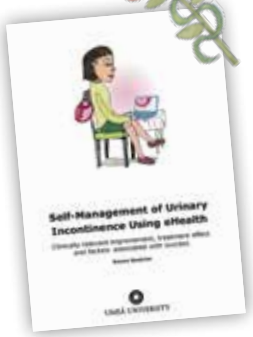
Årets kollega

i Jönköpings län finns på Eksjö vårdcentral

Miriam Todd, distriktsläkare på Eksjö vårdcentral, har tilldelats utmärkelsen »Årets Kollega« av Jönköpings läns läkarförening.

Motivering: ”Miriam Todd tillför glädje till arbetsplatsen och skapar en arbetsmiljö som gör att man alltid ser fram emot att komma till arbetet, även på måndagarna och efter semestern. Hon skapar gemenskap i arbetsgruppen, hittar alltid något sätt att vända det tråkiga eller svåra till någonting roligt och spännande och trots sitt fulla schema lyckas hon hitta tid att svara på frågor, hjälpa och stödja. Hon är en fantastisk handledare för alla utbildningsläkare, bryr sig om alla, såväl patienter som kollegor och är en stöttepelare för alla både på arbetsplatsen och utanför.”

Årets avhandling



SFAM:s forskningsråd har utsett årets avhandling för 2019. Av nio avhandlingar valdes **Emma Nyströms** avhandling *Self-Management of Urinary Incontinence using eHealth* ut som den bästa.

Motivering: ”Emma Nyström har med sin avhandling systematiskt och med relevant metodik validerat ett digitalt hjälpmedel för behandling av urininkontinens – ett vanligt förekommande, men ofta dolt folkhälsoproblem. Avhandlingsarbetet är ett bra exempel på hur utvärdering av digitala hjälpmedel kan genomföras och fynden kan få stor betydelse både nationellt och internationellt.”

Emma kommer att presentera avhandlingen på SFAM:s kongress i Åre i maj.

Tätt nu

Ny professor i Göteborg

Ronny Gunnarsson är nyutnämnd professor vid Sahlgrenska akademin i Göteborg.

Sedan 2012 har han varit professor i Australien. I AllmänMedicin 2-2012 finns en levande beskrivning av hans möte med nya företeelser.

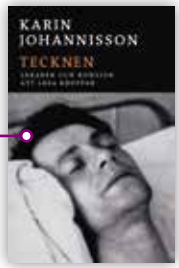
Ronny har på olika sätt uppmuntrat andra till allmänmedicinsk forskning. Bland annat har han utvecklat två webbaserade läroböcker i forskningsmetodik.

På SFAM:s kongress 2019 talade han om likheter och skillnader mellan svensk och australisk primärvård.

Kultur-spalten

Livets nakna skrov

Etty Hillesum.
Dagböcker och brev i urval.
Bokförlaget Faethon 2018.
360 s. ISBN 9789198410884



Karin Johannisson. Tecknen.
Läkare och konsten att läsa kroppar. Norstedts 2004.
ISBN 9789113012834

Förra årets kanske märkligaste bok är en svensk nyutgåva av Etty Hillesums *Dagböcker och brev i urval*. Etty var en rikt begåvad 27-årig judinna bosatt i Amsterdam. Hennes dagbok tog sin början i mars 1941 och avslutades oktober 1942. Då hade hon förflyttats till koncentrationslägret Westerbork i Holland för att ungefär ett år senare föras mot förintelsen i Auschwitz.

Det är svårt att hitta ett mera gripande litterärt dokument. Alla visste att förintelsen var i full gång men ingen kunde göra något. Trots utsattheten tappade Etty egentligen aldrig modet. Den inre glädjen och förmågan att finna en känsla av mening i varje sammanhang sviker henne inte: ”Men någonstans inom mig blommar jasminen ostört vidare, precis lika överflödande och ljuvlig som alltid.”

När hon just förflyttats till koncentrationslägret i Westerbork skrev hon en söndagskväll i september 1942 om människorna i lägret: ”Många människor är ännu hieroglyfer för mig, men jag lär mig att långsamt dechiffrera dem. Det är det bästa jag vet att läsa om livet i dessa människor. I Westerborklägret var det som om jag stod framför livets nakna skrov, dess innersta skelett, befriat från all överbyggnad.”

Den meningen träffade mig direkt och fick mig att tänka på patienterna i våra väntrum. Det vore en skymf att likna dem vid fångar i ett koncentrationsläger, men nog finns det mycket av ”livets nakna skrov befriat från all överbyggnad” i deras väntan. Där finns många ansikten att dechiffrera.

Etty lärde sig att läsa sina medfångar allt bättre. Det blev till hjälp både för henne själv och andra. Lärandet möjliggjordes av en skarp iakttagelseförmåga och av en allt djupare självkännedom. Hon kom underfund med att hon själv inte var den enda viktiga människan i världen. Hon hade utvecklat kroppssjälens intelligens, en djup medkänsla, som man bara kan avundas henne. Som doktor skulle jag behöva mer av den sortens intelligens.

Kan man läsa ansikten?

Kan man då läsa mänskliga ansikten? I viss mening är frågan retorisk. Redan spädbarnet kan läsa ansikten, dvs. uppfatta och ge svar på grundaffekter som rädsla, förvåning, glädje och ilska. I treårsåldern kan barnet även verbalt benämna många av dessa känslor. Det är en förutsättning för fortsatt utvecklingen av känsla, tanke och socialt samspel.

Ett moget vuxenliv kräver förmågan att läsa andras ansikten och kroppar. Som läkare använder vi dagligen den förmågan medvetet eller omedvetet. Många kollegor vittnar om att de redan efter de första sekunderna i en konsultation kan ha bestämt sig för vilken typ av problem eller kanske t.o.m. vilken diagnos man står inför. De blixtsnabba bedömningarna grundar sig knappast på välgjorda analyser, snarare på intuitiva slutsatser där ansiktsuttryck, kroppsspråk och tidigare erfarenheter spelar stor roll.

Kan man bli bättre och mera precis i sin avläsning? Etty Hillesum kunde det och för en läkare är det en relevant fråga som man faktiskt försökte undersöka systematiskt inom medicinen på 1800-talet.

Sensualismen och kliniken

I sin bok *Tecknen* skriver idéhistorikern Karin Johannisson om dessa försök och ger många upplysande exempel. Hon utgår ifrån en radikal kunskapsteori, sensualismen, som lanserades omkring sekelskiftet 1800 och som betonade sinnesintryckens betydelse som primär kunskapskälla för läkaren. Att veta med handen, örat, ögat eller näsan var en subtilare konst än hjärnans memorering enligt den teorin, som lanserades i ett skede när läkarna började göra mera handfasta kroppsundersökningar där alla sinnen var viktiga. Diagnoserna kunde nu bättre än tidigare grunda sig i en sinneskunskapens empiri.

Att läsa ett ansikte är en nödvändig förmåga i mötet mellan läkare och patient, men när man inom sensualismen så småningom började systematisera och generalisera ansiktsläsandet och skapa teorier för samband mellan sjukdom och ansikte var man ute på hal is. När den fotografiska tekniken blev tillgänglig för medicinen drog utvecklingen iväg mot ett klassifikationsraseri, där man bland annat utvecklade metoden att lägga fotografier av personer med samma sjukdom över varandra, t.ex. tuberkulos och depression för att på så sätt ”angifva medelutseendet” vid dessa sjukdomstillstånd.

I efterhand kan vi säga att detta var en av många blindgångar i medicinens historia. Det går inte att skapa diagnostiska typer av ansikten eftersom ansikten är det mest personliga vi har. Ett ansikte kan inte generaliseras. Det kommer att förbli ett individuellt uttryck för ”livets nakna skrov” som Hillesum skriver.

Ett ansikte kan läsas, men det kommer alltid att behålla hemligheter, som ingen utomstående kommer att avslöja. Det måste i synnerhet vi läkare respektera. Vi kan säkert bli bättre ansiktsläsare, men det kräver intresse och samlad uppmärksamhet i varje patientmöte. Dessutom en vilja att lära av tidigare erfarenheter och att utveckla självkännedom.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Andersson, Stig. En kamp för livet – sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid. Universus Academic Press 2019. 394 s. ISBN 978-91-87439-57-5

En tegelsten fylld med historisk allmänmedicin

En tegelsten är detta. Roströd och tung. Som dimper ned i min brevlåda en tisdag i januari. Vilket gör att jag dirigerar om dagens postilla till förmån för att erinra mig avlägsna studier i medicinsk idé- och lärdomshistoria. Ja. Umeå Universitet. Dess gula tegel. Roger Qvarsell som senare utnämndes till professor inom ämnet men rimligen nu är pensionerad. Precis som jag själv. Det senare alltså. Numera pensionist. Absolut inte professor. Men minns att vi då sökte oss bakåt genom århundradena för att möjligen försöka förstå och placera vår aktuella praktik i historiens bleka sken. Ja. Kära måne. Du må ursäkta. Och ett helt infanteri av minnen liksom mer eller mindre vildsinta associationer väcker denna brända lera till liv. I sin rikedom på detaljer och berättelser. Vitalt, komprimerat och levandegjort.

Här beskriver och sammanfattar nämligen Stig Andersson såväl sjukdomars som sjukvårdens historia sedan urminnes tider. Med början i arabisk kultur levandegörs historiens gång med hållplatser för dels skiftande enskilda historiska personer, dels svårigheter i form av farsoter och sjukdomstillstånd som präglat mänskligheten inom överskådlig tid bakåt och fortfarande gör.

Alltsammans, som han skriver, med utvecklingen i hemlänet Värmland som lod och tyngdpunkt. Ja. Då jag ringer upp författaren i hemorten Säffle får jag denna prosaiska kompletterande information. Att alltsammans började med att han fick i uppdrag att skriva om just hemortens historia i fråga om sjukvård. Säffle. Ja. Du är inte ensam, kära läsare, om att tänka på Hasse Alfredsson. Vi är många utan vidare bekantskap med orten som tillsammans går bet på frågan. Hur som helst berättar Stig att detta uppslag snart utvecklades till ett så mycket mer vidlyftigt åtagande. En historiebok. Där Säffle och landskapet Värmland visserligen fortsatt får behålla taktpinnen i författarens dirigerande rörelser men där hela vår kända värld har inbegripits.

Till oförställd glädje och tacksamhet för dem av oss som intresserar sig för såväl sjukdomars som sjukvårdens historia i allmänhet och allmänmedicinens i synnerhet. Författaren belyser, visserligen rapsodiskt men på alldeles rimlig nivå, den medicinska vetenskapens allra första tvekande steg från forntiden. Arabisk, grekisk, romersk stundtals ytterst trevande medicinsk teori och praktik. Senare medeltidens alla åthävor såväl inom mer renodlad medicinsk teori som dåtida valhänta praktik följd av upplysningstidens stora omvälvningar innan de senaste två århundraden rullar in med allt vad de har kunnat erbjuda.

Alltsammans rent litterärt utfört på smakligt sätt. Lättläst och förståeligt. Sammanhangen är klara, uppdelningen mellan rubriker och tidsperioder förståelig. En sak som i motsvarande försök kan vara nog så svår att lösa med hänsyn till historiens komplexitet. Det står tydligt och klart att författaren är välbekant med sitt stoff, utsagor och resonemang känns allt igenom begripliga och välgrundade. Visst blir gestaltandet av den tidigaste historien en smula kortfattad, men det känns rimligt med hänsyn till uppdraget. Sen vidtar betydligt mer omfattande redogörelser för perioden från 1700-tal och framåt. Stundtals till en nästan bedövande detaljrikedom där vi får veta det mesta om utvecklingen av mikroskop, kliniska undersökningsmetoder som perkussion och auskultation vid sidan av uroskopi. Något som emellertid, för mig som gammal allmänläkare, höjer denna bok över andra. Det är noggrant.

Det är lustfyllt och intresseväckande. Det blir ibland riktigt roligt. Ja tänk vad vi läkare hittade på förr i tiden! Och, Gud förbjude, kanske gör även idag.

Grattis Stig! Jag skulle vilja dela ut ”En kamp för livet” till alla våra blivande läkare på universiteten. Och blivande allmänläkare på våra vårdcentraler. Någonstans behöver vi kunna sätta ned våra smutsiga fötter. Med Ditt gestaltande känner jag mig trygg. Du har skrivit den första sammanhängande historieboken om sjukvård på svenska. Som inkluderar vårt allmänmedicinska perspektiv. Den kommer gå runt bland mina adepter. Och ett särskilt varmt erkännande för att du aktivt tagit fram och gestaltat våra bortglömda kvinnliga pionjärer och kollegor.

Mina varmaste hälsningar

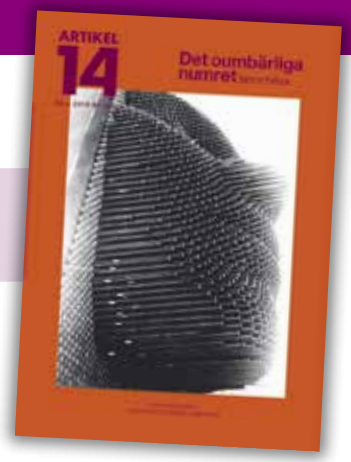
Torsten Green-Petersen
Visby
tgp@telia.com

AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år.
Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till chefredaktor@sfam.se!

Artikel 14 #3–4 2019. Det oumbärliga numret – tema hälsa. Utgivare FARR. 69 s. ISSN 11041846. Pris 50 kr. artikel14@farr.se



Ett oumbärligt nummer om flyktingar och hälsa

Artikel 14 är ett magasin som ges ut av FARR, Flyktinggruppernas riksråd, en paraplyorganisation för enskilda och grupper som arbetar för att stärka asylrätten.

Nummer 3–4/2019 har hälsa som tema och undertiteln ”Det oumbärliga numret”. Jag är böjd att hålla med – åtminstone oumbärligt för hälso- och sjukvårdspersonal.

Frida Johansson Metso, psykolog på Transkulturellt centrum i Region Stockholm, beskriver i ett par artiklar hur PTSD kan yttra sig, och hur det kan påverka asylberättelsen. ”Dagens asylsystem göra att de värst traumatiserade är de som riskerar att inte bli trodda.” Hon betonar också att PTSD är fullt behandlingsbart.

Ett annat problem är åldrandet. Har man inte fått behandling för sin PTSD medan minnet var intakt kan ”glömda” minnen dyka upp när man drabbas av mild kognitiv svikt. Som vårdpersonal måste vi känna till att patienten är en flykting och kan ha varit med om svåra saker. ”När demenssjukdomen attackerar 66-åringens mest närliggande minnen först är det hans minnen från 90-talets Sarajevo som blir kvar för hjärnan att återvända till. Och när den kognitiva sjukdomen tar hans neutrala och lyckliga minnen är de enda som finns kvar att återuppleva hans allra värsta krigsminnen.”

Ett annat kapitel handlar om barn och PTSD. Så presenteras studien om de ensamkommande ungdomarna, där suicidfrekvensen var tio gånger högre än bland jämnåriga svenskfödda. Man diskuterar risken att svåra upplevelser inte uppmärksammas (åtminstone hos kvinnor) då man tror asylsituationen är huvudorsaken till suicidalitet – vårdpersonal måste få verktyg att hjälpa. En handbok för hjälp till personer som utsatts för könsrelaterat våld presenteras [1].

Flera artiklar handlar om vård till papperslösa. Här finns anledning att påminna om vad som enligt Socialstyrelsen ska ingå i ”vård som inte kan anstå” [2]. Inriktningen är att utebliven vård idag inte ska innebära ökat vårdbehov i morgon. Bland annat ingår ”vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten”. Den mesta vården ingår faktiskt!

Vikten av dokumentation av tortyrskador och vårdcentralernas ansvar att göra den första tortyrskadedokumentationen betonas.

En nittonåring berättar om sin vistelse i förvaret och hur han sattes i isoleringscell när han mådde riktigt dåligt och bad om vård. Migrationsverkets vakter fungerade som en effektiv spärr mellan honom och avdelningspersonalen då han blev inlagd. Han bars flera gånger mellan förvaret och psykiatrin då han inte klarade att stå på sina fötter. ”Varken min hjärna eller min kropp fungerade så de bara la mig på golvet. … De hämtade mig från psykiatrin som en död, de la mig i isoleringen som en död.”

Tidningen avslutas med artikeln ”Allt du behöver veta om intyg inom vården”, snarast riktat till asylsökande men med information även för sjukvårdspersonal.

Som andra böcker som handlar om flyktingars situation (det har kommit många sedan 2015!) är tidningen plågsam att läsa. Samtidigt är flyktingarna våra patienter och måste få bra vård – oavsett om de har uppehållstillstånd eller ej.

Tidningen ger en allroundinformation om flyktingar och deras framför allt mentala hälsa. Artiklarna förmedlar behovet av professionellt omhändertagande av traumatiserade människor. För att vet hur man ska göra behövs dock annan mer ingående litteratur.

Detta magasin kan gott sättas i händerna på all personal på vårdcentralen. Låt det ligga framme i personalrummet. Artiklarna är lättlästa, och inga otäcka bilder finns. Kanske kan det ge en större förståelse för flyktingarna, och en större beredskap att ge dem en god vård.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. Mental health and gender-based violence. Helping survivors of sexual violence in conflict – a training manual. Health and Human Rights Info 2014, reviderad 2016. Hämtad 1.2.2020. https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2019/01/HHRI_EN_GBV.pdf
2. Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa? Socialstyrelsen 27.3.2019. Hämtat 1.2.2020. https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-vard/

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Facklig sekreterare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare
Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter
Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet
Susanne Steen
susanne.steen@yahoo.com

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet
Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvanefrågor
Sven Wåhlin
sven.wahlin@sll.se

IT-rådet
Anne Björk
annebjor@gmail.com

Rådet för hållbar diagnostik och behandling
Jonas Sjögreen
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@sll.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@sll.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN – Infektioner i primärvården
Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket
Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening för Glesbygdsmedicin
www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agreus, lars.agreus@ki.se

Nätverket för psykisk ohälsa
Katrin Hagskog-Engel
katrin.hagskog-engel@sll.se

Internationella kontaktpersoner

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

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

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

Vasco da Gama Movement,
vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sll.se

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

Nordic Federation of General Practice/ApS
www.nfgp.org
Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Nordiska kongressen
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Anna Karin Fahlén
annakarinfahlen@gmail.com

VÄSTERBOTTEN
Jenny Lillqvist
jenny.lillqvist@regionvasterbotten.se
Andreas Lindmark
andreas.Lindmark@regionvasterbotten.se

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 Stenninger
gunilla.stenninger@gmail.com
Christina Ledin
christina.ledin@regionvarmland.se

VÄSTMANLAND
Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA
Anne Björk
annebjor@gmail.com

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
www.sfamstockholm.se

GOTLAND
Susanna Althini
susanna.althini@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

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

BLEKINGE
Anna Lövgren
annalovgren4@hotmail.com
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

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.eliasson@sfam.se

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

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG
Margareta Leonardsson-Hellgren
margareta.leonardsson-hellgren@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

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.

Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2020

Mars
Värdering av Mitt-i-ST
23.3 Stockholm

April
Idrottsortopedi
22-23.4 Stockholm
Provinsialläkarstiftelsen

Maj
Kardiologi för allmänläkare
4-5.5 Karlskrona
Provinsialläkarstiftelsen

EQuiP
8–10.5 Utrecht

EGPRN
7-10.5 Göteborg

Svensk allmänmedicinsk kongress
13-15.5 Åre

Juni
Skutkurs
– Allmänmedicinskt arbetssätt
8-12.6 Bohusläns skärgård
Provinsialläkarstiftelsen

Wonca Europe + DEGA
24-27.6 Berlin

Augusti
Skutkurs
– Allmänmedicinskt arbetssätt
3-7.8 Bohusläns skärgård
Provinsialläkarstiftelsen

December
XVII:e kvalitetsdagen för primärvården
3.12 Stockholm

2021

September
Balintkongress
1-5.9 Bryssel

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

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

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

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

Provinsialläkarstiftelsen
Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/aktuella-kurser/

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